

Zur Situation des Maßregelvollzuges aus pflegerischer Sicht

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

wir haben uns hier heute zusammengefunden, um die Situation des Maßregelvollzuges aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten. Die Darstellungen aus Verwaltungs-, politischer und ärztlicher Sicht haben Sie bereits hören können.

Mein Auftrag ist es nun, die Situation aus Sicht der Pflege darzustellen. Insgesamt möchte ich in meinem Vortrag auf folgende Aspekte eingehen:

1. Geschichte der (forensischen) Psychiatrie
2. heutige Situation der Pflege
3. die pflegerisch-therapeutischen Aufgaben
4. Voraussetzungen für eine professionelle forensische Pflege

1. Geschichte der (forensischen) Psychiatrie

Im Mittelalter gab es die Probleme der heutigen forensischen Psychiatrie nicht. Man begnügte sich damit, die unbequemen und lästigen Menschen einfach aus der menschlichen Gesellschaft „auszuscheiden“, wie es Dr. Gustav Aschaffenburg in seiner Veröffentlichung mit dem Thema: „Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke“ aus dem Jahre 1912 beschreibt. Er schreibt weiter:

„Je sorgfältiger der Kranke hinter festen Mauern und Gittern eingesperrt war, umso sicherer konnte sich der Gesunde fühlen.“¹

Irgendwie kommt mir dieser Gedanke auch heute noch bekannt vor.

Die Unterbringung der Kranken erfolgte in „Narrentürmen“ und „Torenkisten“. Aschaffenburg berichtet weiter, dass es noch im 19. Jahrhundert üblich war bei der Sonntagsbelustigung, die zur Schau gestellten psychisch Kranken – zum Teil sogar gegen Eintrittsgeld – hinter Gittern zu besuchen.

Aber auch die Fachleute vertraten für uns heute merkwürdige Ansichten. So soll der als bedeutend angesehene Irrenarzt Heinroth nach den Angaben Aschaffenburgs zu Beginn des 19. Jahrhunderts noch die Auffassung vertreten haben, dass Sünden und Leidenschaften die Ursachen der geistigen Erkrankungen seien.

¹ Dr. Gustav Aschaffenburg, S.7

In den Irrenanstalten fanden sich Folterwerkzeuge aller Art. Neben Drehscheiben und Drehkästen, Flaschenzügen und ähnlichen Werkzeugen, die die therapeutischen Bestrebungen verdeutlichen sollen, war vor allem aber die Zwangsjacke, bis weit in das 20. Jahrhundert, eine Methode der Wahl. Damit sollte zumindest verhindert werden, dass der Kranke sich selbst oder anderen ein Leid zufügte.

Im Jahr 1798 nahm der französische Arzt Pinel 49 Kranken, die seit Jahren – einer bereits seit 45 Jahren – angekettet gewesen waren, die Ketten ab.

1839 beseitigte John Conolly in Hanwell, der damals größten Irrenanstalt Englands, alle Zwangsmittel und legte damit den Grundstock zur Verbesserung der Situation aller psychisch Kranker in Europa.

Als Mittel der Wahl wurden dann Überwachung, bzw. Beobachtung in Überwachungsabteilungen angesehen. Zusätzlich sollte Arbeit den Kranken durch Beschäftigung heilen.

In Schottland wurden zu dieser Zeit in den ersten Irrenanstalten die Mauern abgerissen. Zunächst nicht, weil es vielleicht eine neue Liberalisierung der Psychiatrie geben sollte. In einer Anstalt sollte angebaut werden. Im Zuge der Baumassnahmen verzögerten sich die Arbeiten an der Mauer. Die offene Situation führte allerdings nicht dazu, dass sich die Anzahl der Entweichungen erhöhte. Daraufhin wurden in Schottland die Mauern um die Anstalten immer mehr abgerissen. Allerdings darf man in diesem Zusammenhang natürlich nicht vergessen, dass diese Mauern natürlich auch sehr kostspielig waren.

Auch in Deutschland wurden die hohen Mauern nach und nach abgeschafft. Im zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts wurden dann die Heil- und Pflegeanstalten erbaut, die zunächst nicht sehr hoch gesichert waren. So beschreibt auch Aschaffenburg die Vorteile dieser Entwicklung. Allerdings zeigte er auch damals einige Nachteile auf. So beschreibt er die Reaktionen der Öffentlichkeit auf die Untat eines Kranken. Von Entrüstung bis zu offenem Aufruhr waren alle Reaktionen vertreten.

Nicht nur in Nordrhein-Westfalen führten diese Reaktionen wieder dazu, dass „feste“ Häuser gebaut wurden, in denen die gefährlichen Irren untergebracht wurden. Auch dieses Phänomen kommt mir aus der jüngeren Vergangenheit sehr bekannt vor.

Zur Situation der Pflegenden zum Ende des 19. Jahrhunderts sei mir ein Zitat eines Berliner Psychiaters erlaubt, das in der Zeitschrift „Psychiatrische Pflege Heute“ im Jahre 1996 von Leichtenberger und Mecke zitiert wurde.

Zu einem guten Wärter gehören Geduld, Gutmütigkeit, sogar etwas Beschränktheit, wir Psychiater wären deshalb schlechte Wärter. Ein guter Wärter muss sich lachend vom Kranken verprügeln lassen und die ärgsten

Unreinlichkeiten unermüdlich putzen. Mit gelehrten Wärtern riskieren wir psychiatrische Pfuscher zu erziehen, die später laienhafte Zeitungskritik an der Psychiatrie üben und nur Unheil anstiften.

