

Hilfe wider Willen

Psychische Erkrankungen können, wie andere Erkrankungen auch, sehr schwere, lebensbedrohliche, ja tödliche Erkrankungen sein. So wie z.B. ein Gefäßverschluss zu einem Herzinfarkt oder Schlaganfall führen und so das Leben bedrohen kann, so ist es möglich, dass eine psychische Erkrankung jemanden außer Stande setzt, eine Gefahr realistisch einzuschätzen und so eine Gefährdung der eigenen Gesundheit oder der Gesundheit anderer darstellen kann. In beiden Fällen ist es die Pflicht des Gesundheitssystems und der darin tätigen Menschen, sich für die Gesunderhaltung des Menschen einzusetzen.

Die allermeisten Menschen mit einem Herzinfarkt sind froh, wenn der Notarzt kommt, sie ins Krankenhaus bringt und die Kardiologin auf der Intensivstation alle möglichen Interventionen vornimmt, um ihr Leben zu retten. Anders erleben viele Menschen mit einer bedrohlichen psychischen Erkrankung Behandlungsangebote als zusätzliche Belastung oder nehmen sie sogar als Gefahr wahr – und lehnen sie ab. Das ist zwar nachvollziehbar, aber wenn jemand, sinnbildlich gesprochen, mit verbundenen Augen auf einen Abgrund zuläuft, ist es unmenschlich ihn nicht zu warnen oder daran zu hindern – unmenschlich für den Laufenden, aber auch für den, der dabei ist.

Das Unterbringungsgesetz bietet seit 27 Jahren einen gesetzlichen Rahmen, der das Helfen gegen den Willen des Erkrankten im Austausch gegen strenge Kontrollen ermöglicht. Die Auslegung und Umsetzung dieses Gesetzes ist abhängig von den handelnden Personen, den vorhandenen Ressourcen und dem aktuellen Stand (State of the Art) der Behandlung. Davon ist auch abhängig, ob und wie sehr Hilfe gegen den Willen des Betroffenen als Gewalt erlebt oder nachträglich gesehen wird.

Es ist wichtig, dass die handelnden Personen den Menschen mit einer akuten psychischen Erkrankung sehen, und nicht einen Schizophrenen, einen Psycho oder Gewalttäter, also einen Menschen, der Hilfe braucht, der jemanden braucht, der Verantwortung übernimmt.

Der Ressourcenmangel in der Psychiatrischen Versorgung beginnt beim Notfall: Wenn der Herzinfarkt-Patient nicht selbst ins Krankenhaus kommen kann, kommt ein qualifizierter Notarzt mit zwei Notfallsanitätern und einem bestens ausgestatteten Notarztwagen. Ärztliche Untersuchungen und die Stabilisierung des Patienten werden vorgenommen und die Kollegen im Krankenhaus werden vorinformiert, bevor man auf kürzestem Weg ins Krankenhaus fährt.

Wenn ein psychiatrischer Patient nicht mehr selbst Hilfe aufsuchen kann, kommt ... die Polizei. Diese erfüllt ihre gesetzliche Aufgabe, oft auch mit viel menschlichem Verständnis, in den meisten Fällen sehr gut. In den letzten Jahren werden die Beschwerden der Angehörigen deutlich weniger und viele erzählen auch vom tollen Engagement der PolizistInnen für die PatientInnen. Aber professionelle medizinisch-therapeutische Hilfe wird erst angeboten, wenn der Patient (oft gegen seinen Willen) ins Krankenhaus gebracht wird. An dieser Stelle möchte ich mich bei allen engagierten MitarbeiterInnen der mobilen psychiatrischen 24-Stunden Not- und Kri-

sendienste in Wien und Kärnten bedanken, aber bezogen auf das Bundesgebiet und die große Anzahl an Unterbringungen können diese Angebote nur als kleine „Leuchtturmprojekte“ gelten. Wie der Herzinfarktpatient sollte auch der psychiatrische Notfallpatient bei Bedarf von psychiatrischem Fachpersonal ins Krankenhaus begleitet werden – denn die Behandlung, ja sogar die langfristige ambulante Betreuung beginnt am Ort des Geschehens. Dadurch wird es vielleicht nicht weniger Unterbringungen geben, aber die Unterbringung wird das, was sie sein soll: Teil der Akutbehandlung.

Um dem Ziel der Vermeidung von (u.U. traumatisierender) Gewalt entsprechen zu können, sind die stationären Einrichtungen auf die zwingend erforderlichen Ressourcen angewiesen – ausreichend und intensiv geschultes Personal, adäquate Räumlichkeiten und intensive Zusammenarbeit mit der Nachbetreuung. Dass diese Ressourcen nicht überall gegeben sind, liegt nicht nur an mangelndem Geld, sondern auch am persönlichen Engagement der politisch, aber auch fachlich zuständigen Personen.

Auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben ein Recht darauf, nach dem aktuellen Stand der medizinisch / therapeutischen Wissenschaft behandelt zu werden – natürlich auch in der Notfallbehandlung. Dass psychiatrische Notdienste aufsuchend sein müssen, um den nötigen Erfolg (minimaler Zwang, maximale Unterstützung) erzielen zu können, ist in vielen Leitlinien und bei Fachdiskussionen meist unbestritten, aber viel zu oft fallen mobile Notdienste noch in die Kategorie „nice to have“ (wäre nett wenn wir es hätten).

Aber Zwang ist nicht nett, und es wäre nicht einfach nur nett, wenn wir Zwang minimieren könnten, sondern wir sind es schwer erkrankten Menschen schuldig, gerade im Zwangskontext alles zu unternehmen, um der Verantwortung, die wir mit dem Zwang übernehmen, nachkommen zu können. Zwang zu vermeiden, indem man Verantwortung nicht übernimmt, sondern sie (ohne Unterstützung, zu lange) beim schwer erkrankten Patienten lässt, ist keine Lösung.

Viele Betroffene teilen ihre Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen mit ihren Angehörigen, oder auch mit den daran interessierten MitarbeiterInnen im Krankenhaus, erzählen wie sie den Zwang erlebt haben (negativ, aber auch positiv) und was sie gerne anders gehabt hätten – diese Erfahrungen müssen künftig fixer Bestandteil der Ausbildung im Team und der Planung entsprechender Konzepte sein.

Hinweis: In einer der nächsten Ausgaben wird es erfreulicher Weise einen großen Beitrag der Betroffenen zu diesem Thema geben.



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