

**„Weil ich ihnen es nicht mehr abnehme,  
dass sie besser wissen, was gut für mich ist  
in der Krise“**

**Entscheidungsspielräume  
bei der psychiatrischen Hospitalisierung  
aus der Sicht von psychiatrieerfahrenen Personen**

Christa Straßmayr  
IMEHPS.research, Wien



**IMEHPS**  
*improving mental  
health pathways*



CEPHOS-LINK

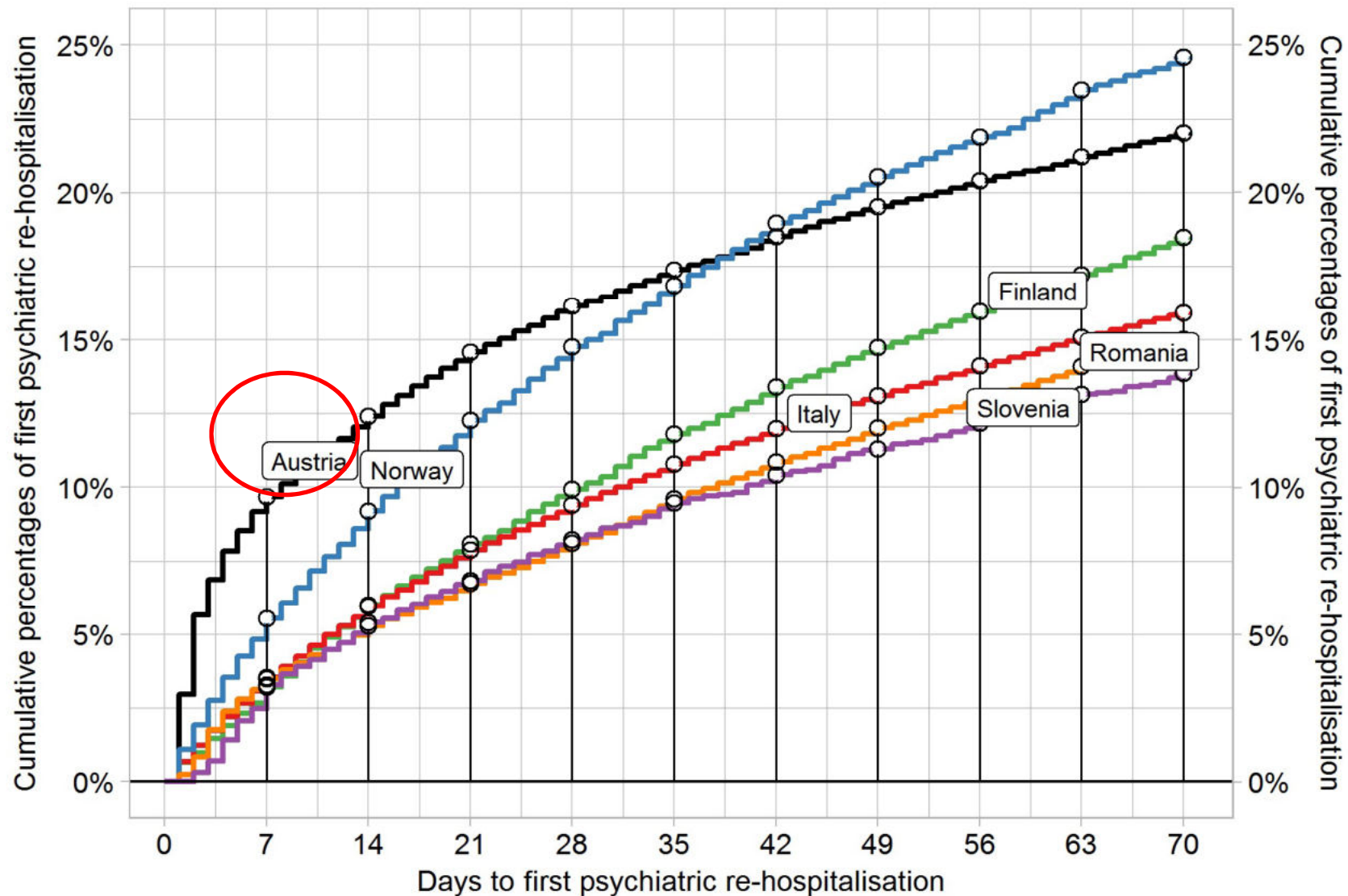
# Hintergrund der Forschung

- Comparative Effectiveness research on Psychiatric HOSpitalisation by record LINKage of large administrative data sets
- Untersuchung von psychiatrischer Hospitalisierung und Rehospitalisierung in 6 europäischen Ländern mittels Routine-Gesundheitsdaten
- Einholen der Sichtweisen von Psychiatrie-Erfahrenen zu psychiatrischer Hospitalisierung und Rehospitalisierung
- Gefördert im 7. Rahmenprogramm der EU
- Laufzeit 2014-2017



