

Gewalt und Zwang in der
stationären Psychiatrie

Herausgegeben von
Johann Kebbel
Niels Pörksen
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte
Band 25

Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie

Tagungsbericht

Bonn, 24./25. September 1997

Herausgegeben von Johann Kebbel

Niels Pörksen

AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte

Band 25



1998

Rheinland-Verlag GmbH · Köln

in Kommission bei

Dr. Rudolf Habelt GmbH · Bonn

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

© Rheinland-Verlag GmbH Köln 1998
Rheinland-Verlag- und Betriebsgesellschaft
des Landschaftsverbandes Rheinland mbH
Abtei Brauweiler, Postfach 2140, 50250 Pulheim
Alle Rechte vorbehalten
Redaktion: Birgit Meiners / Karl-Ernst Brill
Gestaltung: Norbert Radtke
Satz: rvbg-Satz
Umschlaggestaltung: Renate Triltsch · Köln
Druck: Nettesheim Druck GmbH & Co. KG
ISBN 3-7927-1737-9

Inhaltsverzeichnis

<i>Volker Kauder</i> Eröffnung und Begrüßung	9
<i>Christiane Redel</i> Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit	14
I. Gewalt in der stationären Psychiatrie – Versuch einer Annäherung an ein vielschichtiges Problem	19
<i>Johann Kebbel</i> Zwischen Gewalt und Zwang und der Unantastbarkeit der Person in der Psychiatrie	22
<i>Ralf Seidel, Renate Schernus</i> Psychiatrie im Kontext der gesellschaftlichen Wirklichkeit – Reflexionen über den Zusammenhang zwischen Gewaltpotentialen „drinnen“ und „draußen“	36
<i>Aart Jan Vrijlandt</i> Zwangsmaßnahmen im europäischen Vergleich	49
<i>Bernhard Riecke, Angelika Waldmann</i> Psychiatrie Ost – Zwischen Fürsorge und Bevormundung früher, auf dem Weg zum demokratischen Selbstverständnis heute	58
<i>Günther Wienberg</i> Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion. Begriffliches und Grundsätzliches zum Thema Gewalt in der Psychiatrie	69
<i>Ursula Termeer</i> Innen-Ansichten: Gewalt-Erfahrungen aus Sicht einer Psychiatrie- erfahrenen	82
<i>Susanne Heim</i> Innen-Ansichten: Gewalt-Erfahrungen aus Sicht einer Angehörigen	86

II. Rechtswirklichkeit und Handlungsansätze zur Reduzierung von Gewalt und Zwang 93

Georg Dodegge

Die Gestaltung der Einweisungspraxis aus der Perspektive eines Unterbringungsrichters 95

Rolf Marschner

Gesetzestexte und Rechtswirklichkeit – Möglichkeiten humaner Unterbringung im Ländervergleich der PsychKGs und ihrer Anwendung 106

Niels Pörksen

Die Bedeutung von internem Qualitätsmanagement für das Klima einer psychiatrischen Klinik und den Umgang mit Zwangsmaßnahmen 115

Hans-Georg Gerber

Rahmenbedingungen für die Reduzierung von Gewalt und Zwang in einer psychiatrischen Abteilung 121

Tilman Steinert

Chancen und Risiken von Dokumentationsmethoden zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen 135

Gerold Renner

Behandlung ohne Einwilligung – Untersuchungen zur Reaktion von Patientinnen und Patienten auf Freiheitseinschränkungen und Handlungsansätze 141

Helga Kühner

Sexuelle Gewalt in der Psychiatrie 153

III. Texte aus den Arbeitsgruppen 161

Richard Schmidmeier

Die Praxis der Zwangsmedikation 163

Klaus-Jürgen Wille

De-Eskalation von Gewalt in der Psychiatrie 170

Regina Ketelsen, Hermann Wand, Theo Wessel

„Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie“ – Klinikinternes Fortbildungsangebot in einer psychiatrischen Klinik mit Pflichtversorgungsauftrag 173

Klaus-Dieter Waldmann

Erfahrungen mit der offenen Tür – Psychiatrische Abteilung am Vogtland-Klinikum Plauen 178

<i>Bernhard Longinus</i>	
Erfahrungen mit der offenen Tür – am Psychiatrischen Krankenhaus in Marburg	181
<i>Gerhard Längle</i>	
Trägt die baden-württembergische Regelung der „fürsorglichen Zurückhaltung“ zur Reduktion von Zwangsunterbringungen bei? Erfahrungen aus einer Universitätsklinik mit Pflichtversorgung	187
Anhang	201
<i>Matthias Krisor und Harald Pfannkuch</i>	
Aspekte zur Theorie und Praxis einer gewaltfreien Psychiatrie	202
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	228

Is nobody perfect?

Die Unvollkommenen

Ich glaube nicht
an die Unvollkommenen
die glauben,
daß sie das Unvollkommene
vollkommen machen können
für sich
und für die
deren Lehrer sie werden sollen.

Aber wenn ich dann andere
Unvollkommene sehe
die nicht glauben
daß man das Unvollkommene
vollkommen machen kann
und die deshalb glauben
daß sie sich die Mühe
sparen können
es zu versuchen
dann beginne ich wieder zu glauben
an die Unvollkommenen
die glauben
daß sich die Mühe
immer noch
lohlen kann.

Erich Fried

Eröffnung und Begrüßung

Volker Kauder

Es ist gerade einmal fünf Monate her, daß ich mit der Tagung „Personenbezogene Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung“ eine Veranstaltung eröffnen durfte, bei der die AKTION PSYCHISCH KRANKE ein in mehrjähriger Kommissionsarbeit entwickeltes Reformwerk vorstellte. Von der schrittweisen und flächendekenden Umsetzung der darin formulierten Empfehlungen – der Abkehr von einrichtungszentrierten hin zu personenzentrierten Hilfeformen – versprechen sich seine Autorinnen und Autoren einen enormen Schub in der Weiterentwicklung der psychiatriepolitischen Reformbestrebungen, vor allem der Verwirklichung des seit langem anvisierten Zieles „ambulant vor stationär“.

Auch ein Jahr vor dieser Frühjahrstagung hatten wir bereits Anlaß, zu einem von Optimismus und Reformfreude geprägten Kongreß einzuladen: „Qualität in Psychiatrischen Kliniken“ lautete das Motto, unter dem eine Arbeitsgruppe der AKTION als Ergebnis ihres Nachdenkens einen Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung vorstellte, unter dem Inhalte guter psychiatrischer Behandlung sowie Strategien zu ihrer Erreichung in stationären psychiatrischen Kliniken beraten wurden.

Da scheint das Thema der heutigen Veranstaltung – „Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie“ – auf den ersten Blick nicht recht ins Bild zu passen – in das Bild von psychiatrischen Fachleuten, die seit nunmehr zweieinhalb Jahrzehnten darum bemüht sind, *ihr* Arbeitsgebiet innerhalb des Gesundheitswesens sukzessive zu verändern, zu humanisieren, zu einem ganz normalen Bestandteil des medizinischen und psycho-sozialen Versorgungssystems zu transformieren. Gerade in der stationären Psychiatrie wurden in den vergangenen beiden Jahrzehnten große Fortschritte erzielt: Großkliniken wurden verkleinert und baulich verbessert, an zahlreichen Allgemeinkrankenhäusern wurden psychiatrische Abteilungen aufgebaut. An der Diskussion über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung in Krankenhäusern, die seit einigen Jahren intensiv geführt wird, sind auch zahlreiche psychiatrische Kliniken beteiligt.

Waren früher vor allem chronisch psychisch kranke Menschen jahrzehntelang in großen Institutionen hospitalisiert worden, entstanden nach und nach in vielen Regionen gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen. Hierdurch sind die Voraussetzungen für psychisch kranke und behinderte Menschen, in einem so weit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten machen zu können (BENNETT), deutlich verbessert worden.

Um so nachdenklicher muß es uns stimmen, daß der Bereich der Akutpsychiatrie mit der insgesamt positiven Entwicklung nicht Schritt gehalten hat: Gewalt und Zwang in ihren verschiedenen Ausprägungen spielen nach wie vor, teilwei-

se sogar mit zunehmender Tendenz, eine große Rolle auf den Stationen psychiatrischer Kliniken.

„Nichts“, so haben wir es in den „Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung“ geschrieben, „unterscheidet die Psychiatrie von anderen medizinischen Disziplinen so deutlich wie der Umstand, daß in der Psychiatrie auch Zwangsbehandlungen stattfinden. In dieser Hinsicht stellt die Psychiatrie neben einer therapeutischen Disziplin auch einen Teil der staatlichen Gewalt dar.“

Dieser Doppelcharakter psychiatrischen Handelns setzt für zunehmend mehr Patientinnen und Patienten bereits vor dem Beginn der Behandlung ein: So hat sich beispielsweise der Anteil bei Zwangseinweisungen und Zwangszurückhaltungen in den letzten 10-15 Jahren in Bremen verdoppelt, die Steigerungsrate bei Zwangseinweisungen im Land Nordrhein-Westfalen beträgt 45% seit 1985. Bundesweit gibt es eine extreme, schwer nachvollziehbare Streubreite an unterschiedlichen Zwangseinweisungsraten, wobei die erhobenen Daten aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen und Erhebungsmethoden kaum vergleichbar sind.

Ist die – zwangsweise – Aufnahme in die psychiatrische Klinik erfolgt, werden die Patientinnen und Patienten mit dem Vorhandensein, der Androhung oder Anwendung einer Vielzahl von Maßnahmen konfrontiert, die Freiheit und Selbstbestimmung beeinträchtigen. Hierzu gehören insbesondere: Ausgangsbeschränkungen, Isolierung, Besuchsverbote, Zwangsmedikationen, Fixierungen. Ganz im Gegensatz zu dem Postulat, wonach solche Zwangsmaßnahmen äußerst restriktiv zu handhaben und sorgfältig zu dokumentieren sind, muß vielmehr vermutet werden, daß in Bezug auf Häufigkeit und Dauer der Anwendung von Zwangsmaßnahmen bundesweit eine hohe Dunkelziffer existiert. Dabei sind es gerade diese Maßnahmen, die einen erheblichen Einfluß darauf haben, ob das Milieu einer Behandlungseinheit von den Patientinnen und Patienten als *Zwangsmilieu* erfahren wird. Bereits die Androhung beispielsweise von Ausgangsbeschränkungen erschwert das Erreichen so wichtiger Ziele wie Krankheitsverständnis und Verantwortung, aber auch Zufriedenheit, beträchtlich.

Wir sind froh, mit Frau Termeer, Frau Bridge und Frau Heim heute drei Personen begrüßen zu dürfen, die aus ihrer unmittelbaren bzw. mittelbaren Erfahrung als Psychiatrieerfahrene bzw. Angehörige eigene Erfahrungen im Umgang mit Zwangs – be – handlungen authentisch schildern und reflektieren können.

Aber was ist mit der Gewalt, die von psychisch Kranken ausgeübt wird? Ist es nicht die Gefahr, die von psychisch Kranken ausgeht, die erst die Vielzahl von Zwangsmaßnahmen erforderlich macht, zum Schutz der betroffenen Familien, der Öffentlichkeit, der Behandelnden? Sind sie nicht gewalttätiger als andere Menschen? Asmus Finzen hat sich kürzlich mit dieser immer wieder von Öffentlichkeit und psychiatrischer Fachwelt gestellten Frage auseinandergesetzt und kommt dabei nach einer differenzierten Betrachtung von Häufigkeit und Art aggressiver Handlungen durch psychisch Kranke zu dem Schluß (ich zitiere die FAZ v. 30.7.97) „(...) daß von psychisch Kranken häufiger Gefahr droht als von gesunden Menschen. Aber das Risiko ist nicht größer als bei bestimmten ande-

ren sozialen Gruppen, etwa arbeitslosen Jugendlichen, Männern im dritten Jahrzehnt, Personen, die Alkohol oder Medikamente mißbrauchen. Zudem sind nicht alle psychisch Kranken in gleicher Weise betroffen, sondern in der Regel einzelne, leicht erkennbare Personen. Eine solche Relativierung ist notwendig, um das Risiko einzuschätzen.“

Eine solche Relativierung erscheint auch uns notwendig, und so bestreiten am heutigen Vormittag gleich mehrere Referentinnen und Referenten den „Versuch einer Annäherung an ein vielschichtiges Problem“.

Die Überzeugung,

- daß das Entstehen von Gewaltmilieus „drinnen“, also innerhalb der psychiatrischen Klinik, nicht losgelöst zu betrachten ist vom gesellschaftlichen Kontext „draußen“;
- daß zu dieser Wirkung des äußeren Milieus in die Psychiatrie hinein auch der relativ leichte Zugang von psychisch Kranken zu Drogen, Alkohol und Medikamenten gehört;
- daß das Phänomen „Gewalt“ nicht loszulösen ist von Armut, Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit im allgemeinen und bei chronisch psychisch kranken Menschen im besonderen,
- keinesfalls auch zu trennen ist von einer allgemein beobachtbaren Zunahme von Aggressivität und Rücksichtslosigkeit im gesamten öffentlichen Leben – diese Annahmen liegen den folgenden Beiträgen als Prämisse zugrunde.

Doch Asmus Finzen bleibt bei der Relativierung nicht stehen, er fährt fort: „Das darf nicht dazu führen, die Gefahr von Gewalt von seiten psychisch Kranker zu verharmlosen, aber auch nicht dazu, sie zu überschätzen. Denn anders als aggressive Handlungen, die von ‘gesunden’ Personen ausgehen, ist bei psychisch Kranken eine Vorbeugung möglich.“

Der Vorbeugung, dem de-eskalierenden statt eskalierenden Umgang mit kritischen, aggressionsgeladenen Situationen ist auch das Programm unseres zweiten Kongreßtages gewidmet. Morgen früh werden zunächst Möglichkeiten, auf juristischem Wege die Unterbringung psychisch Kranker humaner zu gestalten, erörtert werden. Anschließend haben dann die Praktikerinnen und Praktiker aus den Kliniken das Wort. In den letzten Jahren wurden verschiedene methodische Handlungsansätze entwickelt, mit denen Kliniken versuchen, Aggressivität im psychiatrischen Handlungsmilieu so weit wie möglich abzubauen. Hierbei sollen u.a. Erfahrungen mit der Wirksamkeit von Mitarbeiter-Trainings im Umgang mit Gewalt vorgestellt und die Anwendung des „Leifaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken“ erörtert werden.

Bevor ich nun das Wort an meine Nachrednerin, Frau Dr. Redel, übergebe und sie als Vertreterin des Bundesministeriums für Gesundheit herzlich begrüße, lassen Sie mich noch zwei selbstkritische Bemerkungen anfügen.

Erste Bemerkung: Mit der Eingrenzung des Kongreß-Titels auf „Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie“ haben wir uns auf die Thematisierung eines kleinen

Ausschnittes aus der komplexen Problematik von Gewalt in der Psychiatrie beschränkt. Außen vor bleibt das Geschehen, das sich bereits *vor* der stationären Aufnahme zwischen der psychisch kranken Person, Angehörigen, behandelndem Arzt, Sozialpsychiatrischem Dienst, ggf. der Polizei, abgespielt hat und das für die weitere Gestaltung der Beziehung zwischen der erkrankten Person und ihren Therapeutinnen und Therapeuten in der Klinik von großer Bedeutung ist.

Diese Unterlassung ist uns bewußt, wir haben sie im Interesse einer um so sorgfältigeren Beleuchtung des stationären Settings in Kauf genommen. Den Focus dieses Kongresses auf den stationären Bereich zu richten, dazu hat uns auch der positive Umstand ermutigt, daß seit etwa zwei Jahren wieder verstärkt von vielen Organisationen und Verbänden bei zahlreichen Tagungen, mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten, über diese Schattenseite der Psychiatrie beraten wird. Deshalb sind wir gewiß, daß dieser Kongreß sicherlich nicht die letzte Gelegenheit darstellen wird, über Gewalt innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems und an seinen Schnittstellen mit anderen gesellschaftlichen Bereichen zu diskutieren.

Die *zweite Bemerkung* bezieht sich auf die Qual der Wahl, die wir gerade zu diesem Thema bei der Auswahl der Vorträge und damit der Referentinnen und Referenten hatten. Bundesweit gibt es eine sehr große Zahl von kompetenten Fachleuten aus psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen, die sich verantwortungsbewußt und ernsthaft der Problematik gewaltsamer Grenzüberschreitungen im psychiatrischen Handeln stellen und mit großem Engagement ihr Bestes dazu beitragen, die Beziehung zur Patientin, zum Patienten, das Stations-Milieu, das Klima der Klinik und die Kooperationsbeziehungen nach außen so aggressionsarm wie möglich zu gestalten. Im Vorfeld dieser Veranstaltung sind wir darauf hingewiesen worden, daß die psychiatrischen Abteilungen in unserem Programm unterrepräsentiert sind. Wir sind dankbar für diese berechtigte Kritik, und wir sind froh, daß Herr Gerber als Chefarzt einer psychiatrischen Abteilung mit zugleich langjähriger Erfahrung im psychiatrischen Krankenhaus sich kurzfristig bereitgefunden hat, darzustellen, wie sich die Rahmenbedingungen hinsichtlich der Entstehung und Reduzierung alltäglicher Gewalt in einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus von denen in einem psychiatrischen Krankenhaus unterscheiden.

Beim Ringen um die Reduzierung von Gewalt und Zwangsmaßnahmen entwickeln sich unterschiedliche konzeptionelle und methodische Wege, die zu differenzierten Konsequenzen für die organisatorisch-praktischen Abläufe in den einzelnen Kliniken führen. Ist diese Vielzahl und Breite von Lösungsansätzen aus Sicht der betroffenen psychisch kranken Menschen nur äußerst wünschenswert, so beschert sie der AKTION als Veranstalterin dieser Tagung die Unmöglichkeit, all diese wertvollen Erfahrungen hier zur Sprache kommen zu lassen.

Deshalb ist es mir besonders wichtig, abschließend zu betonen: Es gibt nicht einen einzigen Königsweg bei der Suche nach Lösungen, um das schwerwiegende Problem von Gewalt, Zwang, Furcht und bedrohlichen Situationen, das

psychiatrisch Tätige in ihrem Beruf stets begleitet, in den Griff zu bekommen. Aber lassen Sie uns hier, dazu laden wir Sie ein, ins Gespräch kommen über Ursachen und Hintergründe dieser dunklen Seite psychiatrischer Arbeit und über die vielen Wege und Ansatzpunkte, die es bereits gibt, sich dem aufrichtig zu stellen. Oder, um es mit einem Zitat von Günther Wienberg auszudrücken: „Erforderlich ist das offene und öffentliche Gespräch darüber, die konsequente Enttabuisierung des Themas. ... Wenn es richtig ist, daß der Gewaltanteil aus psychiatrischer Arbeit nicht herauszuhalten ist ... und diese Gewalt ethisch gesehen unter einem hohen Tabuisierungsdruck steht ..., dann helfen nur Hinsehen, darüber Sprechen und öffentliche Kontrolle weiter.“ (Wienberg)

Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit

Christiane Redel

Wir können nicht über „Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ sprechen, ohne darüber nachzudenken, daß Gewalt und Zwang beständige Phänomene in einer menschlichen Gemeinschaft sind, weiter noch, ohne uns selbst die Frage zu stellen und zu beantworten, wie verhalte ich mich, wie behandle ich den Menschen mir gegenüber?

