

Matthias B. Lauer

Zwischen Menschenwürde und „Alternativlosigkeit“

Körpernahe freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Psychiatrie im Focus der PatientInnenrechte

Seit 1991 regelt das „Unterbringungsgesetz“ (UbG) den Aufenthalt von Patientinnen und Patienten in stationären psychiatrischen Einrichtungen in Österreich. Nach Absicht des Gesetzgebers sollten nach Inkrafttreten des Gesetzes Einschränkungen der persönlichen Freiheit von Patientinnen und Patienten nur noch als letztes Mittel angewandt werden. Das UbG war in Folge jenes gesellschaftlichen Aufbruchs zu Stande gekommen, der eine umfassende Rechtsreform unter dem Leitbild der Erweiterung persönlicher Freiräume und demokratischer Möglichkeiten anstrebte. Die bisher nach außen hin abgeschlossene und nach innen hin viele Menschen zum Teil lebenslang wegschließende stationäre Psychiatrie wurde durch vielfältige Bemühungen in dieser Zeit – auch von VertreterInnen der Psychiatrie selbst – zunehmend in Frage gestellt und aufgebrochen.

Die Grundintention des UbG ist § 1 Abs. 1 zu entnehmen: Das UbG dient dem besonderen Schutz der Persönlichkeitsrechte „psychisch Kranker“ und verpflichtet alle Akteurinnen und Akteure in der Psychiatrie, die Menschenwürde der Patientinnen und Patienten unter allen Umständen zu achten und zu wahren.

Schon in der frühen Auseinandersetzung mit der „geschlossenen“ Psychiatrie kam unter dem Maßstab der Wahrung der Menschenwürde eine Praxis in der Psychiatrie besonders kritisch in den Blick: die Vornahme körpernaher, mechanischer Beschränkungen der Bewegungsfreiheit, also die Einschränkung von Patientinnen und Patienten durch Fixierungen mittels Hand-, Fuß- und Bauchgurten, durch an der Sitzgelegenheit angebrachte Vorstecktische und durch Verbringen

in Betten mit Seitengittern oder in Netzbetten. Für körpernahe Beschränkungen legt § 33 nun die Kriterien fest, unter denen diese – wie gesagt als letztes Mittel – künftig rechtmäßig angewendet werden dürfen. Beschränkungen dieser Art sind demnach nur dann zulässig, wenn sie zur Abwehr einer Gefahr dienen, die ernstlich und erheblich ist; das heißt, wenn die Situation einer unmittelbaren schweren Gefährdung für Leib und Leben gleichkommt und in höchster zeitlicher Nähe zu einer psychotischen oder psychosewertigen psychischen Störung steht. Überdies sind sie nur dann zulässig, wenn sie zugleich „unerlässlich“ zur ärztlichen Behandlung und Betreuung sind und sich diesbezüglich als verhältnismäßig erweisen. Weiters müssen die Maßnahmen ärztlich angeordnet, begründet, dokumentiert und der Patientenadvokatur gemeldet werden. Das UbG legt somit strenge Maßstäbe fest, unter welchen freiheitsbeschränkende Maßnahmen als rechtmäßig angesehen werden können. Die Grundhaltung des UbG ist es, rechtliche und faktische Verhältnisse zu schaffen, in denen körpernahe Beschränkungen soweit als möglich vermieden werden. „Unerlässlichkeit“ und „Verhältnismäßigkeit“ bedeuten in diesem Zusammenhang: es darf immer nur das Mittel angewandt werden, das im Hinblick auf die persönliche und körperliche Integrität und das Wohlbefinden einer Patientin bzw. eines Patienten das „gelindeste“ ist. Gibt es folglich an Stelle der körpernahen Beschränkungen „gelindere“ Mittel zur Sicherstellung der Gefahrenabwehr sowie der Behandlung und Betreuung (die wiederum jedenfalls der Gefahrenabwehr dienen muss), so dürfen Fixierungen und Ähnliches nicht mehr angewandt werden. Dies ist der für das Unterbringungsgesetz zentrale Grundsatz der „Subsidiarität“.

