

VertretungsNetz – Patienten-anwaltschaft

ZWANGSMASSNAHMEN IN DER PSYCHIATRIE

*Gekürzte Fassung eines Vortrags der Fachbereichsleiterin Patienten-anwaltschaft,
Mag. Elke Beermann (Tagung „Mit oder ohne Netz“, 19. Februar 2008, AKH Wien)*

Eine Annäherung an das Thema

Die Psychiatrie hat – im Unterschied zu anderen Fachabteilungen – neben ihrem therapeutischen Auftrag auch die Befugnis, unter bestimmten Umständen im Auftrag des Staates in die Freiheitsrechte von Menschen einzugreifen.

Ich möchte die Frage der Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie nicht auf die Bewertung verschiedener Beschränkungsmaßnahmen reduzieren, sondern halte eine grundlegende Diskussion für notwendig.

Menschen, die zwangsweise in einer Psychiatrie aufgenommen werden, befinden sich in einer absoluten Extremsituation. Sie erleben nicht nur die „normale“ Hilflosigkeit und Verletzlichkeit von Patientinnen im Krankenhaus, sondern dürfen zusätzlich auch noch das Krankenhaus, die Psychiatrie nicht verlassen. Und dazu bekommen sie möglicherweise noch Medikamente gegen ihren Willen.

Die Größenordnung und das Vertrauen

- Österreichweit wurden uns (mit Ausnahme von Vorarlberg) im Jahr 2007 von den Krankenhäusern knapp 20.000 Unterbringungen gemeldet.
- Bei ca. 40 % der Unterbringungen kam es zumindest einmal zusätzlich zu einer so genannten „weitergehenden Beschränkungsmaßnahme“.

Die Unterbringung in einer psychiatrischen Abteilung ist als „ultima ratio“ zu verstehen. Sie dient in erster Linie der Abwendung einer unmittelbar drohenden Gefährdung. Bei allem Bemühen um das Hintanhalten der Gefährdung geht es aber immer auch um den Aufbau einer therapeutischen Beziehung, um den Aufbau einer nachhaltigen Vertrauensbasis. Nur so ist zu hoffen, dass weitere Unterbringungen vermieden werden können.

Zu berücksichtigen ist auch, dass das Verhalten der Patientinnen in der Psychiatrie strenger bewertet wird als dasselbe Verhalten anderswo. Wenn zum Beispiel ärztlicher Rat nicht befolgt wird. Das kann und darf man sich als Patientin „leisten“, wenn es nicht um eine psychische Erkrankung geht. Mit einer psychiatrischen Diagnose ist man in ähnlichen Situationen schnell „krankheitsuneinsichtig“, „nicht compliant“ oder „nicht vereinbarungsfähig“.

Die Routine der Aufnahmesituation

Patientinnen erzählen uns auch immer wieder über die Belastungen in der Einweisungs und Aufnahmesituation. Speziell, wenn sie selbst nicht davon überzeugt sind, eine psychiatrische Behandlung zu benötigen, haben sie das Gefühl, bei der Einweisung und Aufnahme von einer Routine regelrecht überrollt zu werden. Es herrscht Zeitnot, alles geht ganz schnell. Oft berichten Patientinnen, dass ohnedies nur ihren Angehörigen und der Polizei geglaubt wird. Gab es stationäre Voraufenthalte, legt zudem die dokumentierte „Kranken-Geschichte“ bereits eine Beurteilung der aktuellen Situation nahe.

Nach einer vorgenommenen Unterbringung folgt meist die Aufforderung, Medikamente zu nehmen. Da die betreffende Person die Gründe für die Unterbringung oft nicht versteht und alles, was ihr da gerade widerfährt, für einen Irrtum, für empörend hält, ist es nicht verwunderlich, wenn sie die Medikamente nicht nehmen will.

Zeit für ein ausführliches Gespräch gibt es zu diesem Zeitpunkt nicht überall.

Und nicht überall ist es möglich, dass die Patientin durch diese für sie schwierige Situation tatsächlich begleitet wird. Nicht selten eskaliert genau an diesem Punkt die Situation. Die Patientin fühlt sich in die Enge getrieben, wehrt sich, wehrt sich in ihrer Not möglicherweise auch sehr heftig und wird letztendlich wegen „akuter Fremdgefährdung“, wegen eines „Raptus“ mit Gurten ans Bett gebunden und bekommt – möglicherweise – zur Beruhigung auch noch Medikamente per Injektion.

Und dann? Dann wird – unter Umständen, wenn es eine gibt – die Videokamera auf sie gerichtet, und sie wird wahrscheinlich allein gelassen. Sitzwachen gibt es nur im Ausnahmefall. Alarmknöpfe gibt es, oft aber nicht in Reichweite. Je nach Abteilungsstandard unterscheidet sich auch die Frequenz von Rundgängen des Pflegepersonals.

Patientinnen berichten uns gegenüber durchaus sehr differenziert über ihr Erleben von Beschränkungsmaßnahmen; sie erinnern sich, ob sie eine Maßnahme fair oder unfair erlebt haben, ob die Reaktion von Ärztinnen und Pflegepersonal aus ihrer Sicht adäquat war oder nicht. Aus diesem Grund halten wir Gespräche mit den Patientinnen über erfolgte Beschränkungsmaßnahmen für extrem wichtig, für unverzichtbar, um

- den Betroffenen die Chance zu Rückmeldungen zu geben und
- dem Behandlungsteam durch die Rückmeldung die Chance zu geben auf eine Reflexion der Wirkung des eigenen Tuns.

