Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Frühling 2019

FH KREMS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES / AUSTRIA

"Ich möchte das Gesundheitswesen in Zukunft mitgestalten"

Katharina, Studierende

CHECK IN
www.fh-krems.ac.at

KREMSGENIAL GESUNDHEIT STUDIEREN

LEHRGANG

- Krankenhaushygiene

BACHELOR

- Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen
- Ergotherapie
- Gesundheits- und Krankenpflege
- Hebammen
- Musiktherapie
- Physiotherapie

MASTER

- Advanced Nursing Practice
- Angewandte Gesundheitswissenschaften
- Management von Gesundheitsunternehmen
- Musiktherapie

THEMENAUSGABE

05 **Wie sicher ist die Sicherheit unter gesicherten Bedingungen?**
Michael Hechsel

09 **Rehabilitation im Maßregelvollzug**
Thomas Hax-Schoppenhorst

13 **„Dominanzsystem verhindert Selbstbestimmung und Selbstverantwortung“**
Markus Golla, BScN

17 **Leitlinie muss Konsequenzen haben**
Christoph Müller

23 **DBT-F (Forensik) als Behandlungsprogramm in der Maßregel für psychisch erkrankte Straftäter**
Simon Gödecke
Dr. med. Gudrun Schätzel

31 **Das Pflegefachpersonal als Rückgrat der forensischen Psychiatrie**
Miro Barp

37 **Aus der Geschichte lernen: Zeitzeugen berichten**
Olaf Mehl

39 **Ein romantisches Bild bedienen**
Christoph Müller

45 **Forensische Psychiatrie und die gesellschaftliche Verurteilung**
Mag. Ewa Zemann

49 **Staatliche Gewalt und Pflege im Forensischen Arbeitskontext**
Johann Steinberger

55 **Sexualität im Maßregelvollzug aus pflegerischer Sicht**
Christoph Müller

PEER REVIEW

61 **Rhinitis medicamentosa**
Janine Förtsch, B.A.
Prof. Dr. phil. Matthias Drossel, B.A.; M.ScN.

ERLEBEN

69 **Die im Schatten sieht man nicht**
Gudrun Kalchhauser, MSc

71 **Rezensionen**

IMPRESSUM

Medieninhaber
Markus Golla, BScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at
ATU62723645

Herausgeber
Markus Golla, BScN

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat
Markus Golla BScN & Mag. Katrin Schützenauer

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Markus Golla, BScN

Webseite & kostenfreies PDF Abo
www.pflege-professionell.at

Printausgabe
bestellbar über www.pflege-professionell.at

Druckerei der Printausgabe
Facultas Verlags- und Buchhandels AG,
Stolberggasse 26, A-1050 Wien

Kontakt
office@pflege-professionell.at
0043/6764908676

Titelbild (C) pixelaway
(C) 2018 Markus Golla, BScN

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen, für deren Inhalte sie auch selbst die Haftung übernehmen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.

PDF Version: ISSN 2517-9780
Printversion: ISSN 2518-0258

Alltagsbeschwerden sanft lindern mit den Tipps & Tricks aus der maudrich Naturapotheke

- Bewährte Hausmittel neu entdecken
- Medikamente reduzieren
- Perfekt geeignet für Pflege und Betreuung zu Hause

Erhältlich im Buchhandel und unter facultas.at

maudrich

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die pflegerische Arbeit in der forensischen Psychiatrie hat etwas Bewegendes und Faszinierendes. Nach mehr als einem Jahrzehnt der praktischen Tätigkeit in diesem Versorgungsfeld nehme ich mir die Freiheit, dies zu schreiben. Es sind zum Teil erschütternde Biografien und Krankheitsgeschichten, auf die ich gut verzichten kann. Nichtsdestotrotz begegnen uns im Maßregelvollzug bzw. Maßnahmenvollzug Menschen, die ihre Würde haben und Respekt verdienen. Menschen, die in der forensischen Psychiatrie untergebracht sind, sind Teil der Gesellschaft.
Insofern erscheint es nicht angemessen, Menschen, die im Zusammenhang mit einer seelischen Erkrankung eine Straftat begangen haben, in die Hölle zu wünschen. Dies steht weder der Gesellschaft im Ganzen, noch Pflegenden individuell zu. Natürlich ist die Arbeit in der forensisch-psychiatrischen Versorgung kein Zuckerschlecken. Psychiatrisch Pflegenden wird in jeder Stunde ihrer Arbeit bewusst, wie groß die Spannung zwischen Behandlung und Sicherheit ist.

Diese Spannung gilt es zu entschärfen, indem psychiatrisch Pflegende die eigenen Gestaltungsräume nutzen. Mit einem Beispiel will ich verdeutlichen, was damit gemeint sein kann. Die im Maßregelvollzug untergebrachten Menschen haben im Laufe des Lebens, vor allem in Kindheit und Jugend, erlebt, dass es Sozialisationsdefizite gibt. Sie wissen oft nicht um die Kraft, die eine gemeinsame Mahlzeit haben kann, während der sich miteinander unterhalten und auch gestritten wird.

Bei diesem alltäglichen Geschehen lernen wir oft, wie soziales Leben im Alltag gelingen kann. Als psychiatrisch Pflegende im Maßregelvollzug kann es eine entscheidende Intervention sein, mit den Betroffenen dieses Übungsfeld zu nutzen. Wenn Interaktion in dieser Alltäglichkeit gelingt, so lassen sich Ermutigungen und Erprobungen auch bei anderen alltäglichen Situationen erarbeiten.

Mit diesem Themen-Schwerpunkt „Pflege und Forensik“ will das Team der Zeitschrift „Pflege Professionell“ einen Impuls setzen, sich einmal mit einem pflegerischen Handlungsfeld auseinanderzusetzen, was nicht im Scheinwerferlicht der Pflege, der Gesellschaft und der Politik ist. Dabei begegnen Pflegenden Menschen, die im Maßregelvollzug untergebracht sind, in ganz gängigen Versorgungsbereichen.

Schließlich können manche internistischen Nöte oder chirurgischen Komplikationen nicht unbedingt hinter den Stacheldrahtzäunen der Maßregelvollzugskliniken oder der Justizvollzugsanstalten gelindert oder geheilt werden. Die Patienten aus dem Maßregelvollzug kehren immer wieder in die Gesellschaft zurück – auch wenn es nur punktuell sein kann.

Die pflegerischen Praktikerinnen und Praktiker, die das vorliegende Heft inhaltlich gestaltet haben, sind langjährig erfahren. Sie geben einen lebendigen und abwechslungsreichen Eindruck in die pflegerische Arbeit mit Menschen, die im Maßregelvollzug untergebracht sind. Lassen Sie sich auf eine kleine Expedition in die fremde Welt ein und von deren Beschreibungen inspirieren.

Viele Einsichten wünscht Ihnen Christoph Müller

Christoph Müller

QR-Code / Link zu
www.pflege-professionell.at

Wie sicher ist die Sicherheit unter gesicherten Bedingungen?

Übergriffe sind ein drängendes Problem im Maßregelvollzug

Immer wieder wird über Gewalt u.a. auf Einsatzkräfte der Polizei, der Feuerwehr, des Rettungswesen auch presseöffentlich berichtet. Darauf folgt meist gesellschaftliche Empörung und die Politik diskutiert über ein härteres Strafmaß.

Es scheint als würden physischen und psychischen Übergriffe auf Beschäftigte durch Patienten*innen im Maßregelvollzug zuzunehmen. Gesicherte Untersuchungen dazu gibt es bislang nicht. Doch Umfragen und Berichten von Interessenvertretungen zu Folge, sind Übergriffe in den letzten Jahren stetig gestiegen – verbal und körperlich.

Gesichert untergebrachte Menschen werden, zum Schutz der Bevölkerung, von Beschäftigten verschiedenster Professionen therapiert, weil Sie als gefährlich gelten.

Also unter höchst gesicherten Bedingungen in Sicherheit untergebracht - doch wie Sicher ist die Sicherheit unter gesicherten Bedingungen?

Ausgehend davon das jeder Übergriff ein Übergriff zu viel ist und der Tatsache, dass es keine bundesweit gesicherte Datenlage gibt, ist es nicht das Anliegen Behauptungen aufzustellen, sondern vielmehr die Situation und die Möglichkeiten hier darzustellen.

Grundsätzlich ist die Sicherheit für Beschäftigte ein ständiges Thema. Sei es durch den sichtbaren Schutz u.a. von Kameras, elektronisch gesicherten Türen, Personennotrufgeräten und auch durch spezielle Schulungen wie Deeskalationstraining und Präventionsmaßnahmen wie das „Safewards-Modell“. Qualifizierung ist eines der wichtigsten Maßnahmen sowie die Gestaltung des therapeutischen Settings und dennoch, die höchstmögliche Sicherheit ist die enge therapeutische Beziehung zu der untergebrachten Person.

Veränderte Rahmenbedingungen wie die Stärkung der Patientenrechte, Verhältnismäßigkeit, Abänderung bei der Zwangsmedikation, Abänderung bei Fixierungen und Patientenverfügungen tragen zur Unsicherheit bei Beschäftigten bei. Die Schwierigkeit Sicherheit zu gerieren bei eigener Unsicherheit, dies Bedarf keiner weiteren Ausführung.

Ein ebenfalls wesentlicher Baustein um für Sicherheit zu sorgen ist der Umgang zwischen den Beschäftigten sowie zwischen Vorgesetzten und Beschäftigten. Das sogenannte wertschätzende Miteinander also die Anerkennung untereinander im multiprofessionellen Team sowie das Geben und Erhalten vom gesprochenen Lob, sind unerlässlich für ein gutes Betriebsklima. Nur wo es dem Beschäftigten grundsätzlich gut geht, ist es ihm möglich eine gute, professionelle und qualifizierte Arbeit zu leisten. Hierzu zählt auch eine offene Fehlerkultur.

Eines ist und bleibt eines jeden Beschäftigten Aufgabe, das ist die eigene Haltung. Die eigene Haltung zu seinem Beruf in seinem Berufsfeld – aber auch hier sind Schulungen möglich.

In unterschiedlicher Weise wird in den Einrichtungen für die Sicherheit der Beschäftigten gesorgt und dennoch, die Übergriffe scheinen zuzunehmen.

Übergriffe die zur Arbeitsunfähigkeit führen aber auch Übergriffe die lediglich dokumentiert werden um mögliche zukünftige Erkrankungen entsprechend abzusichern.

Vermutlich werden wir Übergriffe nie ganz verhindern können, doch wir können besser werden, denn es gibt immer und immer wieder Handlungsbedarfe.

Neben den bereits angesprochenen Maßnahmen ist die offene, transparente einheitliche Handhabung von Unfallanzeigen notwendig. Keinesfalls um einen Vergleich herzustellen, sondern um belegbare Fakten zur Auswertung und Erarbeitung von Konsequenzen zu nutzen. Dies gilt auch für die gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilungen und des Arbeits- und den Gesundheitsschutz.

Räumliche Voraussetzung können wesentlich verbessert werden. Sei es durch Farbgestaltungen und baulichen Voraussetzungen. Hierzu gehören natürlich auch die Stationsgrößen; die arbeitspsychologische Studie „Stress, Belastung und Beanspruchung im Maßregelvollzug und in der Allgemeinpsychiatrie“ von Dr. Norbert Schalast, 1995, kann eindrücklich überzeugen. Zitat:

“Zwischen zwanzig Personen sind 180 verschiedene Zweierbeziehungen möglich: 180 verschiedene Möglichkeiten, dass je zwei Menschen gereizt aufeinander reagieren, sich verunsichern, zum Drogenkonsum animieren u.a.m. Beziehen wir noch ein Team von etwa zwanzig Mitarbeitern ein, so sind schon störanfällige 760 Paarungen denkbar. In einer Wohngruppe mit acht Patienten gibt es 24 mögliche Zweierbeziehungen unter Patienten und damit eine ungleich größere Chance, dass ein stabiles, überschaubares Gruppengefüge entsteht, in dem der Einzelne sich sicher fühlen kann, Die Forderungen nach kleinen Wohngruppen liegt aus therapeutischer Sicht auf der Hand; sie ist auch aus arbeitspsychologischer Sicht zu unterstreichen.“

Bewusst nenne ich es zuletzt, die Personalausstattung. Bewusst, da die Personalausstattung immer und überall als erstes Mittel zur Verbesserung der meisten Probleme genannt wird. Die Personalausstattung muss für alle Professionen so berechenbar sein, dass die gesetzliche Aufgabe des Maßregelvollzuges im Sinne der Patientinnen und Patienten zeitnah erfüllt werden kann.

Doch was passiert eigentlich wenn ein Übergriff erfolgt ist?

Unter einem Übergriff leiden alle Beschäftigten, sei es das oder die Opfer, die Beschäftigten die unmittelbar am Ort des Übergriffs waren, die Teamkollegen*innen, die anderen Teams/Beschäftigten der Einrichtungen. Zudem kommen persönliche Beziehungen hinzu.

Das oder die Opfer werden zumeist behandelt und sind dann, je nach Schwere des Übergriffs arbeitsunfähig. Werden sie weiter unterstützt? Bekommen sie von der Einrichtung die nötige Hilfe für juristische Fragen, Beratung für soziale, psychische, finanzielle Hilfen, für sie selbst und das familiäre Umfeld? Wie ist der ständige Kontakt zu Vorgesetzten und Kollegen*innen geregelt und die Wiedereingliederung in den beruflichen Alltag?

Wie gehen wir mit den Beschäftigten die unmittelbar am Ort des Übergriffs waren um? Wie mit den Teammitgliedern, den anderen Teams/Beschäftigten der Einrichtungen? Gibt es ein kollegiales Hilfesystem? Wird zusätzliche Supervision angeboten? Wie kümmern sich die Vorgesetzten und die Einrichtungsleitung um die Beschäftigten? Gibt es Rückzugsorte um aus dem direkten Arbeitsfeld zu kommen? Bedenken wir, dass die Beschäftigten mit dem Täter weiterarbeiten müssen?

Vergessen wir nicht, dass nach einem Übergriff das Leiden auch aus Angst, Unsicherheit, Wut und Verzweiflung besteht. Umso wichtiger ist es definierte Handlungsleitlinien vorzuhalten, die wieder zu mehr Sicherheit beitragen. Mehr Sicherheit für die Beschäftigten der Teams aber auch für die Vorgesetzten und Einrichtungsleitungen.

Übergriffe sind ein eigenständiges, drängendes Problem im Maßregelvollzug.

Entscheidend ist, dass bei allen Maßnahmen die ergriffen werden immer bedacht werden muss, dass es für Beschäftigte auch umsetzbar sein muss. Dies gilt für die Einführung von therapeutischen Konzepten, der Zumutbarkeit von Überbelegungen, für den Einsatz von Präventivmaßnahmen, der Planung von organisatorische und bauliche Maßnahmen sowie der Entscheidung zur finanziellen Ausstattung.

Vor allem aber ist es wichtig Beschäftigte ernst zu nehmen, denn es ist keine Schwäche - auch nach einem verbalen Übergriff - zu leiden, gar arbeitsunfähig zu werden.

Autor

Michael Hechsel
Vorsitzender
Fachausschuss Forensik
Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie
www.forensik.de

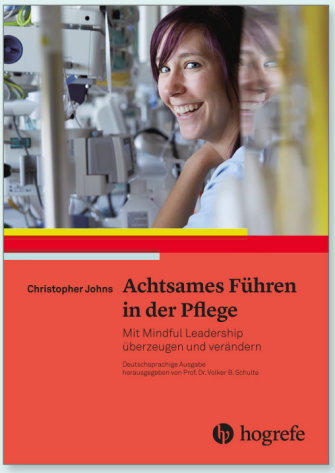
Neues aus der Pflege

Marilynn E. Doenges / Mary Frances Moorhouse / Alice C. Murr

Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen

6., vollst. überarb. u. erw. Aufl.
2018. 1488 S., 29 Abb., 10 Tab., Gb
Eine Faltkarte liegt bei
€ 79,95 / CHF 99.00
ISBN 978-3-456-85831-9

Das praktische und erfolgreichste Handbuch zum Pflegeprozess hilft Pflegenden, Merkmale und Ursachen von Pflegediagnosen zu erkennen, Daten des Pflegeassessments zu ordnen und Pflegediagnosen mit einheitlichen Begriffen zu benennen.



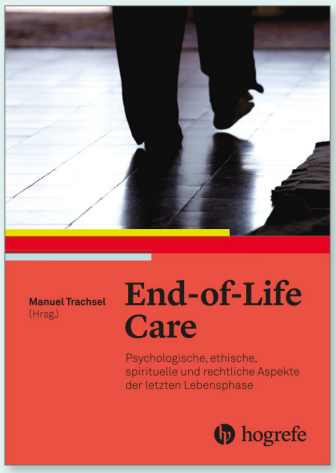
Christopher Johns

Achtsames Führen in der Pflege

Mit Mindful Leadership überzeugen und verändern

2018. 208 S., 14 Abb., 19 Tab., Kt
€ 39,95 / CHF 48.50
ISBN 978-3-456-85716-9
Auch als eBook erhältlich

Johns legt das erste Fachbuch zur achtsamen Führung für Pflegende vor, das „Leadership" als Kompetenz für alle leitendende Pflegende fordert und fördert. Der Autor befürwortet einen achtsamen und reflektierten Führungsstil und baut auf seine Arbeiten aus dem Bereich der „reflektierten Pflegepraxis" auf.



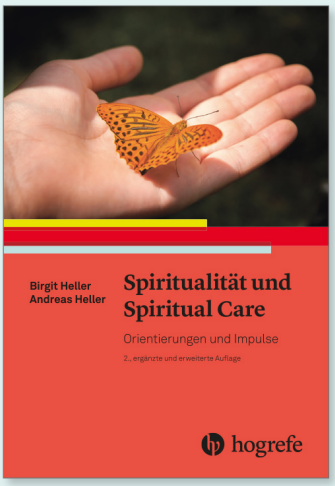
Manuel Trachsel (Hrsg.)

End-of-Life Care

Psychologische, ethische, spirituelle und rechtliche Aspekte der letzten Lebensphase

2018. 152 S., 7 Abb., 8 Tab., Kt
€ 29,95 / CHF 39.90
ISBN 978-3-456-85858-6
Auch als eBook erhältlich

Das Kurzlehrbuch zur End-of-Life Care spannt einen breiten Bogen über zentrale Themen und beleuchtet psychologische, ethische, spirituelle, philosophische und rechtliche Aspekte des Sterbens.



Birgit Heller / Andreas Heller

Spiritualität und Spiritual Care

Orientierungen und Impulse

2., erg. u. erw. Aufl. 2018.
304 S., 4 Abb., 2 Tab., Kt
€ 29,95 / CHF 39.90
ISBN 978-3-456-85868-5
Auch als eBook erhältlich

Ein klares, kluges und schönes Buch zum Wesen des sorgenden und Sinn suchenden Menschen, zur Essenz des Lebens und der Schärfung des Bewusstseins für Wesentliches, wenn Gesundheit und Leben auf dem Spiel stehen.

70 Jahre Hogrefe Verlag

www.hogrefe.com

hogrefe

(C) Thomas Hax-Schoppenhorst

Rehabilitation im Maßregelvollzug

In Deutschland werden im Maßregelvollzug gemäß der §§ 63 und 64 Strafgesetzbuch (StGB) psychisch kranke oder suchtkranke Straftäterinnen und Straftäter untergebracht. Dies geschieht, weil die Straftat, die sie begangen haben, auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen ist. Die Rehabilitation beginnt mit der Aufnahme in eine forensische Klinik und endet erst mehrere Jahre nach der Entlassung aus der Klinik. Da forensische Patienten oft zunächst gegen ihren Willen und bei häufig fehlender oder geringer Krankheitseinsicht nicht selten viele Jahre in der jeweiligen Einrichtung verbringen müssen, gilt es in Behandlung und Pflege so manche Hürden zu überwinden, um erfolgreich zu sein.

Der Auftrag des Maßregelvollzugs ist es, diese Menschen zu behandeln, damit sie infolge ihrer Erkrankung nicht erneut eine Straftat begehen (zur Struktur des Maßregelvollzugs in Österreich s. Stompe, 2010). Mit der Unterbringung in den Kliniken (jedes Bundesland hat ein eigenes Maßregelvollzugsgesetz) erfüllen diese den gesellschaftlichen Auftrag der Besserung, Sicherung und Wiedereingliederung der Patienten. Das einzige Kriterium für eine mögliche Entlassung ist die zentrale Frage, ob von dem untergebrachten Menschen weiterhin eine Gefährlichkeit ausgeht. Bestehen diesbezüglich anhaltend Zweifel, verweilt der Patient (der Anteil von Frauen liegt derzeit bei ca. 5 %) in der Unterbringung.

Die Maßregelvollzugseinrichtungen gewährleisten die sichere Unterbringung (Ausrüstung mit besonderen baulichen und elektronischen Sicherheitsvorkehrungen) und qualifizierte Behandlung in enger Zusammenarbeit mit der Polizei, den Gerichten, den Einrichtungen der Eingliederungshilfen und den sozialpsychiatrischen Nachsorgeeinrichtungen.

Folgende Schritte umfasst die Betreuung in einer forensischen Klinik:

- Diagnostik und Behandlung in gesicherten Aufnahmebereichen der Maßregelvollzugseinrichtungen (ggf. auch unter Zwang; vgl. erepro.de, 2018)
- Rehabilitationsbehandlung in einer Einrichtung für den Maßregelvollzug
- Beurlaubung und Entlassung in eine Einrichtung der Eingliederungshilfe oder in eine Wohnung, verbunden mit einer intensiven Betreuung durch die forensische Nachsorgeambulanz

- Entwicklung eines Nachsorgesystems unter Einbeziehung qualifizierter Träger.

Aufgabe der Kliniken ist es, die betroffenen Menschen im Spannungsfeld von Therapie und Sicherheit zu behandeln und die Öffentlichkeit vor ihnen zu schützen.

Zur Erlangung des Ziels, forensische Patienten auf ein Leben in Freiheit vorzubereiten, ist ein von Beginn an gut geplantes Konzept gefragt, bei dem im Rahmen multiprofessionellen Handelns die Disziplinen Hand in Hand arbeiten, sich engmaschig austauschen. Dementsprechend werden mit jeder untergebrachten Person regelmäßige Behandlungspläne erstellt, wobei deren Einhaltung wesentliche Voraussetzung für ein Weiterkommen ist.

Um einen Überblick zu geben, seien nachfolgend die ‚Bausteine' einer Behandlung/Rehabilitation mit ihren prägnanten Merkmalen vorgestellt (Schmidt-Quernheim, 2018, S. 164 ff., S. 264–271).

Therapie

Jede Intervention im klinischen Alltag zielt auf die Besserung oder Reduktion derjenigen psychischen Störungen ab, die dem Anlassdelikt (z. B. Totschlag, gefährliche Körperverletzung, Sexualdelikt, …) zugrunde liegen. Diese Zielsetzung umfasst das gesamte Spektrum therapeutischer Interventionen, welche geeignet sind, neben der Verbesserung der spezifischen Psychopathologie auch zur Erhöhung (psycho-)sozialer Kompetenzen im weitesten Sinne beizutragen. Viele der Patienten weisen neben ihrer spezifischen Erkrankung (Doppeldiagnosen und das Phänomen der Minderbegabung sind häufig) langandauernde dissoziale Entwicklungen mit oftmals erheblicher Aggressionsproblematik auf. Psychosoziale Therapien und Milieutherapie sind daher von erheblicher Bedeutung – sie zielen auf die kriminogenen Sozialisationsdefizite der Primärpersönlichkeiten der Patienten ab. Die ‚Deliktorientierung' ist das Spezifikum forensischer Behandlung; dabei ist die Auseinandersetzung mit der Tat keinesfalls nur ein punktueller Vorgang.

Behandlung, Psychotherapie ganz sicherlich, setzt eigentlich Freiwilligkeit voraus. Forensische Patienten sind in der Tat (zunächst) keine ‚Kunden', die aus eigenem Antrieb zum Therapeuten gehen; auch von Leidensdruck kann nicht immer die Rede sein. Andererseits: Nur der Freiheitsentzug bietet die Voraussetzung, überhaupt korrigierende Erfahrungen mit therapeutischen Hilfsangeboten und menschlichen Beziehungen zu machen. Somit steht die Motivationsarbeit als fester Bestandteil der Therapie am Beginn eines jeden Prozesses, da die Untergebrachten gewonnen werden müssen, sich auf das Miteinander überhaupt erst einzulassen.

Die Berufsgruppe der Ärztinnen/Ärzte und Psychologinnen/Psychologen bedient sich vielfältiger therapeutischer Schulen und Konzepte im Rahmen der Einzel- und Gruppentherapie, wobei die psychoparmakologische Behandlung (besonders bei Patienten mit einer psychotischen Erkrankung) einen zentralen Stellenwert einnimmt und dabei gerade im pflegerischen Kontext (Adhärenz) immer wieder für Spannungen und Diskussionen sorgt.

Im engeren Sinne (psycho-) therapeutisch Behandelnde arbeiten dabei keineswegs isoliert: Der berufsgruppenübergreifende Austausch über Erleben und Verhalten von Patienten und eine enge Absprache der jeweiligen Interventionen sind im Maßregelvollzug geradezu lebensnotwendig und essentiell in Bezug auf die Prognose.

Sozialarbeit

Sozialarbeiterische Aufgaben in den Maßregelvollzugseinrichtungen bewegen sich oft zwischen der Auflösung von Patientenwohnungen, der Abklärung von Leistungen der Kostenträger auf der einen Seite und dem Streben nach Übernahme einer therapeutischen Rolle (Einbindung z. B. in die gruppentherapeutischen Angebote) auf der anderen. In vielen Kliniken beginnen die Kolleginnen und Kollegen als Netzwerkspezialisten und im Bereich der Nachsorgekoordination aktiv zu werden. Die Sozialarbeit bildet in der forensischen Praxis eine Schnittstelle ‚nach draußen': Durch die Unterbringung haben die Patienten ihre bisherigen sozialen Bezüge und Rollen verloren; in den Kliniken sind sie auf ihre Rolle als Patienten reduziert. Sozialarbeitende stellen die Verbindung zur bisherigen Lebenswelt des Patienten her, indem sie Kontakt zu Angehörigen und Freunden, Arbeitsstellen, Vermietern oder Sozialversicherungsträgern aufnehmen und damit existenzsichernde Aufgaben übernehmen. In der Phase einer intensiveren Außenorientierung schaffen sie geeignete Kontakte und Erprobungsfelder (z. B. Werkstätten, Freizeitangebote, …). Kenntnisse der sozialen Kontakte und Kompetenzen des Patienten machen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zu wichtigen Ansprechpartnern bei der Überleitung in einen geeigneten Empfangsraum (Entlassung).

Ergotherapie

Diese gilt als Hauptvertreterin der handlungsorientierten Ansätze; dabei handelt es sich um eine Therapieform, die Beschäftigung und Arbeit als Mittel zur Erreichung von Therapie- und Rehabilitationszielen einsetzt. Die ‚Arbeitstherapie' bedient sich in diesem Kontext kompetenzzentrierter Methoden, da sie vornehmlich auf die instrumentelle Befähigung setzt. Therapeutische Ziele der Ergotherapie sind u. a. die allgemeine Aktivierung und Tagesstrukturierung, die Belastungserprobung, die Verbesserung der Selbst- und Fremdeinschätzung, die Förderung planvollen Handelns, die Förderung der sozialen Kontakte sowie die Überprüfung der Arbeitsfähigkeit.

In den Maßregelvollzugskliniken des Landes wurden unterschiedliche Einschätzungsinstrumente entwickelt, die wertvolle Hilfestellungen für die aktuelle Beurteilung der Patienten geben.

Musik- und Kunsttherapie

Musiktherapie kann aktiv und rezeptiv durchgeführt werden. Aktive Musiktherapie setzt auf eine Förderung kommunikativer und kreativer Fähigkeiten (z. B. angeleitete Improvisationen). Studien belegen eindrucksvoll, dass Musik eine ‚Sprache' ist, die einen Austausch mit anderen auf der nonverbalen Ebene ermöglicht. In diesem Medium kann symbiotische Nähe (symbolisch) zugelassen werden, ohne dass ein möglicher Identitätsverlust zu bedrohlich wird. Auf dieser Symbolebene ist es möglich, dass der Patient das nachvollzieht, an dem es ihm bisher mangelte.

Kunsttherapie basiert auf der u. a. von Joseph Beuys vertretenen Auffassung, dass jeder Mensch durch seine Kreativität ein Künstler ist. Die Aufgabe der Kunsttherapeuten besteht darin, dem Patienten die Konzentration auf sein inneres Erleben und den inneren Dialog mit dem Werk zu erleichtern.

Sporttherapie

Sport- und Bewegungstherapie beinhalten ein großes Spektrum von Verfahren, die sich zwischen den Polen ‚Physiotherapie' und ‚Psychotherapie' bewegen. Neben der allgemein gesundheitsfördernden und aktivierenden Wirkung hat Bewegungs- und Sporttherapie vielfältige Effekte – so das Training sozialer Kontakte und prosozialen Verhaltens (Teamgeist, Fairneß), das Einüben des Umgangs mit Regeln, das Erlernen einer regelgeleiteten und kontrollierten Aggressionsbewältigung, die Förderung von Frustrationstoleranz, die Förderung des Selbstwerts, die Erreichung von Spannungsabbau (Entspannung) und die Vermittlung von Fähigkeiten zur Konfliktbewältigung.

Schule und pädagogische Maßnahmen

Bildung schützt zwar nicht vor Straffälligkeit, Schule und Berufsausbildung können jedoch das Risiko verringern helfen; pädagogische Maßnahmen haben eine nicht unerhebliche rückfallpräventive Bedeutung. Dabei ist bundesweit der Bedarf an (beruflicher) Aus- und Weiterbildung in den Kliniken sehr hoch (zwei Drittel). Schulische Qualifikationen bewirken die zielorientierte Wissensvermittlung (bis hin zum Nachholen von Schulabschlüssen) und eine Förderung der Persönlichkeitsentwicklung. Als Beispiele für einen allgemeinbildenden Unterricht gelten u. a. Alphabetisierung, Elementarunterricht, die Vermittlung alltagspraktischer Fähigkeiten sowie von EDV-Kenntnissen und Deutsch als Fremdsprache (hoher Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund).

Nachsorge

In der Behandlung von Maßregelvollzugspatienten kommt der Nachsorge im Anschluss an die stationäre Behandlungsphase eine zentrale rückfallpräventive Bedeutung zu. Die Hauptaufgaben der forensischen Nachsorge bestehen darin, die Entlassenen bei ihrer weiteren Verselbständigung zu unterstützen, krisenhafte Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, um der Gefahr erneuter Straftaten entgegenzuwirken. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit allen am Prozess Beteiligten, insbesondere mit der Führungsaufsicht und der Bewährungshilfe. Im Rahmen von Helferkonferenzen werden alle relevanten Informationen zusammengetragen, notwendige Interventionen veranlasst und verbindliche Absprachen auch mit den Klienten/Probanden getroffen. Ein Fallkoordinator übernimmt bei der ambulanten Betreuung eine Schlüsselposition im Sinne eines „Case – Management". Den schwierigen Prozess der Überleitung in Nachsorgemaßnahmen zu steuern und zu koordinieren, fällt primär der bisher behandelnden Maßregelvollzugseinrichtung zu. Demnach ist die Forensische Nachsorge-Ambulanz das Bindeglied zwischen der Maßregelvollzugseinrichtung und den an der Nachsorge beteiligten Personen und Einrichtungen. An die Arbeit der FNA ist die Erwartung geknüpft, dass sie zu einer besseren Integration und Stabilisierung der (bedingt) Entlassenen beiträgt. Je besser eine Reintegration in die Gesellschaft gelingt, desto geringer ist das Risikopotential.

Die Teams dieser Ambulanzen sind unterschiedlich besetzt. Häufig sind die Berufsgruppen der Ärzte/Psychologen, Sozialarbeitenden und der Pflege vertreten.

Pflege

Nach Trost (2018, S. 484–485) findet forensisch-psychiatrische Pflege im Spannungsfeld zwischen sozialer Kontrolle und pflegerischer Fürsorge statt. Die Reduktion der Gefährlichkeit auf ein für die Gesellschaft tragbares Risiko gilt als übergeordnetes Ziel. Dieses soll durch pflegetherapeutische Angebote (insbesondere sozio- und milieutherapeutischer Art), durch Risikoeinschätzung, Prognostik, Sicherung sowie Rückfallprophylaxe erreicht werden. Pflegende im Maßregelvollzug sollen Betroffene nicht nur bei der Bewältigung ihrer Erkrankung und der Auswirkung dieser (Anlassdelikt) begleiten und unterstützen, auch die Gewaltfreiheit gehört zum unmittelbaren Bezugsrahmen: Die Vermittlung adäquater sozialer Alltagskompetenzen und die gemeinsame Erarbeitung einer nichtdeliktischen Zukunftsperspektive in einem geschützten Rahmen stehen dabei im Vordergrund. Da die Verweildauern im Maßregelvollzug in der Regel hoch sind (8 Jahre und mehr), ist es Pflegefachpersonen (die wichtige Rollenvorbilder sind) möglich, langfristige pflegetherapeutische Beziehungen zu den Patienten aufzubauen, um ihnen so einen Rahmen anzubieten, in dem sie lernen können, Vertrauen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, sich mit ihnen auseinanderzusetzen, um auf diese Weise ‚nachzureifen'.

Schließlich sind die maßgeblichen Beiträge aus dem Bereich der Pflege, in den Behandlungseinheiten ein motivierendes Milieu herzustellen, bedeutender Faktor der Rehabilitation.

Die Rollen, die Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege dabei einnehmen, sind ebenso zahlreich wie vielfältig. Gaupp (2018, S. 523 ff.) sieht sie als Berater und Trainer, Fürsprecher und Vertrauter, Begleiter, Wegbereiter und Motivator, Ersatzperson, Träger der Elternrolle und Erzieher, Vorbild sowie Autoritäts- und Respektsperson.

