

## Das Verbot von Netzbetten und seine Folgen

**Vermeidung von Fixierungen und Alternativen in Einrichtungen des Geltungsbereichs des HeimAufG.** Mit 1. 7. 2015 gehören Netzbetten sowie „käfigähnliche“ Betten in psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäusern sowie in Einrichtungen, die dem Heimaufenthaltsgesetz unterliegen, der Vergangenheit an. Da in Österreich die Netzbetten ab der zweiten Hälfte der 1990er Jahre fast ausschließlich in den Bundesländern Wien und Steiermark zum Einsatz gekommen waren, war es für die BewohnervertreterInnen und PatientenanwälInnen dieser Regionen bereits lange vor den legislativen Veränderungen ein wichtiges Anliegen, diese höchst invasive freiheitsbeschränkende Methode nach einer Vielzahl gerichtlicher Überprüfungen und außergerichtlicher Vertretungen in weiterer Folge überwinden zu können.

### CPT-Besuche in Österreich

Als Mitglied des Europarats ratifizierte Österreich die 1989 in Kraft getretene „Europäische Konvention zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe“, basierend auf Art 3 Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK).

Bereits 1999 ersuchte das „Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe“ des Europarats (Antifolterkomitee oder CPT) die österreichischen Behörden, die Verwendung von Netz- und Gitterbetten einzustellen.<sup>1</sup>

Ziel des Komitees war es, die Anwendung von Netz- und Gitterbetten in allen mit Hoheitsgewalt ausgestatteten Einrichtungen in Österreich zu beenden.

Mit Erlass des Bundesministeriums für Justiz vom 18. 11. 1999<sup>2</sup> wurde das Verbot von Gitterbetten im Bereich des Strafvollzugs bestätigt, Netzbetten waren jedoch weiterhin erlaubt. Nach neuerlichem Besuch des CPT im April 2004<sup>3</sup> erging ein weiterer Erlass des BMJ: Der Einsatz von Netzbetten wurde nun als erniedrigende und nicht den Menschenrechten entsprechende Maßnahme qualifiziert. Das Ministerium ordnete daher an, dass „Netz-

*betten in Zukunft nicht mehr zu verwenden sind.“*

Auch dieser Erlass bezog sich auf den Strafvollzug; der Verwendung von Netzbetten in psychiatrischen Einrichtungen und solchen, die gem § 2 HeimAufG unter das Gesetz fallen, waren keine Grenzen gesetzt.

**Im Bereich des Strafvollzugs erfolgte das Verbot von Netzbetten bereits 2004.**

<sup>1</sup>Bericht des CPT über seinen Besuch in Österreich vom 15. bis 25. 2. 2009, CPT/Inf (2010), GZ 311363/2009. <sup>2</sup>Erlass BMJ vom 18. 11. 1999, 40901/46-V.1/1999. <sup>3</sup>CPT/Inf (2005) 13.

Im Jahr 2008 wurde aufgrund medialer Berichterstattung ein Untersuchungsausschuss im Wiener Landtag eingerichtet, in dem die Verwendung des Netzbettes unter Beiziehung von ausländischen ExpertInnen sehr kontrovers diskutiert wurde.<sup>4</sup> Zu einer Veränderung in der Praxis führte dies jedoch nicht: Insbesondere in der Psychiatrie in Wien und in steirischen Einrichtungen wurden Netzbetten weiterhin verwendet.

Im Oktober 2009 erging ein Schreiben des Gesundheitsministeriums an alle Krankenanstalten und auch Einrichtungen des HeimAufG, dass die Verwendung von Netzbetten menschenrechtswidrig sei: „Es ist auch ein Grund zur Besorgnis, dass in Netzbetten eingeschlossene oder durch mechanische Maßnahmen fixierte PatientInnen nicht ausreichend überwacht wurden. Nach Meinung des CPT sollten solche PatientInnen stets unter kontinuierlicher und direkter Überwachung in Form einer Sitzwache durch eine medizinische Fachkraft stehen, welche dem Patienten (der Patientin) menschliche Zuwendung geben und seine/ihre Angst mindern kann. [...]“<sup>5</sup>

Bis einschließlich 2014 wurde die Anwendung von Netzbetten bei nahezu jedem Besuch des CPT kritisch beleuchtet und thematisiert.

