

Geschäftsführungs- und Vereinssekretariat, A-4020 Linz, Lonstorferplatz 1/3.Stock.,  
Tel. 0043/732/ 6996 Kl.150,  
Fax 0043/732/ 6996 Kl. 80,  
e-mail: [office@promenteoee.at](mailto:office@promenteoee.at)

UID-Nr.: ATU 23018605; ZVR: 811735276; DVR 0429937

## Stellungnahme der pro mente OÖ zur Heimaufenthalttsnovelle 2010

### Novelle zum HeimAufG:

#### **§ 5 Abs 1:**

Das Vorliegen einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung muss entweder durch ärztliche Schriftstücke (Gutachten, Zeugnis oder Aufzeichnungen) oder „die Krankengeschichte des Bewohners“ belegt sein. Wie in den EB zur RV (zu Z 2) dargelegt, ist in der Regel das „Vorliegen einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung völlig unstrittig“. Auch wenn es „in der Regel“ unstrittig ist, stellt sich die Frage, wie im konkreten Fall der Beleg „Krankengeschichte des Bewohners“ zu interpretieren ist. Die Krankengeschichte des Bewohners wird zwar in der Regel von ärztlichen Schriftstücken begleitet sein – sie muss es aber nicht. Der hier denkbare Fall ist, dass ein/e BewohnerIn einer Einrichtung, die unter das HeimAufG fällt, bisher kein „psychiatrisches Gutachten“ im Sinne eines ärztlichen Schriftstückes hat. Reicht dann in diesem Falle die Verlaufsdokumentation der BetreuerInnen im Sinne einer „Krankengeschichte“?

Aus multidisziplinärer Sicht der extramuralen Sozialpsychiatrie wäre diese Interpretation nur zu befürworten: Es ist aufgrund verschiedenster Studien<sup>1</sup> bekannt, dass es ein sehr weites Spannungsfeld gibt zwischen Unterstützungen aufgrund psychischer Beschwerden und diagnostischen Kriterien von psychischen Erkrankungen. Aus der angeführten Studie kommt klar hervor, dass nur ca. 50 % derjenigen, die eine Behandlung erhalten haben, Erkrankungen haben, die den diagnostischen Kriterien von psychischen Erkrankungen (lt. DSM-IV) entsprechen. Wie wäre dann zu entscheiden, wenn die Diagnose „nein“ sagt, der/die BetreuerIn in einer extramuralen Einrichtung aber die psychischen Beschwerden seiner/ihrer BewohnerIn aber schon lange kennt – bzw. umgedreht: Die Diagnose sagt „ja“, aber im alltäglichen Umgang zeigen sich keine „diagnoseadäquaten Verhaltensweisen“? Schlussendlich muss man aber auch auf die Schwierigkeiten der prinzipiellen Darlegung von „Krankheit“ verweisen – in diesem Fall bezüglich „psychischer Krankheit“: Schrammel<sup>2</sup> vertritt die Ansicht, bestätigt durch ein OGH-Urteil ca. 10 Jahre später<sup>3</sup>, dass es in Bezug auf psychische Störungen v. a. darum gehe, dass der Betroffene einen gewissen „Leidensdruck“ auszuhalten habe.

In diesem Sinne: Ziel der Sozialpsychiatrie ist seit jeher, einen Dialog der verschiedensten Betroffenen zu fördern. Vom Trialog zum Tetralog ist dieser Weg zwar theoretisch beschrieben – faktisch aber noch immer nicht vollends vollzogen. Um den Austausch sowohl

<sup>1</sup> zuletzt bzw. repräsentativ für viele: Kessler et al. (2005): Prevalence and Treatment of Mental Disorders; 1990 to 2003; NEJM; 2515 – 2523

<sup>2</sup> vgl. Schrammel (1986); ZAS; S 150

<sup>3</sup> vgl. OGH vom 12.09.1996; SSV-NR 10/95 bezüglich der Fragestellung, ob bei Transsexualität die in diesem Zusammenhang notwendig werdende psychotherapeutische Tätigkeit ebenso wie der operative Eingriff als Kassenleistung eingestuft wird. Dies wird in dieser Entscheidung bejaht, sofern ein „erheblicher Leidensdruck“ vorliegt.

