



Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie (SRZP) - ein Modellforschungsprojekt der Konflikt-, Gewalt und Präventionsforschung

Projektleitung: PD Dr. Stephan Debus, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie

Homepage:
Mail:

www.srzp.de
info@srzp.de

Facebook: www.facebook.com/srzpde
Twitter: www.twitter.com/srzpde

1. Das Problem „Gewalt und Zwang“ in der Psychiatrie

Nach anfänglichen Erfolgen der Reformpsychiatrie müssen wir feststellen, dass in Deutschlands psychiatrischen Krankenhäusern und Fachkliniken immer noch mehr als 100.000 Menschen pro Jahr von körperlichen Zwangsmaßnahmen betroffen sind. Dazu zählen in der Hauptsache: Zwangsfixierung, Zwangsmedikation und Isolierung. Die Psychiatrie steht exemplarisch auch für andere Fachbereiche der Medizin und für gesellschaftliche Felder, in denen ebenfalls durch Zwang Freiheitsrechte eingeschränkt werden. Nicht nur Patienten sind einem erhöhten körperlichen und psychischen Verletzungsrisiko ausgesetzt sondern auch Krankenpfleger, die solche Zwangsmaßnahmen in der Regel durchführen. Es gibt spezielle Risikogruppen, darunter Frauen mit einem erhöhten Traumatisierungsrisiko und Personen aus anderen Kulturkreisen, die die deutsche Sprache nicht verstehen und daher eher an den kulturellen Barrieren einer Klinik scheitern.

Ja – Verständigung misslingt häufiger als man denkt. Deshalb möchte ich Ihnen unser Forschungsprojekt „Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie (SRZP) – ein Modellforschungsprojekt der Konflikt-, Gewalt- und Präventionsforschung“ vorstellen, das sich dem genannten Problem stellt. Wir gehen der Frage nach, wie Gewalt und Zwang durch veränderte Kommunikation und Beziehungsarbeit zwischen Krankenpflegern und Patienten im psychiatrischen Stationsmilieu verringert werden können. In unserem Forschungsprojekt arbeiten wir daher mit dem Erfahrungswissen von Krankenpflegern und Patienten, um typische Kommunikations- und Beziehungs-



Abbildung 1: Multi-Channel-Aufnahmen einer Gefahrensituation und eingeblendete Position im Kommunikationsverlauf

mungsmuster in Gefahrensituationen offenzulegen und aus dieser Analyse heraus Alternativen zum Zwang zu entwickeln. Nach einer zweijährigen Pilotphase, in der wir mit drei Teams aus psychiatrischen Akutstationen zweier Kliniken der Region Hannover und der Medizinischen Hochschule Hannover gearbeitet haben, wollen wir nun eine umfassende wissenschaftliche Studie beginnen, um übertragbare und überprüfbare Ergebnisse zu erzielen. Die Kommunikationsanalysen und entstehenden Filme sollen in die Ausbildung von Medizinern und Krankenpflegern einfließen. Auf der Projekthomepage und in den sozialen Medien können Sie das Projekt teilen und weiterempfehlen oder zum Thema mitdiskutieren.



2. Vorgehensweise: Vom Videofilm bis zur Interaktionsanalyse

Das Psychodrama hat sich als sehr erfolgreich erwiesen, um die direkte face-to-face-Kommunikation und -Interaktion zwischen Krankenpflegern und Patienten in Gefahrensituationen zu re-inszenieren. Die stationäre Alltagswelt wird nicht direkt gefilmt, da dies aus datenschutzrechtlichen und medizinethischen Gründen verboten ist. Auch wollen wir etwas erfahren, das ohnehin nicht sichtbar ist, wie z.B. die Situationsinterpretation der Akteure, die Beziehungsmuster untereinander, die Handlungsspielräume und die Regeln hinter den Beziehungsmustern. Uns interessiert weniger die Frage, ob Patienten tatsächlich gefährlich sind, sondern ob Patienten – in welchen Situationen auch immer – für gefährlich gehalten werden. Das Psychodrama arbeitet mit dem Wechsel der Perspektiven aus verschiedenen Rollen heraus, die die Akteure einnehmen. Dabei werden Konflikte und „Kipppunkte“ (Übergänge von gewaltfreien zu gewalttätigen Situationen) hautnah und authentisch erlebt. Typische Beziehungsmuster und wechselseitige Situationsdeutungen treten in den Re-inszenierungen deutlich hervor. Allein durch diesen Effekt können die Teilnehmer ihre Alltagssituation reflektieren und neue Kommunikationsformen erlernen und erproben.