Wir werden den grundlegenden Streit nicht entscheiden können, ob der Mensch von Natur aus „gut ist“ und nur durch die Lebensumstände „böse wird“, oder ob, wie Machiavelli es formulierte, alle Menschen schlecht sind und stets ihren bösen Neigungen folgen werden, sobald ihnen Gelegenheit dazu geboten wird und es des permanenten Zwangs und der Kontrolle durch soziale, moralische und politische Institutionen bedarf, um ihn zu bändigen und das Miteinander einigermaßen zu regeln. Die Frage ist meines Erachtens insofern nicht so bedeutsam, als selbst dann, wenn es eine biologische Komponente der Aggression gibt, es unbestritten ist, daß die Prägung des Menschen und seines Verhaltens bereits in frühestem Alter durch seine Erfahrungen in der Ich-Umwelt-Auseinandersetzung bestimmt wird. Es wird heute nicht mehr bestritten, daß sich die Entwicklung von Verhalten und Verhaltensstörung in dem sozialen und kulturellen Kontext vollzieht, den die Gesellschaft bietet. Es ist dieser Sozialisierungsprozeß, der sich vorrangig in den Gesellschaftsformen Familie, Schule, Arbeitsplatz, Kirche vollzieht, der Moral und soziales Verhalten wie Mitgefühl, Verantwortung, Gewissen, Gemeinsinn im einzelnen Menschen bestimmt und verankert.

„Moral, Normen, Werte“, an denen sich eine Gesellschaft ausrichtet, kommen nicht aus dem Jenseits, an das keine Frage nach dem „Warum“ gestellt werden darf und dem sich der einzelne blind fügen muß. So wie Moral eine gesellschaftliche Durchschnittsgröße der Schnittmenge der Meinungen ist, so sind Moral und gesellschaftliche Normen einem ständigen Wandel unterworfen in ihrer Anpassung an veränderte Realitäten, der in Krisen- und Umbruchzeiten forciert wird. Ein Wandel der Werte und Moral bietet aber auch die Chance zur Weiterentwicklung. Es ist durchaus tröstlich, daß die evolutionäre Entwicklung des Menschen als Interaktion verstanden werden kann, bei der die Kultur ein Organ des Lernens ist und das Lernen wiederum ein kulturbildendes Element. Das ist gut so, denn nicht alle „Werte“ haben sich über die Generationen hinweg als „wertvoll“ herausgestellt. Wir wissen, daß ein uneingeschränktes Autoritätsprinzip, das über seine konformistische Boshaftigkeit Menschen der Fähigkeit und Möglichkeit beraubt, angstfrei zu denken und zu entscheiden, ihn über den Weg des blinden Gehorsams und der blinden Fügsamkeit zu einem Instrument für gesellschaftliche und politische Kräfte machen kann, mit dem das „Böse“ in Gestalt der gleichgültigen Banalität sozusagen „unschuldig“ ausgeführt wird. Die

philosophisch-psychologische Aufarbeitung der Lebensgeschichte von Eichmann durch Hannah Arendt zeigt dieses exemplarisch.

Zu der aktuellen Klage über den „Werteverlust“ in unserer Zeit gehört neben der Reflektion über die Ursachen auch die Analyse über die Bedeutung der sogenannten „Werte“ für die Sozialisation des einzelnen und ihre Konsequenzen für unsere politische, rechtliche und sozio-ökonomische Gesellschaftsform. In der Diskussion sind in der Regel mehr Klagen über die zunehmende Aggressions- und Gewaltbereitschaft, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, zu hören, oft verbunden mit dem Ruf, die alten „Werte“ durch Sanktionen zu erhalten, als Reflektionen z.B. über die Weiterentwicklung und das Lernen von Konfliktlösungsstrategien und wie sie an Kinder und Jugendliche herangebracht werden können, um eine Konfliktkultur in unserer Gesellschaft zu fördern. Diese Diskussion ist notwendig für eine ursachenbezogene Prävention und um das gesellschaftliche Klima zu schaffen für eine positive Weiterentwicklung gesellschaftlicher Normen.

Wir erleben jeden Tag, daß und wie Klima und Stimmung in unserer Gesellschaft von politischen Verantwortungsträgern im Zusammenspiel mit den Medien beeinflußt werden kann. Und trotzdem scheint mir die wichtigste Botschaft zu sein, daß kollektive Haltungen einzelner Gruppen oder ganzer Gesellschaften letztlich nur durch den einzelnen als Teil einer handelnden oder einer schweigenden Mehrheit bestimmt werden. So erklärt sich die bekannte Feststellung, daß jede Gesellschaft die Moral, die Kultur und die Regierung hat, die sie verdient.

Die Psychiatrie unterliegt denselben moralischen Gesetzmäßigkeiten. Nur ist in der Psychiatrie die Verknüpfung von staatlicher Gewalt und Krankheitsfeld und damit Lebenssituation um vieles enger als bei anderen Erkrankungen und damit in besonderem Maße bestimmend für das Schicksal des betroffenen Menschen. Ohne den Schutz durch mächtige Interessenskonstellationen ist die Psychiatrie zudem in hohem Maße gefährdet, veränderten gesellschaftlichen Einstellungen, insbesondere in Umbruch- und Krisenzeiten, zum Opfer zu fallen bzw. für die Durchsetzung gesellschaftspolitischer Ziele mißbraucht zu werden. Sie ist geradezu ein Seismograph für sich verändernde moralisch-ethische Wertvorstellungen in der Gesellschaft. Dieses Schicksal teilt sie mit anderen Randgruppen. Vieles ist von der Rolle der Psychiatrie in der NS-Zeit bekannt. Ich bin nicht aufgerufen, über die Verstrickung von Verantwortlichen als Ideenträger, als Handlanger, als Mitläufer oder als „Opfer“ durch politische Kräfte zu urteilen. Man wird nur vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen ermessen können, wie groß die Gefahr ist.

Der Psychiatrie fällt medizinisch wie gesellschaftlich eine besondere Rolle zu. Sie hat medizinisch die Aufgabe, zu definieren, was „krankhaftes“ Verhalten ist, und damit bestimmt sie mit, was „normales“ Verhalten ist. Dies bringt sie gesellschaftlich gefährlich nahe der Macht zu definieren, was „sozial angepaßt“ ist, was „nicht angepaßt“ ist, was „gesellschaftlich tragbar“ ist, was „nicht tragbar“ ist. Psychiatrie und Psychologie werden immer in der besonderen Gefahr ste-

hen, daß ihre wissenschaftlichen Erkenntnisse von gesellschaftspolitischen Kräften als Rechtfertigung für Ideologien genutzt werden, mit denen politische Programme legitimiert werden können, auch solche, die z.B. eben erst über die Eugenik auf dem kürzesten Wege zur Euthanasie führen konnten. Wissenschaft, Forschung und Medizin-Technik bieten immer größere Möglichkeiten, die Gentechnik sicher die spektakulärsten. Auch aus diesem Grunde müssen Psychiatrie und Psychologie untrennbar mit Ethik verbunden sein. Sie sind in Forschung und Wissenschaft ebenso wie in der alltäglichen Versorgung in besonderem Maße einer Moral verpflichtet, die in ihrem Menschen- und Weltbild das „Anderssein“ als Bestandteil der „Normalität“ einer Gesellschaft anerkennt und bewahrt. Ich glaube, daß dies vielleicht der wirksamste Schutz aller Hilflosen in einer Gesellschaft bzw. vor einer Gesellschaft ist.

Die Psychiatrie ist in ihrem Alltag auch durch die Eigendynamik von Stationen und Kliniken, ganz zu schweigen von geschlossenen Mauern und Türen und dem subtilen Zwang der Medikamente, in ganz spezifischer Weise für die Anwendung von Gewalt und Zwang gefährdet. Psychisch Kranke haben ihren wirkungsvollsten Schutz immer in der Begegnung mit einzelnen Menschen erfahren. Es ist der französische Arzt Philipp Pinel gewesen, dem es als einzelner Menschen gelang, die Revolutionsregierung in Frankreich davon zu überzeugen, daß Geistesgestörte keine gemeingefährlichen Verbrecher waren, sondern therapierbare Kranke, und so diese Menschen von ihren Ketten befreien konnte. Bei der Erstürmung der Bastille 1789 befreite man übrigens 7 Gefangene, hiervon waren 5 Straftäter und 2 Geisteskranke gewesen. Die Probleme haben sich verändert, und heute sind andere Entscheidungen zu treffen. So wird es für die Zukunft auch von entscheidender Bedeutung sein, wie unser Sozialstaat, der an vermeintliche oder tatsächliche Grenzen stößt, sich weiter entwickelt. Aber nicht nur in diesem Kontext ist es wichtig, daß die Belange der Psychiatrie vertreten werden. Psychiatrie im Alltag hat mit Begegnung, mit Umgang, mit Verständnis und Mitgefühl zu tun. Für die Lebenssituation und Lebensqualität psychisch Kranker ist es von entscheidender Bedeutung, wie der einzelne Mensch ihm gegenübersteht. So schließt sich auch hier der Kreis bei uns selbst. Das gesellschaftspolitische Klima, der gesellschaftliche Diskurs und Konsens über ethische Grundsätze, alles ist wichtig, aber ausschlaggebend bleibt der einzelne Mensch.

Erlauben Sie mir, daß ich die Gelegenheit, die das Thema Ihres Kongresses mir bietet, nutze, um an den Bestandteil der Ethik zu erinnern, den man nicht aufgeben sollte, wenn man sich nicht selber aufgeben will:

- Die Reflexion darüber, was ich tue, wie ich mein Gegenüber behandle, (behandle ich den anderen so, wie ich behandelt werden möchte)
- und die Frage, warum ich etwas tue, mit der kritischen Hinterfragung der Wurzeln meiner Orientierung.

Nur wer hören und sehen will, wird hören und sehen.

Unabhängig von den jeweiligen orientierungsgebenden Wurzeln des einzelnen oder der Gesellschaft sollte kein Anspruch „Wert“ oder „Norm“ erhebendes

moralisches Prinzip und keine durch den Anspruch Wissenschaft und Wahrheit legitimierte Ideologie und keine mit dem Anspruch Autorität auftretende Institution uns davon abhalten zu denken, zu hinterfragen und in Eigenverantwortung zu entscheiden, auch bzw. vor allem unser eigenes Handeln. Jeder einzelne und damit wir alle bestimmen das Klima und damit welche der Richtungen, von denen immer viele vorhanden sind, sich in der Gesellschaft entfalten können.

I. Gewalt in der stationären Psychiatrie – Versuch einer Annäherung an ein vielschichtiges Problem

Einweisung

Claudia Bridge

Er sagte zu mir, er sei Arzt
doch was er nicht beweisen kann
glaub ich ihm nicht, aus einem Grund
weil so ja jeder kommen kann
Er streckte seine Arme aus
entführte mich ins Geisterhaus
verschloß die Türe, sagte mir:
Du bist jetzt krank, du bleibst jetzt hier

Er sagte zwingend: Du bleibst hier
mit Richterspruch und Diagnose:
Schizophrene Psychose
damit ich dir beweisen kann
daß ich als Arzt hier handeln kann
Er legte mir die Spritze an
die mich umschloß und lautlos machte
– ein Verband um meine Sinne

Und meine Welt begann zu schweben,
ohne Schatten an der Hand
weil ich mich nicht wehren konnte
fing meine Welt zu schweben an

Er schaffte mit dem Personal
einen Ort der toten Räume
hier stahl er mir dann meine Träume
sie sollten nicht mehr bei mir sein
Ich sah meine Seele tags
er lag ständig auf der Lauer
um uns kopflos zu entzweien

Und meine Welt begann zu schweben
ohne Schatten an der Hand
weil ich mich nicht wehren konnte
fing meine Welt zu schweben an

Doch tagein tagaus im Dienst
am Apparat der Heilekunst
erwies er sich als Hampelmann
als seelenlose Existenz
Öffentlich und legitim
hat er mein Geld gleich mitverschwendet
wie wahnsinnig an mir gewerkelt
Er stach mit einem 'Butterfly'
und war doch selbst so flatterhaft
ob er sich selbst bezwingen wollte
unter seines Keschers Netz?

Und meine Welt, sie wurde schwerer
weil ich meinem Schatten folgte
meine Welt bekam Gewicht
obwohl ich mich nicht wehren konnte

Zwischen Gewalt und Zwang und der Unantastbarkeit der Person in der Psychiatrie

Johann Kebbel

Nach 13 Jahren ambulanter Psychiatrie wechselte ich wieder in die stationäre Psychiatrie. Ich hatte gerne in der stationären Psychiatrie, darunter drei Jahre in einer geschlossenen Aufnahmestation, gearbeitet. Kehrt man zurück, sieht man sie mit geschärften Augen. Wechselt man dabei auch noch das Bundesland, fallen Unterschiede auf.

In Köln, wie in den meisten anderen Regionen Deutschlands, fehlt ein psychiatrischer Notdienst. Die Hauptlast der ambulanten Notfallhilfe liegt auf den Schultern der Angehörigen, anderer wichtiger Bezugspersonen, von Passanten, der Polizei, von Krankenwagenfahrern, des Ordnungsamtes, der Feuerwehr und des nächsterreichbaren allgemeinen Krankenhauses. Im letzteren findet im Notfall das erste Assessment statt und die Beurteilung, ob jemand einer weiteren stationären psychiatrischen Hilfe bedarf, ob diese Hilfe im Konsens stattfinden kann oder ob ein zwangsweises Vorgehen beantragt werden muß.

Warum fällt es der Psychiatrie so schwer, zuerst am Ort des Geschehens zu sein? Die Belastungen von Angehörigen im Vorlauf eines stationären Aufenthaltes durch suizidales, andere bedrohendes, Sachen beschädigendes oder unangemessenes oder bizarres Verhalten eines an einer Psychose erkrankten Familienmitgliedes sind nicht unerheblich¹.

Deswegen zuerst die Polizei? Warum nicht zumindest gleichzeitig auch der Psychiater bzw. die Psychiaterin? Könnten dadurch nicht Krisensituationen fachgerechter beurteilt und eventuell erforderliche Zwangsmaßnahmen in einem geringeren Ausmaße erforderlich werden? Schützt sich da nicht die Psychiatrie vor ihrer eigenen Klientel? Überläßt sie nicht das Feld zunächst der justizialen Ordnungsmacht und tritt im sicheren Hafen eines allgemeinen oder psychiatrischen Krankenhauses erst dann auf, wenn die erste Gefahr gebannt ist? Angehörige müssen die Situation aber über Tage, Wochen, Monate oder mitunter auch länger als ein Jahr tragen, bis Hilfe tatsächlich greifen und eine Behandlung aufgenommen werden kann².

1994 fiel in Köln die Zwangsunterbringungsrate nach PsychKG mit 219 Fällen auf 100.000 Einwohner aus. 1996 waren es 235 Fälle. Seit 1980 ist die Rate unentwegt gestiegen. Sie hat sich seither verdreifacht³. Bonn erreichte diese Größenordnung bereits 1989⁴. Diese Entwicklung war jedoch kein regionales Phänomen, sondern vollzog sich landesweit. 1994 wiesen Crefeld und Gollmer auf einen dramatischen Anstieg in NRW hin⁵. 1997 berichtete Crefeld von einem weiteren Anstieg, insbesondere im Bereich der betreuungsrechtlichen Unter-

Abb. 1
Aus Crefeld, 1997

bringungen⁶, siehe Abb. 1. Auch landesweit habe sich die Zahl der Unterbringungsverfahren fast verdreifacht. Gleichzeitig teilte er eine sehr divergierende Unterbringungspraxis innerhalb des Landes und erhebliche Unterschiede bzgl. der Unterbringungsraten und der Anwendung der beiden maßgeblichen Unterbringungsverfahren, der Unterbringung nach dem öffentlichen Recht (nach den Landesgesetzen Psychisch-Kranken- oder Unterbringungsgesetze) oder nach dem zivilen Recht (nach dem Bundesgesetz BGB/Betreuungsgesetz) zwischen und innerhalb der Bundesländer mit, siehe Abb. 1. Über eine extreme Streubreite zwischen und innerhalb der Bundesländer, einen deutlichen Stadt-Land-Unterschied und ein einheitlich viel niedrigeres Niveau in den neuen Bundesländern berichtete Spengler^{7, 8} bereits 1989 bzw. 1994.

Bedauerlicherweise sind die Angaben nicht einfach miteinander zu vergleichen. In sie gehen unterschiedliche Gesetzgebungen im öffentlichen Recht (Baden-Württemberg im Gegensatz zu den übrigen Bundesländern), eine unterschiedliche Anwendungspraxis von öffentlichem und zivilem Recht zwischen den Bundesländern (z.B. zwischen Bayern und Nordrhein-Westfalen) und innerhalb eines Bundeslandes und unterschiedliche Zählweisen ein (z.B. werden nicht allorts die sofortigen Unterbringungen mitgezählt, die nicht durch richterlichen Beschluß in eine vorläufige Unterbringung umgewandelt werden. Aber auch Doppelzählungen sind möglich: Der Patient wird zunächst nach PsychKG und später nach dem BGB untergebracht.).

Bezüglich der genannten Unterschiede entsteht bei den Rechtskommentatoren Saage und Göppinger bzw. deren Nachfolgern Marschner, Volckart und Wagner „der Eindruck einer völlig willkürlichen Handhabung“ des Unterbringungsrechts⁹. „Der psychisch kranke Betroffene kann von Bundesland zu Bundesland, Stadt zu Stadt und Region zu Region mit völlig unterschiedlichen Reaktionen auf seine Erkrankung und eine tatsächlich oder vermeintlich bestehende Gefährlichkeit und/oder Behandlungsbedürftigkeit rechnen. Von der Versorgungsstruktur sowie der Organisation des Unterbringungsverfahrens durch die beteiligten Instanzen hängt es ab, ob der Betroffene überhaupt untergebracht wird, er von der Polizei unmittelbar in die Klinik eingeliefert wird, er zunächst Ordnungsamt, Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrischer Dienst oder Krisendienst vorgestellt wird, wann ein Unterbringungsantrag gestellt wird und ob schließlich eine öffentlich-rechtliche oder eine zivilrechtliche Unterbringung erfolgt.“ Die unterschiedliche Praxis hänge nur zum Teil von den unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen ab. Entscheidend sei die administrative und praktische Handhabung vor Ort.

Ist uns das Grundrecht der Unantastbarkeit der Person bzw. die Kontrolle über die freiheitsentziehenden Maßnahmen so wenig wert, daß wir bis heute über keine verlässliche Datenbasis verfügen? Herrscht da nicht Ortsrecht¹⁰? Ist eine solch unterschiedliche Handhabung der Gesetze noch mit dem Grundgesetz vereinbar?

Andererseits gibt es Hinweise, daß die Unterbringungsraten, wenn auch von Region zu Region unterschiedlich, tatsächlich erheblich zugenommen haben,

so z.B. in den Städten Bonn, Köln und Bremen. Nachdenklich stimmt diese Entwicklung angesichts eines deutlichen Zuwachses der ambulanten Nervenärztdichte, des Aufbaus ergänzender ambulanter und komplementärer Strukturen, der Verbesserung der baulichen Gegebenheiten und der Verkleinerung der psychiatrischen Krankenhäuser und derer Stationen und eines den letzteren zugute gekommenen Personalzuwachses durch die Psychiatrie-Personalverordnung. Die Psychiatrie-Enquete hatte dazu die Impulse gesetzt.