des fachlichen medizinischen als auch sozialpsychiatrischen Personals zu fördern und die BewohnerInnenrechte in extramuralen Wohnformen zu stärken, wäre es zielführend, die „Krankengeschichte des Bewohners“ als ersten Ansatzpunkt des „Vorliegens einer psychischen Krankheit“ anzuerkennen. Je länger Menschen mit psychischen Beschwerden in extramuralen Wohnformen leben, desto mehr wissen die BetreuerInnen über ihre KlientInnen und KundInnen Bescheid. Diese „Nähe aus dem Alltag“ sollte hier besonders beachtet werden – ohne aber das ärztliche Fachwissen „außen vor zu lassen“. Es bedarf immer mehrdimensionaler und multikausaler Sichtweisen, ohne die eine umfassende Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen nicht gelingen kann.<sup>4</sup>

Darauf basierend stellt sich noch die Frage, inwiefern die Formulierung in den EB zur RV „die anordnungsbefugte Person darf eine Freiheitsbeschränkung nur anordnen, wenn dieses ärztliche Dokument noch aktuell ist, also wirklich das Vorliegen der psychischen Krankheit [...] festhält“ zu deuten ist. Psychische Erkrankungen verlaufen verschiedentlich: Von einer einmaligen Episode über immer wieder kehrende „Schübe“ bis hin zu einer Chronifizierung ist die Spannweite. Es ist selbstredend, dass das HeimAufG mit seinen Freiheitseinschränkungen immer das Vorliegen einer psychischen Erkrankung als „conditio sine qua non“ verkörpert. Die Frage ist nur, inwiefern die „Aktualität“ eines ärztlichen Gutachtens auf die jeweilige Situation innerhalb einer Wohneinrichtung Bezug nimmt. Auch diesbezüglich wäre der Krankengeschichte bzw. den Kompetenzen des extramuralen, sozialpsychiatrischen Betreuungspersonals der Vorzug zu geben.

## § 5 Abs 2:

In der nun vorgeschlagenen Fassung wird die Anordnungsbefugnis betreffend einer Freiheitsbeschränkung erweitert, was sehr zu begrüßen ist und auch der extramuralen Wohnbetreuungsrealität sehr nahe kommt.

Dieser Abs 2 leg cit korrespondiert mit den erweiterten Grundüberlegungen zum Spannungsfeld „ärztliche Schriftstücke“ und „Krankengeschichte“. Wenn die Durchführung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme „disziplinar“ nach den jeweiligen Kompetenzen getrennt ist (medikamentös, pflegerisch und pädagogisch), steht der Einschätzung, ob gerade im Moment der Selbst- oder Fremdgefährdung im Kontext einer möglichen Freiheitsbeschränkung eine psychische Beeinträchtigung vorliegt, nichts im Wege, diese Einschätzung auch „disziplinar“ differenzierter bzw. komplementärer zu sehen. Neben medizinischen Diagnosen gibt es Sozialdiagnosen und v. a. die Sichtweisen der Betroffenen selbst! In erster Linie die letztere sollte hier besonders beachtet werden – zumal ja sogar in der hier vorgeschlagenen Fassung des UbG das „Ansuchen auf ein zweites psychiatrisches Gutachten“ u. a. dem/der PatientIn, die gerade in die Psychiatrie eingeliefert wird (oder sich auch selbst in dieselbe bewegt) überlassen wird. Wenn man in dieser „Akutphase“ auf Selbstbestimmung setzt (was sehr zu begrüßen ist – in der Realität wahrscheinlich aber oftmals eher „Theorie“ darstellt), was spricht dagegen, dies auch im Kontext des HeimAufG so zu deuten, zu leben und zu interpretieren?

Schlussendlich wären aus extramuraler, sozialpsychiatrischer Sicht folgende Prioritäten zu setzen:

1. Psychische Erkrankung als „Zugangsvoraussetzung“ für die Anwendung des HeimAufG sollte nicht alleine aus ärztlichen Schriftstücken herleitbar sein, sondern auch auf Basis der Krankengeschichte.
2. Es bedarf allgemein eines stärkeren Einbezugs der PatientInnen bzw. KlientInnen/KundInnen in die Fragestellung der „psychischen Erkrankung“. Sie sind an sich die ersten ExpertInnen vor Ort – auch wenn sie Unterstützung brauchen. Unter dem Gesichtspunkt, dass im HeimAufG (ebenso wie im UbG) die „Freiheit der

<sup>4</sup> vgl. Wancata et al. (2007): Sozialpsychiatrie: essentieller Bestandteil der Psychiatrie; Psychiatrie & Psychotherapie; 3/2; S 58 – 64



Person" an erster Stelle steht, sollte sich dies auch im Kontext von möglichen Zwangsmaßnahmen widerspiegeln – frei nach dem sozialpsychiatrischen Grundsatz „nicht für mich ohne mich“.