Pflegende waren also ungebildet, beschränkt und von ihrem Rang her noch unter den Kranken einzustufen.

Die Zeit des Nationalsozialismus betrachte ich als besondere Zeitspanne, die im Grunde einer gezielteren und ausführlicheren Erläuterung bedarf. Da ich das hier und heute nicht machen will und dieses heute auch den Rahmen sprengen würde, möchte ich aber zumindest auf die Schriften der inzwischen leider verstorbenen Hilde Steppe hinweisen, die zu diesem Thema sehr umfangreiche Aussagen getroffen hat. Dass diese Zeit zur unrühmlichsten in der Geschichte der Psychiatrie zählt, sollten wir allerdings nie vergessen.

Die Situation nach dem Krieg war geprägt von Neuentwicklungen in der Psychiatrie. Die Erfindung der Psychopharmaka war heute betrachtet sicher ein Meilenstein in der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen. Trotzdem deckte die Psychiatrie-Enquête 1975 deutlich die Defizite in der Behandlung psychisch kranker Menschen auf. Dem Maßregelvollzug wurde dabei die Schlusslichtposition zugeschrieben.

In Nordrhein-Westfalen änderte sich die Situation im Maßregelvollzug erheblich, nachdem Herr Professor Wilfried Rasch, der damals einzige Professor für Forensische Psychiatrie in der Bundesrepublik, sein Gutachten „Krank und/oder Kriminell“ zur Situation des Maßregelvollzuges in Lippstadt-Eickelborn vorlegte. Darin bescheinigte Rasch der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher die Note ungenügend, wenn ich das einmal so ausdrücken darf.

Er beschrieb auch, dass es in der Psychiatrie eine Neigung gab, sich unliebsamer Patienten, aber auch Mitarbeiter dahingehend zu entledigen, indem sie in den forensischen Bereich verlegt, bzw. versetzt wurden. Eine Situation wie es sie heute, 20 Jahre später, sicher nicht mehr gibt, oder?

Bei einem Stellenschlüssel von einem Mitarbeiter auf 2,3 Patienten bestanden die Tätigkeiten der Pflegenden hauptsächlich darin, die Patienten zu bewachen, Hol- und Bringendienste zu übernehmen und administrative Aufgaben zu übernehmen. Patientenbezogene Besprechungen mit anderen Berufsgruppen, sofern es überhaupt fest zugeordnete andere Gruppen gab, fanden nicht statt. Von Behandlung konnte insgesamt nicht die Rede sein. Das Pflegepersonal selbst äußerte, man habe nicht die richtige Ausbildung. Manche fühlten sich strafversetzt. Von Seiten therapeutischer Mitarbeiter wurde bemängelt, dass das Pflegepersonal wenig Verständnis für therapeutische Bemühungen zeige. Teilweise wurde vermutet, dass der Pflegedienst aktiv gegen Innovationen vorging.

Ein Resumee aus dem Gutachten von Rasch war die Zuweisung anderer Aufgaben an den Pflegedienst. Ich zitiere:

„Sofern man daran denkt, eine Änderung in der Praxis der klinisch-forensischen Psychiatrie zu versuchen, wird man vor allem Funktion, Fähigkeiten, Kenntnisse und Einstellung des Pflegepersonals zu berücksichtigen und zu überdenken haben. Die Pfleger nehmen jetzt und werden auch in Zukunft – eventuell in abgewandelter Form – eine zentrale Stellung in der Betreuung der Patienten haben.“

Welche Aufgaben der Pflegedienst wahrnimmt, werde ich Ihnen nach einer kurzen Situationsbeschreibung des Maßregelvollzuges und der Pflege in der Bundesrepublik geben.

2. heutige Situation in der Pflege

Es gibt bundesweit keine einheitlichen Personalbemessungsgrundlagen. In Nordrhein-Westfalen wurde eine Personalbemessungsgrundlage nach einer Wirtschaftlichkeitsanalyse durch das Institut Ernst&Young entwickelt, nach meinem Kenntnisstand bisher allerdings nicht verabschiedet. In Bayern hat der bayrische kommunale Prüfungsverband im Auftrag des bayrischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen ein Personalbemessungskonzept entwickelt, das auf einer Mindestbesetzungsmethode beruht.

In Nordrhein-Westfalen wird z.Zt. ein Personalbemessungssystem erarbeitet. In Rheinland-Pfalz erfolgt die Personalbemessung auf der Grundlage der PsychPV-Forensik, einem Entwurf der Bundesärztedirektorenkonferenz die Anfang der 90er Jahre entwickelt wurde.

Die Situation im Pflegedienst der forensischen Einrichtungen wirkt heute zum Teil beängstigend. Zwar können z.Zt. die offenen Stellen häufig noch mit examiniertem Pflegepersonal besetzt werden, weil die Veränderungen im Krankenhauswesen zu einer Reduzierung von Planstellen führen, aber die weitere Entwicklung wird voraussichtlich wieder zu einem Pflegenotstand führen. Es werden heute schon viele Krankenpflegeschulen geschlossen. Mittelfristig wird der Personalbedarf, vor allem forensischer Einrichtungen, nicht mehr durch frisch examinierte Pflegekräfte abgedeckt werden können. Vor allem der Mangel an männlichem Krankenpflegepersonal gibt mir zu denken.