Da Pflegefachpersonen zu der einzigen Berufsgruppe im Maßregelvollzug gehören, die ständige Präsenz (Früh-, Spät- und Nachtdienst) im Alltag forensischer Patienten zeigen, sind die Möglichkeiten, in unterschiedlichen Kontexten diese Rollen auszuüben, gewissermaßen unerschöpflich (und zugleich auch belastend) – zum Beispiel im unmittelbaren Gesprächskontakt, in den alltagspraktischen Trainings, in den jeweiligen Gruppenangeboten, …

Ohne den, kompetenten und beharrlichen Einsatz Pflegender wäre somit die Gewährleistung des Klinikalltags unmöglich.

Ausblick

Maßregelvollzug wird zur Gemeinschaftsaufgabe der Gesellschaft, wenn der Maßregelvollzug für die Gesamtheit der Gesellschaft und damit auch für jeden Einzelnen und jede Einzelne von Bedeutung ist und wenn die Mitwirkung aller zur Verbesserung der Lebensverhältnisse erforderlich ist. Anders formuliert: Weil der Maßregelvollzug allen dient, ist es Aufgabe aller, daran mitzuwirken.

Die Leistungen derer, die sich Tag für Tag der Arbeit mit forensischen Patienten verantwortungsbewusst stellen, kann daher nicht genug gewürdigt bzw. geschätzt werden. Zur Aufrechterhaltung des erreichten Standards ist es wesentlich, die Fachweiterbildungen auf dem Gebiet der forensischen Psychiatrie auszubauen und flächendeckend anzubieten.

Literatur

erepro.de (2018). Die Vergessenen Teil II; Psychiatrie: Maßregeln mit Maß? vom 28. Juli.

https://www.erepro.de/2018/07/28/psychiatrie-massregeln-mit-mass/ (letzter Zugriff: 26.01.2019)

Gaupp, A. (2018): Die Rolle professionell Pflegender in der forensischen Psychiatrie. In Friedhelm Schmidt-Quernheim & Thomas Hax-Schoppenhorst (2018), S. 515–530.

Schmidt-Quernheim, F. & Hax-Schoppenhorst, T. (2018): Praxisbuch Forensische Psychiatrie. Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.

Schmidt-Quernheim, F. (2018): Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. In Friedhelm Schmidt-Quernheim & Thomas Hax-Schoppenhorst (2018), S. 171–279.

Stompe, T. (2010): Die Forensische Psychiatrie in Österreich. Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie, 11(2), 7–9. https://www.kup.at/kup/pdf/8920.pdf (letzter Zugriff: 26.01.2019).

Trost, A. (2018): Beziehung gestalten – Pflege in der forensischen Psychiatrie. In Friedhelm Schmidt-Quernheim & Thomas Hax-Schoppenhorst (2018), S. 483 – 512.

Autor

Thomas Hax-Schoppenhorst
Pädagogischer Mitarbeiter der LVR-Klinik Düren (D) seit 1987; 16 Jahre im Maßregelvollzug tätig, seit 2003 Öffentlichkeitsbeauftragter und Integrationsbeauftragter der Klinik; Autor und Herausgeber von Büchern zu Fragen des Gesundheitswesens, Dozent an Pflegeschulen, Mitarbeiter bei verschiedenen Zeitschriften.

„Dominanzsystem verhindert Selbstbestimmung und Selbstverantwortung“

Gerhard Schoßmaier veröffentlicht Buch zur „Psychosozialen Pflege“

Mit dem Buch „Psychosoziale Pflege“ will Gerhard Schoßmaier ein Zeichen in der psychiatrischen Pflege-Szene in Österreich setzen. Die österreichische Psychiatrie ist vielerorts noch traditionell geprägt. Mit dem Buch setzt Schoßmaier Impulse hin zu einem neuen Verständnis psychiatrischer Pflege.

Markus Golla: Der Titel Deines Buchs ist „Psychosoziale Pflege“. Was willst Du mit diesem Titel erreichen?

Gerhard Schoßmaier: Mir ist der Titel deshalb wichtig, da es endlich an der Zeit ist, die pflegerische Arbeit an den Menschen und ihren Lebenssituationen zu orientieren und nicht an Diagnosen. Ich sehe die Bezeichnung „psychiatrische Pflege“ als eine der Ursachen, dass in der Praxis die Defizitorientierung überwiegt. Mir ist wichtig, dass die Profession Pflege die psychosozialen Aspekte des Menschseins denselben Stellenwert einräumt als den somatischen Gegebenheiten. Ein Buch mit diesem Titel zu schreiben ist vielleicht ein Baustein dafür.

Markus Golla: Im Beziehungsaufbau siehst Du einen Schwerpunkt pflegerischen Arbeitens mit psychisch erkrankten Menschen. Orientierung gibt nach Deinem Verständnis die Peplau´sche Pflegetheorie. Wie sieht es in Deinen Augen mit dem gemeinsamen Tun aus, das Hilde Schädle-Deininger betont?

Gerhard Schoßmaier: Das „gemeinsame Tun“ sehe ich als einen der wichtigsten Aspekte der Beziehungsgestaltung. Das ist auch im Sinne von Peplau ein möglicher pflegerischer Zugangsweg. Gemeinsames Tun gestaltet den Alltag und ist meiner Erfahrung nach für die betroffenen Menschen eine sehr wichtige und angenehm empfundene Erfahrung abseits der Krankheit oder Behinderung.

Markus Golla: Das Buch arbeitet viele Phänomene pragmatisch ab. Ist dies eine Konsequenz aus Deiner Tätigkeit als Lehrkraft in der Aus-, Fort-und Weiterbildung von psychiatrisch Pflegenden?

Gerhard Schoßmaier: Es war mir ein Anliegen, die Phänomene so aufzubereiten, dass Bilder bei den Leserin-

nen und Lesern entstehen können. Aus meiner eigenen Ausbildung ist mir noch in Erinnerung, dass viele Dinge sehr abstrakt vermittelt wurden und ich erst in der Praxis beginnen konnte mir ein Bild zu machen, wie es Menschen geht, die beispielsweise die Realität anders wahrnehmen als ich. Ich hoffe, dass dies einigermaßen gelungen ist.

„Ständig mit Menschen in Ausnahmesituationen“

Markus Golla: Du betonst, dass die Selbstwahrnehmung ein zentrales Thema in der Ausbildung, aber auch begleitend zur alltäglichen pflegerischen Arbeit sein muss. Warum ist dies so? Wie konkretisiert sich dies?

Gerhard Schoßmaier: Martin Buber hat „vom Ich zum Du“ geschrieben. Wie es Pflegenden gelingt, mit sich selbst umzugehen, so werden wahrscheinlich über kurz oder lang auch mit den pflegebedürftigen Menschen umgehen. Die eigenen Bedürfnisse und Gefühle bewusst wahrzunehmen, seine (Vor)-Urteile und gedanklichen Schubladen zu kennen und diese als einen Teil von sich selbst anzunehmen, ist ein Kompetenz, die im Alltag nur sehr wenig Stellenwert hat.

Pflegende sind ständig mit Menschen in Ausnahmesituationen konfrontiert. Zusätzlich gibt es in der psychiatrischen Versorgung Menschen, die auf Grund ihrer Persönlichkeitsentwicklung wenig Empathie für die Betreuungspersonen aufbringen können. Ein weiterer Faktor ist, dass ganz besonders im Gesundheitssystem die hierarchischen Strukturen partnerschaftliches Handeln nur schwer möglich machen. Um das Ganze mit einem sinngemäßen Zitat von Marshall Rosenberg zu unterlegen: „Nur wenn Menschen mit sich selbst einfühlend umgehen lernen sind sie in der Lage mit anderen einfühlen umzugehen.“

Dies kann ich aus meinem Erleben nach bald 25 Jahren im Gesundheitswesen durchaus bestätigen. Konkret zeigt es sich darin, dass Aussagen wie „Ich bin genervt von diesem Patienten“ letztlich ein Vorwurf an den kranken Menschen ist. Sie werden für die Gefühle der Pflegeperson verantwortlich gemacht. Würde ich dieselbe Situation zum Beispiel nach den vier Schritten der Gewaltfreien Kommunikation reflektieren, so kann mir klar werden, „dass ich genervt bin, weil mir wichtig ist, dass meine guten Absichten gesehen werden“. Wenn mir dies bewusst wird, kann ich andere Strategien entwickeln, mit der Beziehungssituation umzugehen.

Markus Golla: In Deinen Augen muss das Recovery-Verständnis Alltagswerkzeug für psychiatrisch Pflegende sein. Wie kann dies aussehen?

Gerhard Schoßmaier: Vorweg, der Recovery-Gedanke ist mir deshalb so wichtig, weil eines der wichtigsten Bedürfnisse des Menschen, nämlich Selbstbestimmung, berücksichtigt wird. Offensichtlich sind wir im Gesundheitswesen daran gewöhnt, dass Anordnungen wie beim Militär einfach und widerspruchslos durchgeführt werden. Dieses Dominanzsystem verhindert Selbstbestimmung und letztlich auch Selbstverantwortung.

Ich merke, dass bei den Berufsgruppen in der psychiatrischen Versorgung auch zunehmend Angst vor möglichen rechtlichen Konsequenzen und vielmehr noch Angst vor medial aufgebauschter Skandalberichterstattung vorherrschen. Ein weiterer Faktor ist aus meiner Sicht, dass Einsparungen im Gesundheitswesen zuerst häufig die Bereiche treffen, wo die Beziehungsgestaltung im Vordergrund steht.

„Über Ziele der Betroffenen bewusst werden“

Die Ressourcen werden oft in Prestigeprojekte gesteckt und der Alltag bleibt auf der Strecke. Recovery lässt sich aus meiner Sicht nur dort leben, wo sich die Betreuungspersonen ihrer eigenen Anteile bewusst sind, um dann beispielsweise, wenn ein Betroffener keine Medikamente möchte, gemeinsam andere Wege sucht. Oder dass die betroffenen Menschen gefragt werden, wie sie mögliche Gefährdungen einschätzen. Wichtig dabei ist, dass sich die Berufsgruppen über ihre Ziele und die Ziele der Betroffenen klar werden und die Verantwortung gemeinsam tragen.

Markus Golla: Wenn Du die Adherence-Therapie und das Soziale Kompetenz-Training in den Vordergrund rückst, dann geht es letztlich auch um eine wachsende Verantwortlichkeit psychiatrisch Pflegender. Wie kann dies rechtfertigt werden?

Gerhard Schoßmaier: Wir sind als Berufsgruppe derzeit in einem Prozess, wo sich die Weichen für die Zukunft stellen. Als ich in den 1990er Jahren in diesem Beruf gelandet bin, war gerade der Pflegeprozess und die Pflegediagnostik im deutschsprachigen Raum in den Anfängen, da war es ähnlich. 1997 trat das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) in Kraft trat, in dem erstmals auch der eigenverantwortliche Tätig-

keitsbereich definiert wurde, da begann der Beruf sich vom Assistenzberuf für Ärzte zu einer eigenständigen Profession zu entwickeln. Auch die Pflegewissenschaften wurden erstmals in diesem Gesetz genannt.

Wir laufen momentan Gefahr, dass sich Pflege wieder zurück entwickelt, Richtung warm-satt-sauber. Wir hatten 2016 eine Novelle des GuKG und dabei ist leider der Bereich der somatisch medizinischen Kompetenzen stark ausgeweitet worden. Leider wurden die Kernkompetenzen weniger genau definiert. Hier finden sich beispielsweise „Unterstützung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens“, „Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention“ und ähnliche Formulierungen.

Wenn man sich mit diesen Begriffen auseinandersetzt, kommt man darauf, dass diese Kompetenzen genau durch beispielsweise soziales Kompetenztraining, Adherence-Therapie oder auch Psychoedukation und vielen Konzepten einen Rahmen bekommen. Ich würde mir wünschen, dass in Gesetzen diese Interventionsformen beispielhaft angeführt werden, dann würden wir uns vieles an Diskussionen sparen, ob es eine Intervention durch Pflegende oder Sozialpädagogen oder auch andere Berufsgruppen ist. Die würde möglicherweise auch den Professionalisierungsprozess positiv beeinflussen.

Gerhard Schoßmaier: Psychosoziale Pflege – Grundlagen, Modelle, Interventionen, Facultas Verlag, Wien 2019, ISBN 978-3-7089-1815-0, 144 Seiten, 24.90 Euro.

Autor

www.pflege-professionell.at

Markus Golla, BScN
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Akademischer Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege
Masterstudent „Pflegewissenschaft“ der Universität Wien
Kommunikationstrainer

educa verlag

Juristische Literatur für die
Gesundheits- und Sozialbranche

Bücher erhältlich unter:
www.educa-verlag.at

Ausbildungsbücher

Bücher für Personen, die sich in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf befinden. Juristisches Basiswissen für den Berufseinstieg.

DGKP

PFA

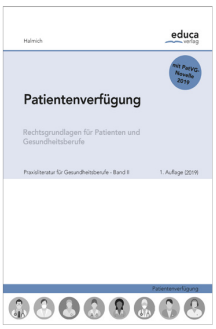
PA

weitere Berufe ...

Praxisbücher

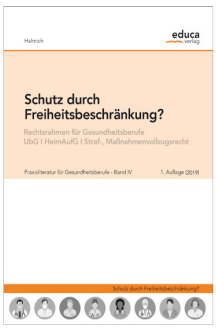
Bücher für Gesundheitspersonal, Führungskräfte, Lehrende und Interessierte am Gesundheitswesen.

Erwachsenenschutz



Patientenverfügung
(erhältlich ab 2019)

Recht in Palliative Care
(erhältlich ab 2019)



UbG, HeimAufG, Maßnahmenvollzug
(erhältlich ab 2019)

Juristische Seminare / Fortbildungen

Der Autor dieser Bücher, Dr. Michael Halmich LL.M., bietet auch juristische Fortbildungen und Seminare in Ihrer Institution an. Die Themenpalette erstreckt sich über das gesamte Gesundheitsrecht mit Schwerpunktsetzung u.a. im Recht in der Pflege.

medrecht@halmich.at
www.halmich.at

Leitlinie muss Konsequenzen haben

Ein psychiatrischer Praktiker blickt auf die Empfehlungen zu Aggression und Zwang

Tanja steckt in einer Zwickmühle. Sie arbeitet als Pflegende auf einer akutpsychiatrischen Station. Ein psychose-erkrankter junger Mann hat gerade ihr gegenüber die Faust erhoben. Sie hat sich bedroht gefühlt, hat laut um Hilfe geschrien. Die herbeieilenden Kolleginnen und Kollegen haben Schlimmeres verhindern können. Tanja wirkt emotional aufgewühlt. „Eigentlich sollten wir ihn in die Gurte legen“, sagt sie spontan. Im nächsten Moment bereut sie die Aussage.

In früheren Zeiten wäre der psychose-erkrankte Mensch unmittelbar fixiert worden. Heute machen nicht nur Gesetzgebung und Rechtsprechung dies schwieriger. In der pflegerischen Praxis vor Ort hat es den einen oder anderen Paradigmenwechsel gegeben. Menschen, die herausforderndes Verhalten zeigen, müssen nicht zwingend eine freiheitsentziehende Maßnahme erleben. Zwischen den Praktikern auf den Stationen, aber natürlich auch im ambulanten Versorgungsnetz kommt es dadurch zu lebhaften Diskussionen.

Es sind nicht nur die Rechtsprechung und die Gesetzgebung, die die Praxis verändert haben. Beispielsweise sind auch die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften in Richtung Autonomie und Selbstbestimmung der Betroffenen angepasst. Deeskalation statt Eskalation, Freiheit statt Zwang, Recht auf Krankheit statt paternalistische Fürsorge – auf kurze Formeln sind die umfangreichen Papiere

(C) fpic

zusammenzufassen.

So ist im Sommer 2018 die S 3 – Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) veröffentlicht worden. Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften erfüllen die Aufgabe, dem praktischen Handeln psychiatrisch Tätiger einen wissenschaftlichen Kontext zu geben. Mit der S 3 – Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ ist dies natürlich genauso. Den psychiatrischen Praktikern sollen Leitlinien gleichzeitig eine hilfreiche Orientierung für den mühsamen Alltag geben. Die S 3 – Leitlinie wird dem Anspruch gerecht. Gleichzeitig hat auch sie noch Entwicklungsmöglichkeiten.

Wichtig ist, dass sie im Grunde eine verbindliche Einigung darüber bietet, mit welcher Haltung professionell Tätige psychisch erkrankten Menschen und deren persönlichem Umfeld begegnen sollten. Um dies deutlich zu machen, legt sie auch Finger in offene Wunden. So formuliert die Leitlinie, dass es eine vielfach zu beobachtende Gewohnheit sei, „dass aggressives Verhalten von psychisch erkrankten Menschen in betreuten Wohneinrichtungen als zwingender Grund für eine Krankenhauseinweisung angesehen wird“ (S.23). Es sei eine undifferenzierte Annahme, „dass psychisch erkrankte Menschen gefährlicher sind als andere“ (S. 70).

Mit Aussagen dieser Art macht die Leitlinie deutlich, dass sie nicht bereit ist, irgendwelche Klischees zu bedienen. Schließlich können sich Mitarbeitende in psychiatrischen Einrichtungen davon nicht freisprechen, dass unbestimmte Ängste oder eigene unbearbeitete Lebensthemen hier und dort zu einem unreflektierten Umgehen mit psychisch erkrankten Menschen führen.

„Früher sind die Betroffenen schneller gesund geworden. Sie mussten die Medikamente einnehmen, wenn es ihnen schlecht gegangen ist. Wenn sie dies nicht gemacht haben, so haben wir sie gespritzt“, sind Positionen, die auf allgemeinpsychiatrischen Stationen inzwischen oft zu hören sind. Es müssten beherztere Entscheidungen getroffen werden, das Zaudern und Debattieren müsse ein Ende haben. Schließlich sei es den Betroffenen schneller besser gegangen.

Besonders psychiatrisch Pflegenden fällt es schwer, den eingeläuteten Zeitenwechsel mitzugehen. Ihnen fällt es schwer nachzuvollziehen, dass Betroffene die Einnahme möglichst geringer Einnahmen von Psychopharmaka oder vielleicht auch den Verzicht als eine Option während der psychiatrischen Behandlung sehen. Dafür nehmen die Betroffenen durchaus auch in Kauf, dass sich die Genesung länger hinzieht.

Institutionell Konsequenzen ziehen

Nachdenklich stimmt, wenn die Leitlinie davon ausgeht, dass die Stationsatmosphäre und das therapeutische Milieu einen „erheblichen Einfluss“ auf die Entstehung und das Ausmaß aggressiven Verhaltens haben. Was sie schuldig bleiben, sind genauere Beschreibungen der Stationsatmosphäre und des therapeutischen Milieus. Eine schlimmere Unterlassung ist jedoch, dass sich im Alltag psychiatrischer Stationen in den Kliniken oder in den Wohnheimen kaum merklich etwas ändert, was die Architektur oder Umgebungsgestaltung angeht. Noch immer gibt es viele Kliniken, in denen akut-erkrankte Menschen in Drei-oder Vier-Bett-Zimmern untergebracht sind.

Wer gegenwärtig den Begriff der therapeutischen Gemeinschaft in den interprofessionellen Diskurs einbringt, dem begegnet Ahnungslosigkeit. Auch die Leitlinie unterlässt es, diesen Kernbegriff der 1960er-Jahre zeitgemäß zu definieren. Es tauchen lediglich Begriffe wie die Wahrung der Intimsphäre auf, die psychiatrisch Tätige erst einmal für sich erklären müssen, bevor sie angemessen mit betroffenen Menschen darüber ins Gespräch kommen und hoffentlich auch institutionell Konsequenzen ziehen.

Wenn die paritätisch besetzten Besuchskommissionen zu Recht fordern, dass auch Menschen, die öffentlich-rechtlich nach dem jeweiligen Gesetz über den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen (PsychKHG) untergebracht sind, angemessen Ausgang und Aufenthalt im Freien gewährt wird, so deutet die Leitlinie dies nur an. Die wissenschaftliche Evidenz wird nur begrenzt sein. Dabei haben Empfehlungen dieser Art sicher einen großen Sinn. Ausgang und Aufenthalt im Freien sind Themen, die unweigerlich mit Fragen nach den Personalressourcen verbunden sind.

Mangelnde Erfahrung beim Personal scheine mit einer höheren Zahl gewalttätiger Vorfälle einherzugehen, stellt die Leitlinie auf dem Fundament von Studien fest. Diesen Mitarbeitenden gelingt es nicht, Beziehungen und Interaktionen reflektierend zu gestalten. Diese Mitarbeitenden haben auf-

(C) Thomas Rainer

grund mangelnder Binnenerfahrung keine gute Selbstwahrnehmung der eigenen Einstellungen und emotionalen Reaktionen. Was sich leicht liest, sind mühsam erarbeitete Fertigkeiten psychiatrisch tätiger Menschen. Die Leitlinie fordert sie, die Realität wird sicher noch lange hinterherlaufen.

Humaneres Gesicht der Psychiatrie

Kein psychiatrischer Praktiker wird widersprechen, wenn betont wird, dass Aktivierung und außerstationäre Aufenthalte, die Schaffung alltags- und lebensweltbezogener Bereiche und die Mitgestaltung der Institution durch die Menschen mit psychischen Erkrankungen zu einer Genesung und sicher auch zu einem humaneren Gesicht der Psychiatrie beitragen. Laut wird es allerdings, wenn es in der Versorgungswirklichkeit um die Finanzierung psychosozialer Interventionen geht. Da erleben Menschen, die von einer seelischen Erkrankung betroffen sind und nur begrenzte wirtschaftliche Mittel haben, schnell die Limitierungen der gesellschaftlichen Teilhabe und der Möglichkeiten, im Alltag zu gesunden.

Die Leitlinie regt an, dass Angehörige psychisch erkrankter Menschen „über die Vermeidung künftiger krankheitsbedingter Risiken aggressiven Verhaltens aufgeklärt und beraten werden“ (123). Dies klingt gut. Die Angehörigen-Gruppen in den psychiatrischen Kliniken müssten dann von der Paternalität der psychoedukativen Angebote Abstand nehmen. Von Aggression ist jeder betroffen, der mit seelisch erkrankten Menschen zu tun hat. Da muss er oder sie sich mit der eigenen Emotionalität diesbezüglich beschäftigen und sich weniger aus der Rolle heraus gegenüber den Angehörigen zeigen.

Psychiatrisch Tätige und Angehörige neigen manchmal vielleicht eher zu restriktivem Verhalten als es nötig ist. Deshalb ist es verdienstvoll, in der Leitlinie zu formulieren: „Vor der Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sollten psychisch erkrankten Menschen nach Möglichkeit gefragt werden, welche freiheitsbeschränkende Maßnahme für sie am ehesten erträglich wäre“. In der Krisensituation an sich macht dies keinen Sinn. Es ist der Moment, wenn gehandelt werden muss.

Es stellt sich die Frage, wann dies mit dem betroffenen Menschen besprochen werden sollte. Bezüglich Behandlungsvereinbarungen bleibt die Leitlinie weit hinter den Möglichkeiten zurück. Sie wird

stark aus der Sicht der Medizin und der Institution gesehen. Das Prozesshafte und das Mit-Gehen mit dem betroffenen Menschen bleibt vernachlässigt. Die Behandlungsvereinbarung sollte frühestens bei dem zweiten stationären Aufenthalt thematisiert werden, da ja die Möglichkeit einer erneuten Erkrankung von den Betroffenen ungerne wahrgenommen wird. Doch muss die Behandlungsvereinbarung vom Mediziner mit dem betroffenen Menschen geschrieben werden? Macht es nicht Sinn, diesen sensiblen Prozess außerhalb der Klinikmauern anzustoßen – mit Beteiligung der Klinik? Bei sich verändernden Versorgungsstrukturen bleibt noch eine Menge Kreativität zu entwickeln, um die Behandlungsvereinbarung als Instrument des Miteinander, bei dem der Betroffene seinen Fußabdruck hinterlässt, zu entwickeln.

Qualifiziertes Personal

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu den Fixierungen öffentlich-rechtlich untergebrachter Menschen aus dem Juli 2018 besagt, dass Intensivbetreuungen, die der Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen dienen, von qualifiziertem Personal durchgeführt werden müssen. Dieser Maßgabe entspricht die Leitlinie auch. Wenn dies State-of-the-art ist, wieso wird häufig in psychiatrischen Kliniken noch entgegen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen gehandelt? Bemerkenswert ist, dass beispielsweise in Nordrhein-Westfalen durch das Gesundheitsministerium festgestellt wird, auch Sozialarbeiter und Ergotherapeuten, Mediziner und Psychotherapeuten hätten die Qualifikation, die Krisenphasen eines psychisch erkrankten Menschen unmittelbar „am Bett“ zu begleiten.

„Seitdem die neuen Gesetze gelten und das Recht pro Betroffene gesprochen wird, gibt es immer häufiger Übergriffe auf uns“, schimpfen psychiatrisch Pflegende. „Wir sind dauernde Zielscheibe, niemand interessiert sich dafür, dass wir verletzt den beruflichen Alltag verlassen, lange Zeit ausfallen oder vielleicht ganz aus dem Berufsfeld ausscheiden.“

Mitarbeitende in der Psychiatrie erleben immer wieder Übergriffe. Dies ist bitter, wenn es jemanden betrifft. In den vergangenen Jahren ist viel geschehen, was die Begleitung betroffener Kolleginnen und Kollegen betrifft. Die Leitlinie unterstreicht auch, dass eine unmittelbar nach dem Übergriff einsetzende kollegiale Unter-

(C) kebox

stützung der Betroffenen, speziell geschulte Debriefing-Teams und bei Bedarf eine längerfristig wirksame Nachsorge durch die Einrichtung und ein psychotherapeutisches Angebot für Mitarbeitende bei Manifestation einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer anderen Anpassungsstörung notwendend seien. Ein wichtiger weiterer zur Bewältigung einer vergleichbaren Krise gehörender Punkt ist anzuregen. Aus eigener Erfahrung macht es Sinn, sich mit „Experten aus Erfahrung“ seitens der Betroffenen zusammenzusetzen. Dies wäre sicher auch eine Möglichkeit, mit innovativer Forschung Evidenz herzustellen.

Mit einem anderen Fokus greift die Leitlinie auf eine pflegewissenschaftliche Arbeit hin, in deren Mittelpunkt das Schlüpfen in die Schuhe der Betroffenen stand:

Zwei Pflegende, die sich im Rahmen einer Studie freiwillig isolieren ließen, forderten anschließend ebenfalls die Kontaktmöglichkeiten (bspw. durch ein Fenster), Pflegemaßnahmen und auch Möglichkeiten zur Aktivität (bspw. Radiohören) für psychisch erkrankte Menschen während der Isolierung zu erweitern. Des Weiteren sollten Isolierräume aus ihrer Sicht nicht wie „Gefängniszellen“ gestaltet werden, sondern Bett, Stuhl und Tisch enthalten

Die S 3 – Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ bringt auf den Punkt, was bezüglich der Aggression im psychiatrischen Kontext sowie dem Umgang damit wissenschaftlich bekannt ist. Sie gibt an der einen oder anderen Stelle Empfehlungen, die sich aus gelingender klinischer Praxis ergeben. Dies ist gut so. Sie muss gleichzeitig Mahnung sein, in der Forschung weiter zu machen. Vor allem muss sie vor Ort Konsequenzen haben. Sonst macht die ganze Mühe keinen Sinn.

Autor

Christoph Müller
psychiatrisch Pflegender, Redakteur "Psychiatrische Pflege" (Hogrefe-Verlag), Fachautor

arscurae@web.de

Die Chancen und Grenzen von Teamarbeit

Detlef Scholz

Auch als e-book

Keiner kann so viel wie alle

Teamarbeit und Teamentwicklung im Sozial- und Gesundheitswesen

facultas 2018, 152 Seiten, broschiert
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1596-8
e-ISBN 978-3-99030-682-6

Können mehr Mitarbeiter mehr leisten? Was motiviert und was bremst ein Team? Und was brauche ich überhaupt, um Teamarbeit erfolgreich umsetzen zu können?
Detlef Scholz führt in diesem Leitfaden knapp, unterhaltsam und stark praxisbezogen in die Arbeit mit Teams ein. Er beschreibt Grundlagen und Ziele von Teambildung und Teamentwicklung, geht auf Teamdynamiken näher ein und gibt Tipps zu Kommunikation und Teamführung speziell für den Gesundheits- und Sozialbereich.
Mit zahlreichen Anwendungsbeispielen aus der Praxis, Beispielgeschichten und Anregungen für die eigene Umsetzung.

facultas

ENI2019

European Nursing Informatics

HOCHSCHULE FLENSBURG
5. - 6. SEPTEMBER 2019

Brücken bauen - Grenzen überwinden
Innovationen in der ambulanten und stationären Pflege

CALL FOR ABSTRACTS

WWW.KONGRESS-ENI.EU

hpsmedia

IEMG
Institut für eHealth und Management im Gesundheitswesen

Hochschule Flensburg
University of Applied Sciences

(C) djama

DBT-F (Forensik) als Behandlungsprogramm in der Maßregel für psychisch erkrankte Straftäter

Linehan schuf mit DBT, der dialektisch behavioralen Therapie, in den neunziger Jahren ein strukturiertes Behandlungsprogramm, durch das Menschen mit einer Borderline-Störung auf ihrem Lebensweg lernen konnten, auf hochemotional und überfordernde Situationen ohne selbstschädigende Verhaltensweisen zu reagieren. Im Laufe der letzten Jahre fanden zahlreiche Adaptionen an andere Störungsbilder statt. DBT-F ist eine Anpassung für die Behandlung an straffällig gewordene Menschen mit einer Borderline-Störung oder einer antisozialen Persönlichkeitsstörung im forensischen Kontext. Es entstand in einer Kooperation zwischen Linehan und McCann in den USA und fand seinen Weg auch in den deutschsprachigen Raum, wo es gut von impulsiv-dissozialen Straftätern in Justizvollzugsanstalten und Einrichtungen des Maßregelvollzugs angenommen wird (Oermann, 2017). Im folgenden Artikel wird die DBT und die Adaption an das forensische Setting beschrieben am Beispiel der Implementierung in der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Region Hannover (KRH) Psychiatrie Wunstorf und der Erfahrungen dortiger DBT-F-Teilnehmer und -Trainer.

Was ist DBT-F?

Was ist Dialektisch-behaviorale Therapie in der Forensik (DBT-F)? Den Patienten, denen wir die Teilnahme am DBT-F-Programm empfehlen, erklären wir das etwa so: „Manchmal verhalten Sie sich so, dass Sie dadurch Probleme kriegen. Manchmal ist Ihr Verhalten ein Problem für andere. Im DBT-F-Programm lernen Sie, was Sie tun können, damit solches Problemverhalten weniger wird. Sie können sich dann selbst besser steuern. Es gibt eine gute Chance, dass es Ihnen damit besser geht. Es gibt auch eine gute Chance, dass Sie damit gute Fortschritte machen in Richtung auf Ihre Entlassung."

Die Abkürzung „DBT-F" erklären wir den möglichen Teilnehmenden von hinten nach vorn – von den ihnen vertrauteren Begriffen zu den unvertrauten: „Das F steht für Forensik. Was Forensik ist, wissen Sie alle. Das DBT-Programm wurde extra für forensische Patienten weiterentwickelt, deshalb bieten wir Ihnen nicht allgemeines DBT an, sondern DBT-F. T steht für Therapie." Dann fragen wir die Teilnehmenden, was sie unter Therapie verstehen. Das führt meist zu einem interessanten Gespräch. Wir wundern uns manchmal, wie unklar es für Patienten sein kann, was Psychotherapie bedeutet, auch wenn sie sich schon lange in Maßregelbehandlung befinden. Wir staunen aber auch, wie sie es einander in eigenen Worten und Beispielen erklären können. – Dann folgt die Erläuterung zu den beiden ersten Buchstaben der Abkürzung: „B steht für behavioral. Das kommt aus dem Englischen und heißt, dass es ums Verhalten geht. Durch DBT können Sie Ihr Verhalten besser verstehen und, wenn Sie wollen, verändern. Und D steht für dialektisch. Sie brauchen sich das Wort nicht zu merken. Aber es bedeutet, dass alles gut ins Gleichgewicht kommt. Zum Beispiel soll es bei DBT ein gutes Gleichgewicht geben zwischen Anerkennen von den Dingen, die Sie schon gut können, und Verändern von Dingen, die Sie noch besser können möchten." Anhand einer einfachen Zeichnung von Wippe oder Waage erklären wir, dass es in der Therapie wenig hilfreich ist, nur anzuerkennen, nur zu bestätigen, und andererseits auch wenig hilfreich, nur Veränderung zu fordern. Eine gute Balance zwischen diesen beiden Polen hingegen könne ermutigend wirken und zu Fortschritten anspornen.

Phasen und Bausteine der DBT-F

Die DBT setzt in ihrem Konzept grundsätzlich vier Elemente ein, die bestimmte Aufgaben in der Behandlung haben. Die Wirksamkeit der DBT, so Linehan, sei erst dann wahrscheinlich bzw. erhöhe sich, wenn alle Elemente wie im Konzept vorgesehen zur Anwendung kommen. Die Elemente sind Einzeltherapie, Skillstraining, Supervision und Telefon-Coaching. Letzteres entfällt im stationären Setting und wird durch ein validierendes Stationsmilieu mit klaren Regeln und Verbindlichkeiten ersetzt. Die Elemente von DBT-F wollen wir im Folgenden darstellen.