Bis zu diesem Punkt wäre das Projekt als eine Art der Teamweiterbildung zu betrachten. Wir wollen aber Grundlagenforschung betreiben, weil wir übertragbare, vergleichbare und reproduzierbare Ergebnisse für die Therapieforschung benötigen. Das Arbeitsprogramm (siehe Abbildung 2) hat folgende zyklische Struktur: der psychiatrische Alltag einer Akutstation (1a) wird psychodramatisch re-inszeniert (2), per Video aufgezeichnet und einer anschließenden Filmanalyse unterzogen. Alle verbalen Äußerungen werden transkribiert. Auch alle non-verbalen Äußerungen (z.B. Gesten, Gebärden, Mimiken und Körperhaltungen) und paraverbalen Äußerungen (z.B. Betonung, Intonation, Stimmlage, Sprachmelodie) werden durch Annotationsprogramme erfasst. Mit diesen Methoden können wir die kommunikativen Akte und die auftretenden Beziehungsmuster in ihren zeitlichen Abläufen im Sekundenbereich analysieren, darstellen und rekonstruieren (3).

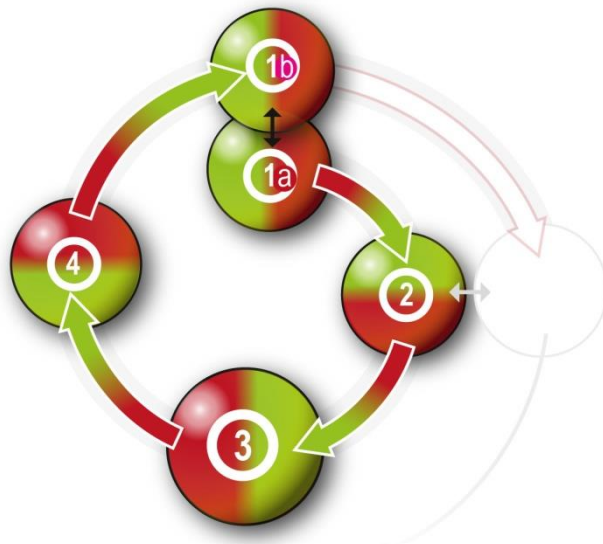


Abbildung 2. Zyklisches Arbeitsprogramm. 1a: Start mit narrativen Interviews aus dem Stationsalltag, 2: Psychodrama und Filme, 3: Kommunikationsanalyse, 4: Alternativszenarien entwickeln, 1b. Überprüfung am Stationsalltag und Neustart einer Untersuchungseinheit.

Die Filme und die Ergebnisse der Filmanalysen werden den Teilnehmern vorgestellt und durch sie einer kritischen Prüfung unterzogen. Auf dieser Grundlage finden nun Experten-Gruppen-Interviews (3) statt. Wir fragen die Teilnehmer gezielt nach den Regeln, die hinter den Mustern liegen – welche stationäre Regeln existieren und welche nicht; welche Regeln wünschenswert sind und welche nicht. In dieser Phase tritt das komplexe Regelwerk von Gefahrensituationen hervor, und dieses Regelwerk erklärt die gefundenen Kommunikationsmuster. So können wir jede Gefahrensituation durch Kriterien, die wir aus den Kommunikationsmustern und aus dem Regelwerk



ableiten, nachprüfbar klassifizieren. Diese Prüfung und Reflexion ist in der Praxis durch geeignete Präsentationsformen und kompetente Gesprächsführung anschaulich nachvollziehbar und bleibt mit dem Erfahrungswissen verknüpft. Zusätzlich erlaubt die Klassifikation uns später, typische Gefahrensituationen über viele Kliniken hinweg miteinander zu vergleichen. Durch unsere Grundlagenforschung eröffnen wir der Therapieforschung einen systematischen Weg zum Verständnis in die kommunikative Entstehungsdynamik von Gewalt und Zwang.