War aber an die damit verbundenen Reformmaßnahmen nicht auch die Hoffnung geknüpft worden, den z.T. hohen Anteil zwangsweise untergebrachter Patienten und Patientinnen senken zu können?

Bremen weist z.Z. wahrscheinlich die günstigste psychiatrische Infrastruktur einschließlich einer ambulanten Krisenintervention rund um die Uhr auf¹¹. Nach einer Umfrage von Reimer und Lorenzen¹² an allen psychiatrischen Einrichtungen in der alten BRD im Jahre 1978 fiel die Unterbringungsquote (Anteil zwangsweise aufgenommener Patienten und Patientinnen an allen Aufnahmen) im Land Bremen am niedrigsten aus (niedriger noch als in Baden-Württemberg, das schon durch eine von den übrigen Bundesländern abweichende gesetzliche Regelung 'bevorzugt' war). Seit Einsetzen der Reform im Jahre 1980 stiegen aber die Unterbringungsraten unentwegt an und hatten sich bis 1994, wenn auch auf deutlich niedrigerem Niveau als in Bonn und Köln, mehr als verdoppelt, siehe Abb. 2.

Abb. 2

¹ In den Angaben nach BGB befindet sich ein systematischer Fehler, der sich über die Jahre unterschiedlich auswirkte. Im Gegensatz zur Zählung nach PsychKG zählte das Amtsgericht Bremen Verlängerungen von Unterbringungen nach BGB mit. Verlängerungen seien vor 1992 seltener, nach 1992 häufiger aufgetreten. 1994 z.B. betrug die Rate nach BGB mit Verlängerungen 51,5 und ohne 43,7 und die Gesamtrate 136,7 bzw. 128,9 Fälle.

Über die möglichen Ursachen kann man nur Vermutungen äußern:

- Wesentlich könnte der Paradigmawechsel in der Psychiatrie gewesen sein. Das psychiatrische Krankenhaus gab zunehmend aufgrund der beklagten Hospitalismuserscheinungen seine langfristigen Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Menschen auf und wandelte sich zu einer fast ausschließlich auf Krisenintervention und mittelfristige Behandlung/Rehabilitation ausgerichteten Institution. Gleichzeitig gab es die ersteren Funktionen an die Gemeinde und an die dort nach dem Sektorprinzip aufgebauten ambulant/komplementären Strukturen ab. Mit diesem Paradigmawechsel war ein erheblicher Abfall der durchschnittlichen Verweildauern und ein Anstieg der Fallzahlen verbunden. Die allgemeine Orientierung lautete, ein Patient bzw. eine Patientin sollte so lange wie möglich in seinem/ihren originären Lebensfeld leben, dort unterstützt werden, und eine eventuell erforderlich gehaltene stationäre Behandlung sollte nur so kurz wie möglich dauern. War vormals ein Patient oder eine Patientin mit einem fluktuierenden Krankheitsverlauf über Monate oder Jahre hospitalisiert, wurde er/sie bei einer erneuten Dekompensation nicht erneut untergebracht, mit Einsetzen der Reform und seiner/ihrer Integration in die Gemeinde wurden in der Folge aber häufiger stationäre Einweisungen, mitunter auch zwangsweise, erforderlich.

- Aber auch Rechtsveränderungen haben wahrscheinlich Einfluß genommen. Eine Anhebung der Unterbringungsrate war im Jahre 1979 mit der Ablösung des ordnungspolitisch orientierten Unterbringungsgesetzes durch das an das nordrhein-westfälische Beispiel angelehnte und mehr fürsorglicher betonte PsychKG und mit Einführung des Betreuungsgesetzes im Jahre 1992 zu beobachten, siehe Abb. 2. Die stattgefundenen Rechtsveränderungen stärkten die Rechtsstellung Untergebrachter, hatten möglicherweise aber auch den Effekt, daß ansonsten fürsorglich und ärztlich verantwortete Unterbringungen jetzt mit einem Rechtstitel unterlegt und die materiellen Voraussetzungen für eine Unterbringung jeweils breiter gesehen wurden.

- Oder hat sich die allgemeine gesellschaftliche Toleranz, von der auch Psychiater und Psychiaterinnen nicht unbeeinflußt bleiben, in wirtschaftlich schwierigeren Zeiten gegenüber abweichenden Verhalten verringert und sichern sie sich auf dem Hintergrund der zunehmenden Verrechtlichung vieler Lebensbereiche und Berufsfelder immer stärker ab und bringen jemanden eher unter, als sich dem Vorwurf auszusetzen, man habe eine mögliche Gefährdung nicht beachtet?

- Andere in Erwägung zu ziehende Faktoren wie eventuelle Veränderungen der Krankheitsinzidenzen und -prävalenzen und die Auswirkung sozio-ökonomischer Veränderungen auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen sollte die psychiatrische Epidemiologie klären.

- Schließlich hat Bruns herausgearbeitet, daß Zwangseinweisungspatientinnen und -patienten eine besondere Risikogruppe darstellen¹³. Sie sind überwiegend männlichen Geschlechts, überwiegend jüngeren Alters, in der Regel ledig, meist arbeitslos und überwiegend alleine lebend. Sie leiden meist an einer schizophrenen Störung. Der aktuelle stationäre Aufenthalt dauert länger als bei frei-

willig aufgenommenen Patienten und Patientinnen und für die Zukunft besteht ein erhöhtes Rehospitalisierungsrisiko. Dieses Forschungsergebnis, das auch andere Untersuchungen unterstützen (z.B.^{14, 15}), hat Bremen bisher nicht ausreichend zur Kenntnis genommen. Bis zu meinem Weggang gelang es nicht, für diese Zielgruppe ein an Prinzipien des Case-Management oder ein am Konzept 'Personenzentrierte Hilfen'¹⁶ orientiertes Vorgehen zu etablieren. Trotz Bemühens scheiterte dieses immer wieder an den Abstimmungsproblemen zwischen Krankenhaus und Sozialpsychiatrischem Dienst.

Der Anstieg der Zwangsunterbringungsraten – in Relation zu den stattgefundenen Reformen und Rechtsentwicklungen – ein zu erwartendes Ergebnis oder ein ernster Hinweis auf noch bestehende Systemschwächen?

Zwangsuntergebrachte Patientinnen und Patienten kommen mitunter bereits fixiert oder in Handschellen zur stationären Aufnahme. Aus stationärer Sicht mag man die Auffassung vertreten, die Polizei hatte wahrscheinlich gute Gründe dazu. Aus ambulanter Sicht macht man aber die Erfahrung, daß es im Einzelfall auch anders geht, ein klärendes Gespräch durchaus möglich ist und weitere Zwangsmaßnahmen trotz aufrechterhaltener unfreiwilliger Einweisung vermieden werden können. Die Häufigkeit bereits gefesselter Aufnahmen ist unbekannt. Deren Kenntnis könnte aber den Anstoß geben, das Gespräch mit der Polizei zu suchen und eine bessere Zusammenarbeit zu pflegen.

Eine zwangsweise Unterbringung muß laut Auffassung der Kölner Unterbringungsrichter grundsätzlich auf einer geschlossenen Station erfolgen. So stehe es im Gesetz, und die öffentliche Sicherheit und Ordnung müsse gewahrt werden. Aus psychiatrischer Sicht ist aber eine Unterbringung hinter einer geschlossenen Tür nicht immer erforderlich. Der Begriff 'geschlossen' muß sich auch anders auslegen lassen. Wie ist es sonst zu erklären, daß einzelne psychiatrische Kliniken und Abteilungen im gleichen Bundesland zeitweise die geschlossene Tür öffnen oder in Bad Driburg und in Herne Herr Philipzen¹⁷ bzw. Herr Krisor¹⁸ auf eine Sicherung durch geschlossene Türen gänzlich verzichten. Ein ausführliches Aufnahmeverfahren, die Stellung einer Bezugsperson, das Bemühen um Kontakt, Aussprache, Behandlung und Vertrauen und die Kontrolle des Ausganges scheinen in der Regel ausreichende Sicherungsmaßnahmen zu bilden.

Verstoßen in jenen Regionen die zuständigen Vormundschaftsrichter gegen das Gesetz, wenn sie solch ärztlich verantworteten Konzepten folgen und die geschlossene Unterbringung auch dadurch gewahrt sehen?

Die Psychisch-Kranken-Gesetze von Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (siehe⁹, 'Anhang: Unterbringungsgesetze der Bundesländer') tragen den oben erwähnten Vorgehensweisen bereits Rechnung. Im Berliner PsychKG §10, Abs. 1 heißt es u.a.: „Eine geeignete Maßnahme kann auch darin bestehen, dem Untergebrachten zu untersagen, die Einrichtung zu verlassen.“ Und der § 36 'Offene Unterbringung' lautet: „(1) Um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen, soll die Unterbringung nach Möglichkeit aufgelockert und weitgehend in freien Formen durchgeführt werden, sobald der Zweck der Unterbringung es

zuläßt.(2) Der Untergebrachte soll... offen untergebracht werden, wenn dies seiner Behandlung dient, er den damit verbundenen Anforderungen genügt und nicht zu befürchten ist, daß er die Möglichkeit der offenen Unterbringung mißbraucht. Gegen den Willen des Untergebrachten ist die Verlegung in die offene Unterbringung nicht zulässig.“

Welche Erfahrungen machen die ostdeutschen Kollegen und Kolleginnen mit diesen gesetzlichen Regelungen?

In unserer Klinik nehmen wir 58% aller Fälle in geschlossenen Stationen auf (mit unterschiedlichen Anteilen in den Fachbereichen Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht). Rund ein Drittel kommt mit einem Rechtstitel und rund zwei Drittel freiwillig zur Aufnahme. Rund ein Drittel der freiwillig Aufgenommenen wird mit dem schriftlich gegebenen Einverständnis zu Beginn der stationären Behandlung geschlossen geführt.

Sind psychisch Kranke bei Aufnahme in diesem Ausmaße selbstgefährdet und/oder andere gefährdend? Schätzen wir, die Fachleute, die Gefährdung angemessen oder überhöht ein? Wie sicher oder unsicher sind unsere Beurteilungen? Welchen Einfluß haben Angehörige, Kollegen und Kolleginnen, außerstationäre Dienste, Leitung, Träger und Justiz sowie Politik und Öffentlichkeit? Vertrauen wir mehr unseren allgemeinen Sicherheitsmaßnahmen oder mehr einer Sicherheit, die sich auf ein sorgfältiges Assessment, ein Bemühen um vertrauensvolle Beziehungen und einen zurückhaltenden Einsatz von Zwangsmitteln stützt? Oder schlagen wir uns auf die 'sichere' Seite, weil Träger und Justiz jedes ernsthafte besondere Vorkommnis (jeden ersten Suizidversuch, Suizid und erste Verletzung anderer) fachaufsichtlich bzw. strafrechtlich prüfen? Bzgl. der Beurteilung dieser Situation bin ich mir unsicher. Wiederum fehlte mir ein Vergleich. Auch das umfangreiche Werk von W. Rössler und H. J. Salize 'Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen'¹⁹ half nicht weiter. Die Existenz offener bzw. ohne geschlossene Tür geführter psychiatrischer Abteilungen, laut einer persönlichen Mitteilung von Herrn Philipzen (1996) mittlerweile 14 an der Zahl, und eines offen geführten Landeskrankenhauses, des Krankenhauses Merzig im Saarland, das vor seiner Auflösung bzw. Dezentralisierung steht, macht aber nachdenklich.

Für die Aufnahme in eine geschlossene Station ist nicht die Diagnose, sondern das Ausmaß der Gefährdung ausschlaggebend. Die Psychiatrische Basisdokumentation (BADO) sollte helfen. Sie erfaßt aber nur das Kriterium 'Aufnahme nach Suizidversuch', nicht das Kriterium 'Fremdgefährdung'. Die überarbeitete BADO, im letzten Jahr veröffentlicht²⁰, aber bisher noch nicht allgemein eingeführt, soll diesem Mangel abhelfen. Rund 10% unserer Klientel kam nach einem Suizidversuch zur stationären Aufnahme. Foerster u.a.²¹ schätzten aber 40% aller Fälle bei Aufnahme als suizidal ein. Eine Fremdgefährdung wurde nach Foerster u.a.²¹ und Wolfersdorf u.a.²² bei 2,3% bzw. 10,7% aller Aufnahmen gesehen. Nach Foerster u.a.²¹ zeigten aber 28% aller Männer und 15% aller Frauen bei Aufnahme einen Erregungszustand („... ein Verhalten... ,

welches weder vom Patienten noch von der Umgebung her steuerbar erschien,...“).

Sofern die Ergebnisse einer großen Meta-Analyse über Studien zur Sterblichkeit bei psychischen Erkrankungen verallgemeinert werden können, stellten Harris und Barraclough²³ 1997 fest, daß mit Ausnahme der geistigen Behinderung und der Demenz fast alle psychischen Erkrankungen ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen. Das höchste Risiko würden funktionelle Störungen (z.B. Anorexia nervosa, affektive Störungen, Dysthymie, schizophrene Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen u.a.), ein mittleres Risiko substanzbedingte Störungen (Sucht) und ein niedrigeres, aber gegenüber der Allgemeinbevölkerung noch immer erhöhtes Risiko organisch bedingte Störungen (außer Demenz) in sich bergen.

Eine übersichtliche Zusammenfassung des Suizid- und Suizidversuchsrisikos gaben auch Wolfersdorf und Mäulen, 1992:

Suizid und Suizidversuch bei psychischer Krankheit. (Zusammenfassung nach Literatur, Wolfersdorf und Mäulen 1992.)			
	Depression %	Alkoholkrankheit %	Schizophrenie %
Anteil der Diagnosegruppe an Suiziden in der Allgemeinbevölkerung	40 – 70	20 – 30	2 – 12
Anteil der Diagnosegruppe an Suizidversuchen in der Allgemeinbevölkerung	10 – 50	30 – 50	2 – 17
Suizidversuche im Krankheitsverlauf	20 – 60	3 – 25	20 – 30
Suizidmortalität im Krankheitsverlauf	12 – 18	5 – 10	10 – 15
Anteil an Suiziden in psychiatrischen Kliniken	20 – 30	0 – 7	40 – 60

Abb. 3 Aus Wolfersdorf et al.²⁴,1993

Nach Böker und Häfner²⁵, 1973, ist das relative Gewaltisiko 'Geistesgestörter' (unter diesen Begriff faßten die Autoren Schwachsinn, Epilepsie, endogene und exogene Psychosen, Abbausyndrome (Demenz etc.) und psychische Veränderungen aufgrund von Hirnfunktionsstörungen) nicht größer als das der Allgemeinbevölkerung (unter den erfaßten Diagnosen zeigten schizophrene Störungen vergleichsweise aber ein höheres Risiko). Neuere Untersuchungen gehen von einem konsistenten, wenn auch mäßig erhöhten Risiko aus^{26, 27, 28}. Wessely relativierte diese Auffassung²⁹. John Reed, ein englischer Autor, faßte kürzlich das gegenwärtige Wissen in 5 Punkten zusammen (³⁰ und übersetzt):

- Die große Mehrheit psychisch kranker Menschen birgt keine Gefahr für andere.

- Die besten Prädiktoren eines zukünftigen, andere gefährdenden Verhaltens psychisch kranker Menschen gleichen denjenigen, die für die übrige Bevölkerung zutreffen: gefährdendes Verhalten in der Vorgeschichte, Kriminalität in der Familie, mangelnde Erziehung u.a..
- Menschen mit ernsten psychischen Störungen, mit schizophrenen oder manisch-depressiven Störungen, können, wenn sie aktive Krankheitssymptome aufweisen, ein erhöhtes Risiko für andere darstellen.
- Menschen, die an ernsten psychischen Störungen leiden, Symptome aufweisen und außerdem Drogen oder Alkohol mißbräuchlich konsumieren, können ein deutlich höheres Risiko für andere darstellen.
- Menschen mit psychopathischen Störungen stellen für andere ein erhöhtes Risiko dar.

Suchtkranke, Alkohol- und Drogenkranke, können ebenfalls ein deutlich höheres Risiko für andere darstellen^{27, 28}. Deren Risiko scheint dabei höher auszufallen als dasjenige psychisch Kranker im engeren Sinne²⁷.

Eine psychische Erkrankung ist aber nur ein Faktor unter anderen, der Einfluß auf das Gewaltrisiko nimmt, andere sind das Geschlecht (Männer), das Alter (jung), ein niedriger sozioökonomischer Status u.a.^{25, 27, 29}. Trotz der genannten Risiken stammt die weit überwiegende Mehrzahl aller Straftäter und -täterinnen aus der übrigen Bevölkerung (siehe Böker und Häfner²⁵, aber auch Hodgins et al.²⁸, wenn man dort die absoluten Häufigkeiten berechnet).

Das Risiko psychisch Kranker durch einen Suizid zu versterben, ist dagegen um ein Vielfaches größer. Böker und Häfner²⁵ schätzten, daß das Selbsttötungsrisiko für schizophrene Menschen rund 100mal und für depressive Menschen rund 1.000 – 10.000 mal höher ist als das Risiko, andere ernsthaft zu gefährden.

Nach wie vor gilt die Folgerung von Böker und Häfner²⁵: „Die Folgerung, die sich daraus für die Orientierung der psychiatrischen Therapie und für die Organisation psychiatrischer Einrichtungen und Versorgungssysteme ergibt, lautet: Vorbeugende, helfende oder schützende Maßnahmen gegen Selbstgefährdung müssen bei der überwiegenden Mehrzahl der Kranken im Vordergrund stehen. Nur ein kleiner Teil der zu versorgenden Kranken bedarf sichernder Maßnahmen oder Einrichtungen zur Verringerung der Gefährlichkeit gegen andere.“

Und schließlich die Frage, in welchem Ausmaß sind Psychiater und Psychiaterinnen fähig, suizidales oder gewalttätiges Verhalten vorherzusagen? Die Öffentlichkeit und die Justiz erwarten eine solche Fähigkeit. Wie ist es aber mit dieser Fähigkeit bestellt? 1994 erschien ein offizielles Statement der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft³¹ zur Vorhersage von Gewalt. In diesem heißt es u.a. (zit. in³² und übersetzt): „Psychiater verfügen über kein spezielles Wissen und über keine spezielle Fähigkeit, mit welchen sie in der Lage sind, gefährliches Verhalten vorherzusagen. Studien zeigten, daß sogar bei Patientinnen und Patienten, die in der Vorgeschichte ein gewalttätiges Verhalten aufwiesen, die Vorhersage bei zwei von drei Patienten falsch war.“ Zwei Jahre später faßte der z.Z. amtierende Präsident der amerikanischen Gesellschaft

für Notfallpsychiatrie D.H. Hughes die Antwort in einem Übersichtsartikel³² u.a. wie folgt zusammen (übersetzt): „Während die Debatte darüber andauert, ob der Kliniker erfolgreich das Auftreten von gewalttätigem oder suizidalem Verhalten unter seinen Patienten voraussagen kann, zeigt die überwiegende Mehrzahl der Studien, daß es bei dem gegenwärtigen Stand des Wissens nicht möglich sein mag, Suizid und Gewalt eines Individuum vorherzusehen. Um die Beschränkungen der Vorhersage zu kompensieren, setzen konservative Kliniker bewußt das Auftreten von Suizid oder Gewalt höher an, um dazu beizutragen, die Sicherheit ihrer Patienten und der Gemeinden, in der jene leben, zu gewährleisten.“

Die Forschung hat bezüglich des Auftretens von Suizid und Gewalt eine Reihe klinischer und demographischer Risikovariablen herausgearbeitet. Mit Hilfe dieser ist es aber nur möglich, Risikogruppen zu umschreiben. Der Schluß auf ein einzelnes Individuum kann z.Z. nicht geführt werden. Konzentriert man sich jedoch auf solche Gruppen, beachtet die Vorgeschichte und spezifische Symptome – z.B. den Patienten bzw. die Patientin bedrohende Wahnvorstellungen, die gleichzeitig von äußeren Kräften kontrolliert werden – und unterstützt das klinische Urteil durch statistische Vorhersageverfahren, scheint laut neueren Forschungsergebnissen – so zumindest bezüglich des Auftretens von Gewalt, (z.B.³³) –, die Einschätzung besser zu gelingen als eine Zufallsbeurteilung.

