

Lang



Innovative Psychiatrie mit offenen Türen

Deeskalation und Partizipation
in der Akutpsychiatrie

 Springer

Innovative Psychiatrie mit offenen Türen

Undine Lang

Innovative Psychiatrie mit offenen Türen

**Deeskalation und Partizipation
in der Akutpsychiatrie**

Mit 25 Abbildungen

 **Springer**

Prof. Dr. Undine Lang

Erwachsenenpsychiatrie

Universitäre Psychiatrische Kliniken

Basel, Schweiz

ISBN-13 978-3-642-32029-3

ISBN 978-3-642-32030-9 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-642-32030-9

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Medizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg

Projektmanagement: Dr. Astrid Horlacher, Heidelberg

Lektorat: Dr. Marion Sonnenmoser, Stuttgart

Projektkoordination: Eva Schoeler, Heidelberg

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © Thinkstock

Satz: TypoStudio Tobias Schaedla, Heidelberg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

*Dieses Buch ist allen gewidmet,
die sich für ihre Patienten einsetzen.*

Geleitwort

Türen haben in der Psychiatrie eine symbolische und eine praktische Bedeutung. Zur Symbolik zeigte mir kürzlich ein Mensch, der selbst zuvor an einer Depression erkrankt war, den Beginn bzw. Vorspann verschiedener Filme durchaus seriöser Fernsehsender (ARD, ZDF, ARTE) zu psychiatrischen Kliniken. In allen fünf Einleitungssequenzen bewegte sich die Kamera auf eine Kliniktür zu, die nach Durchlass ins Schloss fiel, während die Musik lauter wurde. Verbunden mit der öffentlichen Angst vor der Anstalt sind ganz irrational hohe Erwartungen, wie lange im Schnitt ein solcher psychiatrischer Aufenthalt dauert. Kaum jemand, der noch nicht mit psychiatrischen Kliniken in Verbindung gekommen ist, weiß, dass durchschnittliche Liegezeiten heute bei drei Wochen und nicht bei drei Monaten, schon gar nicht im Verlauf von Jahren liegen. Jenseits der symbolischen Bedeutung hat das Öffnen oder Schließen der Stationstüren aber auch ganz praktische Konsequenzen. Die geschlossene Tür schafft einen abgesonderten Raum, in dem die üblichen Verhaltenserwartungen nur noch begrenzt gelten. Selbst wenn die Mehrzahl der Patienten einer Station freien Ausgang hat, können sie die Station nicht mehr verlassen, ohne Schwestern und Pfleger oder andere Mitarbeiter um das Öffnen der Tür zu bitten. Typischerweise eskaliert es, sobald die Tür hinter zwangseingewiesenen Patienten ins Schloss fällt: Genau in dem Augenblick fällt vielen Betroffenen ein, dass ihre Haustiere nicht versorgt sind, dass sie keine frische Wäsche bei sich haben, dass dringende Rechnungen zu begleichen oder Menschen zu kontaktieren sind, die man nicht einfach anrufen kann. Selbst wenn man auf das offenste, empathischste und kommunikationsfreudigste Team trifft, besteht die unmittelbare Angst, seiner Rechte beraubt zu werden und seine Freiheit zu verlieren. Damit sinken aber auch die Hemmschwellen, selbst aggressiv zu reagieren. Auch in sozial benachteiligten Stadtteilen, in denen die Betroffenen oft nur unzureichende soziale Unterstützung im Alltagsleben erfahren, ist auf den Akutstationen meist nur ein kleiner Teil der Patienten zwangseingewiesen, und die Schließung der Stationstür erfolgt oft nur für sehr wenige Patienten, ihre Konsequenzen betreffen aber alle Menschen, die sich auf einer solchen Station aufhalten, Patienten wie Mitarbeiter.