*This project has received funding from the European Union's Seventh Framework Programme for research, technological development and demonstration under grant agreement no 603264*

# Psychiatrische Krankenhauswiederaufnahme innerhalb von 70 Tagen in 6 europäischen Ländern



# Methodik

- 2 Fokusgruppen mit Psychiatrie-erfahrenen Personen (N=12)
- Gesprächsleitfaden zum Erleben eines stationären psychiatrischen Aufenthalts und zur Wiederaufnahme
- Qualitative Themenanalyse
- Auswahlkriterien: mindestens zwei psychiatrische Aufnahmen innerhalb von 12 Monaten und Erfahrungen mit ambulanter psychiatrischer bzw. psychosozialer Behandlung

# Die FokusgruppenteilnehmerInnen

- 8 Frauen, 4 Männer
- Fünf TeilnehmerInnen wohnten alleine
- Die Hälfte der TeilnehmerInnen hatte Lehre, die andere Hälfte Matura, von denen wiederum fünf Personen auch einen akademischen Abschluss hatten
- Diagnosen laut Selbstauskunft: Psychosen, Depressionen, Bipolare Erkrankungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen
- Ein Drittel der TeilnehmerInnen hatte zahlreiche Wiederaufnahmen erlebt und könnte als „heavy utilisers“ bezeichnet werden

# Ergebnisse

Erfahrungen psychiatrieerfahrener Personen zu

- I. Entscheidungs- und Handlungsspielräume im Vorfeld der angestrebten psychiatrischen Aufnahme
- II. Entscheidungs- und Handlungsspielräume während des stationären psychiatrischen Aufenthalts
- III. Gelingende Kommunikation bei der Entscheidungsfindung
- IV. Strategien der Betroffenen in Bezug auf fehlende/geringe Entscheidungs- und Handlungsprozesse


# Die Entscheidung für eine psychiatrische Aufnahme

Das Krankenhaus wird aufgesucht, wenn

- die Erkrankung einen hohen Schweregrad erreicht hat und das subjektive Gefühl auftritt, am „Gipfel“ der Hilflosigkeit angekommen zu sein
- in Krisensituation die Kraft fehlt, die gängigen ambulanten Angebote zu nutzen
- ein Angebot „zwischen“ den gängigen ambulanten und den stationären Betreuungsangeboten als fehlend oder ungenügend erlebt wird – Das DAZWISCHEN fehlt

*„Entweder bin ich gesund genug alles zu machen, oder ich komme ins Krankenhaus. Aber es gibt niemanden, der durch die Krisen mit mir durchgeht...“*

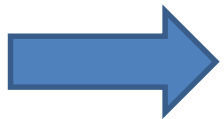
# Ambivalenzen zwischen Wunsch nach Aufnahme und Zweifel und Vorbehalte

- Erwartungen von Hilfe, Schutz, Rückzug und Ruhe
- Zweifel und Vorbehalte auf Grund von negativen Erfahrungen und Stigma
- Von Seiten der Professionellen wird signalisiert, es ist okay im Bedarfsfall Hilfe zu suchen  Betroffene erleben z.T., dass ein Krankenhaus aufzusuchen wiederum nicht gewünscht ist - übrig bleibt Unsicherheit



## **Die Allgegenwärtigkeit des Zwangs – wenn andere entscheiden**

- „Freiwillig“ und „mehr oder weniger freiwillig“ als gängige Formulierungen
- Subjektiver und objektiver Zwang (Unterbringung/unfreiwillige Aufnahme)



Zwang sollte unbedingt vermieden werden

## Abgelehnte Aufnahme



*„...irgendwann habe ich gelernt, selber hinzugehen und mir Hilfe zu suchen, aber genau, wenn ich das gemacht hab, bin ich wieder weggeschickt worden...**das heißt, die Spielregeln bestimmen die dort, ja. Sie definieren was gut und richtig ist, und ich habe nichts in der Hand, also ich kann krankheitseinsichtig sein, eigeninitiativ machen was ich will, das spielt es nicht. Und das habe ich aber jahrelang vorher geglaubt, dass es darauf ankommt.**“*