In der Praxis bemüht sich der Psychiater bzw. die Psychiaterin aber eher um zeitlich befristete und graduelle Risikoabschätzungen bzw. um Wahrscheinlichkeitsbeurteilungen (ist es eher als eher nicht wahrscheinlich, daß in Kürze der Patient/die Patientin eine suizidale oder eine andere Personen gefährdende Handlung unternehmen wird?). Hierzu müssen sorgfältige Assessments durchgeführt und logische klinische Entscheidungen im Verhältnis zum wahrgenommenen Risiko gefällt werden. Die Orientierung an diagnostischen und therapeutischen Richtlinien sowie eine ausreichende Dokumentation sind dabei hilfreich. Stützt man sich auf ein solches Vorgehen, folgen der klinischen Bewertung, auch wenn systematische Fehler möglich sind, durchaus angemessene Urteile^{34, 35}. Ein Problem aber bleibt: Wo setzt man die Schwelle? Legt man sie zu niedrig (= das Risiko sei relativ hoch), erhält man im Verhältnis zu den richtig positiven Beurteilungen zu viele falsch positive, legt man sie dagegen zu hoch (= das Risiko sei relativ niedrig), riskiert man zu viele falsch negative³⁶.

Bezüglich des Spannungsbogens zwischen der Achtung der Unantastbarkeit der Person einerseits und dem Erfordernis der Ausübung von Zwang andererseits stehen Psychiater und Psychiaterinnen vor einem unauflösbaren Konflikt. Entscheiden sie sich angesichts der Unwägbarkeiten bei der Beurteilung von suizidalem oder gewalttätigem Verhalten eher für die Patientenrechte, werden sie möglicherweise häufiger mit den deletären Folgen von Suizid/Suizidversuch oder Gewalt konfrontiert, entscheiden sie sich dagegen eher für die Sicherheit ihrer Patienten und Patientinnen und deren Umwelt, müssen auch andere Patienten und Patientinnen, die letztlich keine gefährdenden Handlungen ausführen, Freiheitsbeschränkungen hinnehmen.

Ist eine ausgewogene Balance möglich? Wie sieht der Spannungsbogen in unserer Republik aus?

Das Erleben der konkreten Situation bei Aufnahme, das oben skizzierte Hintergrundwissen (bzgl. dessen die Datenlage in Deutschland z.T. noch unzureichend ist) und die Unsicherheit und die Schwierigkeit bei der Beurteilung selbst- und fremdgefährdenden Verhaltens in Verbindung mit durch Leitung vorgegebenen Konzepten und allgemeinen Vorgaben und Kontrollmechanismen durch Träger und Justiz mögen eventuell jenes Ursachenbündel darstellen, das so unterschiedliche Landschaften wie eher geschlossen oder eher offen geführte Institutionen bei Aufnahme der Klientel erzeugt.

Die Existenz offen geführter psychiatrischer Abteilungen und Krankenhäuser ist aber eine Herausforderung. Ich bin überzeugt, daß sie in die anzustrebende Richtung weist. Eine Psychiatrie ohne Zwang dürfte jedoch eine Fiktion sein³⁷. Auch die offen geführte Psychiatrie übt über Ausgangsbeschränkungen, Isolierungen, Fixierungen und Zwangsmedikationen Zwang aus. Möglicherweise gelingt es ihr aber, weniger zu zwingen und trotzdem für eine ausreichende Sicherheit zu sorgen. Das Öffnen der Tür scheint ein symbolischer Akt zu sein, der uns auffordert, darüber nachzudenken, ob die stationäre Psychiatrie zum Schutz ihrer Klientel mit weniger Zwangsmitteln bzw. Sicherungsmaßnahmen auskommen und statt dessen mehr auf eine Sicherheit setzen kann, die sich auf Kommunikation, Beziehung und Vertrauen sowie sorgfältige Assessments stützt. Um den Weg beschreiten zu können, müssen wir unsere Möglichkeiten zur Abschätzung des Gefährdungsrisikos und dessen Management verbessern und die offen geführten Abteilungen uns überzeugen, daß der Weg mit ausreichender Sicherheit begehbar ist und Zwang und Gewalt nicht andere, heimlichere Formen angenommen haben. Jede Öffnung oder zeitweise Öffnung bleibt aber illusorisch, wenn – wie im Rheinland der Fall – auf Grund mangelnder Ressourcen in der Forensischen Psychiatrie psychisch kranke Rechtsbrecher unmittelbar nach der Tat und nach einer ersten richterlichen Beurteilung in geschlossene Stationen der Allgemeinen Psychiatrie aufgenommen werden müssen.

Ich habe Sie auf eine Reise in die stationäre Psychiatrie mitgenommen. Ich habe erst die Schwelle übertreten. Ein weiterer Lotse könnte der Leitfaden des BMG zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken³⁸ sein.

Die folgenden Beiträge beleuchten die Situation jeweils aus spezifischer Sicht.

Die Reform der stationären Psychiatrie konzentrierte sich bisher auf den Langzeitbereich und drohte, die Situation im Akutbereich aus den Augen zu verlieren. Das Tabu über Zwang und Gewalt in der Psychiatrie muß gelüftet werden. Wir brauchen dazu eine offene Diskussion. Ich hoffe, die Tagung gibt dazu einen weiteren Anstoß.

Literatur

- 1 M. S. HUMPHREYS, E. C. JOHNSTONE, J. F. MacMILLAN and P. J. TAYLOR: Dangerous Behaviour Preceding First Admissions for Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* (1992) 161: 501-505.
- 2 E. C. JOHNSTONE, T. J. CROW, A. L. JOHNSON and J. F. MacMILLAN: The Northwick Park Study of First Episodes of Schizophrenia. I. Presentation of the Illness and Problems Relating to Admissions. *British Journal of Psychiatry* (1986) 148: 115-120.
- 3 J. KEBBEL: Zwangseinweisungen in der Stadt Köln. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript, 1995.
- 4 E. KÖRMENDY: Zwangsunterbringung psychisch Kranker heute – ein Teil der Notfallversorgung. *Öffentliches Gesundheitswesen* (1990) 52: 273-276.
- 5 W. CREFELD und E. GOLLMER: Zahl der Zwangseinweisungen ist dramatisch gestiegen. *Psychosoziale Umschau* (1994) Heft 2: 28-30.
- 6 W. CREFELD: Zwangseinweisungen nehmen weiter zu. *Psychosoziale Umschau* (1997) Heft 2: 14-15.
- 7 A. SPENGLER und K. BÖHME: Versorgungsepidemiologische Aspekte der sofortigen Unterbringung. *Nervenarzt* (1989) 60: 226-232.
- 8 A. SPENGLER: Sofortige zwangsweise Unterbringungen in der Bundesrepublik Deutschland, 1991-1992: Erste Ergebnisse. *Psychiatrische Praxis* (1994) 21: 118-120.
- 9 E. SAAGE, H. GÖPPINGER: Freiheitsentziehung und Unterbringung – Materielles Recht und Verfahrensrecht –. C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München 1994.
- 10 G. DODEGGE: Die Gestaltung der Einweisungspraxis aus der Perspektive eines Unterbringungsrichters. Vortrag auf der Tagung 'Zwang und Gewalt in der stationären Psychiatrie' der AKTION PSYCHISCH KRANKE in Bonn/Bad Godesberg am 23./24.9.1997.
- 11 Freie Hansestadt Bremen, Der Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz – Abteilung Gesundheitswesen -: Psychiatriebericht Bremen. Zur Lage der Psychiatrie in Bremen nach 15 Jahren Psychiatriereform. Stand und Perspektiven. Bremen, im Mai 1996.
- 12 D. LORENZEN: Einige Zahlen zur zwangsweisen Unterbringung psychisch Kranker und Suchtkranker in der Bundesrepublik Deutschland. *Spektrum* (1981) Heft 5: 166-172.
- 13 G. BRUNS: Zwangseinweisungspatienten – eine psychiatrische Risikogruppe. *Der Nervenarzt* (1991) 62: 308-312.
- 14 G. I. SZMUKLER, A. S. BIRD and E. J. BUTTON: Compulsory admissions in a London Borough: I. Social and clinical features and a follow-up. *Psychological Medicine* (1981) 11: 617-636.
- 15 A. RIECHER, W. RÖSSLER, W. LÖFFLER and B. FÄTKENHEUER: Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychological Medicine* (1991) 21: 197-208.
- 16 V. KAUDER, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. *Psychiatrie-Verlag, Bonn* 1997.
- 17 H. PHILIPZEN, W. PFEIFER: Klinische Vollversorgung durch eine psychiatrische Abteilung im Gemeindehospital. *Sozialpsychiatrische Informationen* (1986) Heft 4: 29-49.

- 18 M. KRISOR: Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie. Das Herner Modell im Gespräch. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1992.
- 19 W. RÖSSLER und H. J. SALIZE: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen. Band 77 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1996.
- 20 C. CORDING, W. GAEBEL, A. SPENGLER et al.: Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-) stationären Bereich. Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (1995) 24: 3-41.
- 21 K. FOERSTER, W. RITZ und B. POTSCHIGMANN: Aufnahmeanlässe in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer psychiatrischen Universitätsklinik – ein Vergleich. Psychiatrische Praxis (1985) 12: 206-212.
- 22 M. WOLFERSDORF, T. STEINERT und S. HERRLEN-PELZER: Psychiatrische Notfall- und Krisenintervention. Therapiewoche (1992) 42/43: 2502-2509.
- 23 E. C. HARRIS and B. BARRACLOUGH: Suicide as an outcome for mental disorders. British Journal of Psychiatry (1997) 170: 205-228.
- 24 M. WOLFERSDORF, R. VOGEL, G. HEYDT, W.-D. VOGEL: Ausgewählte Ergebnisse der Patientensuizidforschung an psychiatrischen Großkrankenhäusern: Schizophrene als "neue Risikogruppe". Psychiatrische Praxis (1993) 20: 38-41 (Sonderheft).
- 25 W. BÖKER und H. HÄFNER: Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1973.
- 26 J. MONAHAN: Mental Disorder and Violent Behavior. Perceptions and Evidence. American Psychologist (1992) 47: 511-521.
- 27 J. W. SWANSON: Mental Disorder, Substance Abuse, and Community Violence: An Epidemiological Approach. In J. Monahan and H. J. Steadman (Eds.): Violence and Mental Disorder. The University of Chicago Press, Chicago and London 1994.
- 28 S. HODGINS, S. A. MEDNIK, P. A. BRENNAN, F. SCHULSINGER, M. ENGBERG: Mental Disorder and Crime. Evidence From a Danish Birth Cohort. Archives of General Psychiatry (1996) 53: 489-496.
- 29 S. WESSELY: The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. British Journal of Psychiatry (1997) 170 (supplement 32): 8-11.
- 30 J. REED: Risk assessment and clinical risk management: the lessons from recent inquiries. British Journal of Psychiatry (1997) 170 (supplement 32): 4-7
- 31 American Psychiatric Association Fact Sheet. November 1994: 1-4, (zit. In 32).
- 32 D.H. HUGHES: Suicide and Violence Assessment in Psychiatry. General Hospital Psychiatry (1996) 18: 416-421.
- 33 G.T. HARRIS, M.E. RICE: Risk Appraisal and Management of Violent Behavior. Psychiatric Services (1997) 48: 1168-1176.
- 34 D.E. McNIEL and R.L. BINDER: Clinical Assessment of the Risk of Violence Among Psychiatric Inpatients. American Journal of Psychiatry (1991) 148: 1317-1321.

- 35 D.E. McNIEL and R.L. BINDER: Correlates of Accuracy in the Assessment of Psychiatric Inpatients' Risk of Violence. *American Journal of Psychiatry* (1995) 152: 901-906.
- 36 D. MOSSMAN: Assessing Predictions of Violence: Being Accurate About Accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1994) 62: 783-792.
- 37 G. WIENBERG: Gewaltfreie Psychiatrie ist eine Fiktion. 12 Thesen zum Thema Gewalt in der Psychiatrie. Vortrag auf der Tagung 'Zwang und Gewalt in der stationären Psychiatrie' der AKTION PSYCHISCH KRANKE in Bonn/Bad Godesberg am 23./24.9.1997.
- 38 DER BUNDESMINISTER FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.): Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1996.

Psychiatrie im Kontext der gesellschaftlichen Wirklichkeit – Reflexionen über den Zusammenhang zwischen Gewaltpotentialen „drinnen“ und „draußen“

Teil I

Ralf Seidel

Der Blick in den Spiegel

Ernst BLOCH erzählt einmal eine merkwürdige Geschichte. In Amerika findet eines nachts ein Weißer kein Hotelbett mehr. Nur ein Bett im Zimmer eines Schwarzen stehe zur Verfügung. Er nimmt es, entgegen seinen Vorurteilen, und trägt dem Hotelburschen auf, ihn früh zu wecken, damit er seinen Zug nicht verpasse. Er solle *am guten Bett rütteln, nicht an dem des Negers*. Nachts ging der Weiße noch mit Freunden auf Zechtour und kehrte, im Suff mit Ruß beschmiert, ins Hotel zurück. Morgens im Zug begab er sich zur Toilette, um sich zu waschen. Als er sich im Spiegel sah, rief er plötzlich aus: *„Zum Teufel, da hat der Mistkerl doch den Neger geweckt.“*

Über den *Anderen* Auskunft erlangen heißt, *sich selbst* in Frage stellen. Der Fremde ist der Spiegel unseres Selbst. Zerbricht dieser Spiegel – und das ist bei *psychischer Krankheit* häufig der Fall – verstehen wir *uns* nicht mehr, und am *Anderen* bleibt nichts, was ihn mit mir verbindet. Das *Gespräch ist ausgesetzt*.

In dieser Situation ist *Gewalt* nicht mehr weit.

Formen der Gewalt

Wir sind unsere Vergangenheit, das, was vor uns getan und erlebt wurde, auch in dem, was wir jetzt, in diesem Augenblick, vollziehen. Wir können, was wir aus der Geschichte wissen, nicht einfach beiseite legen. Das gilt immer noch in besonderem Maße für das, was im Nationalsozialismus geschehen ist.

Im Nationalsozialismus war es nicht eine primär offen gewaltbereite, gar schon in uns angelegte Feindseligkeit gegen „Fremde“, vor allem die Juden, wodurch die Tötungspraktiken sich durchsetzen konnten (D. GOLDHAGEN). Diese wurden erst durch die schrittweise *Entpersönlichung* und *Entwürdigung* des *Anderen* zu ihrer endgültig *vernichtenden* Gewalt. Ihr „Antlitz im Spiegel“ war längst ausgelöscht, als man ihnen das Leben nahm. Jegliche Nähe war aufgelöst, Anteilnahme *neutralisiert*. Verordnete – und *befolgte* Unmenschlichkeit.

Heute *scheint* das anders. Aber es bleibt schlimm genug: Solingen, Hoyerswerda, Rostock, Magdeburg, Lübeck sind in unsere Köpfe eingebrannt – offene Gewalt im *Angesicht* der Opfer. Rechtsextremismus, Rassismus: Gewalttätigkeit, doch wo ist, wer ist und was ist der Hintergrund?

Gewalt in Familien, in den USA noch offenkundiger als bei uns, führte 1981 etwa zur Entwicklung eines „Domestic-Abuse Intervention Project“. Bei uns entstanden ähnliche Einrichtungen, wie das BIG, die „Berliner Initiative Gewalt gegen Frauen“. Gewalt scheint überwiegend „männliche Gewalt“ – rassistisch motivierte, so die belegte Erfahrung, zu über 90%. Ist Gewalt eine Frage des Geschlechts? Auf der anderen Seite ist das Risiko, als Jugendlicher getötet zu werden, für männliche Jugendliche erheblich höher als für weibliche. Und es war vor 10 Jahren in den USA etwa 14 mal höher als in Westdeutschland. Darüberhinaus hat die Gewalterfahrung – ob als Beteiligter oder als Betroffener – von *Kindern* enorm zugenommen. Wir wissen noch wenig über die Wirkungen gerade chronischer Zeugenschaft von Gewalt für die längerfristige Entwicklung emotionaler Beziehungen, des Selbstbildes, von Werten, wie dem des Lebens oder der Moral ganz allgemein. Und, was bedeutet es gar, wenn, wie etwa aus den Vororten von Paris, den Immigrantenghettos berichtet wird, die Kinder die Macht über ihre Eltern übernehmen, ihre Familien *beherrschen*, die Eltern aus Angst vor ihren Kindern selbst in die Rolle von Kindern zurückfallen? Wer kann dann auf die Fragen antworten, die die Heranwachsenden zu stellen hätten?

Es gibt für all das keine schlüssigen und endgültigen Erklärungen. Und das *Verstehen* kann dem Phänomen der Gewalt nur annäherungsweise begegnen.

Lassen Sie mich zumindest auf ein Geschehen hinweisen, das mich in diesem Zusammenhang besonders bewegt: wir werden zunehmend *Gefangene von Bildern*. Der Bilder, die auf uns einwirken und die wir uns machen. Eine bunte, mal schöne, mal grausame, stets *gesteuerte* Bilderwelt zimmert das schillernde *Eigenheim*, das wir „*Wirklichkeit*“ nennen: unsere Sicht der Welt. Sie umgibt uns in allen Medien – der Werbung, dem Fernsehen. Bilder der Gewalt, wie sie hier so vielfältig auf uns einstürzen, haben die unterschiedlichsten Gesichter. Und sie scheinen einmal eher „naturgegeben“, wenn sie aus dem Westen stammen, ein anderes Mal deutlicher „böse“, sofern sie aus östlichen, gar „islamischen“ Kulturen zu uns kommen...