Die Einführungsgruppe

Vor dem Start eines neuen Durchgangs des DBT-F-Programms in Wunstorf werden die Stationsteams und Therapeuten der Forensischen Klinik gebeten, Patienten und Patientinnen zu benennen, die zur Teilnahme infrage kommen könnten. Meist handelt es sich um Patienten mit kombinierter Persönlichkeitsstörung. DBT-F-Trainer beraten darüber und stellen die Kandidaten in der berufsgruppenübergreifenden Konferenz vor. Maximal 10-12 Patienten werden gebeten, an der 8-10 Stunden (1 Stunde pro Woche) dauernden Einführungsgruppe teilzunehmen. In der kurzen leicht verständlichen schriftlichen Einladung heißt es, dass diese Gruppe dazu dient, eine Vorstellung von der Behandlungsmethode zu bekommen, damit am Ende der Einführung jeder und jede gut informiert entscheiden kann, ob er oder sie am folgenden, länger währenden DBT-F-Programm teilnehmen will oder nicht. Wir beginnen die Einführungsgruppe mit einer kleinen Theaterszene, in der TrainerInnen vorspielen, wie der Patient „Herr Meyer" in Stress gerät, immer angespannter wird und schließlich seinen Konfliktpartner anschreit, abwertet und die eigene Hand durch Schlag gegen die Wand verletzt. In den folgenden Gruppenstunden kann vieles anhand dieses Beispiels erarbeitet werden: unterschiedliche Anspannungsniveaus, die Verhaltenskette, die letztlich zum impulsiven Problemverhalten führt, und die Möglichkeiten, die Herr Meyer gehabt hätte, anders zu handeln und damit die Kette zu unterbrechen. Auch die günstigen und ungünstigen Folgen impulsiven Handelns können ausgehend von diesem Beispiel erarbeitet werden. In der Einführungsgruppe wird auch der Trainingscharakter der Therapiemethode verdeutlicht – dazu kann ein Vergleich zwischen DBT und Feuerwehr erarbeitet werden: in beiden Fällen geht es darum, immer wieder geeignete Abläufe zu üben, damit man sie dann, wenn es brennt bzw. wenn man in hohe Anspannung gerät, anwenden kann. Rückmeldungen von Patienten haben dazu geführt, dass wir auch die wichtigsten Grundsätze der Einstellung von

DBT-Trainern vorstellen, z.B. diesen: Trainer lernen von den Teilnehmenden mindestens so viel wie die Teilnehmenden von den Trainern. Patienten und Patientinnen schätzen nach unserer Erfahrung nicht nur eine gute Vorbereitung der Trainer, sondern auch dass diese sich interessiert zeigen, durch den Austausch mit den Gruppenmitgliedern das Konzept weiterzuentwickeln. Gegen Ende der Einführungsgruppe bekommen die Teilnehmenden die Aufgabe, bis zur nächsten Stunde aufzuschreiben: „Ich nehme am DBT-F-Programm teil, weil …“ bzw. „nicht teil, weil …“. Nach unserer bisherigen Erfahrung konnten die meisten gut einschätzen und begründen, weshalb dieses Programm für sie aktuell lohnend erschien oder eben nicht.

Das Dilemma von Freiwilligkeit und Zwang im DBT-F

Im Zusammenhang der Entscheidung für oder gegen die DBT-F-Teilnahme fragen die forensisch Untergebrachten oft, ob denn die Teilnahme freiwillig sei oder nicht. Anfänglich haben wir versucht zu vermitteln, dass die Teilnahme strikt freiwillig sei. Viele der Patientinnen und Patienten haben jedoch rückgemeldet, dass sie das im Gesamtkontext der Unterbringung anders erleben, da Nichtteilnahme negative Konsequenzen erwarten lasse. Um dies ernst zu nehmen, wird die Frage inzwischen differenzierter besprochen mit dem Fokus, dass bei gegebener Indikation und aktiver Teilnahme die Chancen für vergleichsweise raschere Therapiefortschritte mit erfolgreicher Lockerungserprobung steigen. Im Umkehrschluss könne bei Nichtteilnahme das Erlernen erfolgreicher Veränderungsstrategien langsamer erfolgen mit dann entsprechend längerer Behandlungsdauer.

Skills

Ein Skill ist die Fertigkeit, ein Hilfsmittel nach einer bestimmten Technik oder nach einem Schema anzuwenden. In der Regel sollen die Betroffene diese anwenden, wenn ihre anderen Fähigkeiten – beeinflusst durch hohe Spannungszustände, Unsicherheit oder Ratlosigkeit – zu ungünstigen oder dysfunktionalem Verhalten führen würden. Ein DBT-Skill definiert sich dadurch, dass er kurzfristig hilft, aber keine negativen Folgen nach sich zieht, weder kurzfristig noch langfristig. Einige Skills helfen kurzfristig, bedrohliche Krisen schadlos zu überstehen oder deren Entstehung zu verhindern. Andere Skills sollen den Umgang mit einer Situation oder einem Erleben erleichtern, andere wiederum unterstützen die Selbstwirksamkeit im zwischenmenschlichen Bereich.

Das Skillstraining

Damit sich Veränderungen im alltäglichen Umgang mit ihren Problemen etablieren können, benötigen die Betroffenen Fertigkeiten. Einerseits werden diese benötigt, um bestimmte Aspekte akzeptieren zu können, andererseits, um sie verändern zu können. Die Skills werden im Skillstraining durch Skillstrainer, in unserer Klinik sind es in der Regel geschulte Gesundheits- und Krankenpfleger, in einer „Fahrschule“ frontal vermittelt. Linehan sieht hierfür einen Skillstrainer und einen Co-Trainer vor. Sie ergeben zusammen ein dialektisches Team, der Trainer ist für die Vermittlung der Skills verantwortlich, schlüpft also in die Rolle des „Lehrers“ während dem Co-Trainer die Aufgabe zukommt zu beobachten, ob die Gruppe den Inhalten folgen kann, und Fragen aufzugreifen oder zu stellen, Störungen zu registrieren und deren Management zu initiieren.

Module und Anspannungsniveau

Das Skillstraining gliedert sich in vier bis fünf verschiedene Module (siehe unten), die sich dem besonderen Aspekt der Emotionsregulation und Selbstwirksamkeit zuwenden. Um den Betroffenen eine Entscheidungshilfe zu geben, wann welche Skills aussichtsreich angewandt werden können, rwendet das DBT eine Spannungs- oder Stresskurve. „Hochstress“ ist der Bereich hoher Anspannung, in dem mit steigendem Wert ein dysfunktionales Verhalten zunehmend wahrscheinlicher wird. Denken und Handeln ist dabei ausschließlich auf das auslösende Leid und dessen Auflösung fixiert. „Niedrigstress“ ist gekennzeichnet durch eine psychische Balance und Ausgeglichenheit, die ein Denken und Handeln in alle Richtungen ermöglicht. Dazwischen liegt ein breiter Bereich mittlerer Anspannung.

Modul „Achtsamkeit“

Im Modul „Achtsamkeit“ werden jene Fertigkeiten vermittelt, die Linehan als Kern-Skills (2016) bezeichnet, da diese für die Wirksamkeit der Skills aus anderen Bereichen grundlegend sind oder deren Wirksamkeit verstärken können. Die Achtsamkeitsskills haben ihre Wurzeln in der fernöstlichen Meditationspraxis und trainieren die absichtsvolle, wertfreie, bewusste und verankernde Wahrnehmung im gegenwärtigen Augenblick. Somit ermöglichen sie zum einen die Erfahrung, dass sich Dinge von allein verändern können, zum anderen verhelfen sie dazu, unangenehme Gedanken, Gefühle, Erinnerungen zuzulassen, statt sie zu unterdrücken, zu manipulieren oder

ihnen zu folgen. Durch Übungen werden Konzentration, wertfreies Annehmen und Wirkungsvoll-sein (Wie-Fertigkeiten) in Disziplinen „Teilnehmen“, „Beschreiben“ und „Wahrnehmen“ (Was-Fertigkeiten) trainiert (Bohus & Wolf-Arehult, 2016). Oermann stellt fest, dass ein klassisches Achtsamkeitstraining für viele Untergebrachte eine große Herausforderung ist. Sie empfiehlt, Übungen mit ein wenig Spaß und Wettkampf aufzulockern – dies könne durch Spiele geschehen.

Modul „Stresstoleranz“

Im Modul „Stresstoleranz und Krisenbewältigung“ werden Skills vermitteln, die es ermöglichen sollen, eine Krise zu überstehen und auszuhalten, ohne dabei auf dysfunktionales Verhalten zurückzugreifen, das entweder die aktuelle Situation schlimmer machen oder langfristigen eigenen Zielen oder dem Selbstwert schaden würde. Auch hier sind Akzeptanz und Veränderung wichtige Aspekte. In erster Linie sollte versucht werden, die Krise anzunehmen, auszuhalten. Dafür dienen die Skills wie „Radikale Akzeptanz“ oder „Entscheidung für einen neuen Weg“. Kann dies nicht gelingen, kommen die Krisenbewältigungsskills wie scharfe Lebensmittel, Gummibänder oder kaltes Duschen zum Einsatz. In der Gruppe werden verschiedenste Stressbewältigungsskills ausprobiert und geübt, und jedes Gruppenmitglied wird ermutigt herauszufinden, welche der Skills sich im Alltag individuell als besonders wirksam erweisen.

Wir können feststellen, dass Teilnehmende dieses Modul besonders schätzen. Dies kann daran liegen, dass hier vor allem sehr viel praktische Dinge auf der Handlungsebene vermittelt werden, deren Effekte schnell eintreten und vergleichsweise leicht wahrnehmbar sind.

Modul „Emotionsregulation“

Das Modul „Emotionsregulation“ vermittelt Fertigkeiten, die dem Betroffenen eine Modulation von Gefühlen zu ermöglichen. Diese Modulation kann in Form von Veränderung oder Anpassung geschehen. Ebenso werden Techniken vermittelt, durch die Emotionen versteh- oder nachvollziehbar gemacht werden und wie sie sich im Vorfeld günstig beeinflussen lassen. Edukation über die Vielzahl von Gefühlen, ihre Bedeutung für das Leben und wie sie funktionieren ist ein Teil des Moduls, das achtsame Erleben und praktische Übung sind der andere Bestandteil. Auch hier betont Linehan, dass es wichtig sei, Emotionen anzunehmen und zu erleben (Linehan, 2016), gleichzeitig kann eine Modulation helfen, Krisen zu vermeiden oder seinen Bedürfnissen und Zielen näherzukommen. Während einfache und in der Situation anwendbare Skills wie z.B. „entgegengesetztes Handeln“ (mit dem Gegenteil eines schädlichen Impulses reagieren) oder der „HILFS-Skill“ (die Frage, ob der Handlungsimpuls langfristig sinnvoll ist) von unseren Patienten gern aufgegriffen werden, sind die umfangreicheren Skills wie Gefühlsprotokolle eher unbeliebt. Manche Skills zeigen die tragische Reichweite der biografischen Entwicklung auf: der Skill „Held des Alltags“ zielt auf die Frage ab, wie der eigene Lieblings-Held (ohne Superkräfte) auf ein Problem oder eine Herausforderung reagieren würde. Viele Betroffene im Maßregelvollzug können für sich keine solche Helden benennen. Dieser Skill zeigte uns aber auch, wie kreativ die Teilnehmer sein können. So stellte einer der Betroffenen fest, dass er keinen Helden habe, sich stattdessen aber fragen könnte, was er seinem größten Feind raten würde. Er ging davon aus, dass man diesem etwas raten würde, das auf jeden Fall schädlich wäre. Dann müsse man nur noch das Gegenteil des Ratschlages tun.

Abbildung 1: Skills und Hilfsmittel, die in der DBT genutzt werden, um sich abzulenken oder zu beruhigen

Wir probieren ein Rollenspiel aus.

Bitte, stellen Sie sich eine Situation vor:

Der Mitpatient Heinz macht seinen Küchendienst nicht. Deshalb ist die Küche unordentlich und schmutzig. Darüber ärgert sich Klaus. Er will eine saubere Küche haben.

Eigentlich kommt Klaus mit Heinz ganz gut zurecht. Heinz hat Klaus ab und zu eine Zigarette abgegeben. Klaus konnte auch mal den Termin zum Wäschewaschen mit ihm tauschen. Es ist Klaus wichtig, dass er sich mit Heinz weiter gut verträgt.

Klaus ärgert sich über die schmutzige Küche. Er möchte aber nicht ausrasten. Als er neulich mal ausgerastet ist, war es ihm hinterher peinlich. Und andere haben ihn deshalb ausgelacht.

Für das Rollenspiel brauchen wir zwei Mitspieler: Wir brauchen Klaus, der sich über die schmutzige Küche ärgert. Und wir brauchen Heinz, der den Küchendienst gerade nicht hinkriegt.

(Die Situation wird einmal gespielt. Die Trainer fragen die Spieler der Rollen „Klaus" und „Heinz", wie sie sich in ihren Rollen gefühlt und was sie gedacht haben. Sie fragen die zuschauenden Teilnehmer, was diese beobachtet haben.)

Wir haben eine Möglichkeit gesehen, wie Klaus und Heinz mit der Situation umgehen. Welche Möglichkeiten gibt es noch? Wie kann Klaus es anders machen?

(Das Rollenspiel wird einige Male wiederholt. Dabei werden verschiedene Möglichkeiten ausprobiert, möglichst durch wechselnde Mitspieler.)

Abbildung 2: Auszug aus unserem vereinfachten Modul „zwischenmenschliche Fertigkeiten"

Modul „zwischenmenschliche Fertigkeiten"

Hier stehen Skills im Mittelpunkt, die helfen sollen, die zwischenmenschliche Interaktion wirkungsvoll zu gestalten, um Konflikte durch verbale Verletzungen oder Missverständnisse nicht entstehen zu lassen. Darunter fallen Strategien und Manöver zum Erreichen der eigenen Ziele und der Aufrechterhaltung der eigenen Würde. Wesentlich sind auch Beziehungspflege, -reparatur und Skills, wie sich schädliche Beziehungen beenden lassen. Edukation und Ausprobieren durch Rollenspiele sind hier tragende methodische Elemente. Rollenspiele, stellen wir immer wieder fest, sind für Teilnehmende eine Herausforderung. Sie erfordern von ihnen viel Mut und von den Trainern eine gute Motivationsarbeit und Geduld. Erfolgversprechend ist es, wenn die Trainer als Vorbild fungieren und sich selbst aktiv an Rollenspielen beteiligen. Gelingt es, Rollenspiele zu integrieren, werden sie auch von den Teilnehmern als wertvoll, anschaulich und lehrreich erlebt.

Module „Selbstwert" und „moralische Urteilsfähigkeit"

Im fünften Modul „Selbstwert", das als eigenständiges Modul bei Bohus und Wolf-Arehult (2009, 2016) zu finden ist und in Linehan´s Manualen (1996) in das Modul „Interpersonelle Wirksamkeit" eingestreut wurde, werden Skills vermittelt, die es ermöglichen sollen, dysfunktionale Grundschemata und Glaubenssätze zu überwinden. Diese anspruchsvollen Inhalte haben wir nicht als eigenes Modul in unser DBT-F-Programm aufgenommen, wir lassen jedoch einzelne Skills daraus an geeigneten Stellen anderer Module einfließen.

Während sich die meisten Module am allgemeinen DBT orientieren, kommen im DBT-F die Module „moralische Urteilsfindung" und „Problemlösen" hinzu (Oermann, 2018). Diese werden nach unserem Konzept in der Basis-Gruppe vermittelt.

Der Einzeltherapeut

Zentrale Aufgaben der Einzeltherapeutinnen und -therapeuten liegen bezogen auf die Begleitung des DBT-F-Programms in der Bearbeitung von Krisen und krisenerzeugendem Verhalten, auf dem Aufrechterhalten der Therapiemotivation sowie in der Beratung und Begleitung in den angestrebten Veränderungen durch Skills sowie der Generalisierung dieser Veränderungen. In unserer Klinik sind nur ein Teil der Einzeltherapeuten in DBT geschult, durch Protokolle der DBT-F-Gruppen wie durch klinikinterne Weiterbildungen bemühen wir uns jedoch um eine geeignete Vernetzung

Basisgruppe

Neben der Skillsgruppe ist im

DBT-F die Basis-Gruppe, die die Teilnehmenden einmal wöchentlich besuchen, ein zentrales Element. Die Basisgruppe wird jeweils von zwei Trainer/innen begleitet, die in der Klinik ärztlich, psychologisch oder sozialarbeiterisch tätig sind. Diese Gruppentherapie vermittelt im Rahmen von Psychoedukation störungsspezifisches Wissen, greift Fragen aus dem Skillstraining auf und fördert die Arbeitsfähigkeit der Skillsgruppe, indem Probleme der Mitarbeit und etwa Gruppenkonflikte bearbeitet werden. Das Vermitteln und Üben von Verhaltensanalysen gehört bei uns ebenfalls in die Basisgruppe.

Intervision, Supervision

Die Arbeit mit von einer Borderline-Störung ist für alle Beteiligte eine emotionale und fachliche Herausforderung. Behandelende werden, so Linehan, in diesem dynamischen Prozess Fehler machen. Dadurch kann die Entwicklung der Betroffenen gefährdet werden. Daher ist es Linehan wichtig, dass Behandelnde Unterstützung durch eine DBT-Supervision erhalten, in der ihre Motivation geklärt und ihre Fertigkeiten gestärkt werden können. Dazu können schleppend oder ungünstig verlaufende Fälle besprochen werden. Oermann betont, das auch bei Anwendung von DBT-F Superversion und „Consultation“ keine Option, sondern ein notwendiges Element sind (2018).

In unserer Klinik erhalten wir ca. einmal jährlich Supervision durch einen erfahrenen DBT-Supervisor. Zur Intervision tauschen sich die Trainer der Skills- wie der Basisgruppe untereinander und bei gemeinsamen Treffen aus. Bereichernd sind zudem Anregungen aus dem regionalen DBT-Netzwerktreffen, in dem Trainer aus verschiedenen Settings zusammenkommen.

Zusammenarbeit mit Stationen und Einzeltherapeuten

Im Setting unserer Klinik wurde entschieden, dass es keine eigene DBT-Station geben sollte, sondern das DBT-F-Programm stationsübergreifend angeboten wird. Dennoch kommen die meisten der Teilnehmenden und der Trainerinnen und Trainer von der Station, auf der Männer mit Persönlichkeitsstörungen behandelt werden und auf der ursprünglich fast das gesamte Behandlungsteam in DBT geschult wurde. Durch Rotationen befinden sich inzwischen auch Mitarbeitende, die in DBT-F erfahren sind, auf anderen Stationen, was für die Vernetzung mit anderen Behandlungsteams, z.B. der Rehastationen oder der Forensischen Institutsambulanz, von Vorteil ist. Es hat sich gezeigt und wird von ehemaligen Teilnehmenden rückgemeldet, dass es für die Patienten nach Durchlaufen des kompletten DBT-F-Programms wichtig ist, die erworbenen Fertigkeiten weiter zu trainieren und in Vergessenheit geratene Grundhaltungen aus DBT weiterhin auf das aktuelle Alltagsleben anzuwenden. Hierfür ist der Austausch mit erfahrenen Trainern hilfreich.

Skills- und Achtsamkeitskoffer auf jeder Station

Das DBT-Standardprogramm findet durch das „interaktive Skillstraining für Borderline-Patienten“ einen umfangreichen manualisierten Leitfaden. Hier finden die Betroffenen auch eine bunte Vielfalt an Skills. Dieses haben wir anfangs genutzt, jedoch erschienen einige Beispiele für das forensische Setting nicht passend und wurden von unseren Untergebrachten nicht ernst oder angenommen. Wir suchten daher mit ihnen nach Wegen und Möglichkeiten, diese Beispiele passend auf Menschen, die sich in einer langjährigen Unterbringung befinden, umzuschreiben. Auch hörten wir von Patienten immer wieder, dass sie auf den Stationen keine Skills finden könnten oder mögliche Skills nicht ständig verfügbar seien. Wir sahen das Erfordernis, verfügbare Skills anzubieten und platzierten auf jeder Station einen selbst zusammengestellten Skills- und Achtsamkeitskoffer. In diesem finden die Untergebrachten Skills wie scharfe Bonbons, Geduldsspiele, Gummibänder, Ammoniakampullen, Achtsamkeits- und Entspannungs-CD und vieles mehr. Neben diesen typischen Hilfsmitteln enthält der Koffer auch selbst erstellte „Skillskarten“, auf denen wir Skills in ihrer Technik beschreiben und entsprechende Hilfsmittel vorschlagen.

Mit den Skills- und Achtsamkeitskoffern wollten wir DBT und besonders die Skills auf den Stationen bekannt machen und erklären. Wir luden die Kollegen ein, sich damit vertraut zu machen und die im Koffer enthaltenen Skills als Werkzeug zu entdecken, Untergebrachte bei starken Anspannungen in der Selbstregulierung zu unterstützen. Dafür stellten wir den Kollegen einen kleinen Leitfaden als Schnelleinführung zur Verfügung. Die Anwendung ist gedacht für Patienten, die am DBT-F-Programm teilgenommen haben, aktuell teilnehmen, aber auch für diejenigen, die (noch) nicht teilnehmen. Wir verweisen aber ausdrücklich darauf, dass es sich bei der letzten Personengruppe dann nicht um eine DBT-Intervention handelt, und empfehlen, es als Skills-Beratung zu verstehen und für die Teilnahme am Gesamtprogramm zu werben.

Studienlage zur DBT und DBT-F

Die Wirksamkeit der DBT zur Behandlung der Borderline-Störung

konnte durch Studien nachgewiesen werden. Laut der S2-Leitlienie „Persönlichkeitsstörungen“ kann die DBT durch 8 randomisierte Studien einen Evidenz-Grad Ib vorweisen (Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen, 2009) und hat damit für die Behandlung der Borderline-Störung die höchste Empfehlung. Andere Verfahren wie die Mentalisierungsbasierte Therapie von Bateman und Fonagy (MTB), die nach Young entwickelte Schematherapie und die Übertragungs-fokussierte Psychotherapie von Kernberg (TFP) erhalten in dieser Leitlinie auf Grund der Studienlage eine Evidenz von IIa. Die Leitlinie kommt zu dem Schluss, dass diese störungsspezifischen Verfahren den unspezifischen Verfahren überlegen ist.

Bis 2014 verdichtete sich die Studienlage zur Wirksamkeit der DBT so weit, dass für die ambulante DBT Meta-Reviews möglich waren und für die ambulante DBT eine Evidenz von Ia gerechtfertigt erscheint (Burmeister et al., 2014). Für DBT im stationären Setting hingegen fehlt diese Vielzahl an Studien, jedoch halten Burmeister et al. eine Evidenz für IIa für angemessen.

Die Studienlage zur Wirksamkeit der DBT-F schätzt Oermann als zu dünn ein, um ihr einen belastbaren Effekt zuzuweisen (2017). Es fehlen vor allem die randomisierten Studien, so Oermann, und die vorhandenen Prä-Post-Studien weisen noch zu wenig Power auf (2017). Aber die zunehmenden Erfahrungen von DBT-Trainern und Teilnehmern aus anderen Massregelvollzugs-Kliniken und Justizvollzugseinrichtungen weisen darauf hin, das DBT-F dysfunktionale Verhaltensweisen reduzieren kann und zu einer höheren Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden führt.

Eigene bisherige Erfahrungen

Geschult wurden wir in DBT Kompakt I und II 2011. Darauf folgte eine Implementierungsphase, in der wir konkrete Zeiträume für Gruppenstunden und Besprechungen suchten und das Anfangskonzept vorbereiteten. Unsere erste Einführungsgruppe fand im März 2012 statt, das erste DBT-F-Programm begann im Mai 2012 und endete im September 2013. Aktuell dauert ein Durchgang von der Einführungsrunde bis zum Ende des letzten Moduls etwa 14 Monate. Weiterhin versuchen wir, in Zusammenarbeit mit den Teilnehmenden unser Programm wirkungsvoller zu gestalten, etwa indem wir unsere Manuskripte anpassen. Waren die ersten noch sehr umfangreich, versuchen wir sie inzwischen auf die wichtigsten Inhalte zu reduzieren, die in häufigen Beispielen und Anwendungen eingeübt werden. Die Arbeitsblätter verfassen wir in einfacher Sprache. Manche Fachausdrücke, die sich als unnötige Hürde erwiesen haben, vereinfachen wir selbst dann, wenn die Übersetzung nicht ganz treffend ist, z.B. verwenden wir statt „validieren“ die Worte „loben, anerkennen“, statt von funktionalem / dysfunktionalem Verhalten sprechen wir von günstigem Verhalten / Problemverhalten.

Wir erleben, dass DBT-F von den Teilnehmenden als ein sehr wertschätzendes und vor allem funktionierendes Programm wahrgenommen wird. Es besteht eine hohe Akzeptanz gegenüber den Regeln der DBT-Gruppe, was die Mitarbeit und den Umgang miteinander betrifft. Wesentliche Regelbrüche mussten wir kaum registrieren. Die Sitzungen wurden von den Teilnehmenden regelmäßig besucht: Unsere mit den Patienten entwickelte „3er-Regel“ – ein Teilnehmer darf nicht mehr als drei Sitzungen pro Modul in den Gruppen fehlen – musste wenig thematisiert werden und führte selten zum Ausschluss eines Teilnehmers. Nichtgemachte Trainingsaufgaben waren bisher das häufigste Problem, dessen Auftreten wir durch niederschwelligere Aufgaben, Thematisieren in der Gruppe und Unterstützung Einzelner wirksam minimieren können.

Bisher haben 36 Teilnehmer an dem Programm teilgenommen. 28 Teilnehmer haben das Programm erfolgreich absolviert. Hinweise auf die Wirksamkeit ergibt der Eindruck durch den Blick in die Dokumentation (ein Jahr vor /ein Jahr nach Teilnahme). Erkennbar ist, dass die Teilnehmenden Fortschritte gemacht haben im Stressmanagement, im zwischenmenschlichen Verhalten und im Wahrnehmen und angemessenem Ausdruck ihrer Gefühle. Sie bemühen sich um achtsames Umgehen mit sich selbst und anderen und nehmen Hinweise auf, wo ein weiteres Üben von Skills hilfreich sein könnte.

Unsere Teilnehmer ziehen natürlich auch ein Fazit. So vermutet ein Teilnehmer, dass ihm die Teilnahme an einem Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter wahrscheinlich leichter gefallen wäre, hätte er das DBT-Programm zuerst durchlaufen. Ein anderer sagte nach dem Ende des ersten Moduls: „Ich habe den Eindruck, wir sammeln inzwischen automatisch Skills. Wir sind jetzt schon so weit, dass wir uns selbst helfen können“

Autor

Simon Gödecke
Gesundheits- und Krankenpfleger, studiert Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld (Bachelor). KRH Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

Simon.Goedecke@krh.eu

Autorin

Dr. med. Gudrun Schätzel
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
KRH Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

E-Mail: Gudrun.Schaetzel@krh.eu

Literaturverzeichnis

Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Expertenkomitee Martin Bohus. (2009) (S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Bd. 1): Steinkopff Verlag.

Bohus, M. (2011). Dialektisch-Behaviorale Therapie für Borderline-Störungen. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), Handbuch der Borderline-Störungen (Trauma, Borderline, 2., vollständig überarb. und erw. Aufl., S. 619–639). Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.

Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2016). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, 2. korrigierter Nachdruck). Stuttgart: Schattauer.

Burmeister, K., Höschel, K., Auer, A. K. von, Reiske, S., Schweiger, U., Sipos, V. et al. (2014). Dialektisch Behaviorale Therapie--Weiterentwicklungen und empirische Evidenz. Psychiatrische Praxis, 41 (5), 242–249. https://doi.org/10.1055/s-0034-1369905

Linehan, M. (1996). Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Nachdr). München: CIP-Medien.

Linehan, M. M. (2016). Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie zur Behandlung psychischer Störungen (DBT). Skills Training Manual (Bd. 1, 2. Edition). München: CIP-Medien.

Oermann, A. (2017). Dialektisch-Behaviorale Therapie - Forensik. In B. Dulz, P. Briken, O. F. Kernberg & U. Rauchfleisch (Hrsg.), Handbuch der antisozialen Persönlichkeitsstörung (S. 452–460). Stuttgart: Schattauer.

Oermann, A. (2018). Dialektisch-behaviorale Therapie im forensischen Setting (DBT-F). In F. Schmidt-Quernheim & T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), Praxisbuch forensische Psychiatrie. Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 373–381). Bern: Hogrefe.

(C) sergunt

Das Pflegefachpersonal als Rückgrat der forensischen Psychiatrie

Die forensische Psychiatrie als Herausforderung für alle Professionen

Die therapeutischen Rahmenbedingungen und Zielsetzungen der forensisch-psychiatrischen Institutionen, die meistens dem Massregelvollzug dienen, sind zu einem grossen Teil von der Justiz vorgegeben. Die Patientinnen oder Patienten sind oft jahrelang untergebracht und unterscheiden sich in ihren Störungsmustern deutlich von den allgemeinpsychiatrisch hospitalisierten Patientinnen und Patienten. Viele leiden an Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder an Doppeldiagnosen und haben einen langen sozialen Abstieg hinter sich. Ausserdem ist die forensisch-psychiatrische Behandlung und der Massregelvollzug insgesamt von hoher gesellschaftlicher Relevanz.

Eine der wichtigsten Aufgaben von forensisch-psychiatrischen Institutionen ist es, Sicherheit zu produzieren. Diese Sicherheit wird einerseits durch die rückfallverhindernde Therapie generiert. Andererseits sind die Institutionen auch während des Vollzugs darauf bedacht, die Bevölkerung und die Mitarbeitenden vor gewaltbereiten Patienten – die immer auch eine Straftat begangen haben – zu schützen. Deshalb wird eng mit der Polizei zusammengearbeitet. Oft verfügen die Einrichtungen des Massregelvollzugs sogar über einen eigenen Sicherheitsdienst.

Es mag Aussenstehende erstaunen, dass die Mitarbeitenden in forensisch-psychiatrischen Institutionen weniger Aggressionen durch die Patienten ausgesetzt

sind als ihre Kolleginnen und Kollegen in der Allgemeinpsychiatrie. Das hängt einerseits damit zusammen, dass nur selten Akutfälle eingewiesen werden und das Personal ihre Patienten kennt. Andererseits verfügt das forensische Personal durch den Sicherheitsstandard der Infrastruktur über bessere Mittel, um allfälligen Gewalthandlungen zu begegnen. Zwangsmassnahmen sind – zumindest in der Schweiz – unkompliziert durchführbar, wenn die medizinischen und rechtlichen Voraussetzungen vorliegen.

Aufgrund ihres Auftrags steht die forensische Psychiatrie im Fokus der Öffentlichkeit. Fluchten, Gewalthandlungen, sexuelle Übergriffe und Suizide werden von den Medien häufig skandalisiert, wobei nach dem Schuldigen gesucht und nach personellen und baulichen Konsequenzen gerufen wird. Dadurch sind die in der forensischen Psychiatrie Arbeitenden einer besonders hohen Belastung ausgesetzt. Zwischenfälle müssen um jeden Preis verhindert werden, koste es, was es wolle. In der Allgemeinpsychiatrie kommen ähnliche Ereignisse zwar sogar häufiger vor, verursachen aber kaum mediale und politische Resonanz.

In den vergangenen Jahren hat sich die forensische Psychiatrie zunehmend als Subspezialität der Psychiatrie etabliert. Diese Entwicklung begann in Nordamerika, hat mit aber auch die skandinavischen Länder, Deutschland und mit Verzögerung auch die Schweiz erfasst. Leider gibt es noch zu wenig Spezialisten, die eine Führungsrolle übernehmen und das Fach weiterentwickeln können. Die forensische Forschung wird ungenügend finanziert und ist infolge fast unüberwindbarer ethischer Standards limitiert. Ausserdem werden, gerade in Deutschland forensisch-psychiatrische Lehrstühle eher ab- als aufgebaut. Deshalb entspricht die Repräsentation der forensischen Psychiatrie in den Medien noch nicht ihrer weiterhin steigenden Bedeutung. In dieser Beziehung stehen die Fachgesellschaften in besonderer Verantwortung. Während Ärzte und Psychologen in den meisten Länder schon recht gut organisiert sind, hat die forensische Pflege erst vor kurzem begonnen, entsprechende Strukturen aufzubauen. In der Schweiz wurde im Jahre 2016 die Fachgesellschaft Pflege Forensische Psychiatrie der Schweiz (FPFP) gegründet; dies ist bisher die einzige Organisation dieser Art im deutschsprachigen Raum. Diese setzt sich gezielt mit der Vernetzung und Weiterbildung von forensischen Pflegefachleuten, aber auch mit standespolitischen Fragen und der fachlichen Profilierung der forensischen Pflege auseinander.

Die Arbeit der forensischen Pflege ist überdurchschnittlich anspruchsvoll, weshalb eine vertiefte Weiterbildung gefordert werden muss. Diese hat die in der forensischen Psychiatrie häufigen Störungsbilder (Persönlichkeitsstörungen, Psychopathie, Schizophrenie, Pädosexualität etc.), aber auch wichtige pflegespezifische Themen (Gestaltung des therapeutischen Milieus, Umgang mit Nähe und Distanz, Pflegediagnostik, Risk Assessment, Umgang mit Aggressionen etc.) zu umfassen. Zudem sollten die Pflegefachleute die wichtigsten forensischen Rehabilitationsmodelle wie RNR[1] und GL[2] (Good Lives Model) kennen. Diese Modelle bilden ja die Basis des interdisziplinären Austausches.

Kern der forensisch-psychiatrischen Behandlung ist die deliktorientierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Leider gibt es für neue Mitarbeitende noch zu wenig Möglichkeiten, um sich auf diesem spannenden und wichtigen Gebiet weiterzubilden. Grundkenntnisse der deliktorientierten Psychotherapie müssten dem Pflegefachpersonal unbedingt vermittelt werden, obwohl dieses keine Psychotherapie durchführt, weil es für die Gestaltung des therapeutischen Milieus und des Stationsmanagements verantwortlich ist.