Gleichzeitig steigt die Anzahl der Patienten in der Klinik. Wir bringen heute bis zu 4 Patienten in Zimmern unter, die ursprünglich für zwei geplant waren. Die

Zimmer mit 6 Patienten seien nur am Rande erwähnt. Früher wurden bis zu 60 Patienten in einem Wachsaal untergebracht. – Zukunftsmusik?–

Für die Quantität der Pflege- also die Anzahl der Stellen – gibt es, wie eben beschrieben, keine einheitliche Grundlage. Wie sieht es denn mit der Qualität aus?

In Mohringen in Niedersachsen sind 85% examiniertes Pflegepersonal und 15% KPH's eingestellt. In Sachsen schwanken die Prozentzahlen zwischen 25% ungelerntem Personal und 50%. Aus Bayern sind mir keine konkreten Zahlen bekannt, es werden allerdings überwiegend Krankenschwestern und –pfleger, weniger KPH's und nur einige Pflegehelfer eingesetzt. In Nordrhein-Westfalen ist der Anteil examinierter Pflegekräfte relativ hoch. Genaue Zahlen kann ich Ihnen hier leider nicht sagen. In Weißenthurm habe ich auch ca. 80% examiniertes Personal. Aufgrund der Schwierigkeiten die offenen Stellen mit Krankenpflegern zu besetzen, sind wir vor Jahren dazu übergegangen, vermehrt Heilerziehungspfleger einzustellen, bzw. auch auszubilden. Insgesamt gehe ich davon aus, dass ein Anteil von 65% examiniertem Krankenpflegepersonal und 35% andere, wozu auch Heilerziehungspfleger gehören, fachlich vertretbar sind. Das Verhältnis von weiblichem zu männlichem Pflegepersonal schwankt ebenfalls von Bundesland zu Bundesland. Ich habe in Weißenthurm ca. 55% männliches Personal, in Mohringen sind es ca. 80%, während es in den Abteilungen der niedersächsischen Krankenhäuser bis zu 50% weibliches Personal gibt. Zahlen aus anderen Bundesländern sind mir nicht bekannt.

In vielen Bundesländern werden – soweit mir bekannt – spezielle forensikspezifische Fort- und Weiterbildungen angeboten. Die vielleicht bekannteste ist die 2-jährige Weiterbildung zur Fachkraft im Maßregelvollzug, die an der Fachhochschule Bielefeld vom Institut IFOBS angeboten wird. Diese Weiterbildung hat die längste Tradition. Sie findet bereits seit 1988 – damals zwar noch in einem anderen Rahmen und durchgeführt vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe – statt. In Sachsen wurde im letzten Jahr das erste Mal eine 2-jährige forensische Weiterbildung als Pilotprojekt angeboten. Ob es bei dem Pilotcharakter bleibt, ist noch nicht definitiv abzusehen. In Bayern wird vom Verband der bayrischen Bezirke ebenfalls eine forensikspezifische Weiterbildung angeboten, deren Umfang mit ca. 5 Wochen deutlich unter den beiden anderen Weiterbildungen liegt. Von diesen Angeboten ist lediglich die Weiterbildung in Sachsen staatlich anerkannt. Auch hier zeigt sich keine einheitliche Richtung in der Bundesrepublik.

3. Die pflegerisch-therapeutischen Aufgaben

Bereits im März 1987 sagte Wolfgang Trampe, der damalige Leiter des Pflegedienstes in Lippstadt-Eickelborn bei seinem Vortrag im Rahmen der 2. Eickelborner Fachtagung:

„ Wir dürfen uns nicht dazu verleiten lassen, den Patienten als `den Sexualdelinquenten` oder ähnliches zu sehen. Er muß für uns der ` Herr Meier ` bleiben, der in seiner Ganzheitlichkeit über 24 Stunden von uns betreut wird.“²

Prof. Dr. Rasch hat in seinem Gutachten zur Situation des Maßregelvollzuges im damaligen Landeskrankenhauses Eickelborn gesagt, daß der psychisch Kranke Straftäter sich seine Situation selbst schafft, in der er strafbar handelt.

Folie

Die Pflegenden sind nicht dazu ausgebildet, die psychische Erkrankung zu bearbeiten. Sie sind auch nicht ausgebildet, an dem Delikt zu arbeiten. Sie können aber dazu beitragen, daß der Patient sich nicht die Situation schafft, in der er strafbar handelt.

Genau hier setzt die forensische Pflege an. Die Pflegenden gestalten das Umfeld des Patienten. Sie sorgen dafür, daß in den Stationen und Wohngruppen kein kriminelles Milieu entsteht. Der Patient wird immer wieder mit seinen Verhaltensweisen konfrontiert. Allgemein könnte man sagen, daß die Pflegenden die forensischen Patienten im Stationsalltag mit allgemein gültigen Normen und Werten in Berührung bringen, und dieses über 24 Stunden.

Zu diesem Umfeld gehören auch Sicherheitsmaßnahmen. Durch die durchgeführten Sicherheitsmaßnahmen kann sich der Patient darauf verlassen, daß die Mitarbeiter, die sich auf der einen Seite um sein Weiterkommen bemühen auf der anderen Seite Kontrollen u.ä. durchführen. Sie haben also die Möglichkeit beim Mitarbeiter Persönlichkeitsmerkmale festzustellen, die er als „gut“ oder als „böse“ einstuft.