### Nationale Bestrebungen, die Praxis der Netzbetten zu überwinden

Sowohl die Patienten-anwaltschaft im Rahmen des Unterbringungsgesetzes (UbG) als auch die Bewohnervertretung im Rahmen des Heimaufenthalts-gesetzes (HeimAufG) haben bei der Vertretung freiheitsbeschränkter PatientInnen/BewohnerInnen die Verwendung von Netzbetten stets als erniedrigende und in höchstem Maße in die Grund- und Freiheitsrechte eingreifende Maßnahme hinterfragt und gerichtlich überprüfen lassen.

Auch der Menschenrechtsbeirat der Volksanwaltschaft befasste sich thematisch intensiv mit der Verwendung von Netzbetten. In seiner Stellungnahme vom Februar 2014 wird ausdrücklich empfohlen, wirksame Maßnahmen sicherzustellen, damit Netzbetten und andere käfigartige Betten nicht mehr verwendet werden.

### Schlussstrich

Am 1. 9. 2014 erging der Erlass, dass Netzbetten und andere käfigähnliche Betten in der Psychiatrie und Einrichtungen gemäß HeimAufG ab 1. 7. 2015 verboten sind:

„Aus diesen Überlegungen und vor dem Hintergrund der von der Republik Österreich eingegangenen völkerrechtlichen Verpflichtungen hält das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Justiz fest, dass unter Berücksichtigung der Wahrung der Menschenwürde und dem Gebot der Verhältnismäßigkeit der Freiheitsbeschränkung die Verwendung von psychiatrischen Intensivbetten („Netzbetten“) sowie anderen „käfigähnlichen“ Betten nicht mehr dem europäischen Standard entspricht und daher unzulässig ist. Im Hinblick auf allfällig nötige Begleitmaßnahmen wird davon ausgegangen, dass ab dem 1. Juli 2015 derartige Mittel nicht mehr zum Einsatz kommen.“<sup>6</sup>

### Alternativen

Aus Sicht bisheriger AnwenderInnen von „Psychiatrischen Intensivbetten“ wird durch diesen Erlass ein Hilfsmittel verboten, mit dem krisenhafte Situationen erfolgreich bewältigt wurden. Seitens der Betreuungspersonen wird häufig die Frage gestellt, wie mit eskalierten Situationen nun umzugehen sei.

### Keine Gegenüberstellung Netzbett versus Gurtfixierung.

Eine Antwort besteht im Verweis darauf, dass vergleichbare Situationen in allen Ländern und Regionen vorkommen, sich aber regional unterschiedliche Kulturen des Umgangs entwickelt haben und viele Möglichkeiten gefunden wurden, herausfordernden Situationen mit anderen deeskalierenden Maßnahmen zu begegnen. Die häufig geübte Gegenüberstellung Netzbett versus Gurtfixierung greift aus Sicht der Bewohnervertretung zu kurz: Eine massive Freiheitsbeschränkung einfach durch eine andere zu ersetzen, widerspräche den hohen fachlichen Ansprüchen an Indikationsstellung und Durchführungsqualität ebenso wie gesetzlichen Normen.

In welchen Bereichen werden so eingriffsintensive Freiheitsbeschränkungen angewandt – welche Personen und Situationen betrifft es?