Die forensische Pflege als Drehscheibe im Massregelvollzug

Auf forensisch-psychiatrischen Stationen hat das Pflegefachpersonal in drei zentralen Bereichen den Lead inne:

Erstens obliegt ihm das Management der Station. Das Pflegepersonal führt die Mitarbeiter und ist für die Strukturierung des Tages der Patienten zuständig, fördert das Zusammenleben in der Gemeinschaft und formuliert Regeln, und setzt diese um. Dazu gehören auch die Koordination der Termine und der Aktivitäten der verschiedenen Fachgruppen. Bei Patienten, die zu Selbst- oder Fremdgefährdung neigen, wird vom Pflegefachpersonal eine tägliche kursorische Risikoeinschätzung erwartet. Ferner sind Pflegefachpersonen erste Ansprechpartner, wenn es um den Unterhalt der Station und um die Versorgung der Patienten geht.
Zweitens gestaltet das Pflegefachpersonal das therapeutische Milieu, welches die Grundlage aller therapeutischer Bemühungen ist. Das therapeutische Milieu ist sozusagen der Nährboden, auf dem Psychotherapie, Arbeitstherapie, Ergotherapie,

Kunst- und Gestaltungstherapie, Bewegungs- und Sporttherapie und andere Therapieformen erst gedeihen können. Sie ermöglicht ein gesundes Stationsklima und ein geeignetes Umfeld für soziales Lernen. Ein wichtiges Mittel zur Gestaltung des therapeutischen Milieus sind milieutherapeutische Gruppen wie Gesprächsgruppen, Konfliktlösungsgruppen, Freizeitgruppen, Sportgruppen oder auch die tiergestützte Therapie. Zentraler Wirkfaktor aber ist die vertrauensbildende Arbeit erfahrener Pflegefachkräfte als Bezugspersonen.

Drittens ist das Pflegefachpersonen – gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit dem Sicherheitsdienst – verantwortlich für die Sicherheit auf der Station und den Schutz der Patienten, des Personals und der Besucher. Es trifft Massnahmen zur Verhinderung von Fluchten und Ausbrüchen, welche die öffentliche Sicherheit gefährden könnten. Deshalb pflegen Pflegefachpersonen Kontakte mit internen Sicherheitskräften (sofern sie vorhanden sind) und externen Blaulichtorganisationen.

Die dreifache Aufgabe der Pflege führt dazu, dass Pflegefachpersonen auf forensisch-psychiatrischen Stationen eine Drehscheibenfunktion einnehmen. Sie haben eine Vielzahl von operativen Führungsaufgaben und sind mit allen Akteuren vernetzt. Es gibt auf den Stationen kaum eine Aktivität, an der nicht Pflegefachpersonen mitwirken. Im Zentrum stehen Betreuungsaufgaben, dazu kommen aber auch organisatorische, unterstützende, therapeutische und beratende Aufgaben. Bei Kriseninterventionen und Notfällen sind sie als erste zur Stelle, weil sie einerseits die Qualität der „Ersten Hilfe“ anbieten können und

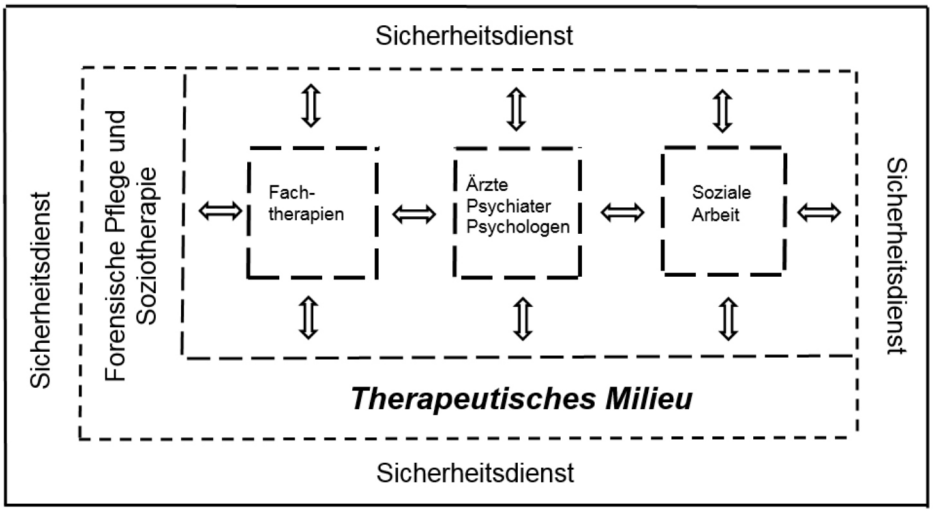


Abbildung 1: Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Forensik (nach Sachs/Barp, 2018)

andererseits die zahlenmässig grösste Berufsgruppe darstellen und einen Dienst rund um die Uhr abdecken. In einigen Einrichtungen zum Massregelvollzug stehen ihnen Milieutherapeutinnen und Milieutherapeuten oder – vor allem im Jugendmassregelvollzug – Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen gleichberechtigt zur Seite. Diese Öffnung zu anderen Professionen kann bei der Gestaltung des therapeutischen Milieus eine Bereicherung darstellen, führt aber dort zu Schnittstellenproblemen, wo medizinische Verrichtungen (Pharmakotherapie, Injektionen, Blutentnahmen etc.) einen wichtigen Teil der Behandlung darstellen. Das gilt vor allem bei Einrichtungen mit vielen Kriseninterventionen, Notfällen oder Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis.

Mit der folgenden Grafik wird die Stellung des Pflegefachpersonals als Drehscheibe und zentraler operativer Akteur auf einer forensisch-psychiatrischen Station oder einer Einrichtung zum Massregelvollzug dargestellt. (Abbildung 1)

Damit die Pflegefachpersonen diese vielfältigen Aufgaben wahrnehmen können, sind sie auf Strukturen angewiesen, die ihnen eine gewisse Autonomie ermöglichen. Wichtig für die operative Tätigkeit in diesem Umfeld sind klare Führungslinien, kurze Entscheidungswege und eine notfalltaugliche Stationsorganisation. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung müssen kongruent sein.

Zudem benötigt das Pflegefachpersonal eine professionelle Identität, die es ihr ermöglicht, im interdisziplinären Kontext ihrer Stellung entsprechend aufzutreten und die eigenen Anliegen durchzusetzen. Andernfalls wird es in Zukunft noch schwieriger werden, hinreichend ausgebildetes Pflegefachpersonal zu rekrutieren. Bereits heute kann der Bedarf in fast allen Industrieländern nur noch dank der Unterstützung aus dem Ausland gedeckt werden.

Ein weiterer Punkt, den es zu beachten gilt, ist die Belastung des Pflegefachpersonals. Die breit gefächerten Aufgaben, der intensive tägliche Kontakt mit schwierigsten Patienten und der Schichtdienst führen dazu, dass viele Pflegefachpersonen unter starkem emotionalem Druck stehen. Als Folge davon wechseln viele den

Beruf, reduzieren ihr Arbeitspensum oder ziehen sich in eine innere Emigration zurück, indem sie ihren Dienst nur noch mit möglichst wenig Aufwand erledigen.

Die Stellung des forensischen Pflegefachpersonals muss neu definiert werden

Um den erwähnten Problemen begegnen zu können, benötigen die forensisch-psychiatrischen Institutionen eine neue, basisorientierte Führungsstruktur, die der täglichen Arbeit am Patienten gerecht wird. Das Pflegefachpersonal muss nicht nur auf Grund ihrer zahlenmässigen Stärke, sondern auch und insbesondere wegen ihrer zentralen Rolle im Vollzug forensischer Therapien auf allen Führungsebenen vertreten sein. Nur wenn die fachliche Eigenständigkeit der Pflege eine Entsprechung im Organigramm hat, kann dieser Berufstand seine Funktion als strukturgebendes Element in den forensisch-psychiatrischen und Massregelvollzugsinstitutionen ausfüllen.

Zur Entschärfung der Schnittstellenprobleme, die sich aus einer autonomen Führung der Pflege ergeben, schlage ich vor, die forensisch-psychiatrische Therapie beziehungsweise den Massregelvollzug entlang von zwei Kompetenz-Clustern zu strukturieren. Im Fokus des ärztlich-therapeutischen Kompetenz-Clusters (AD) stehen Pharmako- und die Psychotherapie. Sie werden risikoorientiert durchgeführt und zielen auf eine Beeinflussung der dynamischen, das heisst veränderbaren Risikofaktoren. Ausdruck der Therapiefortschritte ist ein Rückgang von Warnsignalen (zum Beispiel Aggressionen, Suchmittelkonsum, Gewaltfantasien etc.). Dem gegenüber umfasst das pflegerisch-sicherheitsdienstliche Cluster (Pfl. D.) alle Aktivitäten und Erkenntnisse aus dem therapeutischen Milieu (beziehungsweise der Milieutherapie, welcher Begriff hier synonym genutzt wird) und dem Sicherheitsdienst, der eng mit der Pflege zusammenarbeitet.

Auch in diesem Cluster wird – mit anderen Mitteln – auf dynamische Risikofaktoren eingewirkt. Fort- oder Rückschritte in der Rehabilitation äussern sich auch hier durch Warnsignale (Veränderung der sozialen Kompetenz im Alltag, Fluchtversuche, Umgang mit Konflikten).

Die beiden Cluster arbeiten im Verlauf der Rehabilitation eng zusammen, tauschen ihre Erkenntnisse aus und kommunizieren diese der Vollzugsbehörde. Sie erstellen aber jeweils selbständig Assessments des Vollzugsfortschritts und des Risikos. Zur Koordination finden regelmässige Standortbestimmungen statt, an denen sowohl die Behörde als auch Vertretungen der beiden Cluster teilnehmen. Die forensisch-psychiatrische Behandlung wird in drei Phasen gegliedert:

In der Abklärungsphase geht es darum, die dynamischen Risikofaktoren zu ermitteln, so dass sowohl im pflegerisch-sicherheitsdienst-

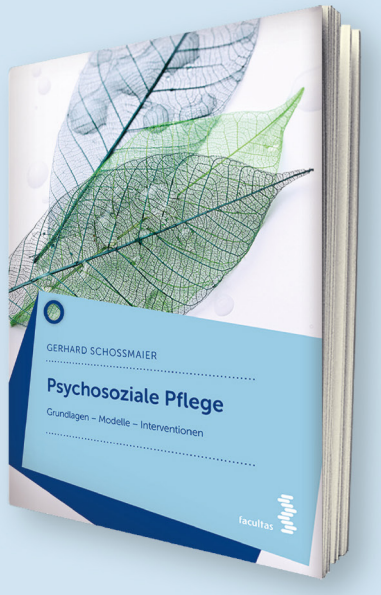
(C) Pressmaster

lichen als auch im ärztlich-therapeutischen Cluster Warnsignale erarbeitet werden können, die als Marker für die Veränderung der Risikosituation erachtet werden. Im interdisziplinären Austausch werden Übereinstimmungen und tatsächliche oder scheinbare Widersprüche diskutiert.

Die Behandlungsphase ist der längste Abschnitt im Massregelvollzug und ist geprägt durch die Verzahnung der Milieutherapie- und Sicherheitselemente einerseits mit den psycho- und pharmakotherapeutischen Elementen andererseits. Sicherheit, therapeutisches Milieu, Pharmakotherapie und Psychotherapie verfolgen unterschiedliche, ja scheinbar sogar widersprüchliche Ziele. Sie dienen aber alle der Resozialisierung von Patientinnen und Patienten, somit also der Rückfallverhütung und der Verbesserung der Sicherheit in der Gesellschaft. In dieser Phase ist die Herausforderung an die Zusammenarbeit zwischen dem Pflegefachpersonal und den Sicherheitsverantwortlichen einerseits und den Ärzten und Psychologen andererseits besonders gross. Die beiden «Kompetenz-Cluster» müssen eng verzahnt werden, ohne dass es zu einer Vermischung und Aufweichung der Verantwortlichkeiten kommt. Pflegefachpersonen und Ärzte bzw. Psychologen achten während der ganzen Behandlungsphase je aus ihrer Sicht auf Warnsignale, die Ausdruck der dynamischen Risikofaktoren sind. Die Beobachtungen werden interdisziplinär besprochen und dienen der Justierung beziehungsweise Korrektur des Therapieprozesses. Im Verlauf der Behandlungsphase nehmen Pflegefachpersonen und Ärzte je eigene periodische Assessments der Therapiefortschritte vor und schätzen die Veränderung des Risikos ein. Die Erkenntnisse werden in Fachbereichssitzungen besprochen und zu einem Bericht, der die Aspekte der beiden «Kompetenz-Cluster» berücksichtigt, verdichtet. Der Bericht, der Empfehlungen und Anträge enthält, wird der Behörde eingereicht. Wenn wegweisende Entscheidungen anstehen, erfolgen Standortgespräche, an denen Vertretungen beider «Kompetenz-Cluster» und der Vollzugsbehörden teilnehmen.

In der Resozialisierungsphase werden die Patientinnen und Patienten auf den Austritt aus dem stationären Massregelvollzug vorbereitet. Sie ist geprägt durch schrittweise Vollzugslockerungen, Belastungserprobungen, externe Arbeitsversuche und Übernahme von Eigenverantwortung. In dieser Phase übernehmen innerhalb des «Kompetenz-Clusters» Pflegedienst/Sicherheit die Sozialarbeitenden eine zentrale Rolle. In der

Die Chancen und Grenzen von Teamarbeit



Gerhard Schoßmaier

Auch als e-book

Psychosoziale Pflege

Grundlagen – Modelle – Interventionen

facultas 2019, 144 Seiten, broschiert
EUR 24,90 (A) EUR 24,20 (D) / sFr 31,– UVP
ISBN 978-3-7089-1815-0

Psychosoziale Problemstellungen sind zentrale Aufgabe der psychiatrischen Pflege. Dieses Buch erörtert Hintergründe und Ursachen psychosozialer Probleme aus dem pflegerischen Blickwinkel. Im Sinne der Pflegediagnostik beschreibt es die Grundlagen der pflegerischen Beziehungsarbeit im psychiatrischen Bereich sowie passende Pflegekonzepte. Darüber hinaus gibt es einen Überblick möglicher Interventionen für den täglichen Umgang mit Betroffenen. Spezielle Settings werden ebenso berücksichtigt wie besondere Aspekte der psychosozialen Pflege.
Für Auszubildende in Pflegeberufen, insbesondere in der Weiterbildung psychiatrische Pflege, sowie alle, die ihr Wissen für die Praxis erweitern wollen.

facultas

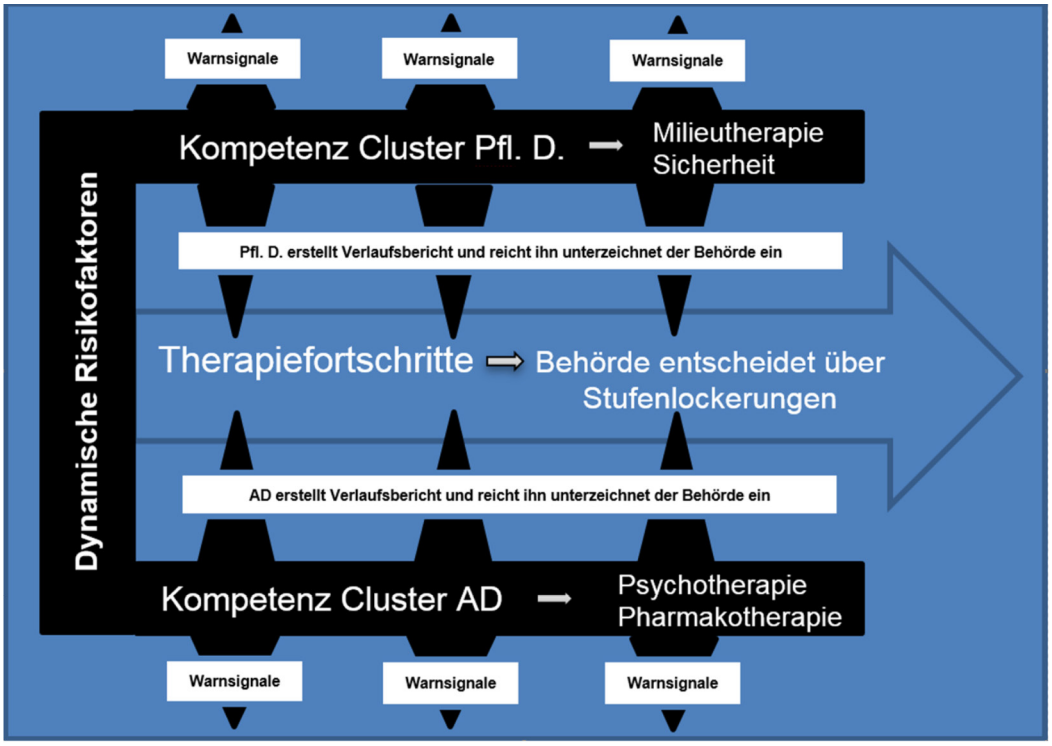


Abbildung 2: Integratives interdisziplinäres Behandlungs- und Risk-Management-Modell

Milieutherapie wird der Fokus auf die Gestaltung des Empfangsraumes gelegt.

Modellhaft kann der Prozess der integrativen, interdisziplinären Behandlung und des Risk-Managements wie folgt dargestellt werden: (Abbildung 2)

Dieser Vorschlag für die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen in der forensischen Psychiatrie ist nicht mit dem Modell der dualen Führung zu verwechseln, in dem alle Entscheide gemeinsam gefällt werden. Ziel des hier vorgeschlagenen Modells sind zwei selbständige Führungsstrukturen, die aber eng miteinander verzahnt sind.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist in der forensischen Psychiatrie noch wichtiger als in der Allgemeinpsychiatrie. Deshalb kann die Forensik bei der Entwicklung eines auf die Psychiatrie zugeschnittenen Führungsmodells eine Vorreiterrolle übernehmen.

Fußnoten

[1] RNR steht für Risk (Risikoprinzip; die Intensität der Behandlung richtet sich nach der individuellen Gefährlichkeit des Straftäters), Need (Bedürfnisprinzip; die Behandlungsziele orientieren sich an den veränderbaren Risikofaktoren) und Responsivity (Ansprechbarkeitsprinzip; die Art der Behandlung wird der Ansprechbarkeit des Täters angepasst)

[2] GLM steht für Good Lives Model: In diesem wird davon ausgegangen, dass sich erneute Straftaten bei bereits straffällig gewordenen Menschen auch durch eine postdeliktisch zufriedenstellende Lebensführung verhindern liessen. Zu einer befriedigenden Lebensführung gehören unter anderem psychische und physische Gesundheit, Bewegung, befriedigende Freizeitaktivitäten, Leistungsfähigkeit, kreative Betätigung, sportliche und intellektuelle Herausforderung, Information über die Welt sowie ein Gemeinschaftsgefühl.

Autor

Miro Barp
Präsident Fachgesellschaft Pflege Forensische Psychiatrie der Schweiz, Mitglied der Psychiatrie-Kommission des Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), Diploma of Advanced Studies in Forensic Science, MeF UZH, Diplomierte Pflegefachperson HF (Psychiatrie)

Aus der Geschichte lernen: Zeitzeugen berichten

Nachdem bereits 1825 in Siegburg die erste „Rheinische Irrenanstalt“ eröffnet worden war, bemühte sich der Provinziallandtag der Rheinprovinz um die Errichtung einer Bewahranstalt zur Unterbringung „der irren Verbrecher und verbrecherischen Irren.“ 1897 wurde der Bau einer solchen Einrichtung genehmigt und in Düren im Jahre 1900 als „Pavillon für 48 irre Verbrecher“ fertiggestellt. Dieser beherbergte als sogenanntes „Haus 5“ – phasenweise mit fast 100 Patienten ständig heillos überbelegt – bis Mitte der 1980er-Jahre Patienten, die straffällig wurden und als gemeingefährlich galten.

Haus 5 ist ein Symbol für die Geschichte der forensischen Psychiatrie, die sich mit den Menschen befasst, die infolge einer psychiatrischen Erkrankung straffällig geworden sind.

Eine hohe Backsteinmauer und vergitterte Fenster vermitteln den heutigen Besuchern eine fast kerkerhafte Anmutung. Und in der Tat trügt dieser Eindruck nicht, da die Geschichte der Psychiatrie weitgehend eine Geschichte der Ausgrenzung, Asylierung und Diskriminierung ist. In der NS-Zeit wird die Psychiatrie-Geschichte auch im Haus 5 eine Geschichte der Vernichtung.

Kritische Ereignisse und schwere Zwischenfälle gehörten über die Jahrzehnte zur Tagesordnung. Schon ein Jahr nach Belegung hatte sich gezeigt, dass das Konzept, eine derart große Zahl höchst schwieriger und gewaltbereiter Menschen unter architektonisch fragwürdigen Bedingungen unterzubringen, zum Scheitern verurteilt war. Dennoch ließ man davon nicht ab, bis es in den 70er-Jahren zu derart dramatischen Ereignissen kam, die eine Antwort erforderten: Der Tod eines Patienten, der wegen eines Feuers bei lebendigem Leibe verbrannte, ging nur wenige Wochen dem heftigen Suizid eines weiteren Patienten voraus. Der Landschaftsverband Rheinland und das Land Nordrhein-Westfalen kamen überein, dass die Tage von Haus 5 endgültig der Vergangenheit angehören sollten.

(C) Hax-Schoppenhorst

1986 wurde dann das neue forensische Dorf in Düren eingerichtet, dass allein in architektonischer Hinsicht der komplette, sinnvolle und längst fällige Gegenentwurf zu Haus 5 war, sodass das Haus 5 zum Symbol und Erinnerungsort gemacht werden konnte.

Wie nun aber konnte man die gemachten Erfahrungen für die Nachwelt, für heute in der Psychiatrie Tätige sichern? Wie konnte man es erreichen, die Geschichte dieses Hauses einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen, damit ein für allemal klar wird, dass sich solches nie mehr wiederholen darf?

Das Projekt „Zeitzeugen“ war die Antwort: Acht pflegerische Mitarbeiter und ein Patient waren im Frühjahr 2016 dazu bereit, an einer Befragung zur jüngeren Geschichte des Bewahrungshauses teilzunehmen. Sie erzählten ihre Geschichte(n) aus einem persönlichen Blickwinkel, der subjektives Erleben und subjektive Erfahrungen umspannt. Gerade mit Blick auf die in der Vergangenheit von Krisen gekennzeichnete Geschichte der forensischen Psychiatrie kommt ihren Berichten ein hoher Stellenwert zu.

Die Interviews fanden Eingang in eine Ausstellung mit gleichem Titel, die seit 2017 im Erdgeschoss des Hauses zu sehen ist; zudem ermöglicht der von Dr. Erhard Knauer herausgegebene Ausstellungskatalog „Leben in Haus 5“ (Psychiatrie Verlag, Köln) allen Interessierten eine Auseinandersetzung mit dem Thema.

„Leben in Haus 5“ ist sehr zu begrüßen, steht die Geschichte des Bewahrungshauses in Düren doch – zugleich stellvertretend für vergleichbare Einrichtungen – für ein Teilstück psychiatrischer Zeitgeschichte der forensischen Pflege, die bisher noch viel zu wenig erforscht und dokumentiert ist.

Haus 5 soll neben dem Angebot psychiatriegeschichtlich relevanter Ausstellungen zukünftig in gleich mehrfacher Hinsicht genutzt werden: Es bietet sich ideal als Raum für Kunstausstellungen und Workshops aller Art an; einer der Räume wird seit Jahresbeginn 2019 als Vortragsraum genutzt.

Schließlich ist das Konzept „Multizentrisches Psychiatriemuseum“ im Gespräch, dessen Realisierung zur Folge hätte, dass an allen 9 Psychiatrie-Standorten des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) exponiert und mit jeweiligen Schwerpunkten Psychiatrie-Geschichte in Gestalt von Infosäulen u. ä. lebendig würde; Haus 5 hätte dabei einen zentralen Stellenwert.

„Aus der Geschichte lernen!“ – ein wichtiges, zentrales Ziel! Die Dürener Aktivitäten und Bestrebungen zeigen sich dem kreativ verpflichtet.

Autor

Olaf Mehl
Kommunikationsdesigner mit langjähriger Erfahrung in verschiedenen Kontexten, seit 2017 Kurator von Haus 5

Ein romantisches Bild bedienen

Birgit Panke-Kochinke veröffentlicht eine Studie über Krankenschwesternromane

Die Zeiten ändern sich. Die Vorstellungen über Krankenschwestern scheinen sich jedoch durch die Jahre und Jahrzehnte hindurch zu halten. Die Pflegewissenschaftlerin Birgit Panke-Kochinke ist der Überzeugung, dass sich Vorurteile über Krankenschwestern hartnäckig halten. Mit der Studie „Krankenschwesternromane (1914-2018) – Kontexte, Muster, Perspektiven“ hat sie eine beachtenswerte Arbeit vorgelegt, die Pflegende einmal aus einer unerwarteten Perspektive zum Nachdenken über das eigene Selbstverständnis bewegen könnte. Für die „Pflege Professionell“ hat Christoph Müller das Gespräch mit Birgit Panke-Kochinke gesucht.

Pflege Professionell: Was hat Sie, Frau Panke-Kochinke, bewegt, in Romane der vergangenen Jahrzehnte zu schauen, um das Bild der Krankenschwestern in der Gesellschaft anzuschauen?

Birgit Panke-Kochinke: Zunächst einmal eine kleine Einschränkung: Ich habe in den von mir untersuchten Trivialromanen nicht das vollständige Bild der Krankenschwestern in der Gesellschaft analysiert, sondern nur einen kleinen Teil davon, eben das, was sich in Trivialromanen wiederfindet. Daneben gibt es noch Zeitungen und Zeitschriften, Filme, politische Stellungnahmen, wissenschaftliche Aufsätze – das ganze Repertoire eines gesellschaftlichen Diskurses also, das solche Vorstellungswelten erzeugt und ihm eine Deutungsmacht zuweist.

Der Anlass war eher zufällig: zwischen 2001 und 2003 führte ich ein von der Volkswagenstiftung finanziertes Forschungsprojekt durch. Es ging um den Einsatz von Krankenschwestern in Frontlazaretten im Ersten und Zweiten Weltkrieg. In den 1930er-Jahren erschienen eine Reihe von Romanen, die das Leben von Krankenschwestern in ihrem Einsatz hinter den Fronten des Ersten Weltkrieges glorifizierten. Mich faszinierten diese ideologischen Konstruktionen der Krankenschwester als „Friedensengel“, später denn für den Zweiten Weltkrieg auch als „Frontschwestern“.

Ich gab eine Sammlung von Quellen zur Geschichte der Krankenpflege heraus, arbeitete mich durch Bilder und Vorstellungswelten von historischen Konstruktionen der Krankenschwester und begann Romane und Autobiografien zu sammeln. Irgendwann, so meine Idee, wollte ich genauer herausfinden, was und wie eigentlich in diesen Romanen für eine Idee von Krankenschwestern vermittelt wurde. Diese Trivialromane und Bestseller erschienen und erscheinen in Millionenauflage und wurden und werden dementsprechend von vielen Menschen gelesen. Man weiß ja vielleicht auch aus eigener Anschauung, wie solche „Feierabendlektüre“ wirkt. Und meine Frage war einfach erst einmal: Was ist das für ein Bild der Krankenschwester, das in diesen Romanen vermittelt wird? Ist es spezifisch oder gleicht es anderen Liebesromanen? Das schien mir auch der Kern einer mentalitätsgeschichtlichen Betrachtung zu sein: Ich wollte herausfinden, was die Faszination dieser Romane

ausmachte.

Pflege Professionell: Was können aus Ihrer Sicht Gründe sein, dass Krankenschwestern stets als pflichtbewusste und selbstlose Frauen dargestellt werden, die auf der Suche nach der wahren Liebe sind? Pflegeberufe stehen doch nicht im Verdacht, romantische Missverständnisse wachzurufen, oder?

Birgit Panke-Kochinke: Die Romantisierung der Krankenpflege und die Romantisierung der Liebe passen eigentlich ganz gut zusammen – zumindest in der Fantasie. Es handelt sich ja wie gesagt um Trivialromane. Und diese folgen immer einem bestimmten Muster der „Heldenreise“. Sie enden immer mit einem Happy End. Und das Happy End in einem Liebesroman, der speziell für Frauen geschrieben wird, ist die „wahre Liebe“. Das ist bei der Gruppe der Krankenschwestern so und – ich habe ja als Vergleichsgruppe die Sekretärinnen gewählt – das trifft auch auf andere Frauen zu. Das hat etwas mit jeweiligen zeitgenössischen Geschlechterkonstruktionen zu tun und verankert sich weniger in dem Berufsbild selbst.

Pflege Professionell: Ist die Sehnsucht nach dem Happy End eine logische Konsequenz von Frauen, die in einem anstrengenden und oft überfordernden Beruf arbeiten?

Birgit Panke-Kochinke: Das weiß ich nicht. Ich habe ja keine empirische Untersuchung gemacht, die nach den Lebenskonstruktionen von realen Krankenschwestern gefragt hat. Und ich denke auch nicht, dass diese Romane vor allem von Krankenschwestern gelesen werden. Ich weiß nur, dass Millionen von Frauen über einen sehr langen historischen Zeitraum diese Geschichten mit Vergnügen gelesen haben und immer noch lesen und dass diese Trivialromane ein romantisches Bild bedienen, das in ihrer Fantasie existiert.

Pflege Professionell: Pflegende Frauen haben möglicherweise die Stabilisierung der traditionellen Idee einer sich aufopfernden Krankenschwester für die Identitätsbildung in der geschlechtsspezifischen Entwicklung gebraucht. Wie sieht dies bei Männern in den Pflegeberufen aus?

Birgit Panke-Kochinke: Männliche Pflegekräfte spielen in den von mir untersuchten Trivialromanen allenfalls eine Nebenrolle. Sie sind entweder homosexuell, auf dem Weg zu einem Arztstudium oder einer Hochschulkarriere oder einfach nur Kollegen. Ihre seelische Konstitution und ethische Motivation interessiert wenig. Darüber kann ich also nur fantasieren. Es gibt auch nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen, wie z.B. die von Hannes Ummel, die sich dem Thema „Männer in der Pflege“ überhaupt zuwenden.

Für die Zeit des Ersten und Zweiten Weltkrieges ist diese Frage noch beantwortbar: Opfer ist bei den Sanitätern im Kriegseinsatz mit dem Thema Kameradschaft und Heldentum verknüpft: der Dienst am Vaterland verlangt es einfach. Vielleicht passt in der Gegenwart der Begriff des „Helfens“ eher, um Elemente dieser männlichen Identitätsbildung im Pflegeberuf einzufangen. Dahinter vermute ich ein ganzes Sammelsurium von Motivationen. Eine Untersuchung derselben wäre interessant.

Quadratur des Kreises

Pflege Professionell: Wie müssten aus Ihrer Sicht die Geschichten aussehen, die über pflegende Männer geschrieben werden? Inwieweit finden sich Romane mit pflegenden Männern in der belletristischen Literatur?

Birgit Panke-Kochinke: Spannende Frage, die ich nicht beantworten kann. Ich erinnere mich daran, dass es einige wenige Trivialromane gibt, die pflegende Männer in den Mittelpunkt stellen. Das war aber nicht mein Thema.

Pflege Professionell: In der Auseinandersetzung mit den Trivialromanen der Gegenwart und der Vergangenheit zeigt sich nach ihrer Studie, dass sich Krankenschwestern mit einfachen Tätigkeiten begnügen und in Erwartung ärztlicher Anordnungen sind. Demgegenüber stehen die Professionalisierung und Akademisierung der Pflegeberufe. Wie können Brücken über diesen Graben gebaut werden?

Birgit Panke-Kochinke: Schwierig. Klingt nach einer Quadratur des Kreises. Begnügen würde ich nicht sagen. Und - das sind ja zwei ganz unterschiedliche Ufer, über die man eigentlich keine Brücken bauen kann.

Ich versuche trotzdem einen Gedankengang zu verfolgen. In den Trivialromanen werden für einen bestimmten historischen Zeitraum klare Hierarchien zwischen Ärzten und Krankenschwestern beschrieben, die unüberbrückbar sind. Sie bilden vor allem eine Bühne, um emotionale Verwicklungen in einer starren Ablauforganisation zu entfalten. Insbesondere jedoch in den aus dem Englischen über-

setzten Romanen treten uns aber auch die akademisch gebildeten Krankenschwestern bereits zu einem viel früheren Zeitpunkt entgegen. In der eher nachholenden Entwicklung in deutschsprachigen Ländern könnte also in diesen Romanen auch eine Vorbildfunktion liegen.

In der bundesrepublikanischen Realität – und das ist erst einmal außerhalb der emotionalen Auswirkungen – ist das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Ärztlichem Dienst juristisch über Zuständigkeiten und Vorbehaltsaufgaben geregelt und folgt immer noch in Teilen den tradierten Vorgaben einer durch Mutterhäuser bzw. religiöse Vorgaben geprägten Ausbildungsstruktur.

Akademisierung stellt Zuständigkeiten in Frage

Die Akademisierung der Pflegeberufe und auch die berufspolitischen Bemühungen stellen diese Zuständigkeiten zwar schon seit langem und sicherlich auch berechtigt in Frage. Der Prozess der Professionalisierung verändert allerdings nur langsam diese Zuständigkeiten. Das ist auch eine Frage der Berufspolitik und der Ausbildung eines eigenen akademischen Wissenskanons.

Offen bleibt dann die Frage des emotionalen Hintergrundes, der Gefühle, der Wünsche, der Haltungen dieser beiden Berufsstände zueinander. Da wirken sich sicherlich noch die traditionellen Vorstellungen über den Ärztestand und die Krankenpflege aus. Da geht es um Identitätskonstruktionen, die berufsständische, geschlechterspezifische und nationale Eigenheiten betreffen. Emotionen lassen sich – folgt man der modernen Hirnforschung – nicht einfach formen aber durchaus durch den Verstand und entsprechende Handlungserfahrungen beeinflussen.

Eine Haltung zum Beruf und zum Leben verändert sich auch auf der Ebene der Emotionen dann, wenn positive Erfahrungen gemacht werden können. Positiv hieße in diesem Fall, das Krankenschwestern in ihrer Professionalität die Erfahrung von Anerkennung machen können. Anerkennung nicht nur als Frauen, die sich für ihre Patientinnen aufopfern und den Ärzten gehorchen, sondern als fachlich kompetente Ansprechpartnerinnen in ganz konkreten beruflichen Handlungssituationen.