Undine Lang beschreibt in ihrem Buch dieses »Dilemma der Akutstation«, diskutiert die therapeutischen Fähigkeiten und Vorgehensweisen, die zur Öffnung der Akutstationen erforderlich sind und widmet sich insbesondere den spezifischen therapeutischen Herausforderungen zur Verbesserung der Behandlungsqualität und der Aktivitäten, die von Mitarbeitern und für Mitarbeiter notwendig sind. Schließlich diskutiert sie konkrete Vorgehensweisen zur Reduktion von Gewalt und diskutiert die generelle Bedeutung für die Zukunft der Psychiatrie. Undine Lang hat wie keine Zweite zur Öffnung der Akutstationen in der Charité und damit in einem Krankenhaus beigetragen, das die Bevölkerung der verhärteten Berliner Innenstadt versorgt. Sie kann aus erster Hand beschreiben, wie sich das therapeutische Klima auf Station verändert, wenn zur Öffnung der Stationstüren tatsächlich mit allen Patienten ein Kompromiss gefunden werden muss, der trotz Zwangseinweisung, akuter Verzweiflung oder Wut der Patienten Perspektiven eröffnet, die die Betroffenen soweit zu schätzen wissen, dass sie die Hilfsmöglichkeiten des Krankenhauses nutzen und der zwangsweisen Unterbringung nicht mehr bedürfen. Mit der Öffnung des Sonderraums entfallen viele Formen institutioneller Gewalt, viele Zwänge und vermeintlich unveränderliche Abläufe. Die Gestaltung einer solchen auf die individuelle Person zentrierten Ausrichtung der Behandlung bedarf aber hinreichenden Personals, sowohl was die Zahl wie deren Ausbildung angeht. Der sich in der Gegenwart fortsetzende Trend, die Psychiatriepersonalverordnung, die eine Mindestzahl

befähigter Mitarbeiter entsprechend der Schwere der behandelten Patienten in der Bundesrepublik Deutschland vorschreibt, auszuhöhlen, unterminiert die Fähigkeit vieler Einrichtungen, einen solchen, auf die Betroffenen zentrierten therapeutischen Ansatz auszubilden oder aufrecht zu erhalten. Für besonders schwer kranke Menschen ist die persönliche Betreuung unabdingbar. Humanität gibt es nicht zum Nulltarif, und die zunehmende Ökonomisierung der Krankenhäuser geht auf Kosten der Ärmsten der Armen, der sozial Schwachen und der gegen ihren Willen eingewiesenen Patienten. Auch hierzu hat sich Undine Lang in ihren Publikationen klar geäußert. Es bleibt zu hoffen, dass ihr Buch dazu beiträgt, die hierfür notwendigen Auseinandersetzungen weiter zu befördern und dazu beizutragen, dass psychisch Kranke dieselben Rechte und denselben Respekt im Umgang erleben wie Menschen, die an anderen Krankheiten leiden.

Berlin, Juli 2012

Prof. Dr. Andreas Heinz

Klinikdirektor

Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin Berlin

Geleitwort

Mein Referat über Gewalt in der Psychiatrie aus der Sicht einer Erfahrenen hat zur freundschaftlichen Begegnung und zum Wunsch von Undine Lang geführt, ein Vorwort zu ihrem Buch zu schreiben.

Ein Buch, das auf jahrelanger Erfahrung mit offenen Türen basiert. Es gab kaum noch Zwangsmaßnahmen, jeder Patient hatte Ausgang, die meisten verblieben freiwillig in Behandlung, und das Milieu der Station war trotz vieler Zwangseinweisungen wie ausgewechselt.

Mit großem Verständnis und klarer Analyse für die Situation von in der Psychiatrie Tätiger beginnt das Buch. Schwierig ist die Doppelaufgabe, den Patienten zu helfen und gleichzeitig den Erwartungen der Gesellschaft zu entsprechen. Patienten, die unter Androhung von Gewalt in die Klinik kommen, müssen Freundlichkeit und Zuwendung erfahren, damit diese freiwillig bleiben und wiederkommen, wenn sie Hilfe brauchen.

Welchen Prozess muss ein Team durchlaufen, um die Identität der Helfenden zu bekommen? Wo liegen die Ursachen von Gewaltverhalten bei Patienten? Wie wird Behandlungsnormalität als Gewaltprophylaxe auf Akutstationen hergestellt? Diese und viele weitere Fragen werden, mit zahlreichen Fachliteraturangaben untermauert, behandelt. Immer wieder zeigen Fallbeispiele, wie das Beschriebene in der Praxis aussieht.