3. Die Krankengeschichte beinhaltet in der Regel ärztliche Fachexpertisen. Nichtsdestotrotz muss das nicht immer so sein. Um Stigma und Diskriminierung hintanzuhalten, ist es zielführender, dem Betreuungspersonal in extramuralen Wohneinrichtungen die Kompetenz aus der Krankengeschichte heraus zuzugestehen, hier adäquat auf psychische Erkrankung(sphasen) zu reagieren. Das Personal ist höchst kompetent ausgebildet und tätig – es spricht nichts dagegen, diese Menschen, die am psychisch Kranken „sehr nahe dran sind“, diese primäre Kompetenz zu übertragen.
4. Im Kontext der „Befugnisse“ der Freiheitsbeschränkungen ist noch festzuhalten, dass die disziplinäre Trennung (medizinisch, pflegerisch und pädagogisch) ein sehr sinnvolles Stufensystem darstellt, das sehr dem Betreuungsalldag in Wohneinrichtungen nahekommmt.

### § 15 Abs.2:

Positiv ist die den Gerichten eingeräumte Möglichkeit, die Zulässigerklärung einer Freiheitsbeschränkung an die Erfüllung von Auflagen zu knüpfen. Dadurch kann es in der Praxis zu weniger einschränkenden Maßnahmen kommen, was individuellere Lösungen im Sinne von Bedürfnis- und Bedarfsgerechtigkeit zulässt.

### weitere §§:

In weiteren Paragraphen (§ 12 Abs 1 und § 14 Abs 1) findet sich die Formulierung „und den Arzt, der das Vorliegen einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung nach § 4 Abs 2 bestätigt hat“. Wie bereits erwähnt, bedarf es auch hier einer „Erweiterung der Sichtweise“ auf der Basis einer „empowerten“, sprich „selbstmächtigen Sichtweise“ von Menschen an sich – dies ist schlichtweg nichts anderes als ein Menschenrecht! Nicht nur die „Bestätigung“ der und schlussendlich auch Stigmatisierung durch psychische Erkrankung ist der Weisheit letzter Schluss –und auch mit vielen Unabwägbarkeiten, Schwierigkeiten in der Diagnostizierung, (manchmal) vorschneller Kategorisierung, Etikettierung und Schubladisierung sowie Schwierigkeit der „Objektivierung subjektiver Identitäten“ verbunden.

Es ist notwendig, dass sich Ärzte im Kontext ihrer Profession mit der Frage der Krankheit, hier psychischer Krankheit beschäftigen – dies ist auch ihr professioneller Auftrag. Es bedarf aber auch einer Forcierung multidisziplinärer Sichtweisen – dazu die Grundlagen aus dem „Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008<sup>5</sup>“:

1. Anforderungen wie Bedürfnis- und Bedarfsgerechtigkeit, Gemeindenähe und – integration; „Ambulant vor stationär“, Integration in die Grundversorgung, Regionalisierung, Vollversorgung, Vernetzung und Partizipation;
2. Personalausstattung bzw. –qualifikation im Sinne eines interdisziplinär arbeitenden multiprofessionellen Teams der Berufsgruppen und
3. die Grundlage der Planung unter Berücksichtigung einer breiten interdisziplinären Sicht des Themas (hier bezüglich Abhängigkeitserkrankungen – PSY-Spezialversorgung), welche die Bereiche Krankenhäuser, extramurale Versorgung und den Sozialbereich berücksichtigt.

Diese Prämissen sollten in die Tat umgesetzt werden – auch auf rechtlicher Basis.

28.08.09: für die pro mente OÖ:

  
Rita Donabauer, Geschäftsführerin

<sup>5</sup> Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008; ÖSB 2008 (inkl. Großgeräteplan); verfasst von Gesundheit Österreich GmbH; Wien