Bei alldem laufen wir zunehmend Gefahr, dieser Welt nur noch als *Bündel von Eigenschaften*, Robert MUSIL hat das beschrieben, kaum mehr als „ganze Person“ gegenüberzustehen – als Eigenschaften *ohne Eigen-sein*. Es sei daran erinnert, daß schon Hannah ARENDT im „*radikalen Selbstverlust*“ eine Voraussetzung zur Entstehung von Gewalt erkannte. Der Essener Psychiater Christian EGGERS hat diese Wurzeln der Destruktivität als Gutachter im Solinger Brandstiftungsprozeß differenziert und einfühlsam dargestellt.

Der rasante Übersprung von einem vormundschaftlich – anweisenden zu einem freiheitlich – konkurrierenden Staatswesen mag das Risiko des Verlustes der *Eigenständigkeit* für Menschen im Osten Deutschlands schließlich weiter steigern.

Das Pulver, an dem sich *Selbstverlust zur Gewalt* entzünden kann, wurde schon erwähnt: es ist, was wir die „*soziale Lage*“ nennen – Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, gesellschaftliche Ausgrenzung. Und sie alle machen abhängig – von Menschen, von Ideologien, von Drogen und Alkohol.

Dies alles findet sich in den „schmutzigen Rändern“ der Städte, dem Ort, wo die leben, die sich als Verlierer oder gerade als Verliererinnen fühlen müssen. Und oft sind es die Kinder, die glauben, die Niederlagen ihrer Eltern mit Gewalt vergelten zu sollen. – Aber das alles zeigt sich durchaus auch, wenngleich weniger deutlich nach außen gewandt, an Plätzen scheinbaren Wohlergehens, wo rasch wechselnden Trends entlehene Sinnformeln und Markenzeichen Geltung und Erfolg bestimmen.

Definition von Gewalt

Doch wie muß man das Phänomen Gewalt, von dem hier die Rede ist, beschreiben?

Unser Leben ist ohne den „Anderen“ nicht vorstellbar. Über ihn finden wir zu uns selbst. So entsteht *Gegenseitigkeit*. In Gegenseitigkeit gründen *Fürsorge* und *Hilfe*, in ihr wurzelt *Gewalt*. Deren Voraussetzung ist *Macht*, Macht, die ein Wille über einen anderen Willen ausübt. Gewalt wird immer jemand *angetan*, sie entsteht durch physisches oder psychisches *Einwirken* von Menschen auf Menschen, oft mit dem Ziel, diese zu bestimmtem Handeln zu zwingen. *Zwang* verweist dabei auf den Abbruch einer rechtfertigungsfähigen Beziehung. Die Handlungsmacht, die hier zutage tritt, ist stets *Verletzungsmacht*. „Im direkten Akt des Verletzens zeigt sich unverhüllter als in anderen Machtformen,“ so schreibt Hermann POPITZ, „wie überwältigend die Überlegenheit des Menschen über andere Menschen sein kann“. (Phänomene der Macht, 43). Die Gewalthandlung offenbart, deutlicher als theoretisches Wissen, die *Verletzungsausgesetztheit* des Menschen.

Menschliche Gewalt ist *grenzenlos*. Der Mensch allein kann sich über Zwänge und Hemmnisse hinwegsetzen und ausschließlich nach *seinen Vorstellungen* handeln. Und auch die menschliche Vorstellungskraft ist unbegrenzt. Sie erweitert das Tatsächliche ins Unmöglich-scheinende. Dabei trifft sich die Entgrenzung des Wollens, auch darauf hat POPITZ verwiesen (Ph. d. M., 52), mehr und mehr mit der Entgrenzung des Könnens. Dennoch: alldem die Gewalt betreffend Menscheneigenen kann sich die menschliche Fähigkeit der *Gewaltbegrenzung* widersetzen. Gewalt resultiert aus *Beziehungen* oder markiert deren Abbruch. So setzt die Erfahrung der Gewalt auch in die Lage, *Ordnungen* zu stiften, die Gewalt vermeiden helfen. FREUD etwa hat dargelegt, wie aus Schuldbewußtsein über verübte Gewalt gewaltbegrenzende Ordnungen entstehen können.

Doch spätestens hier taucht die Frage nach der *Legitimität der Mittel* auf, die dazu nötig sind, die Frage, wie gewaltüberwältigende Gewalt zu bewältigen sei (POPITZ, 65). Hannah ARENDT hat uns dargelegt, wie rasch sich im Bereich

menschlicher Angelegenheiten die Vorrangstellung des „guten“ Zwecks - hier der Gewaltabwendung, im Handlungsvollzug verliert (Macht u. Gewalt, S. 8). So muß „legitime Gewalt“ stets als *rechtssetzend* oder *rechtserhaltend* aufgewiesen werden. Und im empfindlichsten Bereich menschlichen Tuns und Antuns, der *Psychiatrie*, besteht stets und unausweichlich die Gefahr, daß sich ordnungserhaltende Macht in bestimmende Gewalt wandelt.

Außer Frage steht, daß es geschichtliche und menschliche Lebenslagen gibt, die den Einsatz von Gewalt unabdingbar erforderlich machen. Wege absoluter Gewaltfreiheit, man denke an GANDHI's „*Satyagraha*“, „Macht der Wahrheit“, sind nur unter bestimmten Ziel-Mittel-Konstellationen beschreibbar (JASPERS). Das gilt analog für KRISOR's eindringlich dargelegtes Konzept einer „*gewaltfreien Psychiatrie*“. Dessen unbestreitbar beispielhafter Wert liegt in seiner Funktion als wegweisender Orientierung. „Eine prinzipiell gewaltfreie Methode“ aber muß „ein frommer Traum“ bleiben (POPITZ, 66). Doch enthält er die regulative Kraft, die eine ethische und politische Frage sinnvoll, aber eben immer nur *vorläufig*, in eine *technische* übersetzt. Das aber heißt, es läßt sich immer nur *eine Form der Gewalt*, nie *Gewalt im Ganzen* vermeiden. Das ist schon viel und Grund genug, die „*Wege zu einer gewaltfreien Psychiatrie*“ – und die Phantasie kennt *viele Wege* – gemeinsam und entschlossen weiter zu beschreiten.

Eine Bemerkung zum Abschluß dieser Überlegungen. Gewalt ist ein ubiquitäres Phänomen. Sie ist in allen Kulturen in jeweils spezifischer Weise gegeben. Sie neigt zu ritueller Ausformung und mag sich im Gewand der Erniedrigten und Verdammten (F. FANON) rechtfertigen oder mit der Glorie der Herrschenden schmücken. Das Maß, indem Gewalt sich entfaltet, hängt fraglos von *Krisensituationen* wirtschaftlicher und sozialer Natur und insbesondere von Umbrüchen in der normativen Orientierung ab. So fordert jede *Kritik der Gewalt* im Sinne Walter BENJAMINS eine philosophische Durchdringung ihres Entstehens. Und das heißt: es *gilt, verantwortlich Stellung zu beziehen* gegen Gleichgültigkeit und Fatalismus. Gewalt ist nichts – und das hat KRISOR für die Psychiatrie eindringlich dargelegt –, an das man sich *gewöhnen darf*.

Noch einmal: die Macht der Bilder

Allein der Mensch kann die Welt von sich rücken. Er kann Ähnlichkeiten erkennen, Form und Stoff unterscheiden. Das befähigt ihn, die Welt und sich selbst Gestalt annehmen zu lassen, – oder aber im Akt des Abrückens an seiner Selbstgewißheit zu zweifeln, sie gar gänzlich zu verlieren und: „*Ver-rückt*“ zu werden. Der amerikanische Künstler Bruce NAUMAN hat einmal, zuletzt in Zürich, eine bewegte, kreischende Videoskulptur vorgeführt, die er „*Clown-Torture*“, „*gefolterten Clown*“, nannte. Sie zeigt auf eindringlichste Weise unser Ausgesetzt-sein in eine uns gewalttätig-überflutende Welt. Und es scheint nur der Clown, der liebenswert-machtlose Vertreter der Unvernunft zu sein, der sich dem gleichgültigen Fuktionieren der Dinge entgegenstellt, – auch wenn er womöglich daran zerbricht. Kunstwerke können nichts lösen, doch sind sie in der Lage, sehr viel

eindringlicher als jeder intellektuelle Diskurs, Wirklichkeit ins Bild zu setzen. Hieraus rührt wohl die Verführungskraft der Bilder und die Gefährdung, die der Abbruch menschlicher Beziehungen nach sich zieht. Wer hört auf den gequälten Clown, der auch ein Verrückter sein könnte? Welcher Philosoph, Soziologe oder Historiker bezieht dessen not-wendige, wenn auch zunächst nicht vernünftig erscheinende Botschaft in seine Analysen mit ein? Der Zeitgeist zieht in eine andere Richtung. Er sucht bündige Erklärungen und bläst allem Verstehen und solidarischem Begleiten harsch ins Gesicht.

Könnte da Psychiatrie nicht der Mikrokosmos sein, in dem sich unsere *Verletzungsmacht*, wie *Verletzungsoffenheit* und damit auch die *Fähigkeit zu Gewalt* und auch und vor allem die *Möglichkeit ihrer Vermeidung* wie unter einem Brennglas offenbaren?

Teil II

Renate Schernus

Herrn Seidels letzte Frage legt nahe, daß ich mich in dem nun folgenden Teil ein wenig stärker auf den Mikrokosmos Psychiatrie konzentriere. Ich will dies in drei Abschnitten versuchen:

1. Gefährdete Gegenseitigkeit
2. Worauf ist das Brennglas zu richten?
3. Problemverschiebungen

1. Gefährdete Gegenseitigkeit

Herr Gabriel – 24 Jahre alt – ist stets bereit, einen ihm innewohnenden Götterfunken zu verteidigen. Wer diesem Götterfunken zu nahe zu treten droht, hat mit Verteidigungsmaßnahmen von Seiten Herrn Gabriels zu rechnen. Herr Gabriel trägt ein „Flammenschwert“ in Form eines Fahrtenmessers sichtbar an seiner Hose angebracht.

Als Mitarbeiterinnen in der Psychiatrie sehen wir eines Tages die Notwendigkeit, Herrn Gabriel folgendermaßen anzusprechen: „Wir fürchten uns vor Ihrem Flam-

menschwert. Wir bitten Sie, auf unsere Angst Rücksicht zu nehmen. Es könnte der Augenblick kommen, in dem das Messer in Ihrer Hand jemanden verletzt. Wir haben Angst vor dem Messer. Bitte geben Sie es ab.“ Herr Gabriel geht wortlos aus dem Dienstzimmer. Wir denken: diese Partie haben wir verloren. Herr Gabriel jedoch kehrt zurück, in der Hand das Messer, im Hosenbund seine Zahnbürste. „Das ist jetzt mein Flammenschwert.“ Er gibt das Messer ab.

Wenn es uns immer gelingen würde, durch solche oder ähnliche Formen des Gesprächs und des Umgangs Gewalt zu verhüten, gäbe es vermutlich diese Tagung nicht.

Orte, an denen Psychiatrie stattfindet, können unter anderem als Experimentierfelder, als Laboratorien für das Gelingen von Gegenseitigkeit unter erschwerten Bedingungen angesehen werden.

Einen Teil dessen, was an diesen Orten geschieht, können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Psychiatrie durch etwas, das sich einfach sagen, aber nicht immer einfach in Haltung und Handlung umsetzen läßt, verbessern: durch vorsichtiges Fragen.

Damit meine ich eine Haltung, die sich im Sinne von Ralf Seidel ihrer Verletzungsmacht in ihrer jeweiligen Handlungsmacht bewußt ist.

Das gilt für alle Orte, an denen Psychiatrie stattfindet. Denn überall entsteht leicht nicht mehr hinterfragte Routine. Routine verliert das Antlitz des anderen aus dem Blick. Routine reimt sich stets mehr auf Gewalt als auf eine Haltung der Neugierde, die offen bleibt für neue Möglichkeiten.

Dazu einige Beispiele: Dorothea, Teilnehmerin an einer Psychosegruppe, erzählt folgendes: Sie habe einmal während ihres Aufenthaltes in der psychiatrischen Akutklinik das Gefühl gehabt, „ganz nah an der Gesundheit“ zu sein. Und zwar hatte sie, begleitet von intensivster Angst, plötzlich das Empfinden, daß vielleicht alles, was sie erlebte (die Inhalte der Psychose) doch nur Einbildung sei. Dies sei für sie so verwirrend gewesen, als wenn jetzt einer zu ihr sagen würde, ‘dieser Tisch steht hier nicht’. Sie sei nahe daran gewesen, zu erkennen, daß ihr Erleben unreal sei. Gleichzeitig habe darin aber auch die Erkenntnis gesteckt, „ich bin verrückt“, und eben dies habe die furchtbare Angst ausgelöst. Sie habe laut geschrien vor Angst. Schwestern und Ärzte seien zu ihr gerannt. Keiner habe gefragt, was los sei, sondern sie habe sofort eine Beruhigungsspritze bekommen. „Ja, und dann war ich noch drei weitere Monate psychotisch. Ich weiß nicht, ob ich früher hätte gesund werden können, wenn die anders reagiert hätten.“

Vielleicht hätte die kleine Frage „was ist los?“ in eine andere Richtung führen können.

Vera erzählt, daß sie während ihrer Psychose bisweilen Fensterscheiben eingeschlagen habe. Sie erklärt, daß sie keine aggressiven Gefühle dabei gehabt habe. Sie vermutet, daß sie diese Handlungen hätte vermeiden können, wenn

man ihr einen anderen Weg des 'Hinter-die Scheibe-Schauens' eröffnet hätte. „Ich war in emphatischem Kontakt mit jemandem, der für mich hinter der Scheibe war, den ich unbedingt sprechen mußte.“ Jedoch habe keiner der Mitarbeiter des Vereins für Betreutes Wohnen sie je gefragt, warum sie Scheiben zerschlugen.

Ein letztes Beispiel: Frau B. hat ihren manisch erkrankten Ehemann auf einer der psychiatrischen Akutstationen der Klinik Gilead IV in den von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel mehrere Tage und Nächte lang begleitet. Im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Dialoggespräche beschreibt sie eine Episode, in der sich ein heftiger Ringkampf zwischen ihr und ihrem Mann entspinnt.

Wörtlich: „Ich habe das Empfinden, bei einem Erfordernis parat sein zu müssen und reagiere und agiere ohne Furcht.“ Irgendwann habe sie das Gefühl gehabt, ihren Mann im doppelten Sinn „im Griff zu haben“.

Gerade in diesem Augenblick öffnet sich die Tür. Mitarbeiter halten den Augenblick für gekommen, an dem legitimerweise „gewaltüberwältigende Gewalt“ (Ralf Seidel) einzusetzen ist. Sie kommen und fixieren Herrn B. Dazu Frau B.: „Der Kampf zweier Menschen, der – von außen betrachtet – wie ein Kampf gegeneinander aussehen muß, den ich aber innerlich wie einen gemeinsamen Kampf durch eine Spitze einer Psychose erlebte, ist vorbei.“

Sie beschreibt dann den für sie und ihren Mann äußerst schmerzlichen Vorgang der Fixierung und gibt den vorsichtigen Hinweis auf vielleicht möglich gewesene Fragen, z.B.: Geht es noch? Brauchen Sie Hilfe? Sollte jemand im Hintergrund bleiben? – oder ähnliches.

Die Pflege der Kultur des nicht-routinierten, sondern zögernd fragenden Heran-gehens an Situationen wie die erwähnten erfordert allerdings Rahmenbedingungen, die wir vielerorts noch nicht erreicht haben und deren Status quo gegenwärtig an vielen Stellen in gefährlicher Weise demontiert wird. Ich werde darauf zurückkommen.

Bei der bisherigen Betrachtung des Mikrokosmos Psychiatrie habe ich den Aspekt der Gegenseitigkeit in den Vordergrund gerückt. Mag Herr Gabriel auch noch so sehr den Blick auf seinen inneren Götterfunken richten, ob es um seinetwillen zu gewaltsamen Handlungen kommt oder nicht, entscheidet sich in der Sphäre des Umgangs zwischen ihm und anderen. Endogene Gewalt gibt es nicht.

Die Frage, warum es sogar bisweilen vorkommt, daß ein Patient seinen Arzt oder Therapeuten tötet, formulierte der Psychiater PRINZHORN zu seiner Zeit in folgender Weise: „Was mag z w i s c h e n (Hervorhebung durch R. S.) den beiden Entsetzliches gespielt haben, daß der Hilfesuchende sich so in sein Gegenteil verwandelt – daß er seinen Helfer vernichten muß?“¹⁰

Den Schwerpunkt auf diesen Bereich des „Zwischen“ setzt z.B. auch Teddy HUB-SCHMID, wenn er betont, daß Gewalttätigkeit grundsätzlich als „eine verzweifelte Form von Kommunikation aus einer Überforderungssituation heraus“⁶ anzu-

sehen ist. Günther WIENBERG erwähnt den „Ausdruckscharakter“¹² jeder gewalttätigen Handlung.

Vielleicht habe ich Sie mit dem bisher Ausgeführten tief enttäuscht, weil ich keine quantitativen Angaben gemacht habe, nichts dazu gesagt habe, ob Gewalttätigkeit im Großen und Ganzen in psychiatrischen Einrichtungen zu- oder abnimmt. Ich habe dies nicht getan, weil meines Erachtens jede quantitative Aussage zu gewalttätigen Handlungen psychisch kranker Menschen leicht der „Endogenitätsfantasie“ Vorschub leistet. Bei Erörterung des quantitativen Aspektes muß ganz besonders auf Kontext und Bedingungsgefüge geachtet werden. Dazu mehr in den beiden folgenden Abschnitten.

2. Worauf ist das Brennglas zu richten?

Unsere Gesellschaft fühlt sich bedroht. Noch ist nicht entschieden, von welcher Gruppe am meisten. Sind es die nutzlosen Alten, „die ihren endlosen Abendfrieden genießen und vom Blut der Kinder zehren“ (Botho STAUSS)? Sind es die Jugendlichen, deren Vandalismus man nur noch durch schnelles, langes Wegschließen meint Herr werden zu können? Sind es die Ausländer, deren Unterkünfte immer wieder brennen? Sind es die psychisch kranken und behinderten Menschen, gegen deren Einzug in Wohngebiete immer häufiger Klage erhoben wird „wegen Beeinträchtigung der Wohnqualität“? (Und das beginnt nicht erst bei der Forensik.) Viele Zahlen und Prozentangaben werden gehandelt, die zeugen sollen von der Zunahme zerstörerischer Kriminalität oder zerstörerischen Parasitentums in jeder dieser Gruppen.

Im Sog dieses allgemeinen Interesses am Bedrohlichen, begann sich auch in der Psychiatrie in den letzten Jahren das Forschungsinteresse zu wandeln.

Waren in den letzten Jahren die gewaltsamen Handlungen von Seiten der Institutionen und ihrer Mitarbeiter vorrangig im Blick und wurde auf dieser Linie ausgezählt und verglichen, was sich auszählen und vergleichen ließ, z.B. Zwangseinweisungen, Fixierungen, Isolierungen, Zwangsmedikationen^{7,4}, so werden jetzt international gewalttätige Handlungen, die von psychisch kranken Menschen ausgehen, unter die Lupe genommen^{8,5}. Und – ich weiß nicht, wen es erstaunen wird – sie nehmen ständig zu. In seinem Bericht vom Juli 1997 über das Leipziger Internationale Symposium zur Gewalt präzisiert FINZEN⁵, daß es sich dabei nicht um eine Zunahme der spektakulären Gewalttaten handelt, sondern um eine Zunahme der Kleinkriminalität. Für die erst genannte Form von Gewalt seien vielmehr weiterhin die Erkenntnisse von BÖKER und HÄFNER von 1973 gültig, die besagen, daß psychisch kranke Menschen nicht häufiger gewalttätig sind als andere Menschen. Dennoch gruselt es mich etwas bei dieser neuen Schwerpunktverlagerung des Interesses, insbesondere, wenn man hierbei vor allem Aggressionshandlungen auszählt und die Ergebnisse als objektive wissenschaftliche Forschung präsentiert.