Im Kapitel »Therapeutische Skills zur Veränderung der Rahmenbedingungen« zeigt Undine Lang die Situation und Gefühlslage von Patienten genauso fundiert und präzise auf wie die des Fachpersonals zu Beginn des Buches.

Oh ja, für mich wäre das, was Frau Lang beschreibt, 1978, als ich mit 20 Jahren in akut psychotischem Zustand in eine von zuhause mehr als 80 km weit entfernte Klinik gebracht wurde, Gold wert gewesen. Die Normalisierung, Entspannung, Sicherheit und Ruhe bei der Pflege ist Balsam für die Psyche. Auch 2008 wäre ich sehr glücklich gewesen, hätte man mich in meiner akuten Psychose in der Klinik ankommen lassen, ohne mich sofort mit Medikamenten zu bedrängen. Was Frau Lang in ihrem Buch schreibt, bestärkt und bestätigt mich in meinen Empfindungen und Vermutungen, die ich während meinen Klinikaufhalten hatte. Ärzte und Pflorgeteam wissen nicht, was eine Psychoseerfahrung tatsächlich ist. Genau das hatte ich aber erwartet und dringend benötigt. Mit einer Psychotherapie auf der Akutstation hätte ich für das Verständnis und Selbstverständnis, was Psychose ist, Unterstützung erhalten.

Im Psychoseseminar begegnete ich anderen psychoseerfahrenen Menschen, die vergleichbare Erlebnisse hatten. Diesen Frühling erzählte eine Frau, wie sehr erschöpft sie in der Klinik ankam. Sie erhielt Medikamente, die sie zusätzlich ermüdeten. Sie legte sich hin. Als sie erwachte, waren mehrere Stunden verflossen. Eine Gesprächsrunde, an der alle teilzunehmen hatten, war vorbei. Sie wurde dafür gerügt, weil sie nicht teilnahm. Dass sie in dieser Zeit geschlafen hatte, wurde nicht akzeptiert. Ihre Empörung über so viel Unverständnis bei den Pflegenden war groß. Demütigung, Zurechtweisung und erzieherische Maßnahmen sind weit verbreitete übliche Umgangsformen mit Menschen, die durch ihre Erkrankung Ausnahmestände erfahren haben.

Offene Türen bringen Selbstverständlichkeit zum Ausdruck, die aus langer Tradition in der Psychiatrie nie da war. Beispielsweise erzeugt Gewalt Gegengewalt. Geschlossene Türen sind eine Gewaltanwendung, die im Gegensatz zu Hilfe und Unterstützung steht. Gewaltsame Behandlung ist nicht heilsam. Dieses Buch soll mithelfen, offene Türen in Basel und überall, wo dies angestrebt wird, umzusetzen.

Basel, Juli 2012

Monika Zaugg (Psychosebetroffene) und Diana Barth (Angehörige)

Danksagung

Prof. Andreas Heinz (Direktor der psychiatrischen Klinik der Charité am Campus Mitte, Berlin) möchte ich zuallererst danken, dass er mich auf die Idee gebracht hat, die Türen seiner Akutstation zu öffnen, und für seine liberale Haltung, mit der er den Grundstein gelegt hat für meine klinische Entwicklung.

Prof. Erdmann Fähndrich (ehemals Chefarzt der psychiatrischen Klinik des Klinikums Neukölln in Berlin) möchte ich danken, da er mir ganz zu Beginn meiner »Türöffnung« viele hilfreiche Tipps gegeben hat. Er hat viele meiner Ideen geprägt und eine Politik der offenen Tür in einem Berliner Problembezirk selbst über Jahre praktiziert.

Prof. Hanfried Helmchen (ehemals Direktor der psychiatrischen Klinik der Charité am Campus Benjamin Franklin, Berlin) möchte ich danken, weil er mich in seinen Chefvisiten sehr geprägt hat, durch seine charismatische, humanitäre Art und seine respektvolle Haltung, Patienten, deren Anliegen und deren Angehörigen gegenüber.