Bei der Beziehungsgestaltung zu den forensischen Patienten ist es wesentliche Aufgabe der Mitarbeiter, möglichen Spaltungstendenzen der Patienten zu begegnen. Dadurch können wir den Patienten in seiner Ganzheit kennenlernen und einschätzen. Die Form der Beziehung und das dadurch bedingte Wissen über die Situation und die Verhaltensweisen des Patienten bieten unserer Meinung nach die größte Sicherheit, für uns, für den Patienten aber auch für die Bevölkerung.

² In V. Schumann, B. Dimmek, S. 157

Die größte Sicherheit, die Pflegende im Maßregelvollzug produzieren können, ist die Sicherheit, die durch die Form der Beziehung zum Patienten geschaffen wird. Die Definition der pflegerischen Tätigkeiten von Trampe aus dem Jahre 1990:

„Die zentrale Aufgabe des Pflegedienstes ist darin zu sehen, den Patienten das (Wieder-) Erlernen sozialer Kompetenzen zu ermöglichen. Dies ist eine anspruchsvolle, keine leichte Aufgabe.“³

sollte sicher noch um diesen Beziehungsaspekt ergänzt werden. Er ist zu wichtig, als dass er außer acht gelassen wird.

Die Realisierung des pflegerisch-pädagogischen Auftrages kann nur dann funktionieren, wenn wir eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten aufbauen konnten.

Einige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Klinik Nette-Gut in Weißenthurm haben ein Pflegeleitbild entwickelt. In diesem Pflegeleitbild wird Pflege definiert als:

Forensisch-psychiatrische Pflege ist dynamische Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung der Grundbedürfnisse eines individuellen Patienten in der täglichen Begegnung.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wollten mit dieser Definition die Form der Beziehung zum Patienten in den Mittelpunkt stellen. Damit folgen sie der Pflegelehre von Hildegard Peplau. Allerdings war es ebenfalls wichtig, die Individualität des Menschen und damit des Patienten zu berücksichtigen. Die Summe der Grundbedürfnisse soll einen ganzheitlichen Ansatz dokumentieren, der ausschließt, den Patienten als Sexualstraftäter o.ä. zu betrachten.

Sie sehen auch an dieser Aussage, dass die forensische Pflege sich weiterentwickelt hat. Sie wird immer mehr theoriegeleitet durchgeführt. Wir sind hier auf dem gleichen Weg, wie ihn die Psychiatrie insgesamt seit einiger Zeit geht. Dieses Phänomen theoriegeleiteter Pflege beobachte ich zunehmend in forensischen Einrichtungen. Das bewirkt eine Aufwertung unseres Berufsbildes und eine Eigenverantwortlichkeit im Rahmen der Gesamtbehandlung unserer Patienten.

³ Streitbürger/Trampe: 1990

Beziehungsgestaltung (-pflege) in der forensisch-psychiatrischen Pflege

Nach Kistner (1997) treffen die Pflegenden in der Psychiatrie hinsichtlich der Beziehungsgestaltung fast immer auf beziehungsgestörte Patienten. Die Gründe dafür liegen in der Besonderheit psychiatrischer Erkrankungen. In der forensischen Psychiatrie wird dieser Aspekt noch einmal um die bisherige Lebensgestaltung der forensischen Patienten verstärkt. Viele Patienten in forensischen Einrichtungen sahen sich in ihrer Entwicklung ständigen Beziehungsabbrüchen durch Heimaufenthalte (ungünstige Familiensituation u. ä.) konfrontiert.

Auch die Situation, dass viele der forensischen Patienten eine Zeit ihres Lebens im Gefängnis verbracht haben und damit ein sogenanntes „Knastmilieu“ erlebten, beeinflusst die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und forensisch-psychiatrischen Patienten. Bei der Gestaltung der Beziehung zu unseren Patienten ist es demnach wichtig, die Lebensgeschichte unserer Patienten zu kennen. Es ist aber genauso wichtig, die Beziehung theoriegeleitet zu gestalten, um dem Anspruch einer professionellen Beziehungsgestaltung gerecht werden zu können.

Wie oben schon beschrieben, zeichnet sich eine professionelle Beziehungsgestaltung auch dadurch aus, dass die Entwicklung der Beziehung von den Pflegenden aktiv, aber auch reflektiert und zielgerichtet gesteuert wird. Doch woran sollen wir uns in der Beziehungsgestaltung orientieren?

Die Gestaltung professioneller Beziehungen zu unseren Patienten lernen wir bisher kaum in unserer Ausbildung. Das Thema „Beziehungsgestaltung“ wird meiner Einschätzung nach in der Krankenpflegeausbildung immer noch stiefmütterlich behandelt.

Deshalb verwundert es nicht, dass die Gestaltung der Beziehung zu unseren Patienten so erfolgt, wie wir es in unserem Leben gelernt haben. Wir setzen die Beziehungsmuster fort – ob gewollt oder nicht –, die wir selbst erfahren haben. Oscar Wilde hat einmal gesagt, dass Erfahrung der Name ist, den wir unseren Irrtümern geben.

Da wir sicher nicht die Irrtümer unseres bisherigen Lebens in die Beziehungsgestaltung zu unseren Patienten einfließen lassen wollen, müssen wir unser Verhalten reflektieren und den Raum für neue Erkenntnisse freimachen.

Ich möchte in diesem Absatz auf der Grundlage der Pflege Theorie von Hildegard Peplau ein Fallbeispiel benennen, wie die Orientierung an pflege theoretischen Aussagen dazu beitragen kann, den Entwicklungsstand eines forensischen Patienten zu analysieren. Ganz nebenbei bietet uns diese Vorgehensweise die Möglichkeit, neue Erfahrungen zu sammeln. Zunächst möchte ich das Modell psychodynamischer Krankenpflege von Hildegard Peplau kurz erwähnen (zitiert in Bauer, 1997).