Für diejenigen, die sich eine Vorstellung vom Arbeitsumfang des SRZP-Projektes machen möchten, auch um die Finanzierung nachvollziehen zu können, schätzen wir hier exemplarisch für Arbeitsschritt 3 die Menge der zu analysierenden kommunikativen Akte: In jedem Zyklus einer Untersuchungseinheit [UE] werden etwa 14 typische Szenen der Routine-Behandlung analysiert, insgesamt ca. 56 Szenen in vier UE. Aus unserem Pilotprojekt wissen wir, dass der Analyseaufwand groß ist: Jede Szene dauert etwa 5 Minuten und in jeder Minute treten etwa 30 kommunikative Akte auf. Das heißt: es werden etwa $30 \text{ [Akte/min]} * 5 \text{ [Min]} * 14 \text{ [Szenen]} * 4 \text{ [UE]} = 8400 \text{ Akte}$ untersucht. Wenn es kommunikative Muster in den Routine-Abläufen gibt, dann werden wir sie in unserem Datenmaterial finden. Und wir erhalten die Möglichkeit, „Ansatzpunkte“ für Alternativszenarien in Gefahrensituationen genau zu identifizieren.

3. Simulation und Alternativszenarien

Im Ergebnis (aus Schritt 3) erhalten wir eine empirisch begründete Einteilung von Gefahrensituationen und typische Abläufe für routiniert durchgeführte Zwangsanwendungen. In diesen zeitlichen Abläufen suchen wir zusammen mit den Teams ganz gezielt nach „Ansatzpunkten“, die eine Veränderung der Gewaltsituation herbeiführen können (Schritt 4). Wir suchen alternative Handlungsstrategien, die die Situationen nicht „umkippen“ lassen und die helfen, physische Zwangsanwendungen durch symbolische Kommunikationsformen zu ersetzen. Solche Alternativen werden wiederum in psychodramatischen Szenarien simuliert, damit sie durch das Erleben und die bisherigen Erfahrungen auf ihre Praxistauglichkeit überprüft werden können. Mit dem letzten Schritt (1b) werden erste Erfahrungen mit den neuen Abläufen in der Station abgestimmt und dokumentiert. Damit beginnt ein neuer Untersuchungszyklus.

4. Finanzmittel

Das Projekt gliedert sich grob in drei Phasen: A) Inbetriebnahme: Klinikkooperation, Vernetzung der Kooperationspartner, Filmaufnahmen; Wissensworkshop (für Dialogpartner); B) Wissenschaftliche Auswertung: Filmanalyse und Modellerstellung, C) Simulation von Alternativszenarien zur Zwangsanwendung. Mit einer Fördersumme von 250.000 € können wir Phase A finanzieren. Phase B wird weitgehend aus Mitteln der Universitätskliniken für Master-Arbeiten, Dissertationen und Habilitationsschriften, aus Forschungsstipendien und anderen Forschungsmitteln für Universitäten (Bonus-Mittel, LOM-Mittel) bestritten. Mit einer Fördersumme von 500.000 € können wir sofort Phase C mitfinanzieren und damit die Wirkung erhöhen. Die Einnahmeseite (Konflikttrainingsangebote, Vertrieb von Lehrmaterial für Kliniken und Weiterbildungseinrichtungen) dient einerseits als Puffer für unerwartete Zusatzkosten oder dazu, das Projekt mit weiteren Wissens-Workshops (für die Dialog-Partner) zu erweitern.