Ich möchte Prof. Jürgen Gallinat (Chefarzt der psychiatrischen Klinik am St. Hedwigsklinikum, Charité Campus Mitte, Berlin), Frau Dr. Ingrid Munk (Chefarztin der psychiatrischen Klinik des Klinikums Neukölln in Berlin) und Prof. Karl Beine (Chefarzt der Psychiatrischen Klinik am Marienhospital II in Hamm und Psychiater an der Universität Witten/Herdecke) für viele befruchtende Diskussionen danken und für den gemeinsamen Enthusiasmus, der zu einigen Projekten geführt hat.

Prof. Werner Felber (ehemals kommissarischer Direktor der psychiatrischen Klinik der technischen Universität Dresden) möchte ich danken, dass er mir in seiner Klinik eine sehr entspannte Haltung zur Suizidalität vermittelt hat. In dieser Klinik gab es über Jahrzehnte keine Suizide, obwohl die Region Sachsen eine sehr hohe Suizidalität aufweist.

Den Assistenzärzten Florian Wertenaier (ehemals Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik der Charité am Campus Mitte Berlin), Gerd Willmund (ehemals Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik der Charité am Campus Mitte Berlin), Heinrich Rau (ehemals Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik der Charité am Campus Mitte Berlin), Ines Häke (Assistenzärztin der psychiatrischen Klinik der Charité am Campus Mitte Berlin), Stephan Köhler (Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik der Charité am Campus Mitte Berlin) und Angelika Mannsfeld (ehemals Assistenzärztin der psychiatrischen Klinik der Charité am Campus Mitte Berlin) möchte ich danken, dass sie meine manchmal mutigen Entschlüsse immer mitgetragen haben, auch wenn es teilweise Nerven kostete.

Den Pflegekräften Guido Meyer, Stefan Steiniger und Rene Mann (Pflegeteam der psychiatrischen Klinik der Charité am Campus Mitte Berlin) möchte ich besonders für ihre große Offenheit danken und dafür, dass Neues für sie immer machbar war. Ich möchte insbesondere dem gesamten Pflegeteam der Station 155 (Akutstation der psychiatrischen Klinik der Charité am Campus Mitte Berlin) danken für die schöne Zeit, die wir zusammen hatten und dafür, dass ausnahmslos alle Teammitglieder innovativ und flexibel waren und in schwierigsten Situationen die wertschätzende Versorgung der Patienten das Wichtigste war und nicht die Befindlichkeiten des Teams.

Undine Lang
Basel, Dezember 2012

Inhaltsverzeichnis

1	Sicherheit und Therapie: das Dilemma der Akutstation	1	2.21	Empathisches Zuhören	58
1.1	Einführung	2	2.22	Implementierung von Psychotherapie im Akutbereich	61
1.2	Stigmatisierung von psychiatrischen Akutpatienten	3	2.23	Ressourcenaktivierung	61
1.3	Rationale für eine offene Akutstation	8	2.23.1	Aufgabe	62
1.4	Ursachen von Gewaltverhalten bei Patienten	14	2.24	Problemaktualisierung	63
1.5	Rechtliche Aspekte	16	2.25	Aktive Hilfe zur Problembewältigung	65
2	Therapeutische Skills zur Veränderung der Rahmenbedingungen	17	2.26	Patientenfreundliche Kommunikation	66
2.1	Reduktion der »Struktur« auf Akutstationen	18	2.27	Ausgänge und Besuchszeiten liberal gestalten	66
2.2	Erkennen eigener Grenzen	20	2.28	Effektive, nebenwirkungsarme Behandlung	66
2.3	Deeskalation durch Vermeidung von Eskalation	23	2.29	Fallbeispiele zur Türöffnung in zwei psychiatrischen Abteilungen	71
2.4	Interventionen zur Gewaltreduktion	24	2.29.1	Vogtland-Klinikum Plauen (Waldmann 1997)	71
2.5	Haltung des Teams gegenüber Aggression	30	2.29.2	Psychiatrisches Krankenhaus (PKH) Marburg (Longinus 1997)	72
2.6	Zwangmaßnahmen reduzieren	34	3	Spezielle therapeutische Herausforderungen zur Verbesserung der Behandlungsqualität auf Akutstationen	75
2.6.1	Was sind Zwangmaßnahmen?	35	3.1	Depressive Patienten auf der offenen Akutstation	76
2.7	Reduktion von Entweichungen durch Reduktion von Unterbringungen	38	3.2	Behandlung von intoxikierten Patienten auf einer offenen Station	79
2.8	Paradoxe Haltung in der Akutbehandlung ..	40	3.3	Demente Patienten auf der offenen Akutstation	80
2.9	Entdramatisierung	41	3.4	Schizophrene Patienten auf der offenen Akutstation	82
2.9.1	Entdramatisierung der Eigengefährdung	42	3.5	Persönlichkeitsgestörte Patienten auf der offenen Akutstation	84
2.9.2	Entdramatisierung der Fremdgefährdung	42	3.6	Über den Umgang mit Suizidalität	86
2.10	Verantwortung an den Patienten abgeben	43	3.6.1	Screening von Menschen mit hohem Risiko	93
2.11	Toleranz von Fehlverhalten	44	3.7	Dokumentation von Suizidalität	94
2.12	Keine Konzentration von Akutpatienten	46	3.8	Akute Psychotherapie schizophrener Störungen	96
2.13	Einbezug der Wünsche von Angehörigen	46	4	Fragen der Personalführung	101
2.14	Statt Verbote: Angebote!	48	4.1	Regelmäßige Teamsupervisionen	102
2.15	Akzeptanz von Symptomen	49	4.2	Burnout als Risikofaktor in der Akutpsychiatrie	103
2.16	Schaffen von Normalität	50			
2.17	In der Regel haben Psychotiker: Angst!	50			
2.18	Adhärenz versus Compliance	52			
2.19	Adhärenztherapie	53			
2.20	Shared Decision Making	54			