Peplau beschreibt Krankenpflege als einen psychodynamischen Prozess. Dabei stellt sie heraus, dass es Pflegenden möglich ist, durch Reflektion des eigenen Verhaltens das Verhalten der Patienten zu verstehen und ihnen damit helfen zu

können. Peplau beschreibt vier Phasen der Beziehung zwischen Pflegenden und Patient und ordnet diesen Phasen konkrete Rollen zu, die beide einnehmen können:

- Orientierungsphase
- Identifikationsphase
- Ausbeutungsphase
- Entschluss-,/Ablösungsphase.

In der Orientierungsphase sind sich Schwester und Patient fremd. Die Krankenschwester hilft dem Patienten dabei, seine Probleme zu erkennen.

In der Identifikationsphase findet eine Identifikation mit den Personen statt, die ihm (dem Patienten) helfen können.

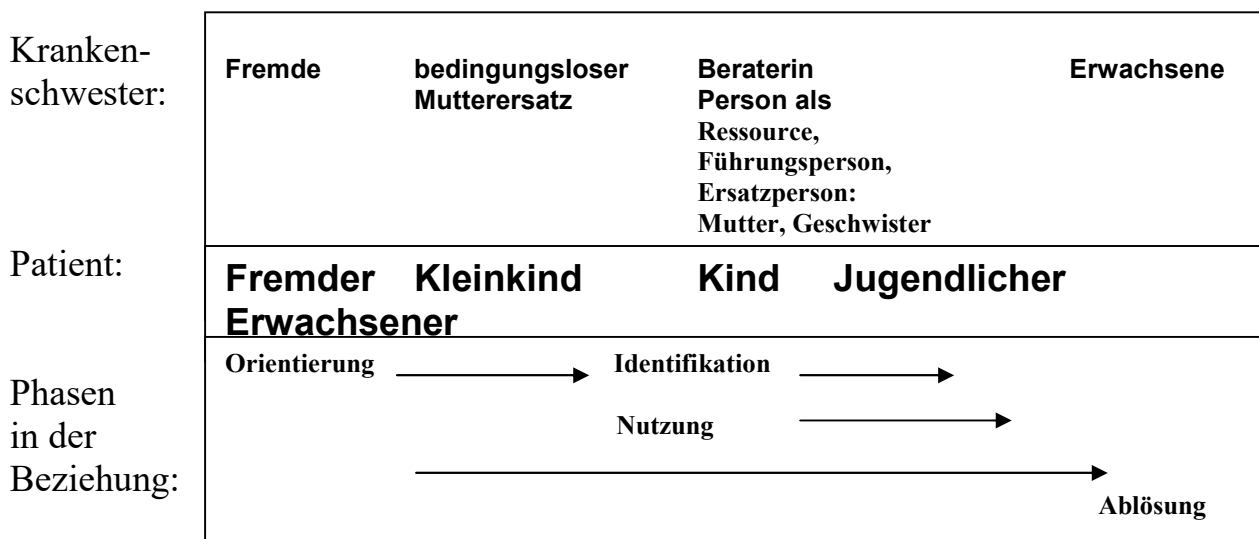
In der Ausbeutungsphase versucht der Patient das neu Erlernte für seine Zwecke zu nutzen.

In der Entschluss-, bzw. Ablösungsphase werden alte Ziele nach und nach zur Seite geschoben und neue Ziele angenommen.

Diesen Phasen schreibt Peplau Rollen zu, die von Pflegenden und Patienten eingenommen werden. Sie unterscheidet folgende Rollen:

- Unbekannter/Fremder
- Bedingungsloser Mutter-/Vaterersatz
- Beraterin
- Führungsperson
- Ersatzperson
- Erwachsener

Der Zusammenhang zwischen Phasen und Rollen wird aus dem nachfolgenden Modell deutlich:



Das Einnehmen einer bestimmten Rolle durch den Patienten und das Zuweisen einer Rolle für den Pflegenden durch den Patienten lässt Rückschlüsse darauf zu, in welcher Phase sich der Patient aktuell befinden könnte.

Das Modell von Peplau kann uns im forensischen Alltag in vielerlei Hinsicht weiterhelfen. Betrachten wir einmal ein Fallbeispiel, das im Rahmen einer innerbetrieblichen Fortbildung angesprochen wurde. Dabei wurde das Modell von Peplau genutzt, die Beziehung zwischen Patient und Mitarbeitern zu analysieren. Es sollte nicht darum gehen, die „richtige“ Lösung zu finden, sondern zusätzliche Informationen zu erhalten. Deshalb wird auch hier auf die Darstellung einer „richtigen“ Lösung verzichtet.

Fallbeispiel

2 Mitarbeiter einer Station, auf der ausschließlich Sexualstraftäter behandelt werden, berichten folgenden Sachverhalt:

Patient X, der über weitreichende Lockerungen verfügt, hat einer Mitarbeiterin, die ihm einen Wunsch abschlagen musste, mit übelsten - auch sexistischen - Ausdrücken beschimpft. Das führte im Team dazu, sich über die weitere Behandlung Gedanken zu machen. Bei der Diskussion kristallisierten sich zwei Pole heraus. Die eine Gruppe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter war der Auffassung, dass dem Umstand der Beleidigung von Seiten des Patienten sofort begegnet werden müsse. Der Patient müsse abgesondert und die Lockerungen zurückgenommen werden. Die andere Gruppe vertrat die Auffassung, dass die Zurücknahme der Lockerungen zu weitreichende Konsequenzen für den Patienten habe. Es sei noch erwähnt, dass bei diesem Patienten zu der besagten Zeit ein Ausbildungsplatz gesucht wurde. Dafür war ebenfalls eine Beurlaubung des Patienten geplant.