Ergebnisse - im Vorfeld einer angestrebten stationären psychiatrischen Aufnahme

## Abgelehnte Aufnahme

Weggeschickt zu werden wurde als Nicht-Ernstnehmen der  
Selbsteinschätzung empfunden



Bei Gesundheitskompetenz geht es darum, die angebotenen  
Leistungen optimal nutzen zu können – was wenn aber die  
Strukturen nicht optimal sind – fehlende Versorgung zw.  
gängigen stationären und ambulanten Angeboten

Ergebnisse - im Vorfeld einer angestrebten stationären psychiatrischen Aufnahme

## Entscheidungshierarchie

- Familie und enge Vertraute, niedergelassene PsychiaterInnen und AllgemeinmedizinerInnen
- Polizei oder Rettung
- Die endgültige Entscheidung wird von Seiten des medizinisch-therapeutischen Personals getroffen
- Betroffene fühlen sich am Ende der Entscheidungshierarchie

Ergebnisse - während des Aufenthalts

# **Die Struktur im Krankenhaus - Sicherheit versus Kontrolle und Fremdbestimmung**

Die Entscheidungs- und Handlungsspielräume während des Aufenthalts im psychiatrischen Krankenhaus wurden als gering erlebt auf Grund von vorgegebener Strukturierung des Ablaufs und engem Regelwerk

# Die Struktur im Krankenhaus - Sicherheit versus Kontrolle und Fremdbestimmung



*„Kaum passt irgendwas für dich nicht, du machst, keine Ahnung, Spaziergänge nicht oder dieses und jenes, musst du aber mitmachen, es gibt keine Widerrede, man hat eigentlich kein Recht, irgendwie auf irgendeine Individualität, habe ich das Gefühl, ja. Man kommt halt in dieses System Krankenhaus rein, diese Schiene, Individualität gibt es nicht. Okay, [lacht] dann ist das für mich oft so gewesen, so dieses okay friss oder stirb, ja.“*

*„...man ist dort auch nicht wirklich sicher beaufsichtigt worden wenn man suizidal war, man hat halt ins Gelände gehen können, man hätte machen können was man wollte, also da habe ich mich sehr unsicher gefühlt.“*

Ergebnisse während des Aufenthalts

# Machtungleichgewicht

Das Einbeziehen der Sichtweisen der Betroffenen in Entscheidungen zu Zeitpunkten, in denen Entscheidungsfähigkeit besteht findet wenig statt

➡ noch ein langer Weg zu „no decision about me without me“

# Machtungleichgewicht

## z.B. bei Therapieentscheidungen

*„...der Primar hat zu mir gesagt, ja ich muss mich jetzt entscheiden. Entweder ich entscheiden mich, dass ich aus der Studie rausgenommen werde oder er nimmt mich nicht mehr weiter in den Aufenthalt auf, also ich muss quasi von heute auf morgen gehen. Dann habe ich mir gedacht, gehen will ich gar nicht, dann höre ich halt auf mit den Medikamenten, er ist Arzt, er wird schon wissen, was er tut. Und dann hat er von heute auf morgen alle meine Medikamente abgesetzt und umgestellt und im Endeffekt hatte ich einen epileptischen Anfall.“*



## z.B. in Bezug auf Beginn und Ende des Aufenthalts


*„...als dass man mich nach einer Woche entlassen wollte, obwohl sich die Situation noch immer nicht gebessert hat, mit der Begründung, ja, Frau xxx (Name der Betroffenen), sie wollen ja gar nicht gesundwerden, Sie wollen ja gar nicht, gel? ....abermals auf der Akut, ähm, wir schicken Sie jetzt heim, weil bei Ihnen ändert sich nichts und, ja, .., also so viel zu diesem Kontinuierlichen.“*



# Gelingende Kommunikation bei der Entscheidungsfindung

- Kommunikation auf gleicher Augenhöhe
- Ambivalenzen ernst nehmen und ansprechen
- PatientInnen so lange einbeziehen, solange sie das möchten
- Vertrauen als Basis
- Notfallspläne und Therapievereinbarungen als wichtige Bausteine in kritischen Situationen