XIV Inhaltsverzeichnis

4.3	Vorbeugung von Burnout beim psychiatrischen Team	106
4.4	Konkrete Skills zur Umsetzung offener Türen, Reduktion von Gewalt und Erhöhung der Patientenzufriedenheit ...	110
4.5	Ausblick	113
	Literatur	117
	Stichwortverzeichnis	133

Sicherheit und Therapie: das Dilemma der Akutstation

- 1.1 Einführung – 2
- 1.2 Stigmatisierung von psychiatrischen Akutpatienten – 3
- 1.3 Rationale für eine offene Akutstation – 8
- 1.4 Ursachen von Gewaltverhalten bei Patienten – 14
- 1.5 Rechtliche Aspekte – 16

1.1 Einführung


Die Psychiatrie hat ein Doppelmandat: Sie hat zwar einen therapeutischen Zweck, wirkt aber auch ordnungspolitisch. So spiegeln sich Probleme im Makrokosmos Gesellschaft im Mikrokosmos Psychiatrie. Teams auf Akutstationen erleben sich in einem Dilemma: Sie wollen Patienten unterstützen und ihnen helfen, werden aber gleichzeitig von ihren Patienten abgewiesen oder mit Erwartungen der Gesellschaft konfrontiert, die wiederum nicht immer den Anliegen ihrer Patienten entsprechen. Sie treten an als Therapeuten, deren zentrales Anliegen das Wohl des Patienten darstellt und finden sich wieder als Sicherheitspersonal, das für Ordnung und Ruhe sorgen muss. Zwangsbehandlung steht im Widerspruch zu Autonomie, die teilweise wiederum nur durch Zwangsbehandlung erreicht werden kann. Die Gratwanderung zwischen Empowerment und Laissez-Faire, gesetzliche und ökonomische Zwänge oder gar eine Instrumentalisierung der Psychiatrie durch einzelne Patienten konfrontieren Mitarbeiter auf akutpsychiatrischen Stationen immer wieder mit ihrer eigenen Hilflosigkeit. Fehlende wissenschaftliche Evidenzbasierung in der psychiatrischen Akutbehandlung führt zu Unsicherheit und dem Vorwurf der Willkür. Hohe Fluktuationen im Team und Burnout-Raten resultieren aus diesem Spannungsfeld der Akutpsychiatrie zwischen Gewalt und Hilfe, zu bewältigenden Risiken und Hilflosigkeit.