Was mich irritiert ist, daß in beiden Forschungsansätzen – dem früheren und dem heutigen – der Brennpunkt in ähnlicher Weise verschoben wird, nämlich weg von dem Interesse für vielfältiges „Zwischen“, weg von der Beziehungsgestaltung und ihrer jeweils intrapsychischen, biologischen, sozialen und vor allem gesellschaftlichen Mitbedingtheit.

Um diesen Bereich, den Herr Seidel als den eigentlichen Dreh- und Angelpunkt jeglicher Gewalt zwischen Menschen gekennzeichnet hat, für die Psychiatrie angemessen zu erforschen, wären allerdings komplexe Untersuchungs- und Beschreibungsformen notwendig, die ihre Basis sicher nicht im bloßen Auszählen aggressiv gefärbter Phänomene haben können.

Festhalten können wir bei alledem jedenfalls, daß es trotz Psychiatriereform, zahlreichen gemeindepsychiatrischen Ansätzen, Auflösung von Großanstalten, Dezentralisierung und Deinstitutionalisierung viele Hinweise gibt, daß das Thema „Gewalt“ im Zusammenhang mit Psychiatrie seine Spannung nicht verloren hat, daß es vielmehr neue Brisanz im Kontext eines in allen Industrienationen anzutreffenden Interesses an allem, was bedrohlich ist oder werden kann, gewonnen hat.

Exkurs 1: Drinnen 1863

1863 schreibt der Hamburger Psychiater Ludwig MEYER, ein engagierter Vertreter der Non-Restraint-Bewegung in der deutschen Psychiatrie folgendes: „Nun, seit fast zwei Jahren, ist auf der Abtheilung für männliche Geisteskranken die Anwendung irgendeines Zwangsmittels nicht erforderlich gewesen . . . die Zahl der eigentlich tobsüchtigen Geisteskranken hat in solchem Grade abgenommen, daß auf der Abtheilung für Männer bei einem Bestande von 230 oft viele Wochen hintereinander vorübergehen, in denen die vier Isolieräume ganz oder theilweise unbenutzt bleiben. Seit Einführung des Non-Restraint in die Irrenanstalt bei einer Verpflegung von mehr als fünfhundert Geisteskranken ist ein Fall der schulgerechten furibunden Manie nicht beobachtet worden, keine Körperverletzung von irgendeiner Bedeutung bei Geisteskranken oder Wärtern, keine hartnäckige Nahrungsverweigerung, die Zahl der Arbeiter ist in steter Zunahme begriffen . . . Weder Unglücksfälle noch Entweichungen haben zugenommen.“⁹ An einer anderen Stelle sagt MEYER, die Vertreter des englischen Non-Restraint hätten eindringlich deutlich gemacht, daß das System nicht eine Art der Vergewaltigung gegen die andere umtauschen wolle, „daß vielmehr seine Hauptstärke darauf beruht, einen allgemeinen Geist der Friedfertigkeit hervorzurufen und in der Willfährigkeit der Geisteskranken selbst die Bürgschaft einer Disciplin heranzubilden . . .“ (ebd.) Sollte man 1863 – noch vor der Einführung der modernen Neuroleptika – weiter auf dem Weg zu einer gewaltfreien Beziehungsgestaltung in der Psychiatrie gewesen sein als 1997? Ich vermute, daß sich diesbezüglich wenig objektiv vergleichen läßt.

Exkurs 2: Drinnen-Draußen-Ambivalenz 1997

Wenn ich mir vorstelle, daß ich selbst (oder ein mir nahestehender Mensch) psychisch krank würde, würde ich mir dann nicht doch eindeutig wünschen, 1997 zu leben? Ich müßte nicht fürchten, auf Dauer in einer Anstalt hospitalisiert zu werden, im psychiatrischen Krankenhaus selbst würde ich räumlich und personell auf unvergleichlich viel bessere Bedingungen stoßen – jedenfalls noch. Mit Hilfe der Psychopharmaka kann ich heutzutage ein Leben außerhalb der Klinik führen. Ich müßte nicht fürchten, daß man zu viel von den Medikamenten erwartet, werden doch ihre Grenzen und Nebenwirkungen breit diskutiert. Würde ich in die psychiatrische Klinik in Bethel kommen, würde ich nicht einfach nur behandelt, sondern es würde mit mir verhandelt. Wenn mich mein psychisches Leiden nicht allzusehr in meiner Kommunikationsbereitschaft einschränkt, könnte ich sogar eine Behandlungsvereinbarung unterzeichnen, die mir das Gefühl der Mitwirkungsmöglichkeit an meiner Behandlung gibt. Ich könnte mich ambulant nachbetreuen lassen. Ich brauchte auch nicht lange in einer Klinik zu bleiben, denn dafür sorgt heutzutage der Kostendruck im Gesundheitswesen.

Da die ambulante Szene weitläufig und unüberschaubar ist, könnte ich mich einer professionellen Überfürsorge vermutlich erfolgreich entziehen. Hingegen könnte ich die Hilfe von Professionellen dafür in Anspruch nehmen, mich unabhängig von Kontrolle und Fürsorge meiner Familie zu machen.

Ich glaube, es gibt nur dreierlei, was mich zögern lassen könnte, eine moderne psychisch Kranke sein zu wollen: das Erste ist die Einsamkeit, denn wenn ich zeigen würde, wie sehr mir an Selbständigkeit liegt, würde sich taktvollerweise bald kein Professioneller mehr bei mir zeigen. Ich hätte jedoch gewünscht, daß sie kommen, obwohl ich sie ablehne. Stattdessen kommen sie mit allerlei Fragebögen und Listen, sind ziemlich cool und wollen immerfort wissen, ob ich dieses oder jenes Angebot nun annehmen will oder nicht. Ewig wollen sie Entscheidungen erzwingen, Entscheidungen, Ja oder Nein, wie soll das bei meiner abgrundtiefen Ambivalenz gehen?

Zweitens bleiben sie mir die akzeptierende Gemeinde schuldig, denn ich möchte in Wohngemeinschaft mit gesunden Menschen leben, die aus eigenem Wunsch und Antrieb mit mir zusammen leben wollen. Aber selbst das mit der Nachbarschaft klappt nicht. Die Gemeinde, in die ich integriert worden bin, kann doch wohl nicht nur aus Treffpunkten bestehen, an denen ich nur Menschen treffe, die nun wirklich psychisch krank sind (was mir bei mir selber doch immer wieder zweifelhaft ist).

Das Dritte, was mich daran hindern würde, eine moderne psychisch Kranke sein zu wollen, wären die derzeitigen Verhältnisse auf der psychiatrischen Akutstation. Es gibt einfach keine vernünftigen Leute mehr dort, nur so viele arme chronisch kranke Gestalten, die immer wieder aufgenommen werden, so viel Unruhe, Gewalt, Randalen, Fixierungen. Diese Zusammenballung Schwerstkranker, das macht den friedlichsten Menschen aggressiv. Dahin bringt mich keiner, und wenn ja, nur mit Gewalt.

3. Problemverschiebungen

Schien es nicht so, daß die gemeindepsychiatrische Verheißung die Antwort wußte, die uns solche Enttäuschungen ersparen würde? Vielleicht werden unsere Nachkommen von uns sagen, daß wir mit unseren gemeindepsychiatrischen Ideen zwar ziemlich nahe daran waren, gewaltfreiere Beziehungsformen in der Psychiatrie zu verwirklichen, daß wir aber nach dem ungebremsen Motto 'Mehr desselben' die totale Institution noch zu einem Zeitpunkt bekämpft hätten, als es sie schon gar nicht mehr gab. Das habe dann den Blick allzu sehr von dem eigentlichen Brennpunkt, der Ebene gelebter Beziehungen und Begegnungen, abgelenkt und auch verhindert wahrzunehmen, daß diese Ebene längst von einer ganz anderen Front her bedroht war. Unsere Nachfahren werden den Zeitpunkt beschreiben, an dem die psychisch kranken Menschen in den Großstädten anfangen zu verarmen, auch die letzten noch mühsam arrangierten Beschäftigungs- und Arbeitsplätze verloren gingen, schmerzhaft Einsamkeit das Leben in der Gemeinde kennzeichnete, Alkohol und Drogen immer mehr in Anspruch genommen wurden und infolgedessen immer mehr Patientinnen und Patienten als gewalttätig in Erscheinung traten. Psychisch kranke Menschen seien damals in ein Zwischenland geraten einer einerseits repressionsfreieren Psychiatrie bei gleichzeitig zunehmender Verarmung und Vernachlässigung. Keiner habe damals die verzweifelten und verzagten Gesichter der Menschen gesehen, die überflüssig geworden waren und für die Gewalt um ihrer selbst willen zunehmend mehr zur letzten Individualisierungschance wurde, zum letzten Beweis dafür, daß überhaupt etwas ist und nicht nichts. Vielmehr habe die beschriebene Entwicklung die im Sinne von GOFFMANN zu erwartenden Repressionsinstanzen auf den Plan gerufen; Instanzen, die nicht duldeten, daß das „postmoderne Vergnügen“ am freien Konsum durch – wie auch immer definierte – Konsumversager gestört wird. Immer ausgeprägter wurde die „Tendenz, die gesellschaftlich produzierten Probleme zu kriminalisieren.“¹ Den Beginn dieses Prozesses, werden unsere Nachkommen vielleicht entschuldigend sagen, hätten wir Zeitgenossen schlecht erkennen können. Er sei mit fortschrittlichen Begriffen wie Autonomie, Individualisierung und Freiheit daher gekommen. Deren schleichende Vermählung mit mehr, oder minder verdeckten ökonomischen Metaphern wie 'Qualitätssicherung', 'Globalisierung', 'notwendige Anpassungsmaßnahmen', 'Humankapital', 'Produktoptimierung' sei schlecht erkennbar gewesen. Die Beziehungsbeschreibung von Klientinnen und Klienten als 'Kunden' oder 'Nutzerinnen' sei zunächst als besonders fair und klar empfunden worden. Erst als die Rede von den ökonomisch inaktiven Individuen aufkam, sei deutlich geworden, daß der totale Markt inzwischen alle Rahmenbedingungen diktierte, daß Freiheit, für die sich Reformer und Selbsthilfeinitiativen eingesetzt hatten, unter der Hand zur Konsumfreiheit mutiert war. Drin sein oder draußen sein war längst nicht mehr eine Frage, die sich an Institutionen festmachte, sondern an der Fähigkeit „am Konsumentenspiel teilzunehmen“¹ oder nicht.

In einem ganz anderen historischen Rückblick, nämlich dem der Anstaltsentstehung, sagt BLASIUS: „Das historische Problem ist (deshalb) nicht in der Grün-

dungs-, sondern in der Verlaufsgeschichte von Anstalten zu suchen, daß man vermehrt Anstalten baute, dafür gab es einleuchtende Gründe; nur entfernte sich das Anstaltswesen immer weiter vom ursprünglichen Reformanliegen, von dem Gedanken sozialer Verantwortung auch gegenüber geistig kranken Menschen.“².

Hoffen wir, daß man in einigen Jahrzehnten nicht sagt: „Nur entfernte sich das gemeindepsychiatrische Anliegen unter dem Einfluß sich überschlagender Modernisierungsvorgänge immer weiter vom ursprünglichen Reformimpuls und von den Möglichkeiten, soziale Verantwortung wahrzunehmen.“

Man sagt, alles, was sich in Amerika entwickelt, kommt in einigen Jahren auch zu uns. Was die feststellbare Steigerung des aggressiven Verhaltens psychisch kranker Menschen betrifft, scheint dies zutreffend. Die Frage ist, welche Schlüsse wir daraus ziehen. In einem Aufsatz mit dem Titel „Vom wohltätigen Staat zum strafenden Staat“ macht der französische Soziologe WACQUANT, der an der US-University von Kalifornien lehrt, auf die extreme Verarmung aller sozialen Randgruppen in den Staaten einerseits und auf den extremen Anstieg von Häftlingen andererseits aufmerksam. Er schreibt: „Nach einem Rückgang von 12% in den 60er Jahren ist die Zahl der Häftlinge in den Vereinigten Staaten buchstäblich explodiert, von knapp 200.000 im Jahre 1970 auf beinahe 825.000 im Jahre 1991 – ein für eine demokratische Gesellschaft einzigartiger Anstieg von über 300% in zwanzig Jahren.“ WACQUANT zieht eine Schlußfolgerung, die mir für den psychiatrischen Bereich bedeutsam erscheint: „Die Expansion des strafenden Staates in den USA ist also keine Reaktion auf die steigende Kriminalität, sondern antwortet auf die sozialen Verwerfungen, die der Rückzug des wohltätigen Staates nach sich gezogen hat. Der Vormarsch des strafenden Staates schafft sich seine eigene Rechtfertigung in dem Maße, wie seine Politik eben jene Zunahme an Kriminalität hervorbringt, der sie doch einen Riegel vorschieben sollte.“¹¹

Daß man es zu unserer Zeit für angemessen, weil angeblich billiger gehalten hat, ganze Menschengruppen als „Konsumversager“ auszuschließen oder einzusperren, „anstatt den Konsumentenstatus dieser Menschen wieder herzustellen durch eine sinnvolle Beschäftigungspolitik in Verbindung mit einer wohlüberlegten Sozialhilfepolitik“¹, diese Kurzsichtigkeit werden unsere Nachkommen nur mit äußerster Mühe nachvollziehen können.

Ich möchte schließen mit einem Zitat von BRECHT: „Der Fluß wird gewalttätig genannt. Aber das Flußbett, das ihn einengt, nennt keiner gewalttätig“.

Literatur zu Teil I

ARENDDT, H.: Macht und Gewalt, München 1970

BENJAMIN, W.: Zur Kritik der Gewalt, in: Ges. Schriften II, 1, Frankfurt/M. 1991

DIWAKAR RAGANATH, R.: Sahragraha - Its technique and history, Bombay 1946

EGGERS, Chr.: Selbstlosigkeit als Ursache für ausländerfeindliche Gewalt, Unveröffentlichtes Manuskript

FANON, F.: Die Verdammten dieser Erde, Frankfurt/M. 1981

JASPERS, K.: Die Atombombe und die Zukunft des Menschen, München 1958

GOLDHAGEN, D.J.: Hitlers willige Vollstrecker, Berlin 1996

MUSIL, R.: Der Mann ohne Eigenschaften, Hamburg 1952

POPITZ, H.: Phänomene der Macht, 2. erw. Aufl., Tübingen 1992

Literatur zu Teil II

- 1 BAUMANN, Z.: Der Traum von Reinheit, Unveröffentlichter Vortrag zur Verabschiedung von Klaus Dörner, Juli 1996
- 2 BLASIUS, D.: Gefährdetes Leben - Bild und Schicksal des Geisteskranken in der neueren Geschichte Sozialpsychiatrische Informationen 4/90
- 3 FINZEN, A.: Zwischen Hilfe und Gewalt- ein unausweichliches Dilemma der Psychiatrie, fundamente psychiatrica 2: 8-12, 1988
- 4 FINZEN, A. et al: Hilfe wider Willen – Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag, Bonn, 1993
- 5 FINZEN, A.: Psychische Krankheit und Gewalt, FAZ 30.07.97
- 6 HUBSCHMID, T.: Gewalt in der Ohnmacht - vom Umgang mit gewalttätigen Psychiatriepatienten, Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 27: 111-119, 1991
- 7 RIECHER-RÖSSLER, A., Rössler W.: Die Zwangseinweisung psychiatrischer Patienten im nationalen und internationalen Vergleich – Häufigkeiten und Einflussfaktoren, Fortschr. neurol. Psych. 60: 375-382, 1992
- 8 STEINERT, T. et al: Gewalttätige Patienten – ein Problem für Therapeuten an psychiatrischen Kliniken? Nervenarzt 66: 207-211, 1995
- 9 MEYER, L.: Das Non-Constraint und die deutsche Psychiatrie, Wiederabdruck aus: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 20, 1863, S. 542 -581 in: Sozialpsychiatrische Informationen 4/90
- 10 PRINZHORN, H.: Gespräch über Psychoanalyse, Heidelberg, 1926
- 11 WACQUANT, L.J.D.: Vom wohlthätigen Staat zum strafenden Staat – über den politischen Umgang mit Armut und Elend in den USA, FR, 12.07.1997, Nr. 159
- 12 WIENBERG, G.: Gewaltfreie Psychiatrie ist eine Fiktion, 11 Thesen über den Zusammenhang von Macht und Gewalt in der sozialen Arbeit, Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 10/93

Zwangsmaßnahmen im europäischen Vergleich

Aart Jan Vrijlandt

Ich werde Ihnen einen Überblick geben über Aktivitäten im Rahmen des Europäischen Regionalrates der Weltorganisation für geistige Gesundheit (ERC der WFMH), die sich mit Gewalt und Zwang in der Psychiatrie befaßt haben:

- Erstens über eine Konferenz im November 1991 in London unter dem Thema „Seclusion and alternatives“ (Absonderung und Alternativen).
- Zweitens über eine Resolution der Vereinten Nationen zum Schutz für Geisteskranke und Verbesserung der Gesundheitsfürsorge vom 17. Dezember 1991 (Un-Resolution 46/119).
- Drittens über die Konferenz „Restraints on mentally ill“ (Zwanganwendung bei psychisch Kranken) im November 1992 in Blankenberge (Belgien).
- Viertens über ein Treffen im März 1996 in Warnsveld (Niederlande) unter dem Thema „Constraint and Collaboration in Psychiatry“ (Zwang und Zusammenarbeit in der Psychiatrie), bei dem die Idee zu einem europäischen Projekt zur Vermeidung und Verminderung von Gewalt und Zwang entstanden ist.

Absonderung und Alternative

Zu dieser Konferenz wurden Psychiatrie-Erfahrene, Therapeuten, Politiker und alle, die an diesem Thema interessiert waren, zusammengebracht, um gemeinsam über Zwangsmaßnahmen zu sprechen.

Zwangsmaßnahmen

Es wurde zusammengetragen, daß Zwangsmaßnahmen therapeutisch, als Strafe, als Schutz für Patienten oder Klienten als Schutz für die Umgebung gebraucht werden. Als Ergebnis der Diskussion wurde festgehalten:

Zwangsmaßnahmen sind als therapeutisches Mittel abzulehnen und sollten daher nie therapeutisch gebraucht werden.

Zwangsmaßnahmen werden oft als Strafe angewendet, was aber eigentlich niemals akzeptabel sein kann.

Beim Einsatz von Zwangsmaßnahmen zum Schutz des Patienten ist der Schaden vielleicht noch größer.

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zum Schutz der Umgebung wurde damals eine Schändung der Menschenrechte genannt.