Also: Akademisierung und Pro-

fessionalisierung als ein Weg, um neben Fachkompetenz auch Selbstwertgefühl zu bekommen und dieses entsprechend den modernen Standards von beruflicher Identität auch umsetzen zu können. Das hat viel mit den eigenen Emotionen zu tun und damit auch dem eigenen Bild. Da müsste man allenfalls abwarten, ob sich in den Entwicklungsromanen der Zukunft solche Identitätskonstruktionen für Krankenschwestern und –pfleger finden lassen, die genau das zeigen. Im Prinzip – und als kleiner Hoffnungsschimmer – ist das in den englischsprachigen Romanen bereits ansatzweise der Fall.

Pflege Professionell: Inwieweit schaffen es Frauen als Krankenschwestern in der Gegenwart, sich von den „romantischen" Vorstellungen der Trivialromane zu distanzieren?

Birgit Panke-Kochinke: Warum sollten sie das tun? Auch ich lese Bestseller und bin durchaus in der Lage, in diesen Romanen zu „versinken", mich von der Realität zu entfernen – das ist ja gerade ihre Funktion – und dann wieder aufzuwachen und mich meinem Leben erneut auf einer anderen Ebene wieder zuzuwenden.

Gefährlich wird es nur, wenn man die Romanwirklichkeit über die Berufswirklichkeit legt und nicht mehr erkennt, dass hier Differenzen sein können. Warum sollte eine Krankenschwester nicht davon träumen, einen bestimmten Arzt, der ihr im Berufsleben begegnet, auch heiraten zu wollen? Wenn daraus keine zwanghaften Handlungen erwachsen, ist das für meine Begriffe normal und passiert immer wieder. Man könnte ja auch argumentieren, dass das religiös überfrachtete Bild der Krankenpflege mit ihrem Opfermythos schädlich ist. Ich denke, dass wir immer von solchen romantisierenden, religiösen Bildern beeinflusst werden.

Keine Distanzierung von romantischen Vorstellungen nötig

Unser Denken ist – auch das eine Erkenntnis der modernen Hirnforschung – ein ewiger und nur schwer zu kontrollierender Prozess, der durch bestimmte Synapsenverbindungen in bestimmte ausgetretene Pfade weist. Also: nicht die Distanzierung von romantischen Vorstellungen halte ich für notwendig, sondern die Verbesserung der Berufssituation um sich nicht nur in solche Träume flüchten zu müssen, weil man den Alltag sonst nicht aushält.

Und wenn es um die andere Seite geht: pflegebedürftige Menschen haben ein bestimmtes Bild von der Krankenschwester, wie sie sein soll. Und das haben auch Ärzte. Das muss eine Pflegekraft zunächst einmal einfach nur wissen und sich nicht wundern, wenn sie mit Anforderungen konfrontiert wird, die sie sich nicht erklären kann. Es gilt also zunächst einmal, dieses Wissen zu erwerben – wie z.B. durch meine Studie – und dann in der Ausbildung und anderen Reflexionsszenarien zu überlegen, wie man dem begegnen kann. Das wäre ein möglicher Weg der Distanzierung.

Pflege Professionell: Krankenschwestern gelten sicher als Garantinnen für Harmonie und Fürsorge – bis in die Gegenwart. Wie müsste aus Ihrer Sicht ein zeitgenössisches Bild der Krankenschwester aussehen?

Birgit Panke-Kochinke: Der Begriff der Fürsorge hat ja durchaus auch positive Elemente, wie es Martha Nussbaum in gesellschaftskritischer Perspektive nachgewiesen hat. Fürsorge hat eine zentrale Qualität, steht doch die Achtung der Menschenwürde als hoher ethischer Wert im Mittelpunkt einer Wertschätzung von Menschen, die krank und behindert sind. Eine fürsorgliche Haltung diesen Menschen mit Pflegebedarf gegenüber bleibt für mich der Kern einer Ethik der Krankenpflege.

Vermutlich wäre schon viel erreicht, wenn dieser Begriff der Fürsorge sich von dem Begriff des Opfers lösen würde. Denn – eine Haltung der Empathie als ausgelotetes Verhältnis von Selbstfürsorge und Sorge für das Wohl eines Menschen mit Pflegebedarf, verlangt eine selbstkritische, professionelle und damit beständig reflektierende Haltung der eigenen Arbeit gegenüber. Distanz und Nähe angemessen auszuloten ist zentral. Das setzt selbstverständlich auch ein gut fundiertes fachliches Wissen voraus. Kommunikative Kompetenzen, kritische Analyse des eigenen Tuns aber auch ein berufspolitisches Engagement, um diese Essentials eines modernen Berufsbildes gesellschaftlich und politisch zu einer Anerkennung zu verhelfen, sind für mich Grundlagen einer modernen, zukunftstragenden beruflichen Konstitution der Pflegeberufe.

Pflege Professionell: Das Krankenhaus bietet eine hilfreiche Kulisse für das Erzählen der Geschichten über die Krankenschwestern. Was macht die Bühne aus?

Birgit Panke-Kochinke: Es ist ja nicht nur das traditionelle Krankenhaus, das hier eine Bühne darstellt. Auch Alten- und Pflegeheime, Pri-

vatpraxen, Rehabilitationseinrichtungen und andere Institutionen, die Pflegekräfte beschäftigen, bilden die Handlungsbühne in den Trivialromanen. Hier geht es immer nur darum, eine Illusion der Wirklichkeit zu erzeugen: die Leserin fühlt sich in eine Welt integriert, die sie zu kennen meint. So erscheint ihr dieses Szenario dann auch näher an dieser Wirklichkeit zu liegen. Es wird ja von den Verlagen sehr darauf geachtet, dass diese „Bühne“ auch so dargestellt wird, dass die wesentlichen Faktoren stimmig sind.

Pflege Professionell: Schaut man heute in die Krankenhäuser und Pflegeheime, so begegnet man Frauen, die sich in der postmodernen Gesellschaft behaupten müssen. Was wünschen Sie vor allem den Jüngeren, die sich wahrscheinlich in den rezipierten Figuren nicht wiederfinden?

Birgit Panke-Kochinke: Nun, ich vermute, dass sie sich trotz alledem dort wiederfinden können und das halte ich nicht für schädlich. Meinetwegen muss da keine Distanzierung erfolgen. Träume kann man haben und der Wunsch nach einer erfüllenden Liebe und Partnerschaft ist ja auch vorhanden. Man hat herausgefunden, dass diese Romane von Menschen aller sozialen Schichten gelesen werden. Diese Romane passen sich in ihrer Geschichte ja auch immer an die jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen an.

Freude an der Arbeit

Wenn ich es nun wagen würde, aus den Trivialromanen selbst etwas Positives herauszulesen, so scheint mir die Freude an der Arbeit herauszustechen. Diese entsteht dann, wenn man auch Wertschätzung erlebt: nicht nur von den PatientInnen, KlientInnen, den KollegInnen und Vorgesetzten, sondern vor allem auch von einer Gesellschaft, die dieses Berufsfeld achtet. Und sie entsteht auch dann, wenn die Probleme, die dieses Berufsfeld in der Moderne ausweist – ich nenne nur die wachsende Anzahl von Menschen mit multimorbiden zumeist chronischen Krankheitsbildern, die wachsende Technisierung, die engen Zeitkorridore – so gelöst werden können, dass der Kern einer fürsorgerischen Haltung bewahrt werden kann.

Das hat nichts mit Traditionserhaltung zu tun. Mein Wunsch also: hoch-/schulische Konzepte, die diesem zentralen Punkt mehr Aufmerksamkeit zuwenden. Und wenn es um eine postmoderne Gesellschaftsidee geht: im Beruf der Krankenpflege geht es nicht nur darum, dass die Identität eines pflegebedürftigen Menschen erschlossen und angemessen in den Pflegeprozess einbezogen wird, sondern auch darum, dass die Identität einer Pflegekraft den Raum findet, der es ihr/ihm ermöglicht, seine Fähigkeiten und Fertigkeiten so zu entfalten, dass er/sie mit diesem Beruf zufrieden sein kann.

Also, was würde ich wünschen? Raum zur Entfaltung der eigenen Identität nicht gegen sondern mit und in dem Beruf der Pflege erleben können, so dass dieser Beruf ein lebenslang erfüllender Beruf bleibt. Dazu gehören Fachlichkeit, Kollegialität, eine ethische Haltung und Selbstfürsorge. Ob eine Krankenschwester dann von dem Arzt als Ehemann und einer heilen Familie träumt, ist unerheblich.

Pflege Professionell: Herzlichen Dank, Frau Panke-Kochinke, für das Gespräch.

Birgit Panke-Kochinke: Krankenschwesternromane (1914-2018) – Kontexte, Muster, Perspektiven, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2019, ISBN 978-3-86321-423-4, 153 Seiten, 24.95 Euro.

Autor

Christoph Müller
psychiatrisch Pflegender, Redakteur "Psychiatrische Pflege" (Hogrefe-Verlag), Fachautor

arscurae@web.de

Lernwelten 2019

19. internationaler wissenschaftlicher Kongress für Kongress für Pädagogik der Pflege- und Gesundheitsberufe

12.-13. September 2019

Fachhochschule Kärnten,
Campus Klagenfurt

Call for Abstracts

Jetzt Beiträge einreichen!

hpsmedia

Lernwelten Kongressbüro
Raun 21
D-63667 Nidda
Tel.: +49 (0) 6402 7082660
info@lernwelten.info

www.lernwelten.info

Forensische Psychiatrie und die gesellschaftliche Verurteilung

Viele Filme, viele Fernsehserien, die in den meisten TV-Programmen zu sehen sind, viele Bücher, die gelesen werden, handeln von Verbrechen, die die Zuschauer und Leser faszinieren, handeln von Überlegungen, was Einzelne dazu bewegt, Anderen Schmerzen zuzufügen, sie zu quälen, zu verstümmeln, zu töten. Es ist ein allgemeines Interesse des Publikums, das die Künstler (Filmemacher, Schauspieler, Schriftsteller) dazu bewegt, sich noch kompliziertere Geschichten auszudenken, um noch fesselndere Historien zu beschreiben, noch intensiverere Beschreibungen der Ursachen und der Hintergründe der Verbrechens zu erfassen und analysieren. Und die Zuschauer und Leser vertiefen sich immer mehr in die tiefsten Abgründe der menschlichen Psyche, um endlich zu verstehen, warum grausliche, erschreckende Taten passieren, um einzuschätzen, wo die Gefahren lauern, wer kann gefährlich sein oder werden, um einzuschätzen, welche psychischen Hintergründe jemanden zu Mörder, Schläger, Brandstifter machen.

Die Mörder-Entdeckungs- und Mörder-Verstehen-Industrie kann sich nur entwickeln, wenn die Nachfrage stimmt. Und die Nachfrage sind die Konsumenten, die ein besonderes Interesse dabei haben, sich an den ungewöhnlich brutalen Situationen von außerhalb zu beteiligen, passiv, als Zuschauer, und vor allem als unbeteiligtes, gutes und angepasstes Wesen, das keiner Fliege was tun würde.

Die US-amerikanische Politologin und Philosophin Hannah Arendt (2017), die sich besonders intensiv mit dem Phänomen des Bösen beschäftigte, beschreibt die philosophische und religiöse Verwirrung menschlicher Geschichte in Bezug auf das Gute und das Böse: „…gemäß unserer menschlichen Tradition sind für alle menschliche Schlechtigkeit entweder menschliche Blindheit und Unwissenheit verantwortlich oder menschliche Schwäche, die Neigung, der Versuchung nachzugeben“ (Arendt, 2017, S. 53). Es wird angenommen, dass der Mensch nicht grundsätzlich gut oder böse ist, „..er wird versucht, Böses zu tun und muss sich anstrengen, um Gutes zu tun“ (ebd., S. 53). Daraus folgt, dass Menschen „…als Recht ansehen, was sie nicht tun mögen, und all das als Unrecht, was sie in Versuchung bringt.“ (ebd., S.54). Für mich persönlich ist es eine gute Erklärung der Faszination für das brutale Vorgehen der „Anderen“. Diese Faszination beruht auf dem Prinzip der Rangordnung (Schjelderup-Ebbe verwendete als erster diesen Begriff, um das soziale Verhalten der Hühner zu beschreiben, In: Lorenz, 2016, S. 50), dem zufolge es zu Kämpfen innerhalb einer Gesellschaft oder Gruppe kommen kann, um eine innere Struktur zu erhalten und interne Normen zu erstellen (Lorenz, 2016, S. 50-51). Die moralische Verurteilung der Taten eines Menschen dient der Herstellung der klaren Rangordnung und Positionierung in der Gruppe und Gesellschaft.

Daher faszinieren uns die gruseligen Geschichten im Film und in der Tageszeitung. Wir schauen sie uns an, wir zeigen das gesellschaftlich erwartete Schrecken und sprechen die ebenfalls erwartete Wertung und Verurteilung gegenüber dem Täter aus.

So ähnlich verhält es sich mit Maßnahmepatienten, die eine Tat begehen, die der allgemeinen Meinung nach zu verurteilen ist. Sie sind Mörder, Schläger, Betrüger, sie repräsentieren alles, was wir Menschen nicht haben wollen, was wir ausmerzen wollen, und - wenn es nicht möglich ist – mindestens verurteilen. Am besten wäre es ja, diese Täter für immer einzusperren und die Schlüssel weit wegzuwerfen, damit sie nie befreit werden können. Die anziehende Wirkung der Brutalität lässt vergessen, dass der vermeintliche Täter eine schwere Erkrankung durchlebt, die voraussichtlich chronisch verlaufen wird, d.h. über einen langen (lebenslangen) Zeitraum bestehen wird. Und dass

(C) srodas

die Tat aus nachvollziehbaren oder auch irrationalen Gründen begangen wurde.

Es darf nicht vergessen werden, dass ein Mensch in einem sozialen Gefüge lebt und wirkt. Er und seine Umgebung wirken aufeinander und beeinflussen sich ständig, was zu einer steten Anpassung an die Umgebung und einer personalen Veränderung führt (Mitchell, 2003, S. 101). Die Möglichkeiten und Grenzen der Beeinflussung durch außenstehende Personen, was im Babyalter beginnt, ergeben sich aus den gesammelten Erfahrungen während der Entwicklung. Diese Erfahrungen wirken positiv oder negativ auf die Entstehung des bewussten Erlebens der eigenen Wirksamkeit im Leben und in der Community. Als soziales Wesen ist es immanent, um eigene Position und eigene Rolle in der Gruppe zu finden und zu gestalten. Ist es aus einem Grund nicht möglich, die Selbstwirksamkeit (Bandura, 1979) zu erleben, wird das eigene Handeln und Wirken in Frage gestellt, was wiederum die Position in der Gesellschaft gefährdet. Menschen, die in ihrem Leben keine Selbstwirksamkeit erfahren, was z.B. durch erschwerte Lebensumstände oder erlebte Traumata verursacht werden kann, können Ängstlichkeit in Bezug auf ihre Existenz entwickeln, von dem Kollektiv, in dem sie leben, ausgeschlossen zu werden. Doch die Unterstützung einer Gruppe ist einem sozialen Wesen von existenzieller Bedeutung. Bleibt diese Unterstützung aus, kann versucht werden, sich diese durch unkontrollierte Handlungen zu erkämpfen. Unkontrolliert bedeutet oft, dass anerkannte Normen und Werte der Gruppe im Sinne der moralischen Beurteilung nicht beachtet werden, weil sie in der ausweglosen Situation, in der sich die Person befindet, nicht im Vordergrund stehen. Und schon an diesem Punkt angelangt beginnt ein fast unaufhaltbarer Prozess, der aus Menschen Objekte macht, die keinen Einfluss auf ihr Leben mehr haben. Je weniger sich ein Mensch wirksam füllt, je weniger Kontrolle seine Handlungen aufweisen, desto impulsiver und unberechenbarer werden seine Taten. Die psychiatrischen Symptome, die in vielen Fällen schon davor bestanden, verstärken das Gefühl des nicht-dazu-gehören, nicht-akzeptiert und nicht-verstanden zu sein. Kommt es zu einer strafbaren Handlung, wird ein System in Bewegung gesetzt, das die Möglichkeiten des selbstwirksamen Lebens definitiv einschränkt, wenn nicht unmöglich macht.

Nach der Tat beginnt sich nämlich die unmögliche und ungebrochene Spirale weiter zu drehen. Und alle spielen mit. Das Gesetz bietet die Möglichkeit der sog. Resozialisierung, die unter Kontrolle stattfindet, die dem Betroffenen Grenzen aufzeigt, was in seinem Verhalten inakzeptabel ist und gleichzeitig bestimmt, dass er es nie wieder vergießt. Er wird ausgegrenzt, findet sich in der Gesellschaft nicht mehr zu Recht, es sei denn, er kann sich unterordnet und seine Rolle als Ausgestoßener mitspielt. Das ist die Rache an denen, die sich nicht gefügt haben. Unterstützend dabei ist die allgemeine Meinung der Öffentlichkeit, die durch mediale Präsenz des Verbrechens gebildet wird, dass ein Verbrechen bestraft werden soll.

Die Möglichkeiten des Rehabilitationssystems ist begrenzt, solange es um die Aufbewahrung der Insassen geht. Entscheidend für die Erhaltung diesen Systems ist die Haltung der betreuenden Personen. Die beschriebene Faszination für das Böse, für das Unmögliche und für das Unvorstellbare, lässt die Tat in den Vordergrund rücken und denjenigen, der sie ausgeführt hat, zu einem Objekt werden. Einem Objekt, das in der Stigmatisierung durch moralische Urteile gefangen ist und bleibt. Ich bezeichne es als die große Falle der Rehabilitation, die nicht an der Resozialisierung arbeitet, sondern an der Verhaltensänderung der Betroffenen, die angepasst an die bestehenden Verhaltensnormen der Gesellschaft ist. Doch die Veränderung des Verhaltens, die aus extrinsischen Motivation entsteht, hält nicht lange. Sobald die extrinsischen Motive wegbleiben, wird zu den gewohnten Verhaltensweisen gegriffen.

Die Beeinflussung der intrinsischen Motivation durch Verständnis und Akzeptanz der Person, nicht der Tat, hat eine weit intensivere Wirkung auf das künftige Verhalten des Betroffenen. Steht die Person im Vordergrund, wird sie als Individuum angesehen und nicht als Objekt, das sich leicht innerhalb der Gruppe „verschieben“ lässt. Das Individuum hat eine Position in der Gruppe, es kann sich behaupten, kann Entscheidungen treffen und es erlebt wieder Selbstwirksamkeit. Die positiven Erlebnisse (Lernen durch positive Verstärkung) können prägend für die künftige Lebensgestaltung sein.

In Rahmen der forensischen Maßnahmen sollen also die Stabilisierung des psychischen Zustandes und Verarbeitung der erlebten Traumen in den Vordergrund gestellt werden, sowie die Akzeptanz, empathisches Verste-

hen, Förderung der Reflexivität und vor allem die Möglichkeit, die Selbstwirksamkeit zu erleben. Nur dann kann von einer angemessenen Betreuung gesprochen werden. Nicht früher und nicht unter anderen Voraussetzungen.

In Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit ist eine intensive Arbeit an der Toleranz gegenüber psychischen Erkrankungen und Wissensverbreitung bzgl. Betroffenen unbedingt notwendig. Das Ziel der Re-Sozialisierung ist ja, dass die Betroffenen IN DER GESELLSCHAFT wieder ihren Platz finden, nicht im stationären Bereich verbleiben. Ist aber die Gesellschaft mit Vorurteilen behaftet, aus Unwissenheit (daraus resultieren Ängste in Bezug auf Verhaltensweisen, die als eigenartig, fremd und unverständlich empfunden werden) oder Blindheit, wird sie es den Entlassenen spüren lassen.

Die Auseinandersetzung mit den Phänomenen des menschlichen Erlebens ist in den philosophischen und naturwissenschaftlichen Abhandlungen seit Jahren ersichtlich. Jetzt ist es an der Zeit, diese Erkenntnisse mit der Community, in der wir leben, zu teilen, um zu verhindern, dass Ausgrenzungen und Stigmatisierungen stattfinden. Menschen, die im Maßnahmenvollzug behandelt werden, haben oft Tramen erlebt, die schlimmer sind, als ein beeindruckender Horrorfilm – der Unterschied dabei ist, dass es den Zuschauen möglich ist, sich zu entscheiden, den Film zu unterbrechen. Diese Möglichkeit haben die Patienten der forensischen Psychiatrie nicht gehabt. Daher sollen sie Gerechtigkeit erfahren, indem sie in unserer Gesellschaft ihren Platz finden und sich selbstwirksam erleben können.

Literatur:

Arendt Hannah (2017): Über das Böse. Eine Vorlesung zu Fragen der Ethik. 12. Auflage. Piper Verlag GmbH

Bandura Albert (1979): Sozial-Kognitive Lerntheorie. Klett-Cotta. Stuttgart

Frankl Viktor E. (2015): Der unbewusste Gott. Psychotherapie und Religion. 13. Auflage. Dtv Verlagsgesellschaft mbH & co.

Lorenz Konrad (2016): Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression. 30. Auflage. Dtv Verlagsgesellschaft mbH & co.

Mitchell Stephen A. (2003): Bindung und Beziehung. Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse. Psychosozialverlag

Autorin

Mag.ª Ewa Zemann
psychiatrische und allgemeine Pflegerin, Pflegewissenschaftlerin, Pflegepädagogin, Trainerin für Aggressions- und Deeskalationsmanagement. Arbeitet seit 1991 im psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien – aktuell als Lehrerin in der Gesundheits- und Krankenpflege Schule. Berufserfahrungen im Subakut und Akutbereich der Psychiatrie, im Suchtbereich und im forensischen Rehabilitationsbereich als Pflegeperson. Vortragstätigkeit bei nationalen und internationalen Kongressen.

Staatliche Gewalt und Pflege im Forensischen Arbeitskontext

Inescapable romance, inescapable choice
Of dreams, disillusion as the last illusion,
Reality as a thing seen by the mind,
Not that which is but that which is apprehended.
Wallace Stevens, 1879-1955

Das österreichische Rechtssystem navigiert mit dem Begriff „geistig abnorm“ und verknüpft diesen mit Personen, die das Recht „brechen“. Das Prozedere dazu wird unter dem Begriff Maßnahmenvollzug subsumiert und besteht in seiner aktuellen Form seit 40 Jahren, wobei die Handhabung entsprechender gesetzlichen Reglungen gesellschaftlichen Tendenzen und Normen unterliegt (Karl, 2013). Die Spannungsfelder entzünden sich an den Begriffen von „Norm“ und der damit verbundenen Möglichkeiten, diese aus psychischen bzw. als krankheitswertig definierten Gründen zu verletzen. Das Strafvollzugsgesetz trifft die Unterscheidung zwischen „nicht zurechnungsfähigen“ und „zurechnungsfähigen“ TäterInnen zum Zeitpunkt der Verletzung der gesellschaftlichen Normen. Während erstere für ihre Tat nicht bestraft aber in eine Anstalt eingewiesen werden, werden zweitere zu einer Strafe verurteilt und in eine Anstalt eingewiesen. Der Maßnahmenvollzug regelt auch das weitere Verfahren hinsichtlich Dauer der Freiheitsbeschränkung, deren subsidiären Maßnahmen außerhalb einer Anstalt und deren Aufhebung.

Bereits in der Zeit der Aufklärung kamen Debatten über einen „medizinischen Strafvollzug“ auf, der auch teilweise praktiziert wurde, in dem Opfer bzw. Rechtsbrecher sich für eine Vivisektion zur Verfügung stellten und im Fall des Überlebens der Tortur die Strafe als getilgt betrachtet wurde

(Bergmann, 2015). Dem Tod durch Exekution wurde noch Sinn verliehen, indem der Körper für die Wissenschaft Verwendung fand.

Medizinische Vorstellungen finden sich nach wie vor in entsprechenden Gesetzesmaterien. Das österreichische Strafgesetzbuch operiert mit dem Begriff einer „geistigen oder seelische Abartigkeit höheren Grades“.

Die Einweisung in eine „Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher“ kommt einem Herausschneiden der von geistiger oder seelischer Abartigkeit Betroffenen aus der Gesellschaft gleich, so wie die abartige Seele bzw. der abartige Geist bis zur Unschädlichkeit getilgt werden soll. Der Schnittpunkt zwischen Medizin und Strafrecht hinterlässt tendenziell entseelte, entgeistigte, auf ihre Körperlichkeit reduzierte Menschen.

Die Naturwissenschaft möchte den Menschen zerlegen um ihn zu verstehen. Ähnlich geht die Strafrechtspflege vor, indem sie das „Abartige“ aus der Gesellschaft herausschneidet. Über die Kontrolle des Körpers wird die Abartigkeit der Seele gebannt. Beide Zugänge entseelen den Menschen und reduzieren ihn auf eine konkretistische Verstehensebene. Hierin zeigt sich bereits die große Spannung zwischen naturwissenschaftlichem Erkenntnisgewinn und dem geisteswissenschaftlichen Verstehen psychischer Vorgänge. In dem wir über Seele, Psyche nachdenken, verlassen wir die sichtbare Welt der Naturwissenschaft. Die Medizin entwickelte sich nach der kleinen Eiszeit im Hochmittelalter und den folgenden Pestepidemien zur neuen Heilsbringerin, da die Religion die Verzweiflung der Menschen nicht mehr bändigen konnte.

Viele Ärzte versuchten an die Körper von Hingerichteten zu kommen um sie zu sezieren und Erkenntnisse daraus zu gewinnen. Viele zum Tode Verurteilte fürchteten diese Praxis, verloren sie solcherart nicht nur ihr Leben, sondern auch ihr Seelenheil durch die Zerstückelung des Körpers und die damit verbundene Unmöglichkeit zur Wiederauferstehung am jüngsten Tag in der christlichen Tradition (Bergmann, 2015).

Eine Weiterentwicklung der Kontrolle gesellschaftlichen Normen liegt in der Auslagerung des Gewaltmonopols an den Staat. Jan Philipp Reemtsma verwendet dafür den Begriff der Lozierenden Gewalt. Sie wird ausgeübt in dem der Körper als verschiebbare Masse betrachtet und an einen bestimmten Ort gebracht wird. Das setzt voraus, dass sich ein Körper leicht verschieben lässt und dass Straffällige auf Ihre Straftat reduziert werden, selbst wenn diese nur einem Impuls eines Lebenszeitraumes folgend verübt wurde bzw. ein singuläre Ereignis dargestellt haben mochte. Die Feststellung einer generellen seelischen Abartigkeit bildet dabei die Voraussetzung lozierender Gewalt. Den an einen bestimmten Ort verbrachten Straffälligen werden keine Bedürfnisse zugebilligt, eine Identität wird ihnen im Sinne von Entseelung verweigert.

Gewalt als Form von Bestrafung zur Aufrechterhaltung von gesellschaftlichen Übereinkünften bedient sich immer einer instrumentellen Ordnung im Gegensatz zu Gesellschaftsordnungen, in denen „Blutrache“ verankert ist, in deren Zentrum die Gruppe bzw. deren Mitglieder als ordnende Macht stehen. Ordnung braucht die Zuseher, sonst können Strafen als Sanktionierung von Verhalten nicht funktionieren. Medien transportieren für uns die Bilder von Tat und Bestrafung. Macht legitimiert sich über die Fähigkeit der Zuschreibung von Gewalt. Politische Machtwechsel sind zur Legitimation der Macht der neuen Herrschenden häufig von Steigerungen der Strafausmaße und der Einführung neue Strafen geprägt. Strafe bedeutet eine Aufrechterhaltung von gesellschaftlicher Ordnung durch gelebte Vorstellungen einer Befriedigung von Ängsten und sadistischen Impulsen als Affektkontrolle der Masse.

Im forensischen Strafvollzug befindet sich die Berufsgruppe der JustizwachebeamtInnen im besonderen Maße im Spannungsfeld zwischen dem gesellschaftlichen Auftrag zur Bestrafung und jenem der Resozialisation. Behandlung, wenn sie nicht auf einen entseelten Körper angewendet werden sollte, setzt das Konzept der Individuation der Identität voraus. Als die Berufsgruppe, die den Untergebrachten am nächsten ist, erleiden die JustizwachebeamtInnen die stärkste Dynamik psychischen Verhaltens von Seiten der zu Untergebrachten. Verwahren, Begutachten, den Körper als Maschine zu betrachten sind männlich konnotierte Berufsvorstellungen, während Berufe wie SozialabreiterInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und KrankenpflegerInnen als weibliche Berufe betrachtet werden, da es um Empathie und Einfühlung geht.

Maßnahmenvollzug

Das österreichische Recht regelt den Maßnahmenvollzug unter anderem durch die Verurteilung und Unterbringung nach § 21. (1) und § 21. (2) StGB. Mit Stichtag 1. Jänner 2015 befanden sich

(C) Lettas

375 Personen gemäß § 21. (1) StGB im Maßnahmenvollzug und 404 Personen gemäß § 21. (2) StGB. Von diesen befanden sich 263 Personen in landesüblichen Justizanstalten (Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug, 2015).

Personen, die nach § 21. (2) verurteilt werden, haben 80% eine Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Die am häufigsten diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen in forensischen Kliniken waren die paranoide, die antisoziale und die Borderline-Störung. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen eine massive funktionelle Beeinträchtigung auf, die sich in schwieriger Beziehungsgestaltung zeigt. Sie stellen massive Behandlungsherausforderungen an psychiatrischen Kliniken dar. Die meisten BehandlerInnen sehen die Borderline-Persönlichkeitsstörung als die größte Herausforderung im klinischen Alltag an. Viele BehandlerInnen erleben Symptome von Stress in der Arbeit mit dieser schwierigen Klientel (Steinberger, 2016).

Nicht zuletzt durch einen frappanten Anstieg der MaßnahmepatientInnen in den letzten Jahren braucht es eine Reform des österreichischen Maßnahmenvollzuges. Die Betreuung dieser Menschen stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar und ist im gesellschaftlichen Sinne sowohl eine moralische als auch eine Frage der Kosten. Eine permanente staatliche lozierende Gewaltausübung auf diese Menschen verursacht enorme Kosten im Strafvollzug. Betreuung in den Justizanstalten und eine begleitende bzw. überwachende Nachbetreuung bietet einen primären gesellschaftlichen Schutz vor wiederholten Normverletzungen.

Die Reformvorschläge der durch Justizminister Brandstetter im Jahr 2014 eingesetzten ExpertInnengruppe „Reform des Maßnahmenvollzugs“ favorisieren „im Bereich der Nachsorge Modelle der differenzierten Betreuung, wie die stationäre Wohnbetreuung oder die ambulante, aufsuchende Betreuung in der eigenen Wohnung.“ (Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug, 2015, S.7)

Aufgabe der Arbeitsgruppe war es, den Zustand des Maßnahmenvollzugs gemäß § 21 StGB zu evaluieren, die bestehenden Problemfelder zu identifizieren und den Reformbedarf in fachlicher, organisatorischer und legislativer Hinsicht zu erheben und zu konkretisieren. (Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug 2015) Die Arbeitsgruppe hat sich dabei mit

unterschiedlichsten Kritikpunkten auseinandergesetzt und eine umfassende Neugestaltung vorgeschlagen.

„Nur exemplarisch können an dieser Stelle einige Kritikpunkte, die von der Volksanwaltschaft an das Bundesministerium für Justiz herangetragen wurden, erwähnt werden: Abstandsgebot, unbesetzte Facharztstellen, personelle Unterbesetzung bei den Fachdiensten, fehlende Therapiekonzepte, Zweifel an der durchgehenden Qualität der Gutachten im Einweisungs- und Entlassungsverfahren, fehlende Nachbetreuungseinrichtungen etc.“ (Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug, 2015, S. 46).

Betreuung - Ambulant

Der Forensikbereich braucht eine professionellere Handhabung und mehr Ressourcen um die zunehmende Zahl an Untergebrachten und die damit verbundenen Kosten zu reduzieren. Einen wichtigen Punkt stellt dabei das Übergangsmanagement und die Nachsorge dar. Die klassischen forensischen Nachbetreuungsambulanzen legen in Österreich ihren Schwerpunkt auf die medizinisch psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung. Eine „nachgehende“ Versorgung im Sinne eines Wohnungsbesuches und diverser sozialer Anlaufstellen ist primär nicht verankert. Der Schnittstellenaufbau und die ambulante Nachsorge braucht „weichere“ Übergänge und kann mit dem derzeitigen Personal, rekrutiert aus SozialarbeiterInnen, JustizwachebeamtInnen und PsychologInnenen nur annähernd in einer qualitativen Form abgedeckt werden. Um diese Übergänge im Sinne der Arbeitsgruppe Maßnahmenvolzug besser zu gestalten und auch deren Problematiken besser erkennen zu können, braucht es ausgebildetes psychiatrisches Krankenpflegpersonal. Eine Berufsgruppe die nicht nur stationär im räumlichen Sinne agiert, sondern den PatientInnen auch „nachgeht“ und dazu eine Ausbildung in der Begegnungsproblematik von schweren Persönlichkeitsstörungen hat.

Die große Herausforderung in der forensischen Betreuung liegt im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und Hilfestellung für die Betroffenen. Die forensische psychiatrische Krankenpflege verschiebt im Behandlungsteam ihren Fokus auf die individuelle Betreuung und deren Gewährleistung für die PatientenInnen. Von den meisten PatientenInnen, die in ambulanten Einrichtungen medizinisch und oder psychotherapeutisch betreut werden, gibt es wenig Vorstellung über deren Wohnverhältnisse und den damit verbundenen Schwierigkeiten. Eine gesetzlich geregelte aufsuchende Betreuung, geleistet von psychiatrisch forensisch ausgebildeten Pflegeperson würde einen großen Qualitätssprung in der Betreuung und der Rückfallseinschätzung darstellen (Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug, 2015, S. 83).