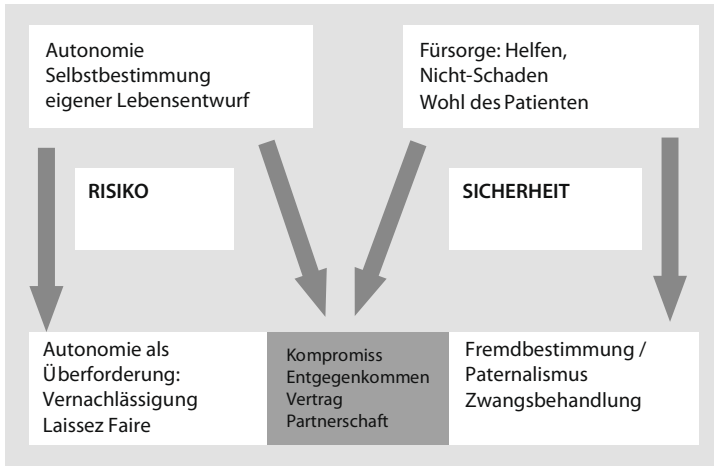
Offene Türen in der Akutpsychiatrie sind nicht der Beginn sondern das Ende eines Prozesses in einem Team, wenn es eine neue (und seine alte) Identität (wieder-)gefunden hat und die geschlossenen Türen durch Kontaktaufnahme ersetzt. Diese Identität beinhaltet in erster Linie eine Begegnung mit den Patienten auf Augenhöhe, Beziehungsaufnahme mit den Patienten, Implementation von Psychotherapie auch bei Akutpatienten, Partizipation, Einbezug von Angehörigen und Patienten in hohem Maß sowie die Entwicklung und stete Erarbeitung einer empathischen Grundhaltung. Shared Decision Making und Patientenverfügungen entlasten den Therapeuten von seiner Verantwortung und fördern die Entwicklung des Patienten. Das Ziel einer aufsuchenden Behandlung und Deeskalation sowie Einbezug der gesamten Familie kön-

nen als Grundbausteine dafür dienen, nachhaltige Lösungen für Patienten zu finden, die über einen vierwöchigen Unterbringungsstatus hinausgehen. Die Verständigung mit Patienten als Partner erzeugt echte Adhärenz und bewirkt eine Entlastung des Teams von Zwangsmaßnahmen, Übergriffen und disziplinierenden Sicherheitsmaßnahmen.

Dieses Buch sollte eine kleine Hilfe darstellen, die »Helferidentität« in der Akutpsychiatrie wiederzufinden und psychiatrische Teams dazu zu befähigen, dass die Patienten, die unter Androhung von Gewalt zu ihnen gekommen sind, Freundlichkeit und Zuwendung erfahren sowie freiwillig bleiben und freiwillig wiederkommen, wenn sie Hilfe brauchen.

Der soziologische Hintergrund von Stationsregeln ist vermutlich wesentlich komplexer als das oft vorgeschobene Argument der »Sicherheit« und »Therapie« (Becker 1963; Giddens 1989; Goffman 1961). Der historische und soziale Kontext psychiatrischer Akutstationen spielt hier eine wesentliche Rolle, vor deren Hintergrund das Team mit seinen »Stationsregeln« operiert (Bowers 1998; Ford et al. 1998; Taylor u. Taylor 1989; Thomas 1996).

Die eigene Identität wird in Institutionen durch Kontrollmechanismen zerstört, durch welche Patienten in soziale Kontexte gezwungen werden, wenn sie ins Krankenhaus eingewiesen werden (Goffman 1961). Gefühle von Demütigung, die durch Patienten ausgedrückt werden, passen in die Perspektive von Cohen (1971), der argumentiert, dass Gründe für Abweichungen innerhalb von Organisationen gefunden werden sollten und als eine verständliche Reaktion auf spezifische Umstände vorkommen (Cohen 1971). Nach Goffman (1961) besteht die Demütigung darin, dass persönlicher Besitz und Aktivitäten, die ein Gefühl der Meinhaftigkeit vermitteln, weggenommen werden oder nicht mehr erreichbar sind. Reaktionen der Patienten auf diesen Umstand werden eher als Zeichen der Krankheit interpretiert als im Kontext der Umgebung. In  Abb. 1.1 ist die Gratwanderung dargestellt, die zwischen der Patientenautonomie einerseits, dem individuellen Lebensentwurf, der nicht immer gesund ist, dem Recht auf gewisse Risiken (das jedem Menschen zusteht) und dem Schutz des hilflosen Patienten andererseits entsteht und nur in einem individuellen Kompromiss liegen kann.