5. Ausblicke und Rückwirkungen in die Praxis

Damit die Ergebnisse über das Projekt hinaus Wirkungen entfalten können, ist es wichtig, sie in einen öffentlichen Diskurs zu führen. Insbesondere halten wir dialogische Tagungen z. B. der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie für wegweisend, auf denen der sogenannte Dialog zwischen Psychiatrieerfahrenen, deren Angehörigen und professionellen Mitarbeitern intensiv gepflegt wird. In den Dialog werden wir uns mit unserem Forschungsprojekt einbringen. Durch Methoden und Ergebnisse des Forschungsprojektes fördern wir das gegenseitige Verständnis zwischen den Beteiligten und versachlichen die ideologisch aufgeheizte Diskussion. Allein durch die Hinwendung zu diesem Thema erfahren sowohl Patienten als auch Krankenpfleger eine höhere Wertschätzung für ihren Einsatz für eine sicherere und freiere Psychiatrie. Die in dem Forschungsprojekt erstellten Videos und die zugehörigen Situationsanalysen fließen in die Ausbildung der Gesundheitsberufe (Krankenpflege, Sozialarbeit, Medizin, Pflegewissenschaft, Public Health etc.) ein und können so anschaulich weitergegeben werden.

5.1. Rückwirkungen auf Mitarbeiter

In der Pilotphase konnten wir zusammen mit den Krankenpflegern im Rahmen unseres Arbeitsprogrammes die Einführung neuer therapeutischer Techniken erproben, wie z. B. den Einsatz eines Hilfs-Ichs in einer typischen Gefahrensituation. Wie nach den Vorstellungen eines Teams diese Techniken wirken, welche Chancen und Risiken sie bergen oder welche Voraussetzungen Patienten, Mitarbeiter und Situationen erfüllen müssen, damit neue Strategien erfolgreich wirken können, solche impliziten und geteilten Überzeugungen nennen wir eine „Ethnotheorie“. Unser Forschungsprojekt wird noch viele neue Ethnotheorien zutage treten lassen. Die Reflexion auf die impliziten Überzeugungen führt letztlich zur größeren Entfaltung und sicheren Nutzung der kreativen Potentiale der Mitarbeiter.

5.2. Rückwirkungen auf Patienten

Sehr häufig erleben Patienten die Anwendung von Zwang als Grenzüberschreitung oder werden sogar erneut traumatisiert. Das Projekt zeigt Möglichkeiten auf, mit solchen „Grenzverletzungen“ umzugehen, indem die verschiedenen subjektiven Sichtweisen durch Perspektivwechsel in Kontakt gebracht werden und so ein Austausch stattfinden kann. Das SRZP-Projekt zeigt Regeln und Bedingungen auf, die zu einem Gelingen beitragen. Da Patienten am Forschungsprojekt auch methodisch mit einbezogen sind, sind sie keine Forschungsobjekte, sondern „Zeit- und Augenzeugen“, die, wie die Krankenpfleger, ihr Wissen zur Verfügung stellen.

5.3. Rückwirkungen auf das System Psychiatrie

Indem die Psychiatrie sich mehr darauf einstellt, das große Erfahrungswissen ihrer Mitarbeiter und das der Patienten stärker zu nutzen, wird das Krankenhaus zu einem Innovationszentrum zur Vermeidung von Gewalt. Mehr noch: Die Psychiatrie nutzt ihre Kompetenz, Lösungsansätze zum Thema Gewalt und Zwang auch in der somatischen Medizin (Notfall-, Intensiv- oder Internistische Medizin etc.) anzubieten. Wir möchten hier auf die Experteninterviews hinweisen, die zur Vervollständigung dieser Projektskizze durchgeführt wurden und ebenfalls unter www.srzp.de abrufbar sind. Denkbar sind auch Auswirkungen der Projektergebnisse auf andere gesellschaftliche Bereiche, wie z.B. Gewaltentstehung in Ämtern, im Transportwesen oder rund um den Fußballplatz.



5.4. Rückwirkungen auf das stationäre Milieu

Viele Ergebnisse des Forschungsprojektes beziehen sich auf die Umweltgestaltung einer psychiatrischen Station. Darunter werden einerseits das Arrangement der Beziehungsarbeit (Setting), aber auch die Architektur und die stationären Atmosphären verstanden. Durch die Anwendung von Zwang sind Stationsatmosphären eher mit Spannung aufgeladen und für alle Beteiligten wenig vertrauenserweckend. Die Forschungsliteratur liefert zahllose Belege dafür, dass schon kleine Veränderungen in der stationären Umwelt große Wirkungen in Richtung tragender therapeutischer Atmosphären entfalten. Mit unserem Forschungsprojekt können wir besser verstehen, wie Milieugestaltung die Kommunikation in Gefahrensituationen verändert.