Die Lösung bestand schließlich darin, dem Patienten über zwei Tage einen „Zimmerarrest“ zu verordnen. In diesen zwei Tagen sollte er über die Beleidigung nachdenken.

Wie oben bereits erwähnt, ist es hier nicht meine Absicht, eine „richtige“ Lösung anbieten. Vielmehr erscheint es mir angebracht, einen theoriegeleiteten, fachlichen Aspekt zusätzlich in die Diskussion einzubringen.

Diese Diskussion war sehr von Emotionen geprägt. Das verwundert nicht, da die beiden Gruppen letztendlich über ihre eigenen Normen und Werte diskutierten.

Die Argumentation der einen Gruppe ging in die Richtung, dass die Missachtung einer gesellschaftlichen Norm durch einen Patienten unmittelbare Konsequenzen nach sich ziehen müsse.

Die andere Gruppe vertrat die Auffassung, dass man dem Patienten aber seine Zukunft nicht verbauen dürfe, was wiederum der Norm (oder dem Anspruch) entspricht, dass wir unseren Patienten weiterhelfen sollen (wollen).

Bei Betrachtung dieser Situation aus dem Blickwinkel der Pflegetheorie von Hildegard Peplau sind folgende zusätzliche Informationen meiner Ansicht nach von Bedeutung.

Die Beleidigung des Patienten könnte man als Situation betrachten, in welcher der Patient sich in eine kindliche, bzw. in die Rolle eines Jugendlichen begibt. Gleichzeitig schreibt er der Pflegenden, bzw. dem Team die Verantwortung zu, in dieser Situation zu reagieren und Entscheidungen zu treffen. Man könnte sagen, dass dem Team, bzw. der Pflegenden die Rolle als Führungsperson, bzw. als Mutter-, bzw. Vaterersatz zugeschrieben wird.

Nach dem o.a. Modell von Peplau befindet sich der Patient damit in der Identifikationsphase. Von seinem Lockerungs- und Behandlungsstand her, befindet sich der Patient in der Nutzungs-, bzw. Ablösungsphase.

Mit dieser neuen Erkenntnis könnte die Diskussion über die „richtige“ Lösung neu aufgegriffen werden. Immerhin wäre es spannend zu eruieren, ob der Patient sich öfters Konstellationen schafft, in denen er nicht erwachsen sein muss, obwohl wir ihm das vielleicht schon zutrauen.

Der Pflegende selbst kann für sich – aber auch im Team – reflektieren, ob er diese Rolle für sich in dieser Situation als professionell betrachtet. Zielsetzung sollte es insgesamt sein, den Patienten perspektivisch in die Rolle des Erwachsenen zu begleiten, da er bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft diese Rolle wahrnehmen muss und soll (wenn wir von den Patienten ausgehen, die später selbständig ihr Leben gestalten können).

Nähe und Distanz

Eine immer wieder auftretende Frage in der Pflege forensischer Patienten ist das Thema Nähe und Distanz. Wie kann ich dem Patienten genug Nähe vermitteln und gleichzeitig soviel Distanz wahren, dass ich von ihm nicht vereinnahmt werde?

Kopp fordert von den Pflegenden, dass die Veränderung einer professionellen Beziehung zum Patienten auf eine persönliche Ebene in einer Pflegebesprechung thematisiert werden muss. Das sei ein Zeichen professioneller Beziehungsgestaltung (Kopp, 1999).

In diesem Punkt stimme ich ihm zu. Aber woran merken wir Pflegenden, dass die Beziehung zu persönlich wird?

Meiner Einschätzung nach kann man das zunächst daran merken, dass es in Gesprächen zwischen Pflegendem und Patienten nicht um den Patienten, sondern primär um den Pflegenden geht. Wenn also nicht mehr der Patient im Mittelpunkt pflegerischen Handelns steht, wird es Zeit über die Pflege und die Form der Beziehung nachzudenken. Eine kritische Reflektion der eigenen Handlungsweise und des persönlichen Gesprächsverhaltens kann hier eine erste Hilfestellung bieten.

Ein Phänomen, das ich häufiger beobachten konnte, möchte ich hier nicht unerwähnt lassen.

In der Arbeit mit drogenabhängigen Patienten habe ich oft beobachten können, wie sich die Pflegenden veränderten. Manche ließen sich tätowieren. Andere färbten ihre Haare hennafarben. Wieder andere ließen sich piercen. Ich will nicht

diese Tatsachen an sich in Frage stellen. Heute ist es nicht untypisch, sich äußerlich so zu zeigen. Allerdings finde ich es genauso wichtig, diese äußerlichen Veränderungen mit den Kollegen zu besprechen. Wenn diese Veränderungen nicht selbst von dem Betroffenen angesprochen werden, ist es unsere Pflicht, dieses mit ihm zu thematisieren. Vielleicht ist der Betreffende zu „dicht“ am Patienten und benötigt unsere Hilfe, um wieder eine professionelle Beziehung daraus zu gestalten. Immerhin besteht unser Auftrag darin, Veränderungen beim Patienten zu bewirken und nicht in erster Linie bei uns. Sonst sollten wir uns die Frage gefallen lassen: **“Wer lernt primär von wem?”** Die Reflektion der eingenommenen Rolle (s.o.) ermöglicht es ebenfalls, verlorene Distanz wieder auszugleichen, bzw. zu viel Distanz zu korrigieren.