Betreuung – Stationär

In der Anstaltsbetreuung von Insassen bedeutet es ein zu großes Spannungsfeld für die Berufsgruppe der JustizwachebeamtInnen die Aufgaben der lozierenden staatlichen Gewaltanwendung durchzuführen und die Insassen in einen Kontext der Resozialisierung zu führen. Es handelt sich dabei um zwei widersprüchliche Aufgaben, die ein „Agierfeld“ (Enactment) für an schweren Persönlichkeitsstörungen leidenden Untergebrachten öffnet, was sich auch in den hohen Krankenstandstagen von JustizwachebeamtInnen widerspiegelt. Die Aufgabe einer adäquaten individuell ausgerichteten Betreuung im Anstaltsbereich sollte hinsichtlich der Begegnung und Betreuung von psychiatrischem Krankenpflegepersonal übernommen werden.

Conclusio

Im Nachsorgenden Bereich ist es unumgänglich eine nachgehende Betreuung von Seiten eines psychiatrisch ausgebildeten Krankenpflegepersonals aufzubauen und die Lücke zwischen ambulanter Betreuung an einem Ort und dem extramuralen Lebensraum von Menschen mit massiver Beeinträchtigung zu schließen. JustizwachebeamtInnen und Krankenpflegpersonal halten die versorgenden Grundstrukturen in Institutionen aufrecht. Sie brauchen für diese elementare Tätigkeit mehr Stimme, auch um diese Stimme der ihnen anvertrauten Klientel verleihen zu können. Den Menschen eine Stimme zu geben ermöglicht ihnen, sich der gemeinsamen konstruierten Realität bewusst zu werden. Ohne Beachtung dieses zwischenmenschlichen Raumes stehen wir staunend vor Phänomen wie Abu-Ghraib, Konzentrationslagern, Verwahrlosung usw., fassungslos darüber, dass keiner wusste warum dies passieren konnte. Für die Berufsgruppe der JustizwachebeamtInnen stellt das Junktim zwischen der Ausübung von lozierter staatlicher Gewalt und der Aufgabe von Behandlung und Betreuung eine massiv psychisch belastende Hürde dar. Eine Zusammenführung dieser Widersprüchlichkeit setzt eine vorherige Trennung der Aufgaben voraus, wobei Behandlung und Betreuung in die Hände von psychiatrisch forensisch ausgebildetem Pflege-

personal gelegt werden soll.

Unser tägliches Handeln unterliegt auf einer sehr persönlichen Ebene unserem Menschenbild und es leitet uns in jeder Sekunde unseres Tuns in der Begegnung mit mir und dem Anderen als intersubjektives Geschehen (Hoff, 2018).

Literaturverzeichnis

Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug (2015): Bericht an den Bundesminister für Justiz über die erzielten Ergebnisse. BMJ-V70301/0061-III 1/2014 Jänner 2015. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUSTIZ. Wien. Online verfügbar unter file:///C:/Users/Johann/Desktop/bericht%20ag%20maßnahmenvollzug.pdf, zuletzt geprüft am 24.01.2019.

Bergmann, Anna (2015): Der entseelte Patient. Die moderne Medizin und der Tod. [2. Aufl.]. Stuttgart: Steiner.

Hoff, Paul (2018): Der historische, gesellschaftliche und forensische Diskurs über die Gefährlichkeit Schizophreniekranker. In: Thomas Stompe und Hans Schanda (Hg.): Schizophrenie und Gewalt. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (Wiener Schriftenreihe für Forensische Psychiatrie), S. 1–10.

Karl, Rudolf (2013): Editorial. In: Blickpunkt - Sonderausgabe Maßnahmenvollzug, S. 2.

Reemtsma, Jan Philipp (2017): Vertrauen und Gewalt. Versuch über eine besondere Konstellation der Moderne. 2. Auflage. Hamburg: Hamburger Edition.

Steinberger, Johann (2016): Borderline-Kommunikation. Eine konversationsanalytische Studie. Originalausgabe. Gießen: Psychosozial-Verlag (Forschung Psychosozial).

Stompe, Thomas; Schanda, Hans (Hg.) (2018): Schizophrenie und Gewalt. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsges. mbH & Co. KG. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (Wiener Schriftenreihe für Forensische Psychiatrie).

Autor:
Mag. Johann Steinberger BA.

Psychotherapeut mit forensischem Schwerpunkt, Sachverständiger, Univ.-Lektor an der SFU, Diverse nationale und internationale Lehraufträge, Supervisor, Psychiatrischer Diplomkrankenpfleger,
js@psychotherapie-vienna.at

(C) imageBROKER

fachtag neuro.psycho geriatrie

Interdisziplinäre Fortbildungsplattform
für psychiatrische und neurologische Erkrankungen

17. Mai 2019

HAUS DER INGENIEURE | 1010 Wien, Eschenbachgasse 9

Wissenschaftliche Leitung

Univ.-Doz. Dr. Gerald Gatterer
Abteilung für Psychosoziale Rehabilitation,
Therapiezentrum Ybbs - Sozialtherapeutisches Zentrum

DGKP Markus Golla, BScN
Studiengangsleitung „Gesundheits- und Krankenpflege" IMC FH Krems

imc FH KREMS UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES / AUSTRIA

Prim. Dr. Hannelore Monschein
Ärztliche Direktorin, Therapiezentrum Ybbs

Anmeldung und weitere Infos:
www.neuro-psycho-geriatrie.at
www.conventiongroup.at

convention.group
ghost.company

(C) andyller

Sexualität im Maßregelvollzug aus pflegerischer Sicht

Petra arbeitet schon einige Jahre im Maßregelvollzug. Sie gehört zu den Pflegenden, die sich die Butter nicht vom Brot nehmen lässt. So auch vor kurzem, als ein Untergebrachter sie wegen ihrer Kleidung im Visier hatte. Sie gehört eigentlich zu denjenigen, die darauf achten, dass durch die getragene Kleidung Distanz deutlich wird. Es ist sehr warm gewesen. Sie hat es gewagt, sehr luftige Kleidung zu tragen. Die Unterwäsche ist sichtbar gewesen. Für einen Untergebrachten ist es gleich Anlass gewesen, sie darauf anzusprechen: “Mensch, Petra, Sie sind doch sonst zugeknöpft. Wieso tragen Sie plötzlich ein Spaghetti-Top? Durch die weiße Hose ist Ihr nettes Höschen zu sehen.”

Auf den ersten Blick wirkt es irritierend, das seine scheinbar alltägliche Situation für Verwunderung sorgt. Wenn im Maßregelvollzug eine solche Situation auftaucht, so stellt sich natürlich unmittelbar die Frage nach der Kontextualisierung. Äußert sich ein Mensch, der im Zusammenhang mit seiner Erkrankung eine Sexualstraftat begangen hat, so kann dies ein deutliches Signal sein. Fällt es dem Untergebrachten schwer, ihm vertraute, aber sozial unangepasste Verhaltensmuster zu unterlassen? Ist ein solches Geschehen ein Zeichen dafür, dass der helfenden Person die Sensibilität fehlt? Schließlich ist der Gang zur Arbeit in der Maßregelvollzugsklinik kein Ausflug in den sommerlichen Biergarten.

Das Praxisbeispiel mit Petra macht deutlich, dass der Teufel im Detail stecken kann. Sexualität ist für fast jeden Menschen ein dauerndes, ständig wiederkehrendes Thema. Die lebendige Kraft im Menschen macht vor der forensischen Psychiatrie keinen Halt. Sexuelle Triebe sind auch dort eine Selbstverständlichkeit. So wundert es nicht, dass im Umgang mit der Sexualität die Kleidung der Mitarbeitenden ein Thema sein kann, das diskutiert und reflektiert werden sollte.

Sind Pflegende im beruflichen Alltag geschlechtslose Wesen? Ist es legitim, die Kleiderordnung in einem Berufsfeld sprichwörtlich bis auf die Haut vorzuschreiben? Wo bleibt die Individualität von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern? Die Erfahrung, die Petra gemacht hat, provoziert eine Vielzahl von Fragen. Schließlich wird etwas sehr Persönliches angesprochen. Menschen, die in der forensischen Psychiatrie arbeiten, arbeiten milieutherapeutisch. Dies bedeutet, dass sie keine uniforme Berufskleidung tragen. Sie treten im Alltag als Subjekte auf, die sich nicht hinter der Dienstkleidung verstecken können. Ihnen fällt es schwerer, eine Rolle zu spielen. Als Person werden sie allein schon deshalb wahrgenommen, weil sie sich individuell kleiden.

Für Berufe, die auf der einen Seite eine bestimmte Form der Distanz erfordern, auf der anderen Seite jedoch Schamgrenzen überschreiten und Intimität oft schonungslos erzwingen müssen, entsteht eine

besonders ambivalente Weise erotischer Spannung. „Erotik manifestiert sich folglich am deutlichsten dort, wo Förmlichkeit und Intimität sich kreuzen.“ (Alain de Botton, 2012, 44) Es muss in psychosozialen Handlungsfeldern eine festgelegte Förmlichkeit eingehalten werden, um das Gegenüber zu schützen, und gleichzeitig entsteht erst hierdurch eine besondere erotische Spannung.

Der Maßregelvollzug ist meist eine männliche Welt. Dies garantiert ein oft chauvinistisch geprägtes Verständnis von Sexualität und Körperlichkeit. Wenn sich in dieser männerdominierten Welt Frauen bewegen, müssen sie sich nicht nur der Tatsache bewusst sein. Sie müssen auch schlagfertig Antworten auf Situationen und Fragen parat haben, die einen eigenen bodenständigen Charakter zeigen.

Haben Sie schon einmal einen Krankenpfleger als Hauptdarsteller in einem Sex-Film gesehen? Dies erscheint nahezu unmöglich. Die Bilder von Frauen, die im Maßregelvollzg präsent sind, bestätigen viele erotische Muster, bei denen sich Frauen eher als Objekt empfinden. Diese Rolle muss sicher auch weibliche Pflegende reflektieren, die sich in der forensischen Psychiatrie tummeln. Sie haben ja auch eher mit Muskelarbeitern zu tun, die vor Kraft strotzen. Eine freizügig gekleidete Pflegende provoziert nicht zwingend dadurch, dass sie Einblicke gewährt, sondern vielmehr durch die Projektion des Schauenden. Sexualität spielt sich zwischen den Ohren ab.

Häufig müssen die Untergebrachten der Projektion freien Lauf lassen. Die Pflegende signalisiert, dass eine Körperlichkeit in ihrem Leben eine Bedeutung hat. Der seelisch erkrankte untergebrachte Mensch hat den Sinn für die Körperlichkeit oft hinter sich gelassen. Die unterbleibende Körperpflege ist nur ein Zeichen für eine breiter praktizierte Vernachlässigung der Körperlichkeit.

Kleidung ist konkreter Ausdruck von Individualität, der auch sexuelle und erotische Komponenten enthält. Sie gehören zum einzelnen Menschen, machen ihn aus und sind immer ein Teil seiner Identität. Eine ganzheitliche Betrachtung der Arbeit in psychosozialen Feldern kann sich nicht nur auf den Anderen beziehen, sondern muss auch die Befindlichkeit und Persönlichkeit der professionell Handelnden in den Blick nehmen. Was dies für die Arbeit im Maßregelvollzug heißen kann, muss individuell bedacht sein.

Spielregeln müssen in einer sozialen Gemeinschaft eingehalten werden und auf Seiten der Professionellen gibt es eine besondere Verantwortung dafür, nicht nur die eigene Befindlichkeit zu beachten, sondern auch das Ganze im Blick zu haben. Eine Spielregel ist es deshalb, dezente Kleidung zu tragen, die sich eher fernab der Weiblichkeit und Männlichkeit bewegt. Dies kommt zwar einer „natürlichen“ Beziehung näher, lässt aber meist das Spielerische in der Kleidung hinter sich.

Es erscheint als leicht, diesen Gedanken zu folgen. Die Praxis in der forensischen Psychiatrie zeigt immer wieder, dass es viele Gestaltungsräume zur eigenen Reflexion braucht. Sexualität in der forensischen Arbeit hat viel auch mit Fragen um die eigene Körperlichkeit und die eigene Scham zu tun. Apropos Scham: „ … wird über kaum eine Empfindung so wenig gesprochen, gesungen, diskutiert, entwickeln wir in kaum einem Bereich unserer Ausdrucksfähigkeit so ausgeklügelte Verbergungsstrategien wie beim Schamgefühl. Immer brillantere Methoden der Verkleidung, der Umlenkung und der Maskierung hat der Mensch im Lauf der Geschichte ersonnen, um dieses belastende Gefühl zu vermeiden, zu verbergen, zu regulieren oder nach dem Desaster der Beschämung zurück in ein Gleichgewicht zu finden … Scham ist deswegen vielleicht die am meisten unterschätzte Kraft der Menschheitsgeschichte” (Briegleb, 2009, S. 9).

Kennen Sie Scham? Welche Momente gibt es, in denen Sie sich beschämt fühlen? In welchen Situationen kennen Sie Momente der Schamhaftigkeit? Brieglebs Behauptung, dass Scham die am meisten unterschätzte Kraft sein könnte, wirkt wahrscheinlich. Ebenso wahrscheinlich ist es sicher, die Sexualität als am meisten überschätzte Kraft des menschlichen Lebens anzusehen. Der Mensch hat das Verlangen nach Privatheit. Nirgendwo im menschlichen Leben scheint dies notwendiger zu sein als bei der eigenen gelebten Sexualität. Die wenigsten Menschen haben einen Drang sich exhibitionistisch zu exponieren, wenn sie mit Partner oder Partnerin sich ausleben.

Mit den Menschen, die im Maßregelvollzug untergebracht sind, ist es nicht anders. Sie leben jedoch in einer verzwickten Situation. Die Unterbringung sorgt dafür, dass sie eine sehr begrenzte Form der Sexualität leben können. Sie können sich selbst befriedigen. Sie haben in einer Lebensgruppe, die meist vom eigenen Geschlecht bestimmt ist, die Möglichkeit zu homosexuellem Leben. Schwierig

ist in diesem Kontext schon, ob die Vollzugseinrichtung im Allgemeinen oder das therapeutische Team im Besonderen dies tolerieren. Sie haben die Möglichkeit, Magazine zu bestellen, erotische Literatur zu lesen oder sich pornographische Filme zu besorgen, die ihnen letztendlich jedoch begrenzte Möglichkeiten bieten. Begegnungsräume, in denen Partnerinnen und Partner bei Besuchen die Möglichkeit haben, sich zu körperlich – sexuell zu begegnen, sind bekanntlich eher rar gesät.

Schamgefühle sind Menschen, die im Maßregelvollzug untergebracht sind, nicht fremd. Sie müssen ihre Privatheit aufgeben, um ein Minimum an persönlicher Freiheit zu gewinnen. Was für den professionell Tätigen selbstverständlich erscheint, ist für den untergebrachten Menschen eine große Hürde. Er oder sie darf keine Privatheit haben, muss jede Fassade und jede Maske aufgeben. Welche Wirkung dies subjektiv auf einen Menschen haben kann, mag sich jeder in einer stillen Stunde selber überlegen.

Der im Maßregelvollzug untergebrachte Mensch ahnt, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter um seine inneren Wünsche weiß. Dies alleine reicht zu beschämenden Gefühlen. Erlebt er sich als verunsichert, so trägt er möglicherweise die Angst in sich, bei der nächsten, sich ergebenden Gelegenheit einen Spruch aus dem Mund eines Mitglieds des therapeutischen Teams zu hören, der für Wunden sorgt.

Von Schamängsten schreiben die Psychoanalytiker, wenn ihnen solche Erfahrungen von Klientinnen und Klienten begegnen. Folgerichtig führen diese Schamängste zu gebremsten individuellen Lebenskräften. Viel schlimmer noch: Die Schamängste zeigen sich in anderen Situationen in gleichem Maße und hemmen den Menschen, der eigentlich an die eigenen Ressourcen herankommen sollte. Gehemmte Ressourcen führen zu Zurückhaltung in Beziehungen und bewegen sich möglicherweise in Aggressionsspiralen.

Menschen, die in der forensischen Psychiatrie arbeiten, können sich zurücklehnen. Sie dürfen stets von draußen auf dieses Geschehen schauen. Wie ein Fußballfan in der Arena können sie lächeln oder klatschen, kommentieren oder schimpfen und sich stets als Überlegene erleben. Diese Überlegenheit hat jedoch die Gefahr zur Folge, dass Arroganz und Kälte in der professionellen Beziehung immer mehr Raum ergreift.

„Die Problemfelder der Sexualität hängen ganz von der persönlichen Geschichte der Betroffenen ab, von den Schwierigkeiten, die er oder sie hat, sich dem Anderen zu nähern und ihn näherkommen zu lassen“, schreibt Michaela Marzano in der „Philosophie des Körpers“ (Marzano, 2013, 124). Sich in der pflegerischen Arbeit auch als Mensch mit einer eigenen Sexualität zu verstehen, bedeutet die Betonung der eigenen Souveränität. Eine weibliche Pflegekraft braucht möglicherweise die ansprechende Unterwäsche, um sich selber noch als Frau zu fühlen. Vielleicht hat sie eine Ahnung davon, dass die deformation professionelle (die Angleichung an die im jeweiligen Beruf üblichen Normen und Gewohnheiten) auch ihr privates Sexualleben und ihr Körperempfinden negativ verändern könnte.

(C) Sangoiri

Nacktheit

Was heißt denn Nacktheit? In einem pflegerischen Beruf ist das Entblößen einseitig. Menschen, die Hilfe bei der täglichen Hygiene brauchen, ziehen im Badezimmer eines Wohnheims oder einer Klinik blank. Dem pflegenden Menschen drängt sich die Nacktheit auf. Dabei muss es dem pflegenden Menschen egal sein, wie attraktiv das Gegenüber empfunden wird oder wie schwierig es für den Einen oder die Andere ist, einen von den Jahren oder von Behinderungen gezeichneten Körper zu pflegen. Die Antwort auf die nackte Provokation muss funktional sein.

Im Maßregelvollzug begegnet dem Pflegenden Nacktheit selten. Die Menschen sind in der Regel fit genug, sich selbst zu versorgen. Es mag dahingestellt sein, ob dies immer gelingt. Auf Nacktheit treffen Pflegende, wenn sie die untergebrachten Menschen bei der Selbstbefriedigung antreffen.

„Die Problemfelder der Sexualität hängen ganz von der persönlichen Geschichte der Betroffenen ab, von den Schwierigkeiten, die er oder sie hat, sich dem Anderen zu nähern und ihn näherkommen zu lassen“, schreibt Michaela Marzano in der „Philosophie des Körpers“ (Marzano, 2013, 124). Sich in der pflegerischen Arbeit auch als Mensch mit einer eigenen Sexualität zu geben bedeutet die Betonung der eigenen Souveränität.

Der erotische Blick eines Gegenübers im Maßregelvollzug kann mit einer gewissen Schlagfertigkeit beantwortet werden. Aus dieser Schlagfertigkeit heraus gewinnt die Interaktion eine positive Dynamik, die für alle Beteiligten ein Win-win-Situation herstellt. Es sei doch so, dass Moden, Farben und Stoffe bei Menschen eine Saite zum Schwingen bringen, die sie aufblühen lasse, schreibt Schützendorf (Schützendorf, 2005, 25).

Was haben diese Gedanken mit dem Alltag in einem pflegerischen Handlungsfeld zu tun? Der Pflegenden, die sich ansprechend präsentiert, entscheidet sich deutlich, kein Neutrum zu sein. Von Pflegenden wird dies im Zusammenhang mit der Bestimmung des Nähe-Distanz-Verhältnisses zwischen Pflegenden und Gepflegten eingefordert. Glaubt man dem Philosophen Wilhelm Schmid, so ist dem Körper unbedingt etwas zuzusprechen: „Die Frage, ob es Rechte des Körpers gibt, lässt sich einfach beantworten, indem sie ihm vom Selbst für sich zugesprochen werden: Recht auf Aufmerksamkeit, Recht auf Pflege, Recht auf das Bemühen um eine exzellente Verfassung, Recht jedoch auch auf Schonung, die einer Ausbeutung des Körpers Grenzen zieht.“ (Schmid, 2004, 173)

Die Tatsache, sich als Pflegende durchaus als Mann oder Frau zu fühlen, spricht dafür, sich der Selbstsorge zu verschreiben. Die Selbstsorge ist eine Voraussetzung dafür, dass sich ein Mensch auch um Fremde sorgen kann. Wer sich gegenüber aufmerksam ist, der blickt auch mit einer größeren Sensibilität auf den anderen Menschen. Wer Tag für Tag mit Waschlappen Frauen und Männer pflegt, der steht in der Gefahr, dass der Sinn für die Körperlichkeit verlorengeht.

Nach Schmid lässt sich Wellness als eine „Kunst der Berührung“ konkretisieren. Die Sinnlichkeit des Selbst werde durch ein inszeniertes Fest des Sehens, Hörens, Riechens, Schmeckens, Tastens, aller Sinne also, wieder entdeckt (Schmid, 2004, 184). Aufgabe der Wellness sei es, „den Rhythmus von Anspannung und Entspannung, die vielleicht verloren worden ist, wieder in Kraft zu setzen“ (Schmid, 2004, 184). Denn Rhythmen seien es, die das Leben trügen (Schmid, 2004, 184). Menschen, die kurzzeitig oder längerfristig pflegebedürftig sind, sie haben die eigenen Rhythmen teilweise oder vollständig verloren. Wiederfinden können sie diesen Rhythmus, wenn die Pflegenden sie auch als geschlechtliche Wesen wahrnehmen.

Das Wieder-Erspüren des Rhythmus kann natürlich als Zuschauer gelingen. Der pflegebedürftige Mensch beobachtet, wie die junge Frau und der junge Mann, die ihn versorgen, miteinander flirten. Es kann Spaß machen, in das Geschehen einbezogen zu sein. So kommt es zu dem einen oder anderen Geheimnis, das im täglichen Einerlei für eine gewisse Spannung sorgt.

Svenja Flaßpöhler macht sich Gedanken über „die potente Frau“. Sie beschäftigt sich mit den Neuen Phänomenologen. Der Körper sei phänomenologisch gesehen das, „was wir von außen beobachten können“ (Flaßpöhler, 2018, 35). Er lasse sich einordnen, messen, medikamentieren, heilen (Flaßpöhler, 2018, 35). Der Leib hingegen sei das, was von innen wahrgenommen werden könne. Er bezeichne das subjektive Gefühl, in einer ganz bestimmten Haut zu stecken (Flaßpöhler, 2018, 35). Diesen Gedanken folgend bleiben Pflegende mit dem Blick auf die gepflegten Körper sprichwörtlich im Morast stecken. Pflegende sorgen sich um das Vordergründige, unmittelbar Faßbare.

Deshalb fällt es Pflegenden im Maßregelvollzug schwer, sich mit den Untergebrachten über Fragen der Sexualität und Körperlichkeit zu unterhalten. Sie können sich nur schwerlich als Mann und Frau zu begegnen. Was Männlichkeit und Weiblichkeit unterscheide, sei die unbestreitbare Exklusivität ganz bestimmter, leiblich gebundener Erfahrungen sowie die faktische Unmöglichkeit, sich den Erfahrungsraum des jeweils anderen Ge-

schlechts vollständig zu erschließen (Flaßpöhler, 2018, 37).

Für Pflegende bleibt es jedoch eine Verpflichtung, sich selbst immer wieder für die Körperlichkeit und Leiblichkeit des Menschen zu sensibilisieren. „Weil sie noch immer in einer Welt aufwachsen, in der sie lieber gefallen als bestimmen wollen und in der der männliche Blick wichtiger als der weibliche Wille ist, Weiblichkeit entsteht noch immer aus dem Blickwinkel des Mannes, und während die Frau seine Bestätigung sucht, entsteht die chronische Verunsicherung ihres eigenen Körper-und Selbstwertgefühls“ (Konrad, 2017, 347). Es mag sich jede(r) überlegen, inwieweit die Ist-Zustand-Beschreibung der Psychotherapeutin Sandra Konrad zutrifft.

Das subjektive Empfinden des im Maßregelvollzug untergebrachten Menschen steht im Vordergrund jeder Überlegung zu Körperlichkeit und Sexualität in der psychiatrisch-forensischen Arbeit. Derjenige, der bei der Selbstbefriedigung gestört wird, fühlt sich ertappt. Das rot anlaufende Gesicht kann nur als dezentes Zeichen der Beschämung gedeutet werden. Jeder vermeintliche Profi mag sich die Frage stellen, inwieweit er oder sie sich in der persönlichen Integrität verletzt fühlt. Der im Maßregelvollzug untergebrachte Mensch hat seinen Anspruch auf seinen persönlichen Raum, in dem er sich nach eigenem Gusto entfalten mag. Vorstellbar ist, dass er sich an einem heißen Sommertag spärlich angezogen oder unbekleidet in seinem Zimmer bewegt. Was für den psychiatrisch Tätigen in den heimischen vier Wänden als Selbstverständlichkeit gilt, findet im stationären Kontext keine Akzeptanz.

Nacktheit und Sexualität werden in alltäglichen Situationen als selbstverständlich bezeichnet. Gibt es im stationären Alltag ein Ereignis, das Grenzen überschreitet, so führt dies zu unerwarteten Reaktionen. Bis hin zu hysterischen Anfällen gibt es eine Bandbreite von Emotionen, die tief in die Seelen der Mitarbeitenden blicken lassen. Die Souveränität, die dem im Maßregelvollzug untergebrachten Menschen nicht zugestanden wird, ist selbst bei den vermeintlichen Profis nicht mehr spürbar.

Es ist die Gelegenheit, die Begriffe der Entblößung und der Verhüllung anzusprechen. Die nackte Haut zeigt den Menschen in seiner Natürlichkeit und Eigentlichkeit. Was sich in der Seele und dem Körper des psychiatrie-erfahrenen Menschen abspielt, bildet sich an der Oberfläche des Körpers ab. Wer sich unverhüllt präsentiert, lässt den unverhohlenen Blick auf sich zu. Anders scheint dies mit Menschen zu sein, die den Körper verstecken. Die Tätowierung kann als Versteckspiel, vielleicht auch als Inszenierung des eigenen Körpers verstanden werden. Derjenige, der die Tätowierung trägt, möchte in einem bestimmten Licht erscheinen.

Was unbedingt sein sollte, was unbedingt diskutiert werden sollte

Bei der Abwägung der Gestaltungsräume von Sexualität im forensisch-psychiatrischen Kontext ist sicher immer abzuwägen, ob der untergebrachte Mensch ein Sexualdelikt begangen hat. Gleichzeitig stehen das Empfinden und die Ansichten der untergebrachten Menschen zur Sexualität im Blickpunkt. Wer ein Vergewaltigungsdelikt hinter sich hat, muss sicher damit rechnen, dass sein Wunsch nach Sexualität mit Frauen eher zögerlich stattgegeben wird.

Forensische Praktiker müssen natürlich intensiv darüber nachdenken, was sie beim Gegenüber tolerieren können, wollen oder vielleicht auch müssen. Auf einer Station mit männlichen Untergebrachten muss es sicher akzeptiert werden, wenn die untergebrachten Menschen Männer-Magazine in den Spinden und Nachtschränken haben. Es kann nicht sein, dass im Maßregelvollzug arbeitende Frauen emotional darauf reagieren, wenn sie einen in entsprechenden Zeitschriften blätternden Menschen begegnen. Dass diese Lektüre im Zimmer der untergebrachten Menschen stattfinden sollte, gehört sicher zu den gesellschaftlichen Gepflogenheiten. Geht es um Masturbation, so kann man sich darauf einigen, dass ein „Bitte nicht stören“- Schild an die Tür gehängt wird.

Petra fühlt sich berührt von dem ganzen Geschehen. Ihr ist es ähnlich unangenehm wie in jenen Momenten, wenn sie Untergebrachte bei der Masturbation erwischt. Sie kann nachvollziehen, dass die Menschen diesen lebendigen Trieb ausleben. Trifft sie Untergebrachte beim Onanieren an, so schließt sie unmittelbar von außen wieder die Zimmertüre. Sie entschuldigt sich auch bei der nächsten Gelegenheit. Dies ist für sie ein Moment des Respekts gegenüber den Untergebrachten.

Für viele untergebrachte Menschen sind die Nebenwirkungen von Psychopharmaka bekanntlich ein wichtiges Thema. Wenn sie im dritten, vierten oder fünften Lebensjahrzehnt sind, ist die potentielle sexuelle Entfaltung ein bestimmendes Thema. Wenn die Pharmakologie diesem Wunsch einen Strich durch die Rechnung macht, stellt es offenbar die Persönlichkeit und insbesondere die Compliance in Frage. Umso wichtiger erscheint es, dass den betroffenen Menschen Verständnis entgegengebracht wird. ‘Verhandeln statt behandeln’ wird als Losung des Miteinanders im therapeutischen Prozess besonders deutlich.

Libidofördernde Medikamente sorgen unter anderem für eine deutlich verbesserte Erektionsfähigkeit des Mannes. Mit dieser Fähigkeit scheint für viele Männer das Mannsein als solches verbunden zu sein. Es wundert nicht, wenn dann Sätze zu hören sind wie „Jetzt bin ich wieder ein richtiger Mann!“ oder „Endlich spüre ich mich wieder!“ Diesem Hilferuf untergebrachter Männer mit einem überlegenen Lächeln zu begegnen, spricht nicht zwingend für die Professionalität forensisch tätiger Menschen.

Es erscheint nicht nur schwierig, über libidofördernde Medikation in der forensischen Psychiatrie zu sprechen. Die Alltäglichkeit der Sexualität wird im forensischen Setting eher nicht angesprochen, es sei denn, im psychotherapeutischen Kontext arbeitet ein untergebrachter Mensch an seiner Sexualität. Es ist sicher nicht an den Haaren herbeigezogen, eine Sprachlosigkeit gegenüber dem Thema Sexualität zu konstatieren.

Das Leben der eigenen Sexualität gehört hinter die geschlossene Zimmertüre des untergebrachten Menschen. Es gibt keinen Austausch darüber, wie häufig der untergebrachte Mensch onaniert. Es wird nicht angesprochen, inwieweit die Masturbation auf jeden Fall mit Freude für den Betroffenen gleichzusetzen ist oder inwieweit er unter einem Druck leidet, sich selbst befriedigen zu müssen. Es gibt kein Gespräch darüber, woran der Einzelne Spaß hätte, wenn er seine Sexualität vollumfänglich leben könnte. Erst recht gibt es in nur seltenen Fällen einen Diskurs darüber, wie Räume zur Gestaltung der eigenen Sexualität geschaffen werden könnten.

Je eher ich diese Bewusstheit selber spüre, umso besser gelingt mir das Umgehen mit Sexualität im Maßregelvollzug. Wenn es stimmt, dass die weibliche Pflegende nicht nur in der mütterlichen Rolle, sondern gleichzeitig als Lustobjekt wahrgenommen wird, dann muss dies Konsequenzen im professionellen Auftreten haben – in Bezug auf Kleidung, Auftreten, Sprache. In diesen Qualitäten gilt es eine professionelle Distanz aufzubauen bzw. zu erhalten, die das therapeutische Miteinander möglich macht. Natürlich gibt es in diesem Zusammenhang eine Fallhöhe zwischen Betreuenden und Betreuten. Sie ist zum Schutze sämtlicher Beteiligten unerlässlich.

Dynamisch im therapeutischen Team wird es, wenn die Freiräume der im Maßregelvollzug untergebrachten Menschen bezüglich der Sexualität bestimmt werden. Dass die Selbstbefriedigung dem Einzelnen zugestanden wird, bleibt sicher außer Frage. Heikler wird es, wenn die Toleranzschwelle gegenüber sexuellen Kontakten in der Gruppe der Untergebrachten definiert wird. Müssen die Alarmglocken läuten, wenn die Untergebrachten sich gegenseitig befriedigen oder gar Geschlechtsverkehr haben? Die Einvernehmlichkeit der Kontakte gilt als Voraussetzung. Sinn macht es, die Einigungen im therapeutischen Team transparent gegenüber den Untergebrachten zu kommunizieren.

Es bleibt eine Ambivalenz, die es auszuhalten gilt. Petra zeigt mit der reizenden Kleidung, dass es ihr um das Selbst geht. Sie zeigt keinen Widerstand, sich nicht auf die ihr anvertrauten Menschen einlassen zu wollen. Irgendwie ist sie schon an einem Punkt, den Sandra Konrad zuspitzt: „Es erfordert einigen Mut von Frauen, sich mit ihrer Begierde, ihren Bedürfnissen und ihren Grenzen zu zeigen – sich zuzumuten, wie es so schön heißt“ (Konrad, 2017, 356).

Literatur

Agamben, G. (2010). Nacktheiten. Frankfurt am Main: S. Fischer.

Briegleb, T. (2009). Die diskrete Scham. Frankfurt am Main: Insel Verlag.

Flaßpöhler, S. (2018). Die potente Frau – Für eine neue Weiblichkeit. Berlin: Ullstein.

Kaufmann, J.-C. (2006). Frauenkörper - Männerblicke - Soziologie des Oben-ohne. Konstanz: UVK.

Konrad, S. (2017). Das beherrschte Geschlecht – Warum sie will, was er will, München: Piper.

Marzano, M. (2013). Philosophie des Körpers. München: Diederichs.

Greiner, U. (2014). Schamverlust – Vom Wandel der Gefühlskultur. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.

Autor

Christoph Müller
psychiatrisch Pflegender, Redakteur "Psychiatrische Pflege" (Hogrefe-Verlag), Fachautor

arscurae@web.de

Rhinitis medicamentosa

Psychosoziale und physische Wahrnehmungen von Betroffenen bei Abwesenheit von Alpha- Sympathomimetika

Abstract

2016 wurden insgesamt 98 Millionen topische Rhinologika in Deutschland verkauft. Die Zahl der Abhängigen lag 2013 zwischen 100.000 und 120.000, die Dunkelziffer ist wahrscheinlich höher. Ziel dieser Forschung ist es mit wissenschaftlichen Methoden physische, psychische und soziale Auswirkungen aus Sicht von „Alpha- Sympathomimetikaabhängigen“ zu erfassen, wenn diese Personen sich in einem wirkstofffreien Intervall befinden. Durchgeführt wurde eine qualitative Studie. 14 Teilnehmer bekamen zu Beginn einen teilstandardisierten Fragebogen. Im Anschluss wurde ein Interview mit Hilfe eines teilstandardisierten Interviewleitfadens durchgeführt und mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse, angelehnt nach Mayring, ausgewertet. Alle Interviewpartner berichteten von physischen und psychosozialen Auswirkungen, sobald sie das Medikament nicht nutzen konnten. Je länger Betroffene das Medikament applizierten, desto ausgeprägter waren bestimmte Verhaltensweisen. Nasenspray scheint zudem gesellschaftsfähig geworden zu sein. Es bedarf mehr Forschung im qualitativen Bereich zum Thema Missbrauch und Gewöhnung von abschwellenden Rhinologika, sowie Aufklärung von Fachpersonal, um betroffenen Personen präventiv und langfristig helfen zu können.

