

Blinder Fleck

Psychisch Kranke sind gefährlich, gewalttätig, unberechenbar“ lautet eines der am meisten verbreiteten Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen. In dieser Absolutheit behauptet, trägt es wesentlich zur sozialen Ausgrenzung der Betroffenen bei. Dieses Stigma prägt wesentlich den Umgang der Gesellschaft mit den Erkrankten.

„In der Psychiatrie werden die Patienten eingesperrt, festgebunden und niedergespritzt“ ist eine der Vorstellungen, die heute noch das Bild der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen prägt und wesentlich zur Stigmatisierung der Erkrankten („der wird schon gefährlich sein, wenn man ihn einsperren muss ...“) und der darin tätigen Profis („der redet nicht viel, der spritzt gleich nieder ...“) bei.

Es gibt einen kleinen Anteil von Patienten, die in Ausnahmesituationen gewalttätig und damit gefährlich werden können. Die Ärzte und Pfleger in der Psychiatrie sehen sich in bestimmten Situationen gezwungen einzelne Patienten einzusperren, zu fixieren und unter Umständen gegen deren Willen zu behandeln. Dies sind Situationen, die ungern angesprochen werden und damit viel Raum für Spekulationen bieten.

Es ist von Gesetzeswegen eine Aufgabe der psychiatrischen Abteilungen, Menschen die auf Grund einer psychischen Erkrankung für sich oder andere gefährlich werden, auch gegen deren Willen aufzunehmen (Unterbringung), um so einen möglichen Schaden abzuwenden. Nur wie und in welchem Ausmaß dies getan wird, variiert ungemein: im kleinen Österreich gibt es ein Bundesland, in dem kommt es zu rd. 150 Unterbringungen auf 100.000 Einwohner, in einem anderen Bundesland sind es rd. 360 Unterbringungen je 100.000 Einwohner – also 2,6 mal so viele Menschen werden hier als gefährlich oder gefährdet eingestuft. Noch größer sind die Unterschiede, wenn man einzelne Krankenhäuser miteinander vergleicht.

Es gibt in Österreich psychiatrische Abteilungen, in denen sind jene Bereiche, in denen Patienten untergebracht werden, versperrt, in anderen wiederum finden auch jene Patienten, die gegen ihren Willen aufgenommen sind, offene Türen vor.

In welchem Ausmaß es zu zusätzlichen Beschränkungen (z.B. Fixierung, Videoüberwachung, elektronische Fußfessel) kommt, variiert zwischen Bundesland und Bundesland von rd.20% bis 60 Prozent.

In (Ost-) Österreich hatten wir die Diskussion über die Möglichkeiten des Netzbettes und der Gurte zur Fixierung – die Gurte wurden als das gelindere Mittel eingestuft. In anderen europäischen Ländern wiederum wird ist beides verpönt, da werden Patienten vorübergehend von Pflegern und Ärzten festgehalten.

In einigen (zum Glück wenigen) psychiatrischen Abteilungen ist man der Überzeugung, ohne uniformierten privaten Security-Dienst auf der Station sei die Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter nicht zu gewährleisten, in anderen Abteilungen erscheint diese Idee des Security-Dienstes als absurd und überflüssig. In verschiedenen Abteilungen gibt es umfangreiches Deeskalationstraining, um kritische, gefährliche Situationen frühzeitig zu ent-

schärfen um Zwang/Gewalt zu vermeiden, oder Leitlinien zum Umgang mit gefährlichen Situationen und Zwang, oder die Vorgabe, Zwangsmaßnahmen mit dem Patienten zumindest nachträglich zu besprechen, oder es gibt Modelle der 1:1 Betreuung, mit der (physische) Zwangsmaßnahmen drastisch reduziert werden, u.v.m.

Es werden viele Gründe und Erklärungen für die großen regionalen Unterschiede vorgebracht, wie etwa unterschiedliche Versorgungsgebiete, andere Organisationsstrukturen, architektonische Unterschiede, politische Vorgaben, Interessen des Personals, finanzielle Ressourcen, fehlendes Personal, „Tradition“, ungeklärte Verantwortlichkeiten, (fehlende) ambulante Versorgung, u.v.m.

Das Maß für Entscheidungen zum Zwang in der Psychiatrie ist nicht der erkrankte Mensch in einer Ausnahmesituation.

Ich will glauben, dass die Leiter und Mitarbeiter aller psychiatrischen Abteilungen bemüht sind gut zu arbeiten, aber die großen regionalen Unterschiede machen deutlich: Das Maß für Entscheidungen zum Zwang in der Psychiatrie ist nicht der erkrankte Mensch in einer Ausnahmesituation. Das selbe (gefährliche) Verhalten führt in unterschiedlichen Einrichtungen zu unterschiedlichen Konsequenzen. Diese Konsequenzen, sei es vermehrter Zwang, oder das Ignorieren der Gefährdung, kann oft zu Traumatisierungen von Patienten und Angehörigen führen.

In der psychiatrischen Behandlung nimmt die Bedeutung traumatischer Erlebnisse im Leben der Patienten einen hohen Stellenwert ein. Leider verschwinden für viele Behandler allzu oft die traumatischen Erlebnisse der Betroffenen im Rahmen von Zwang in der Psychiatrie (auch wenn er „nur“ bei Mitpatienten beobachtet wird) hinter dem „blinden Fleck“, den einseitige Ausbildung und lange Berufstätigkeit verursachen können.

Gewalt und Zwang im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und psychiatrischer Behandlung ist ein schwieriges und komplexes Thema. Es geht darum, sowohl die Gefahr für Leib und Leben, als auch die Anwendung von Zwang zu minimieren. Dafür gibt es keine fertigen Lösungen, und es muss der Gesellschaft und der Politik etwas wert sein (auch finanziell), diesem Ziel näher zu kommen. Es gilt positive Erfahrungen mit dem Umgang mit Gewalt und Zwang in der Psychiatrie zu sammeln, aus negativen Beispielen zu lernen und (um den blinden Fleck auszugleichen) mit Betroffenen und Angehörigen Konzepte zu entwickeln, in denen der Mensch im Mittelpunkt steht.



Foto: HPE Österreich

MAG. EDWIN LADINSNER
Geschäftsführer HPE Österreich
edwin.ladinsner@hpe.at