5.5. Rückwirkungen auf die psychiatrische und pflegerische Ausbildung

Das psychiatrisch-pflegerische Erfahrungswissen zeigt Handlungsalternativen auf. Das SRZP-Projekt fördert die Reflexion und Weiterentwicklung von Berufsrollen, die in der Ausbildung vermittelt werden. Wenn dieses Wissen auch in andere Lehrgänge der Aus- und Weiterbildung (z.B. Sozialarbeit, Richterausbildung, Patienten-Beschwerdestellen, Laienausbildung) integriert wird, sind auch Synergieeffekte mit Kollegen anderer Berufsgruppen zu erwarten.

5.6. Rückwirkung auf die psychiatrische Forschung

Wenn psychiatrische Milieus und die in ihnen auftretenden Gefahrensituation in ihrer Typik besser verstanden sind, dann hat dies auch Rückwirkung auf die psychiatrische Therapieforschung mit ihrer Suche nach Prädiktoren und Wirkfaktoren. Gefahrensituationen können anhand bestimmter Anzeichen eindeutiger identifiziert werden. Und dies erlaubt die Untersuchung der Wirksamkeit von therapeutischen Interventionen in vergleichbaren Situationen, d.h. unter gleichen Bedingungen, was eine zentrale Voraussetzung für sog. Interventionsstudien ist.

Durch die Anwendung kulturwissenschaftlicher Methoden wird die psychiatrische Forschung bereichert. So bedarf es einer Kommunikationstheorie (Semiotik), die es erlaubt, die verbalen, paraverbalen und nonverbalen Äußerungen unter dem Gesichtspunkt des Gebrauchs von Zeichen für die Filmanalyse zu integrieren. Unser Forschungsansatz hat große Ähnlichkeiten mit der Sprachforschung, die mit Hilfe kompetenter Sprecher die Grammatik einer Sprache herausfindet.

6. Resümee

Wenn das Forschungsprojekt SRZP dazu beiträgt, das Ausmaß an Gewalt und Zwang in der Psychiatrie zu reduzieren, dann hat dies positive Auswirkungen auf die Lebens-, Behandlungs- und Arbeitsqualität aller Beteiligten.

Es geht um einen bewussten Umgang mit den Anforderungen und Möglichkeiten innerhalb einer Situation, um kompetente, situationsgerechte und integrative Entscheidungen treffen zu können, die zu mehr Selbstbestimmung und Achtung der Menschenrechte führen – ohne aus dem Blick zu verlieren, dass es Anforderungen geben kann, die die persönliche Freiheit einschränken. Es geht darum, neue Gleichgewichte zwischen sich gegenseitig ausschließenden Anforderungen zu suchen, zu finden und nachvollziehbar zu begründen.

Dazu brauchen wir den wissenschaftlich fundierten Diskurs auf der Ebene vergleichbarer Ergebnisse, der zudem hilft, die Diskussionen zu versachlichen. Diese Diskur-



se sind Impulsgeber für eine voranschreitende Reformpsychiatrie, die sich gegen die zunehmende Automatisierung, Videoüberwachung, Medikamentenverordnung, Einsatz von Robotern, Routinebehandlung und Bürokratie wendet und sich für gegenseitiges Verständnis, mehr Kommunikation und mehr Beziehungsarbeit in den psychiatrischen Kliniken einsetzt.

Es müssen Weichen gestellt werden. Entscheiden Sie mit, welche Psychiatrie Sie unterstützen wollen und welche Lebenswelt Sie für sich selbst und für andere als wünschenswert erachten.

Wir bedanken uns für Ihr Interesse:



Impressum:

Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
Forschungsstelle für Milieu und Methodik, OE 7110
PD Dr. Stephan Debus
Carl-Neuberg-Str.1
30625 Hannover

Forschungsliteratur auf der Homepage
Allgemeine Forschungsliteratur zum Thema
Spezielle Forschungsliteratur zum SRZP-Projekt