■ **Abb. 1.1** Autonomie versus Fürsorge als Gratwanderung

Stationsregeln sind immer wieder aus dem sozialen Kontext gerissen und stellen Machtverhältnisse auf einer Station im Sinne der Ausgrenzung von psychiatrischen Patienten aus der Gesellschaft dar (Giddens 1989; Mead 1934). Ängste der Patienten könnten reduziert werden, wenn Regeln stärker in den therapeutischen Kontext gestellt werden. Häufig verwendet das Team Rügen und Tadel und ignoriert Wünsche der Patienten. Darüber hinaus scheinen »Eigen- und Fremdgefährdung« von Psychiatern kaum treffend eingeschätzt zu werden. De facto wird Eigen- und Fremdgefährdung oft überbewertet. Umgekehrt wurden bisher die aus Zwangsmaßnahmen folgenden potenziellen Traumatisierungen kaum untersucht, ihre Auswirkungen sind unbekannt. Dieses Problem könnte natürlich auch ein Resultat des bestehenden Doppelmandates der Psychiatrie sein. In keinem anderen medizinischen Fach werden »laute Nachbarn«, »aggressive Betrunkene«, »lästige Angehörige«, »hilflose Demenzkranke« und »pubertierende Rüpel« abgeschoben wie in die geschlossene Akutpsychiatrie.

1.2 Stigmatisierung von psychiatrischen Akutpatienten

In der Gesundheitsministerkonferenz 2007 wurde innovative Psychiatrie definiert als Bürgerrechtsbewegung, deren Selbstverständnis sich in einer

veränderten Realität im Psychiatriealltag spiegelt und auf Emanzipation und Partnerschaft zielt.

Trotz des Wunsches nach Emanzipation und Partnerschaft von Patienten sind die Eingangstüren von Stationen, wo eine psychiatrische Akutbehandlung erfolgt, häufig verschlossen, was für Eingangstüren, wo eine internistische, neurologische oder chirurgische Behandlung erfolgt, nicht der Fall ist. Auch für die »offenen« Allgemeinkrankenhäuser konnte man indes zeigen, dass ein großer Teil der Patienten weder kritik- noch einsichtsfähig ist, da bei bis zu 50 % der Patienten in Allgemeinkrankenhäusern in Querschnitterhebungen schwere hirnorganische Psychosyndrome, Delirien (7–52 %), Depressionen (bis zu 40 %) und Demenzen (ca. 42 %) gefunden werden können (Bucht et al. 2009; Sampson et al. 2009). In Querschnitterhebungen in Allgemeinkrankenhäusern weisen 23 % der Patienten ein moderates Suizidrisiko auf, und 5 % der Patienten sind als akut suizidal einzustufen (Ferreira et al. 2007).

Im Kontrast zu »psychiatrischen« Patienten gilt bei diesen »somatischen« Patienten allerdings nicht, dass sie bei »Eigengefährdung« zwangsweise behandelt werden. Ist ein Patient in einem Allgemeinkrankenhaus suizidal oder hilflos, delirant oder weglaufgefährdet, werden in der Regel Sitzwachen, d.h. eine 1:1-Betreuung implementiert, und nicht Türen geschlossen. Genauso werden auch Patientenentscheidungen bei somatische Krankheitsbildern in