Man fragte sich, was der eigentliche Grund für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen ist und kam zu dem Ergebnis, daß sie zumeist aus einer Ohnmachtsreaktion und mehr aus Gewöhnung als aus Notwendigkeit erfolgen.

Kulturelle Einflüsse

Im weiteren wurde der Frage nach den kulturellen Einflüssen auf die Anwendung von Zwang nachgegangen. Es war klar, daß es Unterschiede zwischen den Ländern gibt. So werden Zwangsmaßnahmen in den Niederlanden in allen Krankenhäusern sehr häufig angewendet, während in Dänemark Absonderung verboten ist

Aber auch zwischen einzelnen Krankenhäusern innerhalb der Länder gibt es Unterschiede. So arbeiten in Großbritannien manche Krankenhäuser ohne Absonderung, in Deutschland und Irland einige.

Außerdem war bekannt, daß die Anwendung von Zwang durch organisatorische Maßnahmen beeinflussbar ist. Ein schönes Beispiel hierzu ist Schottland. Im Jahr 1985 haben 14 von 21 Krankenhäusern nie Absonderung (geschlossene Einzelunterbringung) angewendet. In der nachfolgenden Zeit hat es eine große Kritik und Diskussion zur Absonderung gegeben. Die Zahl der Krankenhäuser, die mit Absonderung gearbeitet haben, ging zurück und seit 1989 arbeiten alle Krankenhäuser ohne Absonderung.

Wie kann man positive Änderungen erreichen?

Um Positive Veränderungen erreichen zu können, ist zunächst das Bewußtsein und die Erkenntnis beim Personal sehr wichtig, daß die Klienten unfreiwillig im Krankenhaus verbleiben. Man sollte Respekt vor den Rechten und Wünschen der Klienten haben; hierzu gehört auch, Kommentare der Klienten über ihre persönliche Situation und über die Lage auf der Station ernst zu nehmen. Sehr wichtig ist dabei ein Klima, daß eine offene Kommunikation ermöglicht und fördert.

Weiter ist eine Evaluation von allen Gewaltzwischenfällen erforderlich. Ziel ist dabei die Identifikation von negativen Faktoren und die Erarbeitung und Umsetzung von Handlungsalternativen in der Alltagsarbeit auf der Station.

Die Resolution der Vereinten Nationen

An der Erarbeitung der Resolution war die WFMH, die bei den Vereinten Nationen akkreditiert ist, beteiligt. In der Resolution heißt es:

„Fixieren und unfreiwillige Absonderung ist verboten, ausgenommen (Principle 11 chapter 11):

- wenn es die einzige Methode ist, um Schaden für sich selbst oder andere vorzubeugen und
- wenn ein offizielles Verfahren folgt und
- wenn es nur so kurz wie möglich angewendet und
- wenn es in der Krankengeschichte dokumentiert wird und
- unter ständiger Beobachtung von qualifizierten Mitarbeitern stattfindet.

„Restraints on mentally ill“

Nachdem es bei der Konferenz in London (1991) zunächst darum ging, die Lage bezüglich der Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie in Europa zu beschreiben, wollte man in Blankenberge eine Aktion gegen Gewalt in der Psychiatrie entwickeln.

Fünf Aktionspunkte sind bearbeitet worden: Man hat wieder diskutiert, ob Zwang als Therapie möglich ist, obwohl diese Diskussion in London schon endgültig beendet erschien. Auch diesmal war Ergebnis, daß Zwang niemals therapeutisch genutzt werden sollte. Andere Aktionspunkte waren die Identifizierung verschiedener Arten von Zwang, der Dialog zwischen Klientinnen und Professionellen und die Exploration von Gefühlen der Klienten und Professionellen. Der wichtigste Aktionspunkt betraf die Verbesserung der Haltung. Der Leitsatz war: „Von der Absonderung zur Intensivversorgung“. Wie dies erreicht werden könnte, wurde sowohl auf der Ebene der Philosophie und des Verfahrens (Was sollen wir tun?) diskutiert als auch auf der Ebene der Implementierung und der Ressourcen (Wie können wir das machen?). Ein ganz eindeutiges Ergebnis konnte nicht erarbeitet werden.

Dass es schwierig ist, eine verbesserte Praxis zu entwickeln, hat wahrscheinlich mit dem Auftrag der Psychiatrie in unserer Gesellschaft zu tun: Die Psychiatrie soll identifizierte Personen (Patienten und Patientinnen) dahingehend beeinflussen – Macht über sie ausüben –, daß sie besser funktionieren (fühlen, denken, handeln) können. Die Macht der Psychiatrie soll also angewendet werden, um die Fähigkeiten der Patienten und Patientinnen zu verbessern, vor allem die Fähigkeit, autonom zu funktionieren (Abbildung 1). Zugleich aber verursacht die Ausübung der Macht der Psychiatrie eine direkte Hemmung der Autonomie des Patienten.

Hinzu kommt, daß die Psychiatrie nicht nur den Auftrag hat, Patienten und Patientinnen zu helfen, sondern auch der Gesellschaft als Kontrollinstrument Dienste leisten soll. Dadurch kann es sich die Psychiatrie unter Umständen nicht leisten, keinen Erfolg zu haben. Deswegen wird Zwang und am Ende sogar Gewalt angewendet, wenn der erwünschte Erfolg ausbleibt; obwohl fast jeder Hilfeleistungsprozeß anfängt mit Empathie, mit Zuwendung, aber ... „bist du nicht willig, so brauch' ich Gewalt“ (Abbildung 2).

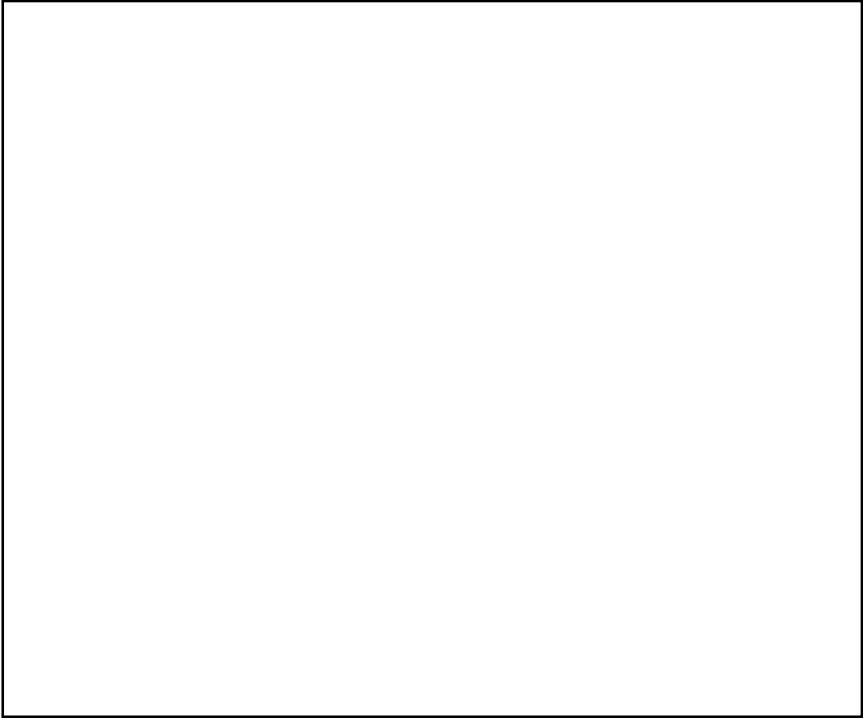


Abb.1

Wenn die therapeutische Macht im Rahmen eines Behandlungskontraktes ausgeübt wird, so gibt es für den Patienten noch mindestens eine freie Wahlmöglichkeit und eine gleichberechtigte Beziehung. Diese soll die Grundlage für ein Arbeitsbündnis und für Vertrauen sein. Wenn aber Zwang hinzukommt, gibt es nicht mehr die Möglichkeit der freien Wahl und eines gleichberechtigten Kontaktes. Es gibt dann nur noch eine gewisse Wahl: Man kann Zwang erleiden oder revoltieren.

Wenn die Anwendung von Zwang am Ende in eine Vergewaltigungsrelation entartet, bleibt für den Patienten keine Wahlmöglichkeit mehr und seine Autonomie ist bis auf Null zurückgegangen. Angst und erhebliche Schädigung der Identität sind der unabwendbare begleitende 'Erfolg'.

Das waren einige theoretische Gedanken und wir haben gedacht, wir sollten diese wieder aufgreifen, denn die Konferenzen waren schon ein bißchen in Vergessenheit geraten. So wurde 1996 wieder eine Konferenz in den Niederlanden (Warnsfeld, März 1996) organisiert.

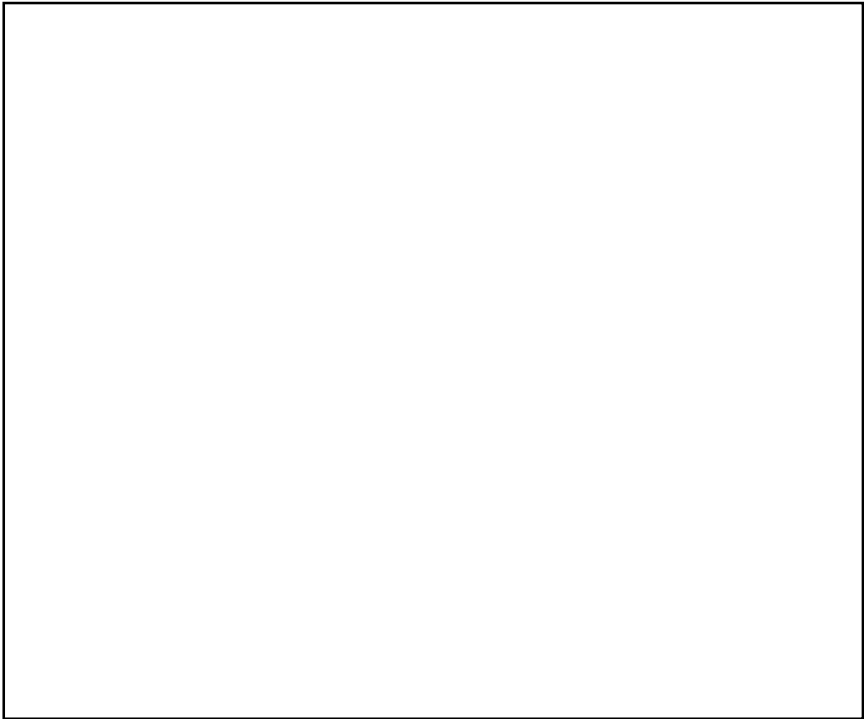


Abb. 2

Zur Vorbereitung haben wir zunächst interessierte Netzwerkmitglieder gesucht, Unterstützung im Rahmen des HELIOS II -Programms der Europäischen Union erhalten, Besuchsgruppen zusammengestellt.

Jede Besuchsgruppe bestand aus drei Personen: Ein Klient, ein Krankenpfleger und ein Manager.

Für die Besuchsgruppen haben wir ein Beurteilungssystem entwickelt, das von diesen Gruppen während des Besuches angewendet wurde.

Die Konferenz wurde als eine Einladungskonferenz für Krankenhäuser und Besuchsgruppen organisiert, bei der ein Überblick über die Situation und die Gesetze in den fünf Ländern gegeben wurde. Außerdem wurde jeweils vom Leiter des Krankenhauses und den Mitgliedern der Besuchsgruppe über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in den fünf Krankenhäusern berichtet. Hieraus ergaben sich – in Stichworten zusammengefaßt – als landesspezifische Merkmale:

Irland

In Irland gibt es keine gesetzliche Regelung zu Zwangsmaßnahmen. In dem beteiligten Krankenhaus besteht eine bemerkenswerte Situation, die sich dadurch auszeichnet, daß es keine Absonderung und nur wenig Zwangsmedikation gibt. Kulturell ist die Psychiatrie eingebettet in eine paternalistische Familienstruktur – „der Arzt weiß es am Besten“ wird noch akzeptiert. In der Psychiatrie hat es in den letzten zehn Jahren große Änderungen gegeben und die gemeindenahe Psychiatrie ist stark entwickelt.

England

In England ist Absonderung gesetzlich verboten. Zwangsmedikation wird häufig praktiziert. In den Krankenhäusern gibt es eine ziemlich große Distanz zwischen Klienten und Mitarbeitern und die Klienten kämpfen vor allem gegen die Zwangsmedikation.

Dänemark

Wie in England ist auch in Dänemark Absonderung gesetzlich verboten und die Zwangsmedikation wird häufig angewendet. Die Fixierung ist gestattet und wird angewendet unter ständiger Beobachtung und Anwesenheit eines Mitarbeiters, wobei oft auch andere Patienten anwesend sind. Es gibt hier sehr viel Personal und Ressourcen im Krankenhaus, wobei das Klima von einer großen Distanz zwischen Klienten und Mitarbeitern geprägt ist.

Deutschland

Die Situation in Deutschland kennen Sie viel besser als ich. Berichtet wurde unter anderem, daß zwischen einzelnen Krankenhäusern sehr große Unterschiede bestehen und daß Absonderung und Zwangsmedikation gestattet sind.

Niederlande

Die Absonderung ist gesetzlich geregelt und wird sehr häufig gebraucht. Auch die Fixierung ist gesetzlich geregelt und wird häufig angewendet. Die Zwangsmedikation wurde früher sehr wenig, jetzt mehr angewendet. Zwischen den einzelnen Krankenhäusern gibt es nach wie vor große Unterschiede bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Das Klima im Krankenhaus ist von einer geringen Distanz zwischen Klienten und Mitarbeitern geprägt. Die Patienten verfügen über eine gesetzlich geregelte starke Rechtsstellung und sind ziemlich gut organisiert.

Allgemeine Folgerungen

Als Ergebnis aus den Berichten und der Diskussion lassen sich folgende Punkte festhalten:

- Zwang ist mehr als Absonderung, Fixierung und Zwangsmedikation.
- Es besteht ein großer Unterschied zwischen den europäischen Ländern, wie die vorstehende Übersicht über die Situation in den einzelnen Ländern gezeigt hat.

- Gewalt und Zwang ist kulturell verwurzelt.
- Zwang wird gebraucht, wo Zusammenarbeit fehlt. Die Anwendung von Gewalt und Zwangsmaßnahmen ist vermeidbar, wie ich noch an einem Beispiel zeigen werde.
- Gewalttätige und sehr verwirrte Klienten brauchen keinen Zwang, sondern intensive Zuwendung und Begleitung. Dies erfordert aber mehr Ressourcen.
- Die Autonomie der Klienten braucht autonome Mitarbeiter.
- Das A und O zur Verringerung und zur Vermeidung von Gewalt und Zwang ist offene Kommunikation.

Es entstand dabei aber auch die Idee, ein europäisches Netzwerk aufzubauen und zu unterhalten.

Europäisches Netzwerk

Bei diesem Netzwerk sollte es sich um ein Vorhaben mit mindestens dreijähriger Laufzeit handeln, bei dem in jeder mitarbeitenden Klinik Projekte durchgeführt werden sollen. Ziel dabei sollte der Verzicht auf Gewalt, zumindest die Verminderung von Zwangsmaßnahmen sein. Entsprechend der Bedeutung von offener Kommunikation sollte der Schwerpunkt auf der Verbesserung der Zusammenarbeit und der Kommunikation zwischen Klienten und Professionellen liegen.

Vermeidung und Verringerung von Gewalt und Zwang

Das die Anwendung von Zwang und Gewalt vermeidbar ist, habe ich bereits am Anfang am Beispiel von Schottland gezeigt. Ein weiteres Beispiel ist die Verringerung der Absonderungen auf einer geschlossenen Station in einem Krankenhaus in den Niederlanden. Hier konnte nach einer kritischen Auseinandersetzung und Diskussion der Absonderungen die Zahl der Absonderungen von 1995 bis 1996 um mehr als die Hälfte verringert werden. Da wir die Absonderungen dokumentieren müssen, kann ich Ihnen hierzu auch die genauen Zahlen nennen.

- Im Zeitraum von Januar bis September 1995 wurde die Absonderung bei 51 Klienten insgesamt 622 mal angewendet; die gesamte Dauer der Absonderung betrug 22.392 Stunden.
- Im Zeitraum von Januar bis September 1996 wurde die Absonderung bei 42 Klienten insgesamt 287 mal angewendet; die gesamte Dauer der Absonderung betrug 10.074 Stunden.

Zum Zeitpunkt der Überarbeitung dieses Referats für die Veröffentlichung (1998) wurde bekanntgegeben, daß inzwischen die gesamte Dauer der Absonderung auf etwa 3.500 Stunden gesenkt worden war.

Das europäische Projekt

Inzwischen konnten wir mit unserem geplanten europäischen Projekt beginnen. Wir wollen damit eine Übersicht über die Praxis in verschiedenen europäischen Staaten erhalten und die Arbeit in den Krankenhäusern einem Vergleich unterziehen.

Im Rahmen des Projektes soll gegenseitige Hilfe und Unterstützung bei lokalen Entwicklungen gegeben werden und eine Evaluierung durch zwei europäische Universitäten erfolgen. Hierdurch wird es vielleicht möglich, Befunde zu generalisieren, Qualitätskriterien zu entwickeln und Hinweise zur Verminderung von Gewalt und Zwang zu erarbeiten.

Wir wollen dabei die europäische Ebene ausnutzen. Vielleicht können die Ergebnisse in europäische Maßnahmen und Regelungen einfließen und zu einem internationalen Druck zur Änderung nationaler Verfahren und Regelungen führen.

Abschließend möchte ich Ihnen noch einige Hypothesen und vorläufige Richtlinien vorstellen.

Hypothesen

- Zwangsmaßnahmen haben oft eine sehr lange Anlaufzeit – manchmal sind es mehrere Tage oder auch Wochen, bevor sie angewendet werden.
- Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen wird vom psychosozialen (Behandlungs-) Kontext bestimmt, nicht von der Psychopathologie.
- Dementsprechend ist mehr auf das Verhalten der Helfer zu achten als auf das Verhalten der Patienten.
- Eine verbesserte Rechtsstellung der Patienten – wie zum Beispiel in den Niederlanden – ist kein Schutz gegen Gewalt und Zwang.
- Die Entwicklung einer Gruppenkultur der Helfer und offener Kommunikation ist das wichtigste.
- Psychiatrie mit Gewalt ist heikle Arbeit – Psychiatrie ohne Zwang ist höhere Kunst.

Vorläufige Richtlinien zum Umgang mit und zur Vermeidung von Gewalt

Auf die Frage nach Richtlinien zum Umgang mit und zur Vermeidung von Gewalt kann ich Ihnen nur einige persönliche Überlegungen mitteilen:

Wenn Zwangsmaßnahmen angewendet werden, sollte dies nur im Rahmen intensiver Zuwendung und Begleitung („intensive care“) und unter ständiger, gezielter Qualitätsentwicklung erfolgen.