Duzen - Siezen

Die Situation, dass die Patienten von uns geduzt werden, ist heute sicher nicht mehr so häufig anzutreffen, wie es noch vor wenigen Jahren der Fall war. Ich kenne selbst noch die Situation, dass die Auffassung vertreten wurde, das Duzen sei therapeutisch indiziert und fördere den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung.

Heute ist die Anrede per „Sie“ Ausdruck professioneller Arbeit.

Wir duzen Menschen, mit denen wir eng befreundet sind, mit denen wir verwandt sind, bzw. mit denen wir uns in unserer Freizeit, z.B. im Verein umgeben.

All diese Voraussetzungen liegen allerdings nicht vor, wenn Pfleger und Patient eine Beziehung eingehen. Weder Patient noch Pflegekraft haben sich bewußt entschieden, dass sie mit dem anderen eine Beziehung in der jetzigen Situation eingehen wollen. Der Pfleger arbeitet auf der Station, während der Patient vom Gericht eingewiesen wurde. Die Voraussetzungen sind unterschiedlich.

Der Patient kommt zu uns, weil er mit seiner Krankheit/Störung bzw. Abhängigkeit ein Delikt begangen hat und er professionelle Unterstützung benötigt. Diese Unterstützung soll ihn befähigen sozial anerkannte Normen und Werte zu verinnerlichen. Eine in unserer Gesellschaft festgelegte Norm ist die, dass wir uns normalerweise siezen. Viele unserer Patienten haben diese Norm in ihrer bisherigen Geschichte nicht verinnerlichen können. Ständige Heim- und Gefängnisaufenthalte haben nicht dazu beigetragen, dass die Norm, andere Menschen mit „Sie“ anzusprechen verinnerlicht werden konnte.

Jetzt sollen wir den forensischen Patienten allerdings etwas anderes vermitteln. Selbst wenn uns die Patienten immer wieder anbieten, sie zu „duzen“ besteht unsere Professionalität darin, dieses Angebot nicht anzunehmen und ihn weiter zu „siezen“. Unsere Rolle ist die aktive Gestaltung der Beziehung und reflektierte Arbeit. Nur so können wir unserem Auftrag gerecht werden.

Wie lässt sich Bezugspflege in der Forensik organisieren?

Die bisherigen Ausführungen haben sich auf die Gestaltung der Beziehung zu den forensisch-psychiatrischen Patienten bezogen.

In dem folgenden Abschnitt möchte ich eine Organisationsform der Bezugspflege vorstellen, die sich in der Praxis bewährt hat.

Bei diesem Beispiel finden wir eine Station mit insgesamt 20 Patienten und 17 Mitarbeiter/innen vor.

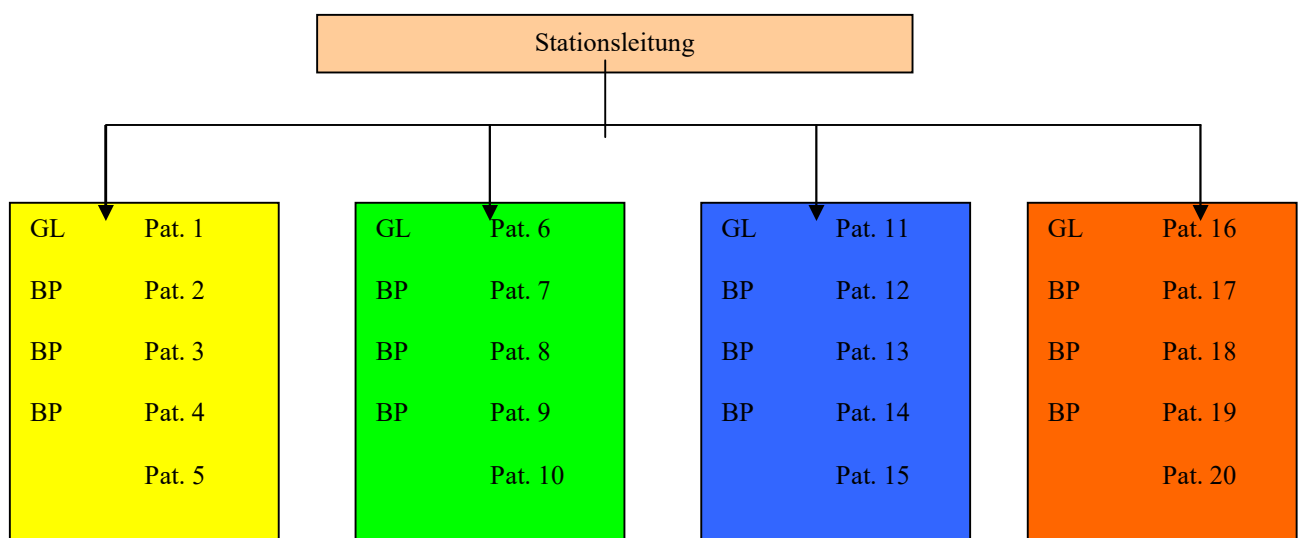
Jede/r Mitarbeiter/in ist in der Bezugspflege eingesetzt.