### Menschen mit dementiellen Erkrankungen

Ein Mann mit dementieller Erkrankung wurde wegen Fußschmerzen in einem Kran-

kenhaus stationär aufgenommen. Den Grund seines Aufenthalts verstand er nicht, entgegen anderslautender verbaler Aufforderungen stand er wiederholt vom Bett auf. Er wurde „agitiert“, tötlich aggressiv, Beruhigungsversuche fruchteten nicht mehr. Er wurde in ein Netzbett verbracht und medikamentös sediert. Die Sedierung hielt nicht lange an, der Patient schrie, entfernte sich venöse Zugänge. Nur langsam beruhigte er sich und schlief ein. Am nächsten Tag wurde er auf eine andere Station verlegt und tagsüber in einen Sessel mit davor montierter Therapieplatte gesetzt. Er wollte aufs WC. Darauf wurde mit dem Hinweis reagiert, dass er in die Inkontinenzeinlage urinieren solle. In den folgenden Tagen zeigte der Patient wiederholt fremd- und autoaggressives Verhalten. Erst nach Tagen gelang es, für den Patienten ein freies Bett im psychiatrischen Krankenhaus zu bekommen, wo der Patient insgesamt zwei Monate untergebracht war. Die Bewohnervertretung ließ die Freiheitsbeschränkungen im allgemeinen Krankenhaus gerichtlich überprüfen. Diese wurden für unzulässig erklärt. Laut Sachverständigen-gutachten hätte es schonendere Arten des Umgangs bei einer bereits derart eskalierten Situation gegeben, die die Entwicklung gefährdender Verhaltensweisen erheblich reduziert hätten.

### Die demenzsensible Gestaltung von Krankenhausstrukturen verhindert Freiheitsbeschränkungen.

Im österreichischen Demenzbericht 2014<sup>7</sup> wird auf die Problematik des Aufenthalts von Menschen mit Demenz im Krankenhaus hingewiesen. Sind entsprechende Strukturen nicht vorhanden, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass Betroffene das Krankenhaus mit geringerer Selbständigkeit und in einem kognitiv schlechteren Zustand verlassen. Freiheitsbeschränkungen können als Symptom dafür betrachtet werden, dass ein Krankenhaus nicht „demenzsensibel“ ist. Alle Maßnahmen, die dazu dienen, Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung adäquat zu behandeln und zu betreuen, helfen mit, Freiheitsbeschränkungen weitgehend zu vermeiden. Die Er-

<sup>4</sup>„Die Presse“, Print-Ausgabe 9. 2. 2008; <http://diepresse.com/home/meinung/kommentare/361658/Wien-kann-besser-sein> (Stand 30. 6. 2015). <sup>5</sup>CPT/inf (2010) 5. <sup>6</sup>22. 7. 2014, BMG-93330/0002-III/A/4/2014. <sup>7</sup>[www.goeg.at/de/GOEG-Aktuelles/Neu-Oesterreichischer-Demenzbericht-2014.html](http://www.goeg.at/de/GOEG-Aktuelles/Neu-Oesterreichischer-Demenzbericht-2014.html) (Stand 30. 6. 2015).

fahrung der Bewohnervertretung erlaubt die Hypothese, dass delirante Erkrankungen zumindest mitverursachend für die Anwendung eingriffsintensivster Freiheitsbeschränkungen sind und dass für dementiell erkrankte Menschen zu wenig passende Strukturen vorhanden sind.

Wo können Strukturänderungen ansetzen?

- **Demenzwissen:** Kommunikation mit Menschen mit einer Demenzerkrankung, die auf deren „vernünftiges Handeln“ gerichtet ist, führt zu Überforderung der Betroffenen, zu Ungeduld bei den Pflegenden und kann leicht eskalieren. Wissen um Demenz kann helfen, viele anstrengende Situationen zu entspannen.
- **Wissen um Delir:** Delirprävention und Delirbehandlung können negative Folgen eines Krankenhausaufenthalts und den Einsatz massiver Freiheitsbeschränkungen vermeiden.<sup>6</sup>
- **Umgebungsfaktoren:** Eine Umgebung mit bewältigbaren Reizen schaffen: Eine laute Geräuschkulisse, hektisches Arbeitstempo, viele Kontaktpersonen, dauernde Umgebungswechsel, Untersuchungen, die uU Schmerz oder Angst auslösen, ungeeignete Aufenthaltsbereiche und fehlende „Tagraumbetreuung“ etc tragen dazu bei, dass Verhaltensauffälligkeiten entstehen, die im Krankenhausalltag nicht bewältigt werden können.
- **Aktivierung:** Anregungen setzen, die an den Bedürfnissen der individuellen Einzelperson ausgerichtet sind, zB tagesstrukturierende Angebote, eine fixe Ansprechperson, Förderung der Mobilität und Ähnliches.

### Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

In einer Einrichtung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wurde ein Bewohner aufgrund von aggressiven Durchbrüchen mittels Netzbett beschränkt. Diese massive Intervention ließ die Bewohnervertretung gerichtlich überprüfen. Obwohl die heilpädagogische Sachverständige zahlreiche Möglichkeiten aufzeigte, um Aggressionssituationen zu vermeiden, wurde die Freiheitsbeschränkung als zulässig qualifiziert. Diese Rechtsmeinung wurde auch vom Landesgericht bestätigt. Selbst der OGH blieb uneindeutig, zählte aber alle völkerrechtlichen Bestimmungen auf, die gegen

die Verwendung von Netzbetten sprechen, und verwies darauf, dass die Verwendung des Netzbettes in Österreich ab 1.7.2015 nicht mehr zulässig sei.

Interessant ist, dass beim Bewohner seit vielen Jahren Aggressionsereignisse bekannt waren, jedoch erst ab 2012 ein Netzbett verwendet wurde. Da sich der Bewohner nach der erstmaligen Verwendung des Netzbettes bedankt hatte, ging man von seiner Akzeptanz die Maßnahme betreffend aus; das allerdings vor dem Hintergrund, dass Gewalterfahrungen in der Kindheit bekannt waren sowie dass das Netzbett in seinem Zimmer aufgestellt wurde, was für den Bewohner bis zu diesem Zeitpunkt einen positiven Ort darstellte. Die Traumatisierung bzw Retraumatisierung, die durch diese Maßnahme entstand, wurde institutionell verleugnet. Das weitere negative Handeln wurde dem Bewohner zugewiesen.

### Heilpädagogisches Wissen in der Praxis nutzen, um den Einsatz von Freiheitsbeschränkungen zu vermeiden.

Ist es nicht Aufgabe und Kompetenz der professionellen Betreuung, Eskalation von Aggression zu vermeiden, frühzeitig Handlungen zu entschlüsseln und zeitgemäße Handlungstheorien in der Praxis anzuwenden?

Die Sachverständige bezog sich in ihren Ausführungen im Hinblick auf zeitgemäße Standards auf die International Classification of Functioning (ICF). Die ICF geht von einem biopsychosozialen Modell aus, wobei die medizinische und soziale Betrachtung von Behinderung verschmolzen wird. Die Person und ihre Aktivitäten werden fokussiert. Aufgabe der Heilpädagogik ist es, einen Kontext zu schaffen, in dem der Mensch möglichst optimal am gesellschaftlichen Leben teilhaben und seine Kompetenzen weiterentwickeln kann. Ausgehend von diesem Modell ließen sich im gegenständlichen Fall konkrete Alternativen zum Netzbett ableiten:

- förderdiagnostische Analysen zum Verständnis des Bewohners,
- Aufspüren von struktureller Gewalt (zu große Gruppen, zu kleine Räume etc),
- gezielte und supervidierte Auseinandersetzung mit den Ursachen der aggressiven Durchbrüche,

- Einsatz adäquater Deeskalationskonzepte, Schulungen des Teams,
- Reflexion des Teams zum Überdenken der angewandten Maßnahme.

### Kinder und Jugendliche mit intellektueller Beeinträchtigung

Aufgrund der unbefriedigenden rechtlichen Situation vertritt die Bewohnervertretung Kinder und Jugendliche, die von Freiheitsbeschränkungen betroffen sind, nur vereinzelt in Krankenhäusern oder Behinderteneinrichtungen. Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sind aktuell vom Geltungsbereich des HeimAufG ausgeschlossen. Das führt zu der absurden Situation, dass eine freiheitsbeschränkende Maßnahme im Krankenhaus oder der Tageswerkstätte gerichtlich unzulässig sein kann, in der Wohneinrichtung der Kinder- und Jugendhilfe aber nicht einmal hinterfragt wird.