der Regel akzeptiert: So erhalten Schlaganfallpatienten nicht zwangsweise Aspirin, Tumorpatienten bekommen nicht zwangsweise eine Chemotherapie, ein Diabetiker bekommt nicht zwangsweise Insulin, und auch alkoholabhängige Patienten werden in der Regel nicht zur Abstinenzsicherung eingesperrt. Hier könnte man sich fragen, ob Ärzte anderer Disziplinen ihre Sorgfaltspflicht verletzen, wenn sie Patienten, die ihr eigenes Leben bedrohen, nicht entmündigen. Denn kaum ein Schlaganfallpatient, kaum ein schwerer Diabetiker, kaum ein alkoholabhängiger Patient, kaum ein Chemotherapiepatient (insbesondere wenn er wie in 40 % der Fälle schwer depressiv ist) können ihre potenziell gefährliche Situation realistisch einschätzen. Tatsächlich scheinen jedoch andere medizinische Disziplinen ihre Patienten mündiger zu begreifen als die Psychiatrie. So findet man bei der medizinischen Literatursuche in Pubmed unter dem Begriffe »Shared Decision Making« (also der Zielvorgabe, den Patienten in eine Therapieentscheidung einzubeziehen) etwa zehnmal mal so viele Untersuchungen im Bereich der Onkologie wie im Bereich der Psychiatrie. Auch Aufklärungsreglements werden insbesondere in chirurgischen Fächern wesentlich präziser gehandhabt als in der Psychiatrie, wo beispielsweise über den »Off Label Use« von Medikamenten kaum informiert wird.

Aber nicht nur »somatische Patienten« gefährden sich in chronischer Weise selbst, auch in der Normalbevölkerung sind Eigen- und Fremdgefährdung wie Tiefseetauchen, Bergsteigen, Bungee-Jumpen, Rasen mit 200 km/h auf der Autobahn, Fallschirmspringen, Segelfliegen, familiäre Gewalt, Komasaufen etc. allgegenwärtige Beispiele für hochgradig eigen- und fremdgefährdende Aktivitäten, die in der Regel weder zu Entmündigung noch zu einer Unterbringung auf einer geschlossenen psychiatrischen Station führen. Ganze Berufs- und Interessensgruppen leben chronisch eigen- und fremdgefährdend, seien es Polizisten, Soldaten, Taxifahrer, Jäger, S-Bahnfahrer, Domppteure, Raucher, Prostituierte, Rennfahrer, Boxer, Skispringer, um nur einige Beispiele zu nennen.

Warum werden also im Speziellen psychiatrische Patienten, und hier insbesondere schizo-

phrene Patienten, so häufig und oft auch sehr niedrigschwellig eingesperrt, untergebracht und entmündigt?

Fallbeispiel

Eine schizophrene Patientin begibt sich aufgrund eines geschwollenen Beines in die Rettungsstelle. Dort wird aufgrund der psychiatrischen Auffälligkeit der Patientin entschieden, zuerst einen Psychiater zu holen. Da die Patientin mehrfach in der Psychiatrie traumatisiert wurde, will sie sich von dem Psychiater nicht untersuchen lassen und schließlich auch ihr Bein nicht mehr untersuchen lassen. Daraufhin wird sie auf die geschlossene psychiatrische Station verbracht, da ihr fehlender, spontan geänderter Kooperationswillen bezüglich der Untersuchung ihres Beines nicht nachvollziehbar erscheint. Sie gibt schließlich an, immer wieder geschwollene Beine zu haben, und es sei ihre eigene Entscheidung, ob sie damit zum Arzt gehe oder nicht. Die psychiatrischen Ärzte entscheiden daraufhin, dass das geschwollene Bein eine Thrombose sein könnte, die wiederum zu einer Lungenembolie führen könnte. Aufgrund dieser potenziell lebensbedrohlichen Situation halten sie die Patientin fürsorglich zurück. Die Patientin ist wütend und fühlt sich ungerecht behandelt, woraufhin sie Gegenstände der Station zerstört. Sie wird daraufhin in einen Isolerraum verbracht, und die Zerstörung wird ihr als fremdgefährdendes Verhalten im Rahmen der Schizophrenie ausgelegt.

In dem Fallbeispiel stehen die erfolgte Traumatisierung der Patientin und ein damit verbundener Vertrauensverlust einer potenziellen Lungenembolie durch eine potenzielle Thrombose (wahrscheinlicher war bei der schlanken Patientin eine Prellung) gegenüber.

Fallbeispiel

Eine 24-jährige Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung befindet sich in ambulanter psychoanalytischer Behandlung. Da es zu einer Stagnation der Therapie kommt, wird beschlossen, die Patientin auf eine Spezialstation für dialektisch-behaviorale Therapie zu verlegen. Diese wiederum kann nur erfolgen, wenn die Patientin ihren Benzodiazepinkonsum einschränkt. Die Patientin wird also zum Benzodiazepinentzug auf die offene Suchtstation aufgenommen.