Schlüsselwörter: Nasenspray – Alpha- Sympathomimetikaabhängigkeit – physische Auswirkungen – psychosoziale Auswirkungen – Wirkstofffreies Intervall

Abstract

In 2016, a total of 98 million topical rhinologics were sold in Germany. The number of addicts was between 100,000 and 120,000 in 2013, the number of unreported cases is probably higher. The aim of this work is to use scientific methods to detect physical, psychological and social effects from the point of view of „alpha sympathomimetic addicts“ when they are in a drug-free interval. In order to receive reliable results, a qualitative study was carried out. 14 participants were given a partially standardized questionnaire at the beginning. Subsequently, a qualitative design in the form of an interview with the help of a partially standardized interview guide was selected and evaluated with the help of the qualitative content analysis, based on Mayring. All interviewees reported physical and psychosocial effects as soon as they were no longer able to use the drug. The longer the people concerned are applying the medication, the more pronounced are certain behaviors. Additionally, nasal spray seems to have become socially acceptable. There is an urgent need for more research in the qualitative area on abuse and habituation of decongestant rhinologics, as well as education of specialized personnel in order to help affected persons preventively and long-term.

Keywords: topical rhinologics – alpha sympathomimetic dependence - physical effects - psychosocial effects - drug-free/nonmedicated interval

Eingereicht: 9.Jan 2019
Genehmigt: 8.Feb 2019

Einleitung

Im Jahrbuch Sucht 2015 beschreibt Glaeske in seinem Bericht „Medikamente 2013-psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial“ unter anderem die Auflistung der meist verkauften Medikamente 2013 (Glaeske, 2015). An erster Stelle mit 24,7 Millionen verkauften Packungen befinden sich sogenannte Schnupfenpräparate, die die Nasenschleimhäute abschwellen lassen (Alpha- Sympathomimetika), so wie z. B. die Wirkstoffe Xylometazolin oder Oxymetazolin. Man verzeichnete einen Anstieg von 7,2 Prozent zum Vorjahr. Im „Jahrbuch Sucht 2015“ wurde geschätzt, dass es 2013 ca. 100.000-120.000 Abhängige in diesem Bereich gab (Glaeske, 2015, S. 111 ff.). Aktuelle Zahlen für das Jahr 2017 gibt es laut Deutscher Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) nicht. 2016 wurden insgesamt 98.000.000 topische Rhinologika (zum Beispiel abschwellende Rhinologika, salzhaltige oder Cortikosteroid Rhinologika) in örtlichen, sowie im Online Versandhandel verkauft (ABDA/ Insight Health, 2018). Im Leitfaden für die apothekerliche Praxis 2011 der Bundesapothekenkammer (BAK), wurde laut Untersuchungen eine Prävalenz der Rhinitis medicamentosa von sechs bis neun Prozent beschrieben. Auf eine hohe Dunkelziffer wurde dort des Weiteren hingewiesen. Männer und Frauen sind hierbei gleich stark betroffen. Auffällig ist, dass es besonders häufig Erwachsene in jungen bis mittleren Alter betroffen sind (Bundesapothekenkammer, 2011, S. 32 f.). Resümierend ist ein hoher Anstieg des Verkaufs und Konsums von topischen Rhinologika zu erkennen. Appliziert eine Person Alpha-Sympathomimetika über einen längeren Zeitraum, kann es zu irreversiblen Schädigungen der Nasenschleimhaut führen. Deshalb wird eine begrenzte Anwendung abschwellender Nasensprays/ Nasentropfen für sieben bis max. 14 Tage empfohlen (Lüllmann, Mohr, & Hein, 2015, S. 114). Die vorliegende Untersuchung befasste sich daher mit den physischen, psychischen und sozialen Empfindungen bei Personen mit einer Alpha- Sympathomimetikagewöhnung, sobald die Substanz nicht mehr angewendet wurde.

Rhinitis medicamentosa

Aufgrund eines übermäßigen Gebrauchs von Alpha-Sympathomimetika, z. B. bei einem Rebound – Phänomen durch habituellen Gebrauch von abschwellenden Nasensprays (Privinismus) oder Nebenwirkungen anderer Arzneimittel (z. B. Psychopharmaka oder Antihypertensiva) kann es zu einer Rhinitis medicamentosa kommen. Dabei wird die Nasenschleimhaut (besonders das Flimmerepithel) so geschädigt, dass sie zuerst immer wieder anschwillt und später austrocknet (Psychrembel Online, 2018). Folgt die Person der Anwendungsbeschreibung von frei verkäuflichen Schleimhautabschwellenden Medikamenten, sollten diese nicht länger wie 7 Tage appliziert werden. In dieser Zeit führt der Wirkstoff (z. B. Xylometazolin) zu einer Vasokonstriktion der Gefäße in der Nasenschleimhaut. Ist diese krankheitsbedingt angeschwollen, bildet sie sich für eine gewisse Zeitspanne zurück. Durch den Gebrauch von tophischen Sympathomimetika, von dreimal täglich über zehn Tagen oder eine nächtliche Anwendung über vier Wochen, kann es zu einer „Abhängigkeit“ kommen (Beule, 2010, S. 12). Der schleimhautabschwellende Wirkstoff kann über ein Spray, Tropfen oder Gel appliziert werden.

Die komplette Pathophysiologie der Rhinitis medicamentosa ist bisher noch nicht vollständig geklärt. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) folgert, dass sich durch einen missbräuchlichen Gebrauch, die Blutgefäße dauerhaft verengen bis sich die Nasenschleimhäute atrophisch zurückbilden. Dadurch können sie keine Feuchtigkeit, z. B. in Form von Schleim abgeben und trocknen immer weiter aus (Glaeske, Holzbach, & Boeschen, 2015, S. 176). Das verursacht bei Betroffenen immer wieder das Gefühl einer „verstopften Nase“, obwohl die Schleimhäute nicht angeschwollen sind. Im Experteninterview mit einer ambulanten Hals-Nasen-Ohrenärztin wurden besonders die Nebenwirkungen des Missbrauchs deutlich. Möglich sind Riechverluste, Infektionen bis zu einem Septumsdefekt (Büsch, 2018). Eine Infektion, bei der sich Bakterien und Viren in der trockenen Schleimhaut ansiedeln und zu einem Gewebeschwund führen, kann es sich im fortgeschrittenen Stadium bis zu einer Ozäna, im Volksmund „Stinknase“, entwickeln (Glaeske et al., 2015, S. 176). Schaffen es Betroffene das Medikament abzusetzen, kann sich die Schleimhaut wieder regenerieren. Die HNO Ärztin empfiehlt zur Therapie ein sofortiges Absetzen des Medikamentes in Kombination mit einer schleimhautpflegenden Salbe.

Weitere Möglichkeiten wären die sog. Ein-Loch- Therapie, bei dem der Betroffene erst einmal nur noch ein Nasenloch mit dem Medikament versorgt und das andere Zeit hat, sich zu regenerieren (Büsch, 2018). So hat der Konsu-

ment vor allem nachts ein weniger ausgeprägtes Gefühl, keine Luft zu bekommen. Eine medikamentöse Therapie mit einem Cortisonspray bringt laut HNO Ärztin nicht viel, da es nicht direkt abschwellend wirkt, sondern nur den psychischen Reiz „Ich sprühe mir etwas in die Nase“ setzt. Es lindert allerdings eventuelle Entzündungen und verringert eine gesteigerte Schleimsekretion (vgl. ebd.). Sie empfiehlt weiterhin unterstützende Methoden, wie Salben mit Menthol, abschwellende pflanzliche Nasensprays, die nicht abhängig machen oder Pfefferminzöl unter der Nase. Auch das Verringern der Wirkstoffkonzentration, z. B. die Applikation eines Kindernasensprays, kann hilfreich sein. Eine Operation, bei der die geschädigten Schleimhäute abgetragen werden ist nur bei bestimmten Ursachen der Rhinitis indiziert. Hat ein Patient einmal die Unabhängigkeit von diesen Medikamenten geschafft, so sollte er auch bei der nächsten Erkältung nicht wieder auf ein Alpha- Sympathomimetika zurückgreifen, da eine Gewöhnung sehr schnell wiedereinsetzen kann (vgl. ebd.).

Stoffgebundener Missbrauch und Abhängigkeit

An einer stoffgebundenen Abhängigkeit können Personen leiden, die regelmäßig psychotrope Substanzen zu sich nehmen. Darunter zählen Mittel, die zentralnervös wirken und auf das Erleben und Verhalten Einfluss nehmen, z. B. Psychopharmaka, Genuss- oder Suchtmittel (Online Lexikon für Psycholgie und Pädagogik, 2018). Die Ursachen für eine Abhängigkeit sind meist genetisch und durch Umweltfaktoren bestimmt (Müller & Heinz, 2016, S. 31). Einflussfaktoren für einen Missbrauch können die Griffnähe, Verfügbarkeit der Medikamente (zeitlich und örtlich), physische und psychische Erkrankungen und soziale, sowie kulturelle Rahmenbedingungen sein (Soyka, 2016, S. 107). Häufig ist eine Abhängigkeit durch ein Auftreten einer Toleranzentwicklung und Symptome bei Entzug gekennzeichnet. Eine dauerhafte Einnahme von Substanzen, die abhängig machen können, führt bei jedem anders zu neuroadaptiven Veränderungen im Gehirn. So entsteht auch individuell eine zunehmende Toleranz gegenüber der akuten Wirkung der Substanz und der individuellen Symptome bei einem Entzug (Müller & Heinz, 2016, S. 31 f.).

Allerdings ist der regelmäßige Einsatz von Rhinologika keine Abhängigkeit im engeren Sinne. Vielmehr ist es ein Teufelskreis durch immer höhere Dosissteigerungen, um noch einen abschwellenden Effekt zu erzielen, da die Schleimhäute mit der Zeit eine steigende Toleranz ausbilden (Glaeske et al., 2015, S. 113).

Ein übermäßiger, unkontrollierter oder nicht indikationsgerechter Konsum von Nasenspray wird diagnostisch als Missbrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen eingestuft (Elsesser & Sartory, 2001, S. 9 f.). Alpha- Sympathomimetika wirken lokal an der Nasenschleimhaut und nicht zentral im Gehirn. Deshalb leiden Langzeitkonsumenten an einem Missbrauch mit Gewöhnungseffekt. Die empfundenen Gefühle während der Nasenspraynutzung treten hierbei nur während des An- und Abflutens des Wirkstoffes auf, was bedeutet, dass während des Wirkintervalls keine Empfindungen im Bezug zum Medikament aufkommen.

Aktueller Forschungsstand

Im Bereich des medizinischen Forschungsinteresses der Rhinitis medicamentosa finden sich auf den bekannten wissenschaftlichen Suchportalen (Pubmed, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), google scholar u.a.) Studien und Daten zum Thema. Es sind aktuell jedoch keine Studien aus Sicht der Betroffenen bekannt.

Methodik

Um das Erkenntnisinteresse über ein umfassendes Verständnis über die individuellen psychosozialen und physischen Empfindungen und deren Folgen zu bekommen, ergaben sich zu Beginn folgende Forschungsfragen:

Welche Auswirkungen auf das Empfinden hat das Fehlen von Xylometazolin und anderen Alpha- Sympathomimetika bei einer medikamenteninduzierten Gewöhnung in der psychosozialen und physischen Wahrnehmung bei Betroffenen?

Fühlen sich Betroffene durch das Medikament in bestimmten Situationen eingeschränkt?

Gibt es Möglichkeiten bestimmte Empfindungen durch andere Maßnahmen zu lindern?

Würden die Betroffenen die „Abhängigkeit“ gern beenden und gab es vielleicht schon Zeiträume ohne das Medikament?

Dafür wurden von Februar von Juli 2018 ero- epische Interviews nach Girtler mit verschiedenen Experten zum Thema geführt. Für die überwiegende Datengewinnung wurde sich für ein qualitatives Forschungsdesign im Sinne eines halbstrukturierten Interviews

entschieden. Von Mai bis Juni 2018 erfolgten 14 Gespräche mit Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung an einer Alpha-Sympathomimetikagewöhnung litten. Einschlusskriterien waren ein Missbrauch von mindestens einem Jahr und einer Frequenz von mindestens zwei bis drei Applikationen am Tag. Die Teilnahme erfolgte freiwillig. Um geeignete Interviewpartner zu generieren wurden in verschiedenen medizinische und schulische Einrichtungen Aushänge platziert. Als weiteres erfolgte ein Aufruf auf der Social Media-Plattform Facebook© zur Mithilfe. Die Interviewpartner bekamen vor dem Interview persönlich oder per E-Mail eine Einverständniserklärung sowie einen teilstandardisierten Fragebogen zur sozio-demografischen Erfassung, sowie allgemeine Fragen zum Missbrauch ausgehändigt. Die Interviews wurden persönlich oder telefonisch durchgeführt. Die Interviewdauer betrug zwischen 5 bis 15 Minuten. Der Fragebogen wurden pseudoanonymisiert, codiert und anschließend mit dem SPSS Statistics 22® Programm ausgewertet. Die Interviews wurden digital aufgenommen, ebenfalls pseudoanonymisiert, codiert und nach den Transkriptionsregeln nach Kuckartz transkribiert. Im Anschluss wurden die Gespräche händisch ausgewertet und eine induktive Inhaltsanalyse, angelehnt nach Mayring, durchgeführt. Dabei bildeten sich Kategorien und Subkategorien.

Ergebnisdarstellung

Alle 14 Teilnehmer nutzen die Möglichkeit eines abschwellenden Nasensprays. Nach Auswertung der Fragebögen stellte sich dar, dass 64,3 Prozent (n=9) der Befragten in einem medizinisch-pflegerischen Beruf tätig waren. 50 Prozent applizierten das Medikament schon länger als zehn Jahre. Dabei stellte sich heraus, je länger eine Person das Spray schon nutzte, desto mehr berichteten sie von auffälligen Verhaltensweisen. Darunter zählt z. B. das ständige mit sich tragen des Nasensprays oder das nicht schlafen können, ohne sich vorher das Arzneimittel in die Nase gesprüht zu haben. 57,1 Prozent (n=8) nutzen bevorzugt eine Apotheke zur Beschaffung des Nasensprays. 10 von 14 Teilnehmern waren zwischen 20 und 50 Jahre alt.

Folgende Kategorien und Subkategorien konnten nach Auswertung der Interviews gebildet werden:

Kategorie 1: Aufklärung in der Apotheke

Allen Interviewpartnern wurde als erstes die Frage gestellt, was sie über die Aufklärung denken, die sie im Zusammenhang mit dem Nasenspray in der Apotheke erhalten. Zusammenfassend antworteten alle Beteiligten, dass sie die Aufklärung ausreichend kennen, es aber keine Wirkung mehr bei ihnen zeigt oder es ihnen egal ist.

„Ich denk, ja, weiß ich das alles schon, aber es ist zu spät.“

Kategorie 2: Physische Symptome

Alle Interviewpartner gaben an, dass ihre Nase zuschwoll, sobald sie das Nasenspray nicht mehr applizierten. Zusätzlich klagten viele über Kopfschmerzen, Nasenbluten und Druck auf den Nasennebenhöhlen. Ein Betroffener gab zusätzlich an, dass sich das Spray oft in den Nasennebenhöhlen sammelt und sich nach einiger Zeit nach außen entleert. Hier konnten die Schleimhäute das Medikament wahrscheinlich gar nicht mehr resorbieren.

„Ja! Na Panik nicht, aber es ist halt anstrengend mit einer verstopften Nase und es entsteht dann auch mit der Zeit ein Druck im Kopf. Halsschmerzen dazu, ne?

Weil alles durch den Mund, äh, Atmung eben passiert und eben auch ein Druck dann im Kopf, wenn wirklich, also je nachdem wie schlimm die Nase zu ist.“

Kategorie 3: Primärer Auslöser für die Nasensprayapplikation

Um an einer Rhinitis medicamentosa zu erkranken gibt es vielfältige Ursachen. In den Interviews wurden Allergien, Erkältungen oder bestimmte Grunderkrankungen genannt.

„(..) Das war halt bei meinem Partner immer Gang und gebe, ähm, dass der sein Nasenspray vor dem Schlafen gehen genommen hat. Hab ich mir halt irgendwann kopiert. Ich hatte halt mal so einen dicken Schnupfen und danach hab ich es halt einfach nicht mehr abgesetzt.“

Kategorie 4: Psychische Empfindungen

Konnten Betroffene das Nasenspray aus unterschiedlichen Gründen nicht applizieren, so gaben die meisten ein Unwohlsein an, die Gedanken `kreiseln` um das Spray bis hin zur Unruhe und Panik. Auch der Gedanke der Luftnot wurde beschrieben, wenn nicht durch die Nase geatmet werden konnte.

„(..) Ja, wie fühlt man sich da? Das ist halt unangenehm. Man ist halt immer so an dem Gedanke „Or, du kriegst keine Luft“. Dieses, „wann ist es vorbei, ich brauch jetzt doch mal. (..) Meinen Sprühstoß.“

Subkategorie 1: Gedanken an eine Rezeptpflicht

Alle Interviewpartner wurden gefragt, wie sie ihr Leben mit dem Nasenspray gestalten würden, gäbe es dies nur noch auf Rezept vom Arzt. Bei dieser Frage waren die Betroffenen gespaltener Meinung. Einige würden weiter zum Arzt gehen, auch, um weitere Diagnostik in Anspruch zu nehmen, andere wiederum sehen dies als ein Grund, mit dem Spray aufzuhören.

„Ich wäre sehr häufig bei meinem Hausarzt."

Subkategorie 2: Besondere Verhaltensweisen

Betroffene berichteten über bestimmte Situationen oder Verhaltensweisen, in denen deutlich wurde, wie stark das Nasenspray ihr Leben beeinflusste.

„Vielleicht eine Anekdote dazu. Ich selbst, ich gucke einen Krimi und einem Opfer wird der Mund zugeklebt. In der Sekunde bekomme ich keine Luft mehr. Diese Vorstellung, nicht, nur auf die Nase zum Atmen angewiesen zu sein, das ist eine richtige Panik. Diese Vorstellung, ich könnte mal in so eine Situation kommen (…)."

Kategorie 5: Soziale Ereignisse

Im Gespräch stellten sich finanzielle Aspekte, sowie der Umgang in der Schwangerschaft mit dem Medikament heraus. Ihren Urlaub oder sozialen Kontakte würde keiner der Betroffenen wegen des Sprays verändern, jedoch berichtete ein Gesprächspartner von einer familiären Situation, in der das Spray Einfluss nahm.

Auch versuchte keiner der Gesprächspartner, die Applikation vor anderen Personen zu verstecken.

„Okay, also wir hatten jetzt im Mai Konfirmation und ich saß in der Kirche und hatte die Handtasche draußen gelassen, weil in der Handtasche waren schon Karten, die das Kind schon bekommen hat zur Konfirmation und die waren oben in dem Raum.

Wir hatten in der Kirche einen Raum gemietet, also dem nach war auch das Nasenspray leider in der Handtasche und die Messe ging fünfunddreißig Minuten und ich konnte in dieser Messe, ob du es glaubst oder nicht, ging wie ein Film an mir vorbei, weil meine Gedanken, es dreht sich alles um das Nasenspray, was ich jetzt gerne konsumieren würde (lacht).

Es war wirklich sehr anstrengend für mich, also ich merkte auch das ich ständig aufstehen wollte und dann wollte ich auch Toilette gehen, aber da hätte jeder gewusst das ich eigentlich wegen dem Spray gehe. Das war belastend, aber ich konnte nicht wirklich, was der Pfarrer erzählt hat, ähm, keine Ahnung was der geredet hat (lacht)."

Kategorie 6: Bisherige Therapieansätze/ alternativ unterstützende Maßnahmen

Die meisten der Interviewpartner, besonders diejenigen, die schon lange Nasenspray applizierten, hatten schon Therapieansätze, wie eine OP, Cortisonspray oder einen kalten Entzug versucht. Um Beschwerden zu lindern oder den Effekt der freien Nase zu verlängern, benutzten die meisten alternativ unterstützende Maßnahmen, wie Meerwasserspray, Inhalationen oder Einreibungen.

„Und jetzt bin ich auf Nasendusche umgestiegen. Und das hilft mit auf jeden Fall, ähm, das wenn ich, ähm, vorher sprühe, dass es länger anhält."

Kategorie 7: Absetzen des Medikaments/ Medikamentenfreie Intervalle

Gefragt wurden die Interviewpartner, ob sie sich denn vorstellen könnten, das Medikament abzusetzen und aus welchen Gründen. Vereinzelt gab es Betroffene, die das Spray gar nicht absetzen wollten. Die meisten erzählten, sie würden es nicht mehr nehmen, wenn es etwas gäbe, was ihre Symptome genauso gut linden könnte oder das Nasenspray ein hohes gesundheitliches Risiko darstellen würde. Die meisten der Interviewpartner hatten schon Zeiträume ohne das Spray, fingen aus unterschiedlichen Gründen aber wieder an, es zu nehmen.

„(..) Wenn mir einer sagen kann oder mir eine Lösung bietet, wie meine Nase so in Ordnung kommt, dass das nicht mehr passiert, dass meine Nase nicht mehr so zuschwillt."

Diskussion

9 von 14 Interviewpartner applizierten ein abschwellendes Nasenspray schon länger als 10 Jahre. Ein Grund, warum die Hälfte der Interviewpartner das Medikament schon so lange nutzten, konnte nicht festgestellt werden. Dies weist aber wieder auf den Aspekt der Notwendigkeit zur Erforschung des Themas hin. Diese Form der Gewöhnung geht meist nicht nur über Monate. Besonders diese Personen erzählen von bestimmten Situationen mit ihrem Spray oder Verhaltensweisen, die sie sich im laufe der Zeit angeeignet hatten. 10 von 14 Interviewpartnern waren in einem Alter zwischen 30 und 50 Jahren (junges bis mittleres Erwach-

senenalter). Dies bestätigt die Aussage der Bundesapothekenkammer über das häufigste Alter des Nasenspraymissbrauchs, der Besonders hoch war der Anteil von pflegerisch-medizinischem Personal mit einem Missbrauch von Alpha-Sympathomimetika. Ein Grund für diese hohe Anzahl könnte die Art der Suche nach Interviewteilnehmern sein. Diese erfolgte bevorzugt in medizinischen Einrichtungen, wie z. B. Arztpraxen oder einer medizinischen Berufsfachschule. Sämtliche Befragten hatten einen primären Grund mit der Medikamentennutzung zu beginnen, z. B. eine Erkältung oder eine Allergie. Danach kam es zu einem Gewöhnungseffekt und einem Missbrauch. Alle Konsumenten gaben an, dass die Aufklärung über das Medikament in der Apotheke bei ihnen keinen Nutzen mehr bringe.

Sie beschrieben alle das Gefühl, das ihre Nase zuschwelle, sobald die Wirkung der Sprays nachlasse und sie nicht rechtzeitig nachsprühen konnten.

Des Weiteren gaben die Betroffenen Symptome wie Kopfschmerzen und Druck auf den Nasennebenhöhlen an, sobald das Medikament nicht mehr angewendet wurde. Oft waren die Nasenschleimhäute durch häufigen Gebrauch ausgetrocknet und es kam zu Nasenbluten. Zudem kam es zu Empfindungen wie Panik, Luftnot und Hilflosigkeit. Bei familiären Ereignissen, Operationen, Schwangerschaften oder finanziellen Ausgaben wurde das Arzneimittel häufig bedacht, besonders wenn es schon über einen längeren Zeitraum genutzt wurde. Meistens musste das Nasenspray immer in Reichweite sein. Damit ergab sich oft ein Teufelskreis aus physischen und psychosozialen Auswirkungen. Damit die Wirkung länger anhielt oder Beschwerden gelindert werden konnten, nutzten einige Interviewpartner alternative Maßnahmen wie Inhalationen oder Einreibungen. Der Gedanke das Nasenspray ganz abzusetzen, kam besonders für die Langzeitnutzer meist nicht in Frage. Es wurde immer die Bedingung gestellt, ein gleichwertiges Medikament zu benötigen, was die Nase freihält. Würde das Spray unter eine Rezeptpflicht gestellt werden, würden einige diese Chance nutzen, um es abzusetzen oder sich von einem Arzt weiter untersuchen zu lassen. Die meisten würden dennoch weiter versuchen das Spray über ihren Arzt zu bekommen. Auffällig war zudem, dass die Nutzung von Nasenspray über einen längeren Zeitraum gesellschaftsfähig zu sein scheint. Um ihre physischen und psychischen Empfindungen während des Wirkungsfreien Intervalls zu lindern oder um die Wirkung länger erhalten zu können, nutzen viele Konsumente alternative Maßnahmen. Hierbei bestätigte sich wieder, dass eine freie Nase das Hauptziel der Betroffenen ist. Trotz der physischen Schäden, die ein Langzeitkonsum mit sich führen kann, ist die Nutzung von Nasenspray in der Gesellschaft nicht so negativ angesehen wie z. B. Alkohol, Drogen oder der Missbrauch von anderen Medikamenten. Man kann spekulieren, ob es an einer fehlenden Aufklärung in der Bevölkerung liegt oder, wie auch ein Konsument sagte, an den nicht so gravierenden Folgen wie finanzieller Absturz oder Tod. Aber dabei ist eine Verharmlosung des Missbrauchs eher kontraproduktiv für ein erfolgreiches Absetzen des Medikamentes. Denn wie in dieser Arbeit gezeigt wurde, hat ein dauerhafter Konsum große Auswirkungen auf das Empfinden der Betroffenen.

Fazit und Ausblick

Das Thema der Alpha-Sympathomimetikagewöhnung ist aktuell und betrifft immer mehr Menschen. Der gehäufte Langzeitkonsum beweist, dass es nicht nur ein kurzfristiges Problem ist. Alle Betroffenen litten unter physischen und psychosozialen Einschränkungen, insbesondere wenn sie das Medikament nicht applizieren konnten. Zudem können gravierende Nebenwirkungen und Komplikationen durch das freiverkäufliche Arzneimittel auftreten. Zum Thema „Nasenspray“ gibt es viele wissenschaftliche Studien. In seiner Literaturrecherche fasst Beule einige davon zusammen (Beule, 2010). Generell wird aber immer auf dem medizinischen Hintergrund des Medikaments eingegangen, z. B. Wirkungsweise, Indikationen, Nebenwirkungen, Komplikationen, Applikationsdauer. Wie sich Betroffene fühlen, die ohne das Spray, für sie gravierende Auswirkungen haben, gibt es bisher keine bekannte wissenschaftliche Literatur. Betroffene Personen wurden im Interview wahrscheinlich nie darüber befragt, was sie über das Thema denken. Wie kann man also dieses Phänomen der „Nasensprayabhängigkeit“ eindämmen? Wie schafft man es, präventiv zu arbeiten? Wie kann man Betroffenen sanft helfen, von dem Spray wieder weg zu kommen, ohne dass sie teilweise unter körperlichen und psychischen Erscheinungen leiden müssen? Wie schafft man es, diese besondere Form des Missbrauchs ernsthaft in Gesellschaft zu implementieren? Für die Zukunft sind weitere wissenschaftliche Untersuchungen

zum Thema notwendig, um oben benannte Fragen klären zu können und somit einer wachsenden Zahl von betroffenen Personen zu helfen. Konsumenten von schleimhautabschwellenden Medikamenten müssen effektiv präventiv vor einem Missbrauch mit Gewöhnungseffekt aufgeklärt werden. Langzeitkonsumenten sollten eine professionelle Beratung mit weiterführenden Möglichkeiten einer Behandlung des Missbrauchs erhalten. Damit Apotheker, pharmazeutisch - technische Assistenten und Mitarbeiter von Suchtberatungsstellen diesen Kundengruppen einen langanhaltenden Lerneffekt vermitteln können, bedarf es pädagogischen Schulungen der Apothekenmitarbeiter mit Kundenkontakt, sowie Personal in Einrichtungen für Suchtfragen. Die Erkenntnisse von den Empfindungen von Betroffenen während dieses Missbrauchs könnten bei pädagogischen Fortbildungen in den Berufsgruppen von Nutzen sein. Auch hier sollte zu weiteren didaktischen und methodischen Ansätzen vertiefend geforscht werden.

Literaturverzeichnis

ABDA/ Insight Health. (2018). ABDA/ Insight Health. Abgerufen am 19. April 2018 von https://www.abda.de/service/publikationen/zdf/

Aumüller, G., & Wennemuth, G. (2014). Nase und Nasennebenhöhlen. In G. Aumüller, G. Aust, J. Engele, J. Kirsch, G. Maio, A. Mayerhofer, . . . H.-G. Zilch, Duale Reihe (S. 1039-1048). Stuttgart: Thieme.

Beule, A. (Januar 2010). Physiology and pathophysiology of respiratory mucosa of the nose and the paranasal sinuses. GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg. . doi:10.3205/cto000071

Bundesapothekenkammer. (2011). Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch. Berlin: BAK.

Büsch, G. (26. März 2018). (J. Förtsch, Interviewer)

Dykewicz, M. (2018). MedScape. Abgerufen am 19. April 2018 von https://emedicine.medscape.com/article/995056-overview#showall

Elsesser, K., & Sartory, G. (2001). Medikamentenabhängigkeit. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe- Verlag für Psychologie.

Glaeske. (2015). Medikamente 2013- Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Lengerich: Pabst.

Glaeske, G., Holzbach, R., & Boeschen, D. (2015). Medikamentenabhängigkeit - Suchtmedizinische Reihe (Bd. 5). (D. H. e.V., Hrsg.) Abgerufen am 24. Juli 2018 von http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_5_Medikamente.pdf

Lüllmann, H., Mohr, K., & Hein, L. (2015). Spezielle Pharmakologie. In Taschenatlas Pharmakologie (S. 102-319). Stuttgart: Thieme.

Müller, C., & Heinz, A. (2016). Biologische Grundlagen der Suchtentwicklung. In A. Batra, & O. Bilke- Hentsch, Praxisbuch Sucht - Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter (S. 30-32). Stuttgart; New York: Thieme.

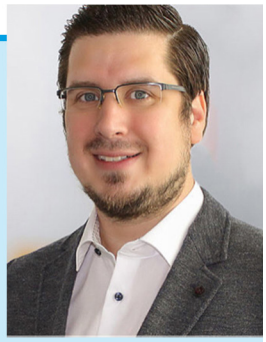
Online Lexikon für Psycholgie und Pädagogik. (2018). Abgerufen am 2. August 2018 von Online Lexikon für Psycholgie und Pädagogik: http://lexikon.stangl.eu/7804/psychotrop/

Psychrembel Online. (2018). Abgerufen am 24. April 2018 von https://www.pschyrembel.de/rhinitis%20medicamentosa/K0JVF/doc/

Autorin

Janine Förtsch, B.A.
Gesundheits- und Krankenpflegerin, Wundexpertin nach ICW, Medizinpädagogin (B.A.), Dozentin an der Berufsfachschule für Altenpflege und Notfallsanitäter Werdau
janine.foertsch@stud.srh-gesundheitshochschule.de

Autor



Prof. Dr. phil. Matthias Drossel, B.A., M.ScN.
Gesundheits- und Krankenpfleger, Medizinpädagoge, Pflegewissenschaftler, Gesamtschulleitung Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe, Professur an der SRH Hochschule für Gesundheit Gera

Grenzenlos kommunizieren

Damit die Verständigung klappt!

Das wichtigste Vokabular rund um die Pflege auf Englisch

ISBN 978-3-7089-1488-6

Grundbegriffe und hilfreiches Fachvokabular auf Serbokroatisch

ISBN 978-3-7089-1326-1

Die Russisch-Kommunikationshilfe für die Pflege

ISBN 978-3-7089-1340-7

facultas

(C) natalia maroz

Die im Schatten sieht man nicht

„Wer bist du?“, fragte der kleine Prinz.

„Ich bin Emma, und wer bist du?“, fragte schluchzend das kleine Mädchen, das alleine auf einem der vielen Wartezimmersessel in einer großen, leeren Halle eines Krankenhauses saß.

„Ich bin der kleine Prinz und ich mache gerade eine sehr große Reise. Warum weinst du?“, fragte der kleine Prinz weiter.

„Du bist wirklich ein Prinz?“, das Mädchen blickte erstaunt auf.

„Ja – natürlich, und ich weiß noch immer nicht, warum du weinst, Emma“, meinte der kleine Prinz und wurde ein wenig ungeduldig.

„Weißt du“, antwortete Emma, „meine Mama ist sehr schwer krank. Sie liegt hier im Krankenhaus und alle sagen, dass sie schon bald nicht mehr bei uns sein wird.“ Dicke Tränen kullerten dem Mädchen über die Wangen.

„Sie geht fort?“, fragte der kleine Prinz verwundert.

„Ja. Und sie nimmt mich nicht mit. Das macht mich sehr traurig. – Alles ist jetzt so traurig“, sagte das kleine Mädchen so leise, dass der kleine Prinz sich anstrengen musste, um es zu hören.

Das verstand der kleine Prinz gut. Auch er hatte eine Reise begonnen, war weit fort gegangen und hatte das, was er sich vertraut gemacht hatte, zurückgelassen. Wie sehr vermisste er seine Rose, für die er sich so verantwortlich fühlte...

Der kleine Prinz setzte sich neben das kleine Mädchen und nahm seine kleine Hand in seine Hände. In seinem Herzen fragte er sich

beklommen, ob ihn wohl seine Rose vermissen mochte?