### Das Verbot käfigähnlicher Betten gilt auch im Kinder- und Jugendbereich.

Gerichtliche Überprüfungen erschüttern. So wurde etwa ein Elfjähriger in einem versperrten Käfigbett in der Nacht bis zu zwölf Stunden untergebracht. Währenddessen konnte er sich nur durch Weinen oder Schreien bemerkbar machen bzw wurde der Nachtdienst nur dann auf Anfälle aufmerksam, wenn diese ausreichend laut waren oder andere Kinder darauf hinwiesen. Zwischen 22:00 und 6:00 Uhr war lediglich ein Bereitschaftsdienst vorgesehen. Die Verwendung des Käfigbetts wurde in der Verhandlung für unzulässig erklärt.

Es widerspricht jeder Verhältnismäßigkeit, wenn über die Gründe der Anwendung keine Aufzeichnungen existieren, die Maßnahme unhinterfragt jahrelang verwendet wird und eine mögliche Gefährdung nicht zu erkennen ist.

Im Kinder- und Jugendbereich stellt sich neben der erforderlichen Erweiterung des Anwendungsbereichs des HeimAufG zusätzlich die Frage, was eine „altersübliche“ oder „entwicklungsgerechte“ Freiheitsbeschränkung sein kann.

<sup>6</sup> Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (Hrsg), Delir 2013 – ein häufiges Syndrom im Alter – eine interdisziplinäre Herausforderung (2013).

**Ausblick**

Nicht nur in Anbetracht dessen, dass seit 1. 7. 2015 „käfigartige“ Betten verboten sind, ist die Beschäftigung mit Alternativen dringend geboten. Da bekannt ist, dass Freiheitsbeschränkungen auch im häuslichen Bereich durchgeführt werden (laut Schätzungen aus Deutschland bei rund 10% aller zu Hause gepflegten Menschen, bei bis zu 50% aller zu Hause gepflegten Menschen mit Demenz,<sup>9</sup> entsprechende Zahlen aus Österreich existieren nicht), sind umfassende Aktivitäten zur Aufklärung und Unterstützung pflegender Angehöriger erforderlich.

Unweigerlich kommt man auf den Punkt zurück, dass Grundrechtseingriffe dem Unwissen geschuldet sind und nicht dem Mangel an Alternativen. Ausreichende Information und Begleitung, wie

man höchst anspruchsvollen Problemlagen optimal und ohne Eingriff in Menschenrechte begegnen kann, tragen nachhaltig dazu bei, dass Freiheitsbeschränkungen tatsächlich das letzte Mittel sind und in

Zukunft immer seltener angewandt werden.

ÖZPR 2015/72

<sup>9</sup>www.redifix.de (Stand 30. 6. 2015).

**Zum Thema****In Kürze**

Netzbetten und andere käfigähnliche Betten sind seit 1. 7. 2015 nach langer Diskussion verboten. Dies soll Anlass dafür sein, die Auseinandersetzung darüber zu intensivieren, durch welche Alternativen und strukturellen Änderungen Bedingungen geschaffen werden können, in denen die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen nicht mehr erforderlich ist.

**Über die AutorInnen**

Mag.<sup>a</sup> Sylvia Fahnler ist Psychologin und als Bewohnervertreterin bei VertretungsNetz seit 2007 tätig. Mag.<sup>a</sup> DSA Alice Lenzberger, MSc., ist Sozialarbeiterin und Pädagogin und als Bewohnervertreterin seit 2005 bei VertretungsNetz tätig. Mag. Dr. Armin Schlegel ist Jurist und seit 2009 als Bewohnervertreter bei VertretungsNetz tätig.