

Psychiatrische Intensivstationen – Kontra

Psychiatric Intensive Care Units – Contra

Kontra



Georg Juckel

Unter „psychiatrischen Intensivstationen“ versteht man Stationen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer psychiatrischen Klinik, die primär geschlossen, sprich mit geschlossener Eingangstür bzw. als geschlossene Aufnahmestation für hoch-

akut psychisch kranke Menschen geführt werden. Daher werden – und das ist oft das Hauptargument für diese Stationen, vergleichbar mit der Somatik – dort neben einer besonders intensiven Pharmakotherapie insbesondere auch physikalische Maßnahmen der Akut- und Notfallpsychiatrie angewandt, nämlich Isolation, Fixierung und Zwangsmedikation. Vor der erneut aufkommenden Debatte der UN-Menschenrechtsbehindertenkonvention und ihre kritisierte Nichteinhaltung durch die Bundesrepublik Deutschland [1] sowie die in den letzten Jahren daraus folgenden psychiatriepolitischen bzw. juristischen Diskussionen im Hinblick auf die bekannten Bundesverfassungsgerichtsurteile zur Zwangsmedikation im Maßregelvollzug, die temporäre Nichtgenehmigungsfähigkeit derselben innerhalb bis zur Novellierung des Betreuungsgesetzes (BtG) sowie die in mehreren Bundesländern vorgenommenen bzw. noch in Planung befindlichen PsychKG-Novellierungen ist noch einmal neu das ohnehin fragwürdige „Fundament“ zur Argumentation für geschlossene psychiatrische Stationen bzw. Intensivstationen erschüttert worden. Verfechter dieser müssen sich heutzutage angesichts der guten Erfahrungen und Daten für eine offene Psychiatrie [2], bei der die Versorgung auch akut psychisch Kranker mit schweren Verhaltensstörungen bis hin zu Eigen- und Fremdgefährdung anders geregelt wird, fragen lassen, welche stichhaltigen Gründe auch

und insbesondere im Hinblick auf Menschenrechte und Patientenautonomie überhaupt noch dafür sprechen können, solche Stationen in ihrer Akzentuierung des Sicherheits- vor dem therapeutischen Denken zu betreiben [3]. Es gibt allerdings viele gute Gründe dagegen, u.a. die folgenden:

1. Psychiatrische Intensivstationen prägen in ihrem Vorhandensein das therapeutische Milieu einer gesamten psychiatrischen Klinik einschließlich ihrer Mitarbeiter. Durch die Trennung von Schwer- vs. Leichtkranken bzw. frisch aufgenommenen vs. schon länger auf Station befindlichen Patienten wird eine Separation bzgl. der „Akuität“ gezogen, die als gemeinsame therapeutische Lernerfahrung und gemeinsames Tragen auch der Schwerstkranken sowohl für Patienten als auch für die Mitarbeiter ungünstig ist. Zudem wird eine „Entsorgungs- und Bestrafungsmentalität“ in den sog. „peripheren“ Stationen geschaffen, die es deutlich erleichtert, sich mit schwierigen und Schwierigkeiten bereitenden schwer kranken Patienten nicht allzu lange auseinandersetzen zu müssen, sondern sie aus Überforderungs- oder disziplinarischen Gründen auf die Intensivstation zu transferieren.

2. Es gibt mittlerweile eine reichliche bekannte Literatur, dass der heutige Stand psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit störungsspezifisch erfolgen sollte. Dies kann naturgemäß auf einer psychiatrischen Intensivstation, auf der sich die Akutkranken aller Diagnosen von Demenz über Sucht bis zur Schizophrenie, schwer suizidalen Depressiven und dekompenzierten persönlichkeitsgestörten Patienten aufhalten, nicht gelingen. Zudem ist das Personal dieser Intensivstationen einschließlich der Therapeuten allzu oft mit Ordnungsmaßnahmen und Deeskalation beschäftigt, sodass eine zielführende Therapie oftmals nur in Ansätzen gelingt.

3. Jegliche Form von Gewalt in der Psychiatrie, und sei es auch Strukturgewalt durch räumliches Einengen/Einschränken persönlicher Freiräume (s. DGPPN – Stel-

lungnahme zum Zwang in der Psychiatrie, die ja u.a. die Öffnung bisheriger geschlossener Stationen fordert [4]) schafft „Gegengewalt“ seitens der Betroffenen. Psychomotorische Unruhe und Spannungszustände reiben sie auf, stoßen an die Begrenzung der Isolation bzw. der Intensivstation und richten sich dann gegen Mitpatienten sowie Personal. Der Anteil der Sach- und Personenschäden in psychiatrischen Krankenhäusern ist darüber größtenteils erklärbar. Die internationale Literatur (z.B. van der Merve [5]) zeigt eindeutig, dass geschlossene Stationen mit Anstieg von patientenbezogener Gewalt und geringerer Behandlungszufriedenheit einhergehen. Die Erfahrungen zeigen, dass „Gewalt im Hause zu verteilen“, sprich nosologiespezifisch Patienten auch im hochakuten Zustand in den jeweils spezialisierten Stationen zu versorgen, zur stärksten Entlastung führt.