Notwendig sind offene Kommunikation und offene Systeme. Hierzu gehört unter anderem die Dokumentation und Berichterstattung als eine Voraussetzung, um Kritik und Bewegung zu ermöglichen. Es ist wichtig zu sehen, daß es Verantwortung und Mitverantwortung auf verschiedenen Ebenen gibt: Es darf nicht sein, daß der Arzt seine Verantwortung oder Mitverantwortung nicht sieht oder kaum realisiert, was auf der Station passiert. Weiter ist auf die Zusammenarbeit mit den Patienten und Patientinnen und auf deren Autonomie zu achten, vor allem auch darauf, daß die sie Wahlmöglichkeiten haben, wenn die Behandlung geplant und der Behandlungsvertrag vereinbart wird.

Schließlich ist auch auf die Unterstützung und Motivation des Personals zu achten. Hierzu gehören unter anderem Evaluation, Forschung, Fortbildung und die Möglichkeit zum Wechsel des Arbeitsplatzes; so ist es wahrscheinlich sehr wichtig, daß Mitarbeiter auf einer Station, auf der die Anwendung von Zwangsmaßnahmen offiziell gestattet ist, nur sehr kurze Zeit arbeiten. Es geht also darum, für Mitarbeiter keine Endstationen, sondern Netzwerke auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene aufzubauen.

Ein regionales Netzwerk ist dazu da, um Leuten zu helfen nicht mit wirklichen Endstationen arbeiten zu müssen: Es gibt immer Kollegen und Kolleginnen, die aushelfen können. Nationale und internationale Netzwerke sind notwendig, um zu sehen, daß wir mit unseren Problemen nicht alleine gelassen werden.

Schließlich ist es wichtig, niemals nur auf Gesetze und Regelungen zu bauen. Es gibt immer wieder das Problem, daß über Regelungen und Gesetze etwas erreicht werden kann, was man nun aber nicht haben wollte, zum Beispiel bei der Normalisierung und Legitimierung von Gewaltanwendung. Es kann eine bürokratische Regelung entstehen, in der die Rechtsstellung der Patienten und Patientinnen zwar garantiert ist, die Autonomie der Patienten und Patientinnen aber vielleicht noch schwieriger zu verwirklichen ist.

Psychiatrie Ost

– Zwischen Fürsorge und Bevormundung früher,
auf dem Weg zum demokratischen Selbstverständnis heute

Bernhard Riecke, Angelika Waldmann

Das Thema Ostpsychiatrie ist in den letzten Jahren viel besprochen, viel beschrieben, aber wenig beachtet worden.

Gibt es sie überhaupt, die Ostpsychiatrie? Wie Waren aus dem Osten, die in den Verkaufsregalen der Supermärkte ganz unten mit dem hoffnungsvollen Vermerk „aus den neuen Bundesländern“ angeboten werden und die – wenn überhaupt – nur argwöhnisch Beachtung finden?

Es muß sie geben, die Ostpsychiatrie, denn die Medien haben umfangreich berichtet, über Waldheim und öffentlich-rechtlich über „die Hölle von Ueckermünde – Psychiatrie des Ostens“. Ein ARD-Beitrag, der Mißstände in einer Abteilung für geistig Behinderte mit der gesamten Psychiatrie der ehemaligen DDR gleichsetzte.

Wir wollen hier aber keinen Vortrag halten, der die Vergangenheit verklärt, sondern außer über das Tagungsthema Zwang und Gewalt über Reformbemühungen berichten, die für die Psychiatrie wichtig waren und weiter sind.

Lassen Sie uns aber nicht den Anspruch auf chronologische Vollständigkeit erheben, sondern streiflichtartig ein paar Akzente setzen und zwischen dem Heute und Früher hin- und herpendeln.

Ein Beispiel: Kurz nach der Wende wird eine kleine Gruppe westdeutscher Psychiater durch eine psychiatrische Abteilung im Osten geführt. Eine Patientin spricht den vorausgehenden ansässigen Kollegen an, ob sie in die Stadt dürfe. Er antwortet: „Nein, heute nicht“; die Patientin: „Vielen Dank, Herr Oberarzt“ und entfernt sich wieder. Die westlichen Kollegen verwundern sich, daß eine Absage ohne Begründung sogar noch mit einem Dankeschön beantwortet wird. Bei ihnen wäre das Gespräch mit Sicherheit anders verlaufen. Dieses Beispiel könnte heute noch in östlichen Krankenhäusern passieren.

Es ist unbestritten, daß im Osten Deutschlands noch ein anderes Menschenbild existiert, das patienten- und therapeutenseitig das Miteinander erleichtert, wenn es um organisatorische Angelegenheiten, therapeutisches Procedere besonders mit Reglementierungscharakter geht, das den Aufwand aber vermehrt, wenn die hohe Erwartungshaltung des Bedürftigen an die karitative Seite des Betreuers oder Therapeuten appelliert.

So erklären sich die niedrigen Zwangseinweisungsraten von 2-5% in den neuen Ländern auch heute noch, 7 Jahre nach der Wende, gegenüber von regional

RODEWISCHER THESEN

**Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation
vom 23. bis 25. Mai 1963 in Rodewisch i.V. (DDR)**

These 2)

Optimale Therapie kommt nur unter optimalen Bedingungen optimal zur Wirkung. Die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken müssen ihre allgemeinen Bedingungen, unter denen sie therapieren, kritisch überprüfen. Die besonderen aus der Anstaltstradition übernommenen Maßnahmen, die den psychisch Kranken „anders“ als einen anderweitig Erkrankten im Krankenhaus behandeln, sind Zug um Zug zu beseitigen. Akut und chronisch Kranke können zum überwiegenden Teil auf völlig offenen Krankenstationen geführt werden. Entscheidend für die Öffnung der Krankenstation ist ein durchdachtes rehabilitatives Heilregime, der fürsorgliche Geist des Personals, die damit geschaffene Heilatmosphäre und die aktive Einstellung zur komplexen Therapie. Aus vorwiegend geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten haben sich vorwiegend offene psychiatrische Fachkrankenhäuser zu entwickeln. Das umfassende Sicherungsprinzip der Heil- und Pflegeanstalt muß einem umfassenden Fürsorgeprinzip des Fachkrankenhauses weichen.

Abb. 1 Rodewischer Thesen, Auszug

über 40% in den alten Bundesländern. Das war auch früher schon so und wurde begründet durch das sogenannte Einweisungsgesetz für psychisch Kranke vom Juni 1968 – etwa dem jetzigen Psych KG entsprechend –, nach dem im § 6 allein der Psychiater mit Genehmigung des Kreisarztes eine Einweisung für 6 Wochen veranlassen konnte. Die Staatsanwaltschaft wurde lediglich informiert. Eine Verlängerung mittels des § 11 konnte dann nur über das zuständige Gericht erfolgen.

Nach dem Übergang der rein psychiatrischen Entscheidung einer sogenannten Zwangseinweisung in die Zuständigkeit richterlicher Kompetenz entstanden in den ersten Jahren nach der Wende örtlich auch erhebliche Schwierigkeiten durch den Einsatz unerfahrener Juristen, oft Absolventen, so daß man den Eindruck eines nicht sehr hohen Stellenwertes des Vormundschaftsrechtes in der Justiz

These 8)

Amtliche oder gesetzliche Zwangsmaßnahmen psychisch Kranken gegenüber sind auf das nur unbedingt erforderliche Minimum zu beschränken. Die humane Grundhaltung des sozialistischen Lebensstils muß darin zum Ausdruck kommen, daß alles vermieden wird, was geeignet ist, psychisch Kranke in der Öffentlichkeit zu diffamieren und sie außerhalb der Gesellschaft zu stellen. In besonderer Weise sind bestehende Gesetze und Verordnungen daraufhin zu korrigieren. In der Arbeit befindliche Gesetze und Verordnungen haben dies gebührend zu berücksichtigen.

These 6)

Dringend erforderlich sind Übergangslösungen zwischen kontinuierlichen arbeitstherapeutischen Einsätzen auf der einen Seite und der vollen Erwerbsarbeit andererseits, zwischen der ambulanten Krankenbetreuung und der stationären Krankenbetreuung bisheriger Art. In dieser Hinsicht muß die Errichtung von an die Fachkrankenhäuser angeschlossenen beschützenden Werkstätten, befürsorgten Patienten-Wohnheimen, psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken gefördert werden.

Abb. 2 Rodewischer Thesen, Auszug

hatte. Inzwischen ist in den meisten Regionen – vor allem wegen der gut funktionierenden Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) – auch die Einweisungspraxis besser geregelt. Es verhalten sich Betreuungsqualität des SpDi und die Zwangseinweisungsrate entgegengesetzt proportional.

Auch dies war früher schon so, wenn die Institution der psychiatrischen Fürsorge – etwa dem heutigen SpDi entsprechend – sofort aktiv wurde, wenn z. B. ein problematischer Patient nicht in der Sprechstunde des poliklinisch tätigen Psychiaters erschienen war. So konnte häufig eine krisenhafte Zuspitzung einer Krankheitsphase oder auch das Wiederauftreten einer solchen abgefangen werden.

Die große Bedeutung von Prophylaxe und überhaupt sozialpsychiatrischen Handelns, einer Humanisierung der alten Psychiatrie wurde bereits 1963 lange vor der Enquete in den sogenannten Rodewischer Thesen deutlich, die im westlichen Deutschland ziemlich unbeachtet blieben (siehe Abb. 1).

In den Thesen finden sich ganz moderne Gedanken, wie sie später von der sogenannten Expertenkommission formuliert wurden: wie Öffnung der Statio-

These 10)

Im Bereich der Psychiatrie ist eine enge Koordinierung der praktischen sowie der wissenschaftlichen Tätigkeit der medizinischen Facheinrichtungen des Hochschulwesens und denen des Gesundheitswesens erforderlich. Im Hochschulunterricht müßten die Möglichkeiten und die Bedingungen einer umfassenden medizinisch-sozialen Rehabilitation für akut und chronisch Kranke mehr als bisher dargestellt werden. Soweit die Hochschulkliniken aufgrund ihrer besonderen Struktur und ihrer betonten Aufgabenstellung keine umfassenden Möglichkeiten aller Bereiche der medizinisch-sozialen psychiatrischen Rehabilitation bei sich selbst entwickeln können, so sind die Studierenden mit den rehabilitativen Maßnahmen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser, insbesondere mit den Maßnahmen der Sozio- und Arbeitstherapie im Rahmen des Kollegbetriebes auf geeignete und ausreichende Weise bekanntzumachen. Hochschulkliniken und psychiatrische Fachkrankenhäuser, soweit letztere dazu die Voraussetzungen erfüllen, sollen sichtbarer als bisher die Ausbildung der Studierenden und der Fachärzte gemeinsam tragen, sollen auch gemeinsam Forschungsaufträge erledigen.

Abb. 3 Rodewischer Thesen, Auszug

nen, Gleichsetzung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken, Forderungen nach Rehabilitation, Reduzierung von Zwangsmaßnahmen.

Es wurden Übergangslösungen vom stationären zum komplementären Bereich mit Werkstätten, Tages- und Nachtkliniken und betreuten Wohnheimen gefordert (siehe Abb. 2).

Auch in These 10 erscheint es unwahrscheinlich, daß diese Gedanken 35 Jahre alt sind. Denn die Forderung nach einer Studienreform, bei der den Studierenden das Gedankengut sozialer und medizinischer Rehabilitation für chronisch psychisch Kranke vermittelt wird, könnte von heute stammen (siehe Abb. 3).

Natürlich waren die Thesen von Rodewisch *Thesen*, keine Vorschriften, keine Bestimmungen. Aber sie waren für viele Leitlinien, für manche Gedankenanstöße oder Argumentationshilfen. Denn der Gestaltungsraum in der Psychiatrie war weit größer, als mancher nach dem Zusammenbruch des DDR-Regimes zuzugeben bereit war.

Besonders die kleinen, insbesondere konfessionellen Häuser unterlagen kaum der Parteikontrolle.

In den Bezirkskrankenhäusern, besonders aber in den Universitätseinrichtungen war der staatspolitische Einfluß natürlich größer. Aber überall gab es die Möglichkeit, die Binnenstruktur durch persönliches Engagement zu humanisieren. Gewaltvermeidung ist beispielsweise immer ein persönliches Problem. Und so gab es eben Unterschiede zwischen verschiedenen Einrichtungen, die völlig offene Stationen auf der einen, aber auch ein Waldheim auf der anderen Seite zuließen.

Die Psychiatrie im Osten war allerdings aber nicht das von der Stasi systematisch mißbrauchte Instrument der Einschüchterung und Bevormundung mißliebiger Personen, wie die Untersuchungskommissionen der Länder eindeutig festgestellt haben.

Besonders in den Polikliniken und den Ambulanzen, die psychiatrischen Krankenhäusern angeschlossen waren, war die Psychiatrie vielerorts trotz des unbestrittenen personellen und materiellen Mangels von einer aktivtherapeutischen, sozialrehabilitativen Orientierung geprägt. Sie tendierte zur aktiv aufsuchenden, nachgehenden Fürsorge, besonders für die Lebensbereiche Familie, Wohnen, Arbeit. Dies vollzog sich allerdings in engen Grenzen von Selbst- und Mitbestimmung und unter Ausschluß der Öffentlichkeit. Denn nichtstaatliche Organisationsformen wie Selbsthilfe- oder Angehörigengruppen waren in den autoritärbürokratischen Machtstrukturen unerwünscht.

Die staatlich strukturierte Betreuungsintensität, die durchaus auch bevormundenden Charakter haben konnte, bedeutete für viele psychisch Kranke aber auch eine Art mobiles beschützendes Milieu, das z.B. bis zum Arbeitsplatz in die Betriebe reichte. Bei einer Zurücksetzung, Ungleichbehandlung o. ä. war gleich die Fürsorgerin zur Stelle.

Es macht nachdenklich, wenn wir heute von chronisch psychisch Kranken, die natürlich nach der Wende als Erste ihren Arbeitsplatz verloren haben, zu hören kriegen, daß sie gerade diese intensive Betreuung vermissen, obwohl sie doch jetzt alle komplementären Bausteine, wie Kontakt- und Begegnungsstätte, betreutes Wohnen, Selbsthilfegruppen u.v.a.m. haben.

Da haben wir wohl doch zu intensiv betreut und die „Hilfe zur Selbsthilfe“ vernachlässigt, wie den Fürsorgerinnen nach der Wende von ihren westlichen Schwestern mit Fachhochschulwissen vorgeworfen wurde. Aber nicht nur im Suchtbereich müssen wir leider oft feststellen, daß die Überbetonung der individuellen Freiheitsrechte für viele auch die Freiheit von Arbeit und Wohnung bedeutet.

Im Mai 1974 entstanden in Brandenburg die „Neun Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft“, in denen die Institution psychiatrisches Krankenhaus kritisiert und die Umwandlung in therapeutische Institutionen gefordert wurde.

Die in der These 4 (siehe Abb. 4) angesprochene therapeutische Kultur sollte allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Patientinnen und Patienten eine breite Mitsprache ermöglichen und die Erkenntnis vermitteln, daß jede Aktivität des Einzelnen therapeutisch oder antitherapeutisch wirkt.

BRANDENBURGER THESEN

Neun Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft

(zugleich Diskussionsgrundlage für die am 2./3. Mai 1974 in der Bezirksnervenklinik Brandenburg stattfindenden Tagung zu diesem Thema)

These 4)

Die „Therapeutische Gemeinschaft“ zeigt einen gangbaren Weg zur Umwandlung der psychiatrischen Krankenhäuser in echte therapeutische Institutionen

Für die Veränderung des sozialen Milieus der psychiatrischen Großkrankenhäuser, die die Eliminierung pathogener sozialer Einflüsse und unzeitgemäßer und zum Teil antihumaner organisatorischer Strukturen einschließt, bietet sich das Prinzip der „Therapeutischen Gemeinschaft“ (*Maxwell Johnes*) an. Dieses Prinzip beinhaltet im Kern die Umwandlung der menschlichen Beziehungen zwischen Patienten und therapeutischem Kollektiv von *gegeneinander stehenden* in *miteinander wirkende* Gruppen und den Übergang vom hemmenden, streng hierarchisch gegliederten System der Anordnung und Unterordnung zur demokratischen Leitung mit einem weiten Spielraum der Mitsprache aller Mitarbeiter und Patienten.

Die von *Maxwell Jones* geforderte „therapeutische Kultur“ beinhaltet, daß jede, auch die alltäglichste Funktion auf ihren Sinn und ihre Wirkung auf die Therapie zu überprüfen ist, alle Vorkommnisse müssen gemeinsam besprochen und analysiert werden; alle Mitglieder der therapeutischen Gemeinschaft, insbesondere die Angestellten, müssen von der Erkenntnis durchdrungen sein, daß die Gemeinschaft selbst und das Auftreten jedes einzelnen therapeutisch oder antitherapeutisch wirkt. Jedem Mitarbeiter muß eindeutig sein neuer Ort in dieser Gemeinschaft zugewiesen werden; der Wandel der Aufgaben der Ärzte, einschließlich der Krankenhausleitung, der Schwestern und Pfleger, der Verwaltungsangestellten und der Handwerker, muß sichtbar gemacht werden; der neue Inhalt ihrer Tätigkeit muß klar umrissen sein. Von vornherein muß versucht werden, den Verlust der bisherigen Rolle der Mitarbeiter und der Patienten in sinnvoller Weise durch die neue Rolle zu kompensieren.

Abb. 4 Brandenburger Thesen, Auszug

In der These 7 (siehe Abb. 5) taucht die Forderung der offenen Tür – wie 11 Jahre vorher schon in Rodewisch – wieder auf. Auch die Begründungen, daß offene Stationen mit einem besseren Klima gegenüber geschlossenen kein höheres Suizidrisiko bedeuten, können heute noch gelten.

Besonders bemerkenswert ist auch die Feststellung, daß Therapie nie strafen- oder disziplinierenden Charakter haben darf und Zwangsmittel einschließ-

These 7)

Keine therapeutische Gemeinschaft ohne offene Tür

Viele Erfahrungen haben gelehrt, daß der Übergang vom System der widerspruchsfreien Anordnung zur eigenverantwortlichen Mitbestimmung, verbunden mit optimaler Selbstverwaltung und Selbstkontrolle die Möglichkeit schafft - bis auf wenige Ausnahmen -, sämtliche Stationen der psychiatrischen Krankenhäuser zu öffnen. Die Befürchtung, daß sich die Selbstmordquote unter den Patienten erhöhen und daß sich die Entweichung vermehren könnten, kann als unbegründet gelten. Die „offene Tür“ schafft erst ein echtes therapeutisches Klima im Krankenhaus, das uns gestattet, dem Patienten die stationäre Behandlung mit gutem Gewissen zuzumuten.

Die notwendige quantitative und qualitative Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung mit einer engmaschigen Dispensarbetreuung und Früherfassung psychisch kranker Bürger wird die sogenannten „Zwangseinweisungen“ auf ein Minimum reduzieren helfen.

Die Therapie im psychiatrischen Krankenhaus darf niemals strafenden oder disziplinierenden Charakter haben, wenn sie nicht entwertet werden soll. Wie die Anwendung aller Zwangsmittel (einschließlich der „Absonderung“), muß es heute als antitherapeutisch, wenn nicht antihuman gelten, einem Patienten wegen einer Unbotmäßigkeit oder wegen eines Vergehens Bettruhe oder eine Injektion zu „verordnen“.

Die Arbeitstherapie muß in den Wandel der Krankenhausatmosphäre einbezogen werden, wobei sich