Es wurden insgesamt vier Pflegegruppen gebildet. Die Mitarbeiter haben sich selbst einer Pflegegruppe zugeordnet. Dabei wurde die jeweilige Qualifikation berücksichtigt. In jeder Gruppe wurde eine Gruppenleitung benannt, die über eine Fachweiterbildung verfügt. Die Aufgaben der Gruppenleitung sind neben der Pflege der Patienten die Organisation der Pflegegruppe und die Anleitung der übrigen Gruppenmitglieder. Zur Organisation der Gruppe gehört die Planung und Durchführung von Gesprächen über die Entwicklung der einzelnen Patienten. Diese Gruppenkonstellation ermöglicht fast immer die Präsenz eines Mitgliedes der Pflegegruppe als Ansprechpartner für die Patienten. Dadurch wird eine Beziehungskonstanz gewährleistet, die viele unserer Patienten bisher nicht kennengelernt haben.

Diese Organisationsform bietet für die Pflegenden selbst den Vorteil, dass verschiedene Qualifikationen der Mitarbeiter Berücksichtigung finden können. Außerdem wird die emotionale Belastung der Arbeit und das Risiko des Distanzverlustes minimiert.

Eine genaue Darstellung, wie diese Gruppen arbeiten können, welche Rolle die Stationsleitung einnimmt und wie der Pflegeprozess durchgeführt werden kann, würde den Rahmen dieses Abschnittes sprengen.

Es sei lediglich erwähnt, dass die Stationsleitung primär Aufgaben des Stationsmanagements übernimmt und dafür zuständig ist, die Arbeit der Pflegenden zu steuern und ggf. anzuleiten.



Organisation der Bezugspflege am Beispiel der Gruppenpflege

Um die forensische Pflege professionell gestalten zu können, benötigen wir u.a. folgende Voraussetzungen, womit ich zum Ende meiner Ausführungen kommen und einige Anregungen für die Workshops geben möchte.

4. Voraussetzungen für eine professionelle Pflege

Die Beziehungsgestaltung zu unseren, schwer in ihrer Beziehungsfähigkeit beeinträchtigten Patienten ist nur möglich, wenn die Stationen und Wohngruppen eine überschaubare Patientenbelegung haben. Nach Rasch sollten die Wohngruppen eine Größe von 10 Betten nicht überschreiten. Man kann zwar eine Station durch Organisation in der Gruppen- oder Bereichspflege zwar so darstellen, dass auch mit einer Belegung von 18 bis höchstens 20 Patienten noch ganzheitlich gepflegt werden kann, eine höhere Belegung gefährdet allerdings das Ziel, sozial anerkannte Normen und Werte im Alltag vermitteln zu können. Wenn es den Pflegenden nicht mehr möglich ist, die Nischen, die sich die Patienten suchen, zu entdecken, ist aus pflegerischer Sicht das Ziel der Wiedereingliederung stark gefährdet.

Um der Professionalität Rechnung tragen zu können, muss das Personal gut ausgebildet sein. In Zeiten leerer Staatskassen, werden Stimmen nach ungelerten Pflegekräften wieder lauter.

Eine professionelle Pflege ist allerdings nicht mit ungelerten Mitarbeitern möglich. Vielmehr besteht die Gefahr, dass Unprofessionalität zu einem ähnlichen Verwahrcharakter führt, wie er in der Psychiatrie-Enquete 1975 bemängelt wurde.

In einer Studie, die z.Zt. an der Uni Ulm in Arbeit ist, wird nach ersten Erkenntnissen deutlich, dass professionelle Beziehungsgestaltung durch die Pflegenden sich rückfallmindernd auswirkt. Damit bietet die professionelle Beziehung nicht nur die größte Sicherheit, sondern wird dadurch auch unter ökonomischen Gesichtspunkten erforderlich.

Dazu bedarf es professioneller Fort- und Weiterbildungsangebote. Auch auf politischer Ebene sollte darüber nachgedacht werden, gute Angebote staatlich anzuerkennen.

In den Kliniken selbst besteht heute größtenteils die Auffassung, dass die Arbeit im multiprofessionellen Team die größte prognostische Sicherheit bietet.

Allerdings wird diesem Aspekt in den konkreten Behandlungskonzepten nur teilweise Rechnung getragen. Ein enger Austausch mit ärztlich-therapeutischen Berufsgruppen ist hier noch von Nöten.

Die Pflegenden selbst sollten ihre z.T. sehr guten Konzepte mehr in der Öffentlichkeit diskutieren. Die Entwicklung von Pflegestandards in der forensischen Psychiatrie, z.B. zum Thema Patientenbegleitungen, könnte die Arbeitsabläufe transparenter machen und zu einer größeren Sicherheit beitragen.

Dieses sind nur einige Aspekte, die in den Workshops, aber auch in dem zu bildenden Arbeitskreis aufgegriffen werden könnten.

Ich würde mir wünschen, dass die Bildung eines Arbeitskreises nicht nur dazu führt, die Pflege in der forensischen Psychiatrie weiter zu optimieren, sondern dass durch den Arbeitskreis die Pflegenden in der Forensik, die immerhin die größte Berufsgruppe darstellen, bei wesentlichen Veränderungen und Entscheidungen mehr Gehör finden.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Vortrag bei der Andernacher Forensik-Tagung September 2003

Werner Stuckmann
Pflegedirektor
Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie
An der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach
Am Nette-Gut 2
56575 Weißenthurm