„Wann reist deine Mutter denn ab?“, wollte der kleine Prinz wissen.

„Das weiß ich nicht genau. Es kann eigentlich immer sein“, sagte das Mädchen. „Aber so genau weiß das ja niemand.“

„Möchtest du dich denn nicht von deiner Mutter verabschieden?“, fragte der kleine Prinz, der sich wunderte, dass das Mädchen hier alleine saß.

„Oh ja, ich möchte sehr gerne zu meiner Mama gehen“, sagte Emma. „Nur – so einfach ist das gar nicht. Weißt du, die Krankenschwestern haben mir gesagt, dass ich jetzt nicht zu meiner Mama gehen kann, weil sie so müde ist und so viel schläft. Es ist nicht so, wie zu Hause. Hier liegen kranke Menschen alleine in einem Zimmer in einem Bett. Mama auch – und sie sieht jetzt ganz anders aus als früher.“ Dem Mädchen liefen schon wieder große Tränen über seine Wangen.

„Sollen wir gemeinsam zu deiner Mutter gehen?“, fragte der kleine Prinz nach einer kurzen Pause.

Ohne eine Antwort zu geben stand das Mädchen auf und zog den kleinen Prinzen mit sich. Sie gingen zu einem Aufzug, der so groß war, dass ein ganzes Bett hineinpasste. Emma drückte einen Knopf, denn der kleine Prinz wusste ja nicht, wo genau Emmas Mama zu finden war.

Noch immer hielt der kleine Prinz Emmas Hand, während er ihr stumm folgte. Sie gingen einen langen Gang entlang. Auf beiden Seiten waren Türen, die in Krankenzimmer führten. Vor einem dieser Zimmer blieb Emma stehen.

„Hier drinnen...“, flüsterte sie. Niemand war auf dem Gang zu sehen.

„Ich warte dort drüben bei den Sesseln auf dich. Bleib so lange, wie du willst“, sagte der kleine Prinz und öffnete leise die Tür.

Im Zimmer stand ein Bett, in dem eine sehr blasse Frau lag. Neben ihr auf einem Sessel saß ein Mann, der eine Hand der Kranken in seinen Händen hielt und jetzt überrascht aufblickte: „Emma?“, fragte er erstaunt.

Der kleine Prinz ließ Emma schnell ins Zimmer schlüpfen und schloss leise die Tür. Dann setzte er sich auf einen der Sessel. Während er auf Emma wartete, dachte er an seine Rose.

Wie lange er gewartet hatte, wusste er am Ende gar nicht. Irgendwann öffnete sich die Tür, und Emma trat mit dem Mann, der an dem Bett der Frau gesessen war, aus dem Zimmer heraus. Beide wirkten sehr traurig. Emma sagte etwas zu dem Mann, zeigte auf den kleinen Prinzen und der Mann nickte. Dann lief das Mädchen zum kleinen Prinzen.

„Das war sehr schön, dass ich Mama habe besuchen können. Wir haben sogar gekuschelt, wie zu Hause auch! Papa sagt, er nimmt mich morgen wieder mit zu Mama.“

Der kleine Prinz nickte.

„Danke, dass du Emma zu uns gebracht hast, kleiner Prinz“, sagte Emmas Vater, der nun auch zum kleinen Prinzen gekommen war. „Wir haben gedacht...“, die Stimme des Mannes versagte und er konnte den Satz nicht zu Ende sprechen.

„Ich weiß“, flüsterte der kleine Prinz, „die im Schatten sieht man nicht.“

Emmas Vater nickte stumm.

„Es gibt da noch ein Geheimnis“, begann der kleine Prinz vorsichtig.

„Ein Geheimnis?“, fragte Emma aufgeregt.

„Ja“, sagte der kleine Prinz. „Du sollst es dir unbedingt merken. Weißt du, Emma, tief im Herzen gibt es einen Platz, von dort aus kann man jederzeit denjenigen erreichen, den man sich vertraut gemacht hat“, sagte der kleine Prinz und dachte an seine Rose, die in seinem Herzen immer bei ihm war.

In Anlehnung an „der Kleine Prinz“ von Antoine de Saint-Exupéry, Anaconda-Verlag; 2015

Autorin

Gudrun Kalchhauser, MSc
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Studium ANP an der Donau-Universität Krems 2017 beendet; Sonderausbildungen Palliative Care und Psychoonkologie; seit 2006 auf der Radioonkologie am Universitätsklinikum Krems; seit 1996 freiwillige Mitarbeiterin bei Roten Kreuz; Lehrsanitäterin seit 1998; Erarbeitung der Lehrunterlagen EH-Spezial (Menschen mit geistiger Behinderung); international drei Mal in Indien tätig gewesen; Buch: „Weil es dich gibt“ (richtet sich an pflegende Angehörige)

Herausgeber: Thomas Hax-Schoppenhorst
Sprache: Deutsch
Verlag: Hogrefe Verlag
Seitenumfang: 536 Seiten
ISBN: 9783456857930

Das Einsamkeits-Buch

An Einsamkeit leiden 6-10% der deutschen Bevölkerung vorübergehend oder dauerhaft. Einsamkeit ist genauso schädlich wie der Konsum von 15 Zigaretten täglich. Einsamkeit ist ebenso schädlich wie Alkoholkonsum. Einsamkeit ist schädlicher als fehlende Bewegung (Spiegel/Wissenschaft). Höchste Zeit, dass dieses Phänomen umfassend für Gesundheitsberufe dargestellt wird. – Das interdisziplinäre Buch des erfahrenen Herausgebers Thomas Hax fächert das Thema Einsamkeit in all seinen Facetten auf.

Das Autorenteam:

- liefert eine gesellschaftspolitische Analyse und beleuchtet das Thema aus medizinischer, psychologischer, pflege- und sozialwissenschaftlicher sowie theologischer Sicht
- schafft einen Bezugsnahmen, um Einsamkeitserleben besser einschätzen, erkennen, verstehen und lindern zu können
- stellt durchgängig Bezüge der Befunde mit den Arbeitsfeldern und Berufsrollen der verschiedenen Gesundheitsberufe her und zeigt Konsequenzen und Reaktionen auf
- stellt multiprofessionelle Ansätze dar, wie Vereinsamung erkannt, gebannt und wie der Gefahr der Vereinsamung entgegengewirkt werden kann.
- stellt betroffene und gefährdete Personengruppen in den Mittelpunkt
- stellt Konzepte vor, die zeigen wie in einem verändernden/bewältigenden Sinne mit dem Phänomen „Einsamkeit“ umgegangen werden kann.

Somit erklärt dieses Praxishandbuch den Health Professionals umfassend ein bedeutendes Phänomen, sensibilisiert sie für nötige Reaktionen und zeigt ihnen Wege auf, damit umgehen zu können und auch persönlichen Gewinn aus der Beschäftigung mit dem Thema abzuleiten.

Persönliches Fazit

Einsamkeit ist in unserer Gesellschaft kein Phänomen, dass nur am Rand der Gesellschaft erscheint, sondern ein wachsendes Problem, dass wir auch in besiedelten Landstrichen sehr häufig antreffen. Gerade Pflegepersonen und Rettungskräfte berichten gehäuft von Menschen, die in unserer heutigen Gesellschaft vereinsamen. Das betrifft nicht nur alte Menschen, die keine Angehörigen haben, sondern auch Manager/innen und Schichtarbeiter/innen, die durch „All inclusive“-Verträge oder Schichtpläne ein äußerst minimiertes Gesellschaftsleben vorweisen. Der Herausgeber bietet mit seinem Werk und seinen Autor/innen einen perfekten Überblick, wie vielfältig dieses Thema ist. Hier bietet nahezu jedes Kapitel einen neuen Einblick in das Thema und das „Nun habe ich wieder etwas dazugelernt“-Gefühl begleitet einem das komplette Buch über. Dies lässt auch die Neugier und die Freude beim Lesen niemals absinken.

Dieses Buch ist nicht nur für Personen aus dem Gesundheitswesen ein MUSS, sondern sollte auch in Unterrichten, Bibliotheken und anderen Institutionen ein Pflichtwerk sein!
Prädikat: Absolut wertvoll! (MG)

Standards der Personaldiagnostik

Die professionelle Personaldiagnostik gehört zu den wichtigsten Investitionen in die Leistungsfähigkeit einer jeden Organisation. Diagnostische Methoden werden eingesetzt, um die besten Mitarbeiter für das Unternehmen zu finden und sie ihren Kompetenzen und Neigungen entsprechend optimal zu platzieren. Die Personaldiagnostik hilft zudem bei der Analyse von individuellen und strategischen Entwicklungsbedarfen sowie der professionellen Evaluation von Veränderungsprozessen.

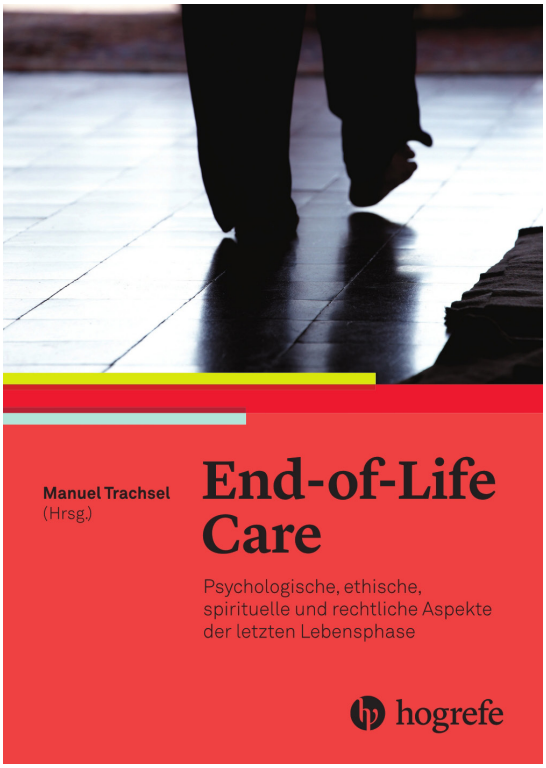
In keinem anderen Bereich der Personalarbeit lassen sich Handlungsempfehlungen für die Praxis so fundiert aus der Forschung ableiten wie in der Personaldiagnostik. Obwohl pro Jahr mehr als 700 wissenschaftliche Publikationen allein rund um das Thema Personalauswahl erscheinen, finden die in der Forschung gewonnenen Erkenntnisse kaum Anwendung in der Praxis. Das vorliegende Buch setzt genau hier an: In leicht verständlicher Sprache vermitteln die Standards der Personaldiagnostik wissenschaftlich fundiertes Wissen auf der Höhe der Zeit.

Dabei wird der gesamte Prozess der Personalauswahl von der Anforderungsanalyse über das Personalmarketing, die Sichtung von Bewerbungsunterlagen, Testdiagnostik und Einstellungsinterviews bis zum Assessment Center mit konkreten Empfehlungen für die Praxis dargestellt. Darüber hinaus werden die Themen Potenzialanalyse, Leistungsbeurteilung, Mitarbeiterbefragung sowie ungeeignete Methoden der Diagnostik behandelt. In einem ausführlichen Grundlagenteil wird diagnostisches Basiswissen (z. B. zu Urteilsfehlern, Qualitätskriterien und messtechnischen Grundlagen) anschaulich und praxisnah vermittelt, ohne Vorkenntnisse vorauszusetzen. Alle Themenfelder wurden für die vorliegende 2. Auflage des Buches überarbeitet und aktualisiert.

Persönliches Fazit

Wissenschaftlich fundiertes Wissen rund um das Thema Personal. Der Autor beschreibt in seinem Werk die Grundlagen und Anwendungen, die sie für eine professionelle Personalanalyse benötigen. Hierbei beginnt er bei grundlegendem Wissen und räumt auch in einem ganzen Kapitel mit den Mythen der Szene auf. Sein kritischer Blick auf diverse Methoden macht diese Publikation so einzigartig. Durch die zahlreichen Informationen im Bereich Messmöglichkeiten und Qualitätskriterien erkennt man als Leser ziemlich schnell, dass es sich hierbei um ein wissenschaftlich fundiertes Meisterwerk handelt. Die Methodenvielfalt reicht von Fragebögen, über Einstellungsinterviews und vieles andere. Das dieses Buch zeitgemäß ist, findet man ziemlich schnell auch in den speziellen Kapitel zum Thema Internet. Hier gibt es wichtiges Angaben zu E-Assessments und Recruiting. Sie müssen kein Psychologe sein, um dieses Werk zu verstehen. Wir können dieses Sammelsurium an Personalwissen nur jedem Personalverantwortlichen zu 100% empfehlen! (MG)

Autor: Uwe Peter Kanning
Verlag: Hogrefe Verlag
Seiten: 796 Seiten
Sprache: Deutsch
ISBN:9783801727406



Herausgeber: Manuel Trachsel
Verlag: Hogrefe Verlag
Seiten: 152 Seiten
Sprache: Deutsch
ISBN:9783456858586

End-of-Life Care

Psychologische, ethische, spirituelle und rechtliche Aspekte der letzten Lebensphase

Das Kurzlehrbuch zur End-of-Life Care spannt einen breiten Schirm über die letzte Lebensphase und beleuchtet ethische, philosophische, psychologische, spirituelle und rechtliche Aspekte des Sterbens. Das hochkarätige Autorenteam

- führt in die Themen Sterben, Tod und End-of-Life Care ein
- greift philosophische und existenzielle Fragen am Ende des Lebens und angesichts von Sterben und Tod auf
- beschreibt die psychologischen Herausforderungen in der End-of-Life Care
- diskutiert ethische Fragen am Lebensende zu den Themen Behandlungsabbruch, Formen der Sterbehilfe, Palliative Sedation, freiwilliger Nahrungsverzicht und erörtert ökonomische Aspekte
- beleuchtet rechtliche Aspekte von Einwilligungs- und Urteilsfähigkeit, über Patientenverfügungen und Sterbehilfe bis hin zu assistiertem Suizid
- zeigt spirituelle und religiöse Aspekte in der End-of-Life Care auf
- beschreibt institutionalisierte Formen der ethischen am Ende des Lebens
- zieht ein Fazit für die Praxis und gibt einen Ausblick auf die Zukunft der End-of-Life Care.

Persönliches Fazit

Diese Publikation bietet einen guten Überblick über psychologische, spirituelle, rechtliche und philosophische Ansätze des Sterbens. Es richtet sich überwiegend an Pflegefachkräfte, die Ärzteschaft und an all die Personen, die in diesem Bereich arbeiten. Die vielen Musterformblätter stellen einen guten Einstieg in die Materie dar. Durch das gut ausgebaute Literaturverzeichnis findet die Leserschaft schnell neues Lesematerial, um sich noch mehr in dieses Thema einzulesen. Sollten Sie sich für diese letzte Lebensphase interessieren oder ist ihr Arbeitsumfeld mit Menschen am Ende ihres Lebens, können wir dieses Buch absolut empfehlen. (MG)

Die Kraft der Kräuter nutzen

Mit der Vielfalt der Kräuter können Sie sich auf ganz natürliche Weise etwas Gutes tun. Vom Lippen-Balsam bis zum Ingwer-Husten-Honig, vom Rosten-Pesto bis zum Goldmelissen-Sirup – für jeden Anwendungsbereich gibt es in diesem Buch die passenden Rezepte!

Dank einfacher Beschreibungen, genau erklärter Zubereitungsschritte und vieler nützlicher Informationen zum Sammeln und Trocknen von Kräutern sowie zur Aufbewahrung und Haltbarkeit stellen Sie im Handumdrehen Ihre eigenen Heilmittel und Schönheitspflegeprodukte selbst her und verwöhnen sich und Ihre Familie mit aromatischen Köstlichkeiten.

Persönliches Fazit:

Mit dem bereits umfangreichen Buch „Südtiroler Kräuterfrauen“ haben drei Autorinnen 21 Kräuterfrauen um ihr Lieblingskraut und ein Rezept gebeten. Sehr rasch wurde klar, es gibt kein echtes Lieblingskraut – je nach Jahreszeit und Anwendungsbereich kommen viele Kräuter und Heilpflanzen in den Sinn.

So entstand das darauffolgende und hier vorgestellte Werk, wofür diesmal 51 KräuterexpertInnen zu ihren Erfahrungen und Rezepten besucht und befragt wurden.

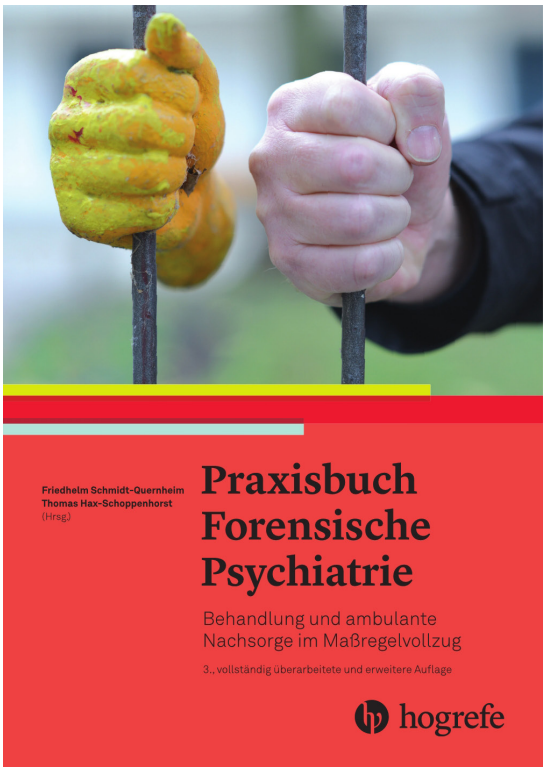
Eine Sammlung von 350 Rezepten und Tipps, die mit über 600 Fotografien wunderschön aufgemacht ist, viele Ideen gibt, sich der Kraft der Heilpflanzen zu Nutze zu machen. Ob für die Hausapotheke, Körper- und Schönheitspflege, Küche oder Haus und Garten finden sich in dem Buch 221 verarbeitete Kräuter und Heilpflanzen.

Spannend ist bei den jeweiligen Rezepten zu lesen, woher die Kräuterkundigen das Rezept beziehen und ob sie es aufgrund ihrer Erfahrungen oder vorhandenen Zutaten abgewandelt haben. So schafften es auch Geheimrezepte aus Großmutters Zeiten in dieses Buch.

Untermauert und ergänzt werden die erfahrenen und überlieferten Wirkungsweisen von einer kundigen Apothekerin, die sich auch als Vermittlerin zwischen Wissenschaft und Volksheilkunde sieht, was in diesem Buch perfekt die Brücke zwischen Altbewährtem und neuesten Erkenntnissen schafft.

Aus den liebevoll zusammengestellten Inhalten entstand nicht nur ein einfaches Rezeptbuch, sondern ein Standardwerk das in keiner (Kräuter)Bibliothek fehlen sollte. Sowohl Kräuterneulinge als auch für ExpertInnen, lädt es ein, die Kräuter zu sehen, zu fühlen, zu schmecken, und die Heilkraft derer mit Respekt der Natur gegenüber zu nutzen. (KS)

Autoren: Irene Hager, Alice Hönigschmid, Astrid Schönweger
Sprache: Deutsch
Verlag: Löwenzahn in der Studienverlag Ges.m.b.H.
Seitenumfang: 456 Seiten
ISBN: 978-3-7066-2562-3



Friedhelm Schmidt-Quernheim / Thomas Hax-Schoppenhorst: Praxisbuch Forensische Psychiatrie – Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug,

Hogrefe-Verlag, Bern 2018,

ISBN 978-3-456-85000-5, 800 Seiten, 59.95 Euro.

Praxishandbuch Forensische Psychiatrie

„Es dürfte keinen Staub ansetzen“

Bereits die zweite Auflage des „Praxisbuchs Forensische Psychiatrie“ begleitete mich durch die ersten Jahre meiner pflegerischen Tätigkeit im Maßregelvollzug und half mir sehr, in diesem speziellen Bereich der Psychiatrie anzukommen und wiederzufinden. In seiner dritten Auflage ist es fast um das Doppelte an Wissen angewachsen.

Schmidt-Quernheim und Hax-Schoppenhorst haben zahlreiche bekannte Autoren und Experten gewonnen und geben einen ausführlichen Überblick und Einblick in die komplexe Landschaft des Maßregelvollzuges. Dabei werden die Merkmale der großen wie der kleinen und besonderen Patientengruppen (z.B. weibliche Untergebrachte) mit ihren Bedürfnissen durchleuchtet. Dies nicht nur im Blick auf Erkrankung und Straftat, sondern auch in den jeweiligen Phasen der Unterbringung.

Die verschiedenen Beiträge setzen sich dabei mit den rechtlichen, moralischen, ethischen, sachlichen und menschlichen Aspekten auseinander. Einige der Beiträge sind wissenschaftlich fundiert und andere erfahrungsbasiert. Sie helfen dem Leser zu verstehen, wie das System „Maßregelvollzug“ funktioniert. Interviews mit Experten bereichern diesen Einblick und die kritischen Diskussionen. Durch Praxisbeispiele und Beschreibungen von Projekten gibt das Buch Inspirationen und Motivation für die eigene berufliche Haltung und eröffnet neue Perspektiven in der Handlung.

Auch Pflegende kommen durch zahlreiche Beiträge zu Wort und beschreiben ihre Rolle, Angebote und Aufgaben. Es gelingt ihnen, das allgemeine Wissen und aktuelle Entwicklungen der Pflege auf die besonderen spezifischen Anforderungen der Maßregelunterbringung und der Bedürfnisse der Patienten zu übertragen und zu verknüpfen. Es kommen nicht nur die Klassiker des Pflegekreislaufes - Sicherung, Beziehungsgestaltung und Milieugestaltung - zur Sprache, sondern auch Themen wie Sexualität, Lebensperspektive sowie Auseinandersetzung mit erlebter Gewalt.

Mit ihrem Herausgeberwerk gelingt Schmidt-Quernheim und Hax-Schoppenhorst eine umfangreiche und recht spannende Darstellung der forensischen Psychiatrie. Der Titel „Praxisbuch Forensische Psychiatrie“ verrät, an wen es sich richtet: an die Angehörigen aller Berufsgruppen, die in diesem Arbeitsfeld vertreten sind. Das Buch kann Studierenden empfohlen werden, da es einen guten Überblick über den Stand der Forschung zu den einzelnen Themen gibt und seine Schlüsse daraus zieht. Laut Klappentext richtet es sich an Anfänger und Fortgeschrittene. Meiner Meinung nach sind sie mit dieser Aussage sehr bescheiden, denn auch Experten oder Profis finden hier sicher Antworten und können sich an dem aktuellen Stand der Diskussionen und Entwicklungen orientieren.

Es sollte zur Grundausstattung jeder forensischen Station gehören. Dort dürfte es eigentlich keinen „Staub“ ansetzen. Mein eigenes Exemplar sieht durch das regelmäßige Nachschlagen schon ziemlich „abgerockt“ aus, als würde ich schon seit Jahren damit arbeiten. Ich bin gespannt auf die 4. Auflage. (Simon Gödecke)

Basiswissen: Umgang mit Menschen im Maßregelvollzug

„Nicht nur graue Theorie“

Mit „Basiswissen: Umgang mit Menschen im Maßregelvollzug“ gelingt den Autoren Trost und Rogge etwas ganz Erstaunliches: das kompakte Grundwissen um die wichtigsten Themen aus der forensischen Psychiatrie auf wenige Seiten zu bannen und dabei auch neuen Ideen und Möglichkeiten Raum zu geben. Zu Anfang erläutern sie das Rechtssystem und die wichtigsten Paragrafen. Dabei sei angemerkt, dass nach Erscheinen des Buches (2016) eine Reform stattgefunden hat. Dies mindert das Buch jedoch nicht in seinem Wert, da sie diese Reform ausführlich diskutieren.

In den weiteren Kapiteln wenden sie dem praktischen Arbeitsalltag im Maßregelvollzuges. Dabei geben sie zunächst Einblick über die einzelnen Behandlungsphasen sowie deren Behandlungsschwerpunkte, wie dort das Milieu meist gestaltet ist und vor welche Herausforderungen die untergebrachten psychisch erkrankten Straftäter und die dort Tätigen gestellt werden. Dabei durchleuchten sie die Bedeutung und Probleme der Angehörigen, greifen Themen wie Sexualität, Aggression und Gewalt und Möglichkeiten der Selbstpflege der beruflich Tätigen auf.

Trost und Rogge stellen die Beziehungsarbeit mit den psychisch erkrankten straffällig gewordenen Menschen in den Vordergrund. Sie erklären, wie Pflegende diesen Menschen Empathie und Akzeptanz entgegenbringen können und dabei authentisch und wertschätzend bleiben können - trotz der Taten, die diese begangen haben. Ebenso wie sich „allgemeine“ pflegerische Praxis in der Arbeit des Maßregelvollzuges wiederfindet und sinnvoll mit deren Aufgaben verbunden wird sowie welche Arbeitsmittel dafür zu Verfügung stehen, stellen sie nachvollziehbar dar. Sicherlich kommen dabei nicht alle verfügbaren Möglichkeiten zur Sprache. Dennoch ermöglichen die von ihnen gewählten Assessments und Herangehensweisen ein grundlegendes Verständnis.

Das Besondere an dem Werk ist ihre Auseinandersetzung mit Empowerment und den Recovery-Konzepten. Neben einer Darstellung dieser Themen erklären sie, wie diese zwischen Zwang und Selbstbestimmung in den Maßregelvollzug übertragen werden können. Dabei bleiben sie nicht bei der grauen Theorie, sondern zeigen praktische Beispiele wie das Medikamentenstell-Training und die Adherence-Therapie, das Gezeitenmodell und das Experienced Involvement.

Trost und Rogge verzichten auf große statistische Darstellungen. Mit ein paar wenigen Zahlen gelingt es ihnen, den wichtigsten Überblick zu geben und sie konzentrieren sich auf das Menschliche und Professionelle. Ihr Buch haben sie leicht verständlich geschrieben, wodurch es sich angenehm lesen lässt. Belebt wird es durch Beispiele. Damit spricht ihr Werk Berufsanfänger und - durch die Darstellung der Recovery-Konzepte - Experten aus der forensischen Pflege gleichermaßen an. Sicherlich dürfte es auch für andere Berufsgruppen interessant sein. (Simon Gödecke)

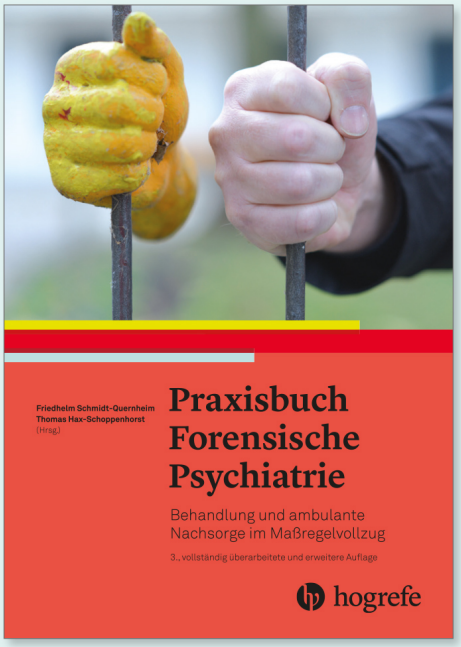
Andrea Trost & Stefan Rogge: Umgang mit Menschen im Maßregelvollzug,

Psychiatrie-Verlag, Köln 2016,

ISBN 978-3-88414-633-0, 160 Seiten, 18 Euro.

hogrefe

Forensische Psychiatrie für Profis



www.hogrefe.com

Friedhelm Schmidt-Quernheim / Thomas Hax-Schoppenhorst (Hrsg.)

Praxisbuch Forensische Psychiatrie

Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2018.
800 Seiten, 29 Abbildungen, 34 Tabellen, kartoniert
€ 59,95 / CHF 75.00
ISBN 978-3-456-85800-5
Auch als eBook erhältlich

Auch die 3. Auflage ist dem Leitsatz verpflichtet, ein Handbuch von Praktikern für Praktiker zu sein – und zwar für alle Berufsgruppen, die im und nach dem Maßregelvollzug arbeiten. Es stellt ein Nachschlagewerk dar, das neben einer großen Spannweite der Themengebiete und Detailwissen auch übergeordnete rechtliche, ethische und versorgungspolitische Fragestellungen in den Blick nimmt und aus den Perspektiven unterschiedlicher Fachrichtungen diskutiert.

Über 15 Jahre fanden die ersten beiden Auflagen begeisterte Leserinnen und Leser. Bei aller Praxisnähe und dem gleichermaßen prägnanten wie lebendigen Charakter der Darstellung werden theoretische Fundierung und wissenschaftliche Ansprüche nicht vernachlässigt. Das Buch gehört in vielen Kliniken auf den Stationen, aber auch in nachsorgenden Einrichtungen zum Inventar.

Bisher wenig behandelte Aspekte einer guten Fehlerkultur, der Angehörigenarbeit, schulischen Bildung, forensischen Prävention, künstlerischen Arbeit, Seelsorge und tiergestützten Therapie sowie der Umgang mit Sexualität im Maßregelvollzug werden dargestellt. Kritisch diskutiert werden Fragen der Lockerungspraxis, des Verhältnismäßigkeitsprinzips und der Zwangsbehandlung.

Neben therapeutischen Methoden und ihrer Wirksamkeit werden einzelne Patientengruppen, wie Frauen, Jugendliche, Migranten und extremistische Gewalttäter fokussiert dargestellt. Patienten melden sich mit eigenen Erfahrungen zu Wort.

Das veränderte Profil der Pflege in der forensischen Psychiatrie wird mit Beiträgen zu den Themen Beziehungsarbeit, Haltung, Kompetenzen, Nähe-Distanz, Pflegephänomene, -prozesse und -interventionen sowie Umgang mit Übergriffen skizziert.

Die Entlassungsplanung und Überleitung wird ausführlich in Beiträgen zur Erarbeitung von Legalprognosen, zur Forensischen Ambulanz, Gemeindepsychiatrie, Rückfallprävention und zum Risikomanagement sowie der Nachsorge bei Menschen mit Intelligenzminderung und Persönlichkeitsstörungen beschrieben.

Die Ausweitung der Themengebiete brachte auch eine deutlich höhere Anzahl von Autorinnen und Autoren mit sich: Mit renommierten Experten, Leitungspersonen und „Meinungsführenden“ aus Kliniken und Hochschulen auf der einen Seite und den Patientinnen und Patienten selbst und ihren Angehörigen auf der anderen Seite kommt das

gesamte multiprofessionelle Spektrum der im und nach dem Maßregelvollzug Tätigen zu Wort. Vertreter der Justiz und der Presse, Verantwortliche in Aufsichtsbehörden gehören ebenso zur Autorenschaft wie Geschäftsführende und Mitarbeitende gemeindepsychiatrischer Einrichtungen, die über ihre praktischen Erfahrungen berichten.

Auch in seiner dritten vollständig überarbeiteten und erweiterten Auflage orientiert das Praxisbuch zur Forensischen Psychiatrie Einsteiger und Fortgeschrittene in exzellenter, fundierter und motivierender Form über die vielfältige und herausfordernde Landschaft des Maßregelvollzuges.

Aus dem Inhalt

- Die Maßregeln
- Der Maßregelvollzug – Situation, Position, Entwicklungen
- Respektierung der Würde – Eine Frage der Ethik
- Stationäre Behandlung im Maßregelvollzug
- Aspekte der Behandlung
- Diskussionspunkte – Zwangsbehandlung, Lockerungen, Fehlerkultur
- (Psycho-)Therapie – Methoden, Erfahrungen, Wirksamkeit
- Patientengruppen im Fokus
- Patienten melden sich zu Wort
- Beziehung gestalten – Pflege in der forensischen Psychiatrie
- Legalprognosen bei Patienten im Maßregelvollzug
- Überleitung und Nachsorge im Maßregelvollzug
- Im (Zerr-)Spiegel öffentlicher Debatte – Der Fall Mollath
- Zum Abschluss

Friedhelm Schmidt-Quernheim, Dr. phil.
Dipl.-Päd., Referent für Nachsorge beim Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen. Zuvor 10 Jahre therapeutisch im stationären Maßregelvollzug, seit 1990 bis heute in der forensischen Ambulanz der LVR-Klinik Düren tätig. Wissenschaftliche Mitarbeit am Forensischen Institut des Universitätsklinikums Duisburg-Essen. Vielfältige Dozenten-, Beratungs- und Publikationsstätigkeit. Durchführung von Kurz- und Langzeitfortbildungen im sozialpsychiatrischen und justiziellen Bereich.

Thomas Hax-Schoppenhorst, Lehrer
Seit 1987 pädagogischer Mitarbeiter der LVR-Klinik Düren. Bis 2006 als Pädagoge in den forensischen Abteilungen tätig – in der Schule, der forensischen Ambulanz und auf den Stationen. Seit 2005 Öffentlichkeitsbeauftragter und Integrationsbeauftragter der Klinik. Tätigkeit als Dozent an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege, Bildungsreferent bei verschiedenen Trägern. Autor und Herausgeber mehrerer Sachbücher, unter anderem zu den Themen Freundschaft, Geschwisterliebe, Jugendkrisen und Gewalt an Schulen. Langjährige Autorenschaft für das Bischöfliche Hilfswerk Misereor (Aachen).

Bestellschein

Tel. +49 551 999 50 950
Fax +49 551 999 50 955
distribution@hogrefe.de
www.hogrefe.com

Zu beziehen über

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Herbert-Quandt-Straße 4
37081 Göttingen
Deutschland

Jetzt bestellen

_____ Ex. Schmidt-Quernheim / Hax-Schoppenhorst (Hrsg.)
Praxisbuch Forensische Psychiatrie

Institution _____

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Datum _____ Unterschrift _____

E-Mail _____

☐ Newsletter

23. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegekongress

5. – 7. Juni 2019
Congress Salzburg

Hintergrundbild © Tourismus Salzburg GmbH

Die Vielfalt der Pflege
Pflege 4.0

ÖGKV-FV

www.oegkv.at

GOURMET CARE

UNIQA

sodexo QUALITY OF LIFE SERVICES