Darüber hinaus darf nach dem UbG eine körpernahe Beschränkung nur dann gesetzt werden, wenn sie sich tatsächlich gegen eine unmittelbare schwere Gefährdung der PatientInnen richtet – nicht etwa, um dieselben zu disziplinieren oder die Pflege zu erleichtern. Aber auch dann dürfen körpernahe Beschränkungen nur angewandt werden, wenn sie das „gelindeste“ Mittel sind. Ein Mittel ist dann das „gelindeste“, wenn mögliche Alternativen vorher „begründet“ ausgeschlossen wurden. Mögliche Alternativen, die momentan nicht zur Verfügung stehen, müssen nun aber, wie der Oberste Gerichtshof in seiner Entscheidung AZ 2 Ob 2100/96 festgestellt hat, geschaffen werden, um die „gelinderen“ Mittel realisieren zu können. Und die Schaffung möglicher Alternativen dürfe dabei nicht an mangelhaften Aufwendungen des Krankenhauses bzw. des Krankenhausträgers scheitern – eine gerade in Zeiten der Diskussion um „zielgenauere“ Ressour-

cenplanung und „entbehrliche“ finanzielle und personelle Ausstattungsmittel im Gesundheitsbereich weitreichende Aussage.

Besonders Beschränkungen mit Gurten sind in der wissenschaftlichen Literatur für beträchtliche negative Folgen bekannt. Psychische Beeinträchtigungen wie Verhaltensauffälligkeiten nehmen unter Fixierungen demnach in der Regel ebenso zu wie ernsthafte, sturzbedingte Verletzungen. Mögliche weitere somatische Folgen von Fixierungen, die in der Literatur häufig genannt werden, sind Stress, Thrombosen, Embolien, Quetschungen, Nervenverletzungen, Ischämien, sogar Strangulationen und plötzlicher Herztod. Wie die österreichische Gerichtsmedizinerin Andrea Berzlanovich in ihrem Beitrag „*Todesfälle durch mechanische Fixierungen*“ auf einem Symposium in Berlin zur Reduzierung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Oktober 2009 vorgestellt hat, ergab eine langfristige rechtsmedizinische Münchner Untersuchung von Sterbefällen von Personen, die zum Zeitpunkt des Todes durch Gurtsysteme beschränkt waren, dass bei 32 der 37 Verstorbenen die Fixierung unmittelbar für den Todeseintritt verantwortlich war. Es ist evident, dass ein Mittel, das derartige Folgen haben kann, umso mehr dahingehend hinterfragt werden muss, ob es mit der Menschenwürde vereinbar sein kann.

Überblickt man die bloße Anzahl von Fixierungen und Gittersicherungen in der Tiroler stationären Psychiatrie, so fällt auf, dass besonders eine Gruppe von Patientinnen und Patienten in erheblichem Maße diesen unterliegen: es sind dies Patientinnen und Patienten in höherem Lebensalter, solche mit der Diagnose Demenz und solche an gerontopsychiatrischen Stationen. So unterlagen an den psychiatrischen Akutstationen des Psychiatrischen Krankenhauses Hall in Tirol 2008 23 Prozent der nach dem UbG untergebrachten Patientinnen und Patienten zusätzlichen Freiheitsbeschränkungen, an den gerontopsychiatrischen Stationen sogar 65,6 Prozent. Für 2009 zeigt die Statistik der Patientenanwaltschaft zwar an den Akutstationen einen Rückgang des Anteils auf fast 19 Prozent, an den gerontopsychiatrischen Stationen hingegen einen beträchtlichen Anstieg auf 74,6 Prozent.

Häufig werden mechanische Bewegungsbeschränkungen bei älteren dementen Patientinnen und Patienten damit begründet, dass eine Sturzgefahr nicht anders gemindert werden könne. Wie die Pflegewissenschaftlerin Doris Bredtauer 2009 in ihrer Präsentation zum Abschluss-symposium des zur Reduzierung von Fixierungen dienenden Projekts „*ReduFix*“ darstellte, gibt es aber keine einzige Studie

weltweit, die Fixierungen bei Sturzgefährdung einen positiven Effekt bescheinigt. Im Gegenteil: Nach Erhebungen der Grazer Arbeitsgruppe um Daniela Bachner (Bachner 2009), die 2009 eine erste wissenschaftlich evidenzbasierte Leitlinie zur Sturzprophylaxe bei älteren und alten Menschen im Krankenhaus erarbeitete, ist es mittlerweile eine in höchstem Maße wissenschaftlich belegte Aussage, dass Fixierungen kein geeignetes Mittel sind, Stürzen vorzubeugen. Empfohlen werden dagegen Instrumentarien zur Abklärung der Ursachen solcher Stürze, die Reduzierung sedierender Medikation, bessere und sichere bauliche Gegebenheiten und hilfreiche technische Behelfe wie Niederflurbetten und Hüftprotektoren. Daneben zeigen Erfahrungen mit neueren Pflege- und Kommunikationsmodellen, dass es durch eine veränderte Betreuungspraxis und ein verstärktes Verstehen und Eingehen auf PatientInneninteressen durchgehend möglich ist, gerade bei demenziell beeinträchtigten Patientinnen und Patienten freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu minimieren. Solche Modelle und Instrumente sind etwa das „Psychobiografische Konzept“ nach Erwin Böhm, die „Validation“ nach Naomi Feil oder die „Integrative Validation“ nach Nicole Richard, Mobilitäts- und Realitätsorientierungstrainings für Patientinnen und Patienten sowie Deeskalationstrainings für das Personal.