4. Durch psychiatrische Intensivstationen als Verstärkung von Institutionalisierung kann der gemeindepsychiatrische Ansatz moderner Psychiatrie nur unzureichend gelebt werden. Die hier geforderte hohe Vernetzung mit dem ambulanten Sektor, der Alltäglichkeit in Nachbarschaft, Familie und Arbeitsplatz, dem Gebot ambulant vor stationär, und dem Beginn sozialpsychiatrischer Maßnahmen von Anbeginn der Behandlung wird durch die Abschottung von der Außenwelt, und der Isolierung von den naturgemäßen Bezügen eines Menschen konterkariert. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass gerade die integrativen und dezentralen sozialpsychiatrischen Angebote Akuität rasch sinken lassen, z.B. gesetzliche Unterbringungszahlen reduzieren lassen [6]. Hinzu kommt, dass in Regionen, in denen sich psychiatrische Kliniken als explizit „offen“ verstehen, auch das gemeindepsychiatrische System korrespondierend so aufgestellt ist, dass die Qualitätskriterien guter psychiatrischer Versorgung, beispielsweise die Anzahl von PsychKG-Unterbringungen, bestens erfüllt werden [7].

Dies sind nur einige wenige Hauptpunkte, die sich grundsätzlich gegen das Einrichten und Betreiben von „psychiatrischen Intensivstationen“ richten. Aber wie kann man es anders machen? Die ersten Daten der Überlegenheit einer offenen versus einer geschlossenen Psychiatrie (signifikanter Abfall von Entweichungen, Fixierungen, Zwangsmedikation, Übergriffe, suizidale Ereignisse, verstärkte Teilnahme an Therapieangeboten, geringere Wieder-aufnahme) bei gleichen Kosten sind vielversprechend [7], Dreh- und Angelpunkt ist der störungsspezifische Ansatz sowie die Behandlungskontinuität. In Bochum ist das sog. Track-System einschließlich „offener Psychiatrie ohne Tür“ etabliert worden [8]: Nosologiespezifische Behandlungseinheiten versorgen Patienten eines F-Diagnosebereichs vollstationär, teilstationär und ambulant unabhängig von ihrer Akuität mit den für den jeweiligen Patienten bestgeeigneten psychiatrischen und psychotherapeutischen Methoden unter Wahrung der Behandlungskontinuität mit dem Mittelpunkt der therapeutischen Beziehung über Jahre und Jahrzehnte. Durchgängig ist im Haus das Prinzip der offenen Tür durchgesetzt worden, sodass „Patientenverschiebungen“ innerhalb des Hauses nahezu auf Null zurückgegangen sind, weil jeder Bereich für seine Patienten egal welcher Akuität verantwortlich ist. Dadurch und durch im therapeutischen Prozess inte-

grierte „Sicherungssysteme“ wie den sog. „Potsdamer Tisch“, Klingelmatten, Überwachungszimmer usw. sowie ein weitgefächertes Konzept der intensivierten Betreuung im Falle von gesetzlichen Unterbringungen sowie von Aggressivität konnten die in früheren Jahren ca. 4000 Stunden Fixierung pro Jahr in der Bochumer Klinik auf jetzt nur noch ca. 400 Stunden reduziert werden. Eine offene humane Psychiatrie trägt aber auch ganz wesentlich zur Entstigmatisierung der Psychiatrie und psychiatrischer Patienten in einer Gemeinde bei, schafft eine positive Ausstrahlung in diese, stärkt die Selbstverständlichkeit des Vorhandenseins von psychischen Krankheiten und Krisen und damit mehr Zusammenhalt in der Gemeinde zur gemeinsamen Bewältigung dieser.

Literatur

- 1 Vollmann J. Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie – Eine ethische Analyse der neuen Rechtslage für die klinische Praxis. *Nervenarzt* 2014; 85: 614–620
- 2 Sollberger D, Lang UE. Psychiatrie mit offenen Türen. *Nervenarzt* 2014; 85: 312–318, 319–325
- 3 Marksteiner J, Wrobel M, Ficher P. Wer braucht eine geschlossene Psychiatrie? *Psychiatr Psychother* 2011; 7: 141–143
- 4 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch er-

krankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 2014; 85: 1419–1431

- 5 van der Merve M, Bowers L, Jones J et al. Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 293–299
- 6 Juckel G, Haußleiter IS. Die stationäre Unterbringung nach dem Psychiatrischen Krankengesetz (PsychKG) – was sind die stärksten Prädiktoren? *Psychiatr Prax* 2015; 42: 133–139
- 7 Bernhardt O, Gerber HG, Krisor M. Psychiatrie mit offenen Türen. Stuttgart: Thieme; 2000
- 8 Juckel G. Das „Track“-Konzept in der LWL-Klinik Bochum. In: LVR, Hrsg. Krankenhaus im Wandel. Tagungsdokumentation 2008: 32–50

Sie haben eine eigene Meinung zu diesem Thema? Dann schreiben Sie uns an: psychiat-praxis@thieme.de!

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Georg Juckel

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Präventivmedizin, Ruhr-Universität Bochum, LWL-Universitätsklinikum Alexandrinenstraße 1–3
44791 Bochum
georg.juckel@rub.de

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1552635>
Psychiatr Prax 2015; 42: 238–239
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0303-4259