Die Auseinandersetzung

Für dringend nötig erachten wir eine sehr grundsätzliche, fachliche Auseinandersetzung

- mit der Gestaltung von Unterbringungen generell und
- mit der Begleitung von Menschen in Beschränkungssituationen im Besonderen.

Diese Auseinandersetzung muss österreichweit geführt werden und sich an den bestehenden internationalen Standards orientieren.

Ziel muss es sein, dass auch bei der Betreuung und Behandlung im Rahmen der Unterbringung in der Psychiatrie die Menschenwürde der Patientinnen unter allen Umständen gewahrt bleibt und so wenig wie möglich in die Grundrechte der betroffenen Patientinnen eingegriffen wird. Es sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die weitergehende Beschränkungsmaßnahmen so weit wie möglich vermeiden helfen.

Was heißt das konkret?

1. Hohe Betreuungsintensität

- Intensive Betreuung und Beschäftigung mit den Patientinnen (wenn nötig 1 : 1). Grundsätzlich: Je größer die Gefährdung einer Person, je eingreifender die Beschränkungsmaßnahme, umso intensiver muss die erforderliche Betreuung und Begleitung (Sitzwache) sein.
- Entlastungsgespräche in angespannten Situationen, wie sie vielerorts geführt werden, sollten allgemeiner Standard sein.
- Aufsichtspflichten sind von qualifiziertem Personal (Pflege oder Ärztin) durchzuführen, das umfassend in Deeskalationsmethoden geschult sein muss.

2. Bauliche Rahmenbedingungen.

Eine geschickte, bedarfsgerechte Raumaufteilung mit Rückzugsmöglichkeiten für Patientinnen, sowie freundliche, ansprechende Zimmer sind dabei ebenso wichtig wie Gartenzugänge für untergebrachte Patientinnen.

3. Die Abstufung der Eingriffsintensität

Ganz generell hat der Krankenhausträger bzw. die Psychiatrie personell, konzeptuell, organisatorisch und baulich sicherzustellen, dass es möglichst viele, hinsichtlich der Eingriffsintensität abgestufte Möglichkeiten gibt, eine Unterbringung durchzuführen, d.h. in die Bewegungsfreiheit einer Patientin einzugreifen.

- Die am wenigsten eingreifende Form der Beschränkung ist die bloße Anordnung, das Krankenhaus/die Station nicht verlassen zu dürfen. (Beschäftigung mit den Patientinnen – inklusive begleiteter Ausgänge, Beobachten, elektronische Chips

in Verbindung mit einem Alarmsystem, Videoüberwachung der Eingangsbereiche ...)

- Wenn das nicht ausreicht, sind räumliche Beschränkungen möglich. (Bereiche, die bei Bedarf geschlossen werden können; geschlossener Bereich; Einzelzimmer...)
- Körpernahe Beschränkungen, wie z. B. Fixierungen sollten nur als letzte Möglichkeit und nur so kurz wie möglich angewendet werden.
- Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen sind ebenso nur als letzte Möglichkeit der Abwehr einer Gefährdung einzusetzen.

Dabei soll die schonendste, zum Ziel führende Vorgehensweise gewählt werden.

Auf Netzbettbeschränkungen zu verzichten, darf nicht bedeuten, dass

- mehr Gurtfixierungen erfolgen oder
- öfter bzw. stärker medikamentöse Sedierungen vorgenommen werden.

4. Die Entwicklung bundesweit einheitlicher Standards für die Anwendung und Dokumentation von Beschränkungsmaßnahmen.

- die Verankerung einer Sitzwache während der Dauer der Beschränkungsmaßnahme. Dadurch soll unmittelbarer menschlicher Kontakt ermöglicht werden, Ängste sollen gemindert werden, den Patientinnen soll es ermöglicht werden, mit jemandem zu sprechen; der Schutz vor anderen Patientinnen soll auf diese Weise gewährleistet werden, und es soll sichergestellt werden, dass schnell auf persönliche und hygienische Bedürfnisse der betroffenen Patientin reagiert werden kann. Falls die Patientin eine Sitzwache dezidiert ablehnt, müsste eine solche zumindest in Hörweite positioniert sein.
- Die Frequenz der ärztlichen Überprüfung der weiteren Notwendigkeit der Beschränkungsmaßnahme etc. sollte ebenfalls in diesen Standards festgelegt werden. Beschränkungsmaßnahmen sollten so kurz wie möglich sein (üblicherweise ein paar Minuten, maximal ein paar Stunden).
- Ebenso ist zu gewährleisten, dass jede Person, die beschränkt wird, sich jederzeit bemerkbar machen kann. Eine Alarm bzw. Klingelanlage ersetzt aber nicht die Notwendigkeit der Begleitung durch eine Betreuungsperson.
- Des weiteren muss klar sein, wo die genaue Dokumentation der Beschränkungsmaßnahme erfolgt.

- Maßnahmen zur Vorbeugung vor Traumatisierungen durch Beschränkungsmaßnahmen sind ebenso zu definieren, z. B. Nachbesprechungen von Beschränkungsmaßnahmen.
- Beschränkungsmittel im Blickfeld von Patientinnen wirken als Bedrohung, als Gewaltandrohung. Daher sind Beschränkungsmittel nach Einsatz unverzüglich aus dem Blickfeld der Betroffenen zu entfernen. Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass andere Patientinnen den Beschränkungsvorgang nicht mit ansehen müssen.

Unser aller Ziel muss es sein, den Schutz der Menschenwürde auch in diesen Ausnahmesituationen sicherzustellen.