Letztlich zeigten diese Erfahrungen auch, dass das Vermeiden von mechanischen Fixierungen und Sicherungen wie dem Bettseitengitter nicht zu einer Zunahme von Verletzungen durch Stürze führten, selbst wenn darauf verzichtet wurde, die Patientinnen und Patienten medikamentös „ruhigzustellen“. So erreichte das Projekt „Heiminterne Tagesbetreuung“ (HIT) in München nach Angaben der wissenschaftlichen Begleitstudie von Wolfgang Gmür (Gmür 2005) eine Reduktion von Beschränkungen während der Betreuungszeiten um nahezu 63 Prozent und gleichzeitig eine Reduktion der Psychopharmaka um fast 58 Prozent. Und dies bei einer PatientInnenklientel, die aus psychiatrischer Sicht zu ca. 30 Prozent von schwerer Demenz, zu 16,4 Prozent von Depression, zu 6,6 Prozent von hirnorganischem Psychosyndrom und zu 1,7 Prozent von Psychosen betroffen war. Die Klientel unterscheidet sich also nicht wesentlich von jener, die auf gerontopsychiatrischen Stationen der stationären Psychiatrie anzutreffen ist. Auch im internationalen Vergleich ist es, wie im „Qualitätsniveau I Mobilität und Sicherheit“ von der „Deutschen Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen“ (BUKO-QS) zugrunde gelegt ist, seit den 1990er Jahren feststehende Erkenntnis, dass sich durch spezielle Programme Fixierungen reduzieren lassen, ohne dass es zu vermehrten Verletzungen kommt.

In der Frage der Verhältnismäßigkeit, die es überhaupt erst möglich machen würde, freiheitsbeschränkende Maßnahmen rechtmäßig zu vollziehen, steht oft genug das Problem an, dass Fixierungen von Ärzten, die sie anordnen, einfach deshalb als „notwendig“ empfunden werden, weil sie alternativlos seien. Unter den genannten wissenschaftlichen Evidenzen und Erfahrungen kann aber generell davon ausgegangen werden, dass es zahlreiche Alternativen zu körpernahen Beschränkungen gibt und diese daher zu vermeiden wären.

Mit dem Unterbringungsgesetz ist in Österreich die Patientenanwaltschaft geschaffen worden, deren Aufgabe es ist, die Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie bei der Wahrnehmung ihrer Rechte zu unterstützen und ihre Position zu stärken. Patientinnen und Patienten, die in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkt werden, werden von PatientenanwältInnen gegenüber dem Krankenhaus und gegenüber dem Gericht vertreten. Über die Einzelfallvertretung hinaus ist es dabei das Anliegen der Patientenanwaltschaft, auf bestehende Probleme des Umgangs mit der Freiheit und der Würde von Patientinnen und Patienten und möglichen Alternativen zu Freiheitsbeschränkungen hinzuweisen. Durch intensive Betreuung und Beschäftigung mit den PatientInnen – wenn nötig 1:1 – sollen nach Auffassung der Patientenanwaltschaft Beschränkungen vermieden werden. 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.

Um die Minimierung freiheitsbeschränkender Maßnahmen zu erreichen, braucht es vor allem eines: mehr Ressourcen, d.h. mehr Personal, bessere Qualifikationen, mehr Zeit und mehr Mittel. Der oben genannte Subsidiaritätsgrundsatz des UbG bedeutet positiv, dass stationäre Einrichtungen der Psychiatrie dazu angehalten sind, ausreichende Ressourcen zur Verfügung zu stellen bzw. zu beschaffen, die es erlauben, möglichst auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Allgemeinen und körpernahe Beschränkungen im Besonderen zu verzichten. Letztlich ist damit die entscheidende Frage, ob sie nämlich weiterhin Verhältnisse dulden wollen, in denen trotz möglicher gelinderer Alternativen in die persönliche Integrität von Menschen eingegriffen wird, nicht nur an die unmittelbar in der stationären Psychiatrie Tätigen, sondern auch an die finanziellen Träger solcher Einrichtungen und die politisch Verantwortlichen zu richten.