# Vertrauen als Basis für gelingende Kommunikation bei der Entscheidungsfindung

- Vertrauensaufbau als Prozess - kumulativ werden Erfahrungen gemacht, die wiederum Vertrauen zerstören oder aufbauen können - d.h. Vertrauen ist neu auszuhandeln
- Vertrauen bezieht sich auf verschiedene Bereiche - in manchen Bereichen kann Vertrauen bestehen, in anderen nicht
- Respektvoller Umgang wesentlich für Vertrauensbildung  Im niedergelassenen Bereich gelingt Vertrauensbildung leichter

# **Ergebnisse – Schmalere Grad zwischen eigener Entscheidung und Mit-Entscheidung und Fremdbestimmung**

- Hohe Sensibilität der Betroffenen bezüglich der Gratwanderung zwischen eigener Entscheidung und Mit-Entscheidung und Fremdbestimmung
- Betroffene wollen einerseits in verschiedenen Bereichen und zu gewissen Zeitpunkten eine aktive gestaltende Rolle einnehmen, andererseits in einigen Situationen einfach darauf vertrauen können, dass das Beste für sie getan wird

# Strategien der Betroffenen in Bezug auf fehlende/geringe Entscheidungs- und Handlungsprozesse

1. Ohnmacht und zweifelhafte Kooperation
2. Machtkampf
3. Bewusst nach den Spielregeln spielen

# Ergebnisse – Strategien

## Ohnmacht oder zweifelhafte Kooperation

*„...und das aufgeschrieben wird, wenn das irgendwie abweicht und ich habe dann immer so viel Angst, dass ich dann noch länger bleiben muss, dass ich mich halt total anpasse, dass ich zum Frühstück gehe, auch wenn mir speiübel ist, ich die Leute überhaupt nicht aushalte, dann werde ich psychotisch während des Frühstücks, weil es eigentlich eine Überforderung war, aber ich wollte das unbedingt machen, damit ich ja nicht auffalle.“*



# Ergebnisse – Strategien

## Machtkampf



*„Und auch die Medikamentenumstellung jedes Mal, jedes Mal glauben die, es besser zu wissen wie mein Psychiater, der mich ein bis vier Mal im Monat sieht, also das letzte Mal habe ich mich einfach geweigert, habe gesagt, wenn ich da eine Tablette nicht kenne, die da drinnen ist, dann nehme ich alle nicht. Da habe ich mich richtig geweigert.“*

# Ergebnisse – Strategien

## Bewusst nach den Spielregeln spielen



*„...grundsätzlich war die Erfahrung überwiegend positiv, wobei ich, also ich habe mir schon innerlich eine gewisse Distanz zu der Diagnose vom Krankenhaus oder vom Arzt, vom Personal einfach bewahrt, und ein Stück weit gesagt, ok, ich spiele dieses Spiel auch mit und ich schau, was mir hilft dabei, und das andere lasse ich, lass ich abgehen.“*

# Diskussion 1 – Herausforderung Struktur Krisennetzwerke

- Struktur unseres Gesundheitssystems wird widergespiegelt: fehlende intermediäre Dienste (das „Dazwischen“ fehlt), Finanzierungsmechanismen, die ein Abschieben auf die je andere Ebene der Betreuung fördern, fehlende Koordination der Betreuung
- Personen können auf Grund von mangelnden Ressourcen und begrenzten Plätzen im niedergelassenen Bereich in der Intensität betreut werden, wie es ihren Bedarf entspricht
- Ablehnung einer Aufnahme: kein Indiz für fehlende Patientenrechte, sondern Teil der notwendigen Triagefunktion von Aufnahmediensten → aber entscheidend ist, wie Ablehnung kommuniziert wird und welche Alternativen angeboten werden können



## **Diskussion 2 – Herausforderungen Entscheidungen und Handlungsspielräume**

- Betroffene erleben sich nicht als gleichwertige Partner bezüglich der Entscheidung zur stationären Aufnahme
- Wie umgehen mit den Ambivalenzen der Betroffenen?
- Spannungsfeld Sicherheit versus Kontrolle
- Informationsungleichgewicht
- Präferenzen versus Behandlungsempfehlungen
- Anhaltungen (Zwangsunterbringung) aber auch subjektiv empfundener Zwang – Zwang unbedingt vermeiden!!!

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Christa Straßmayr  
IMEHPS.research, Vienna, Austria  
[www.imehps.at](http://www.imehps.at)



IMEHPS  
*improving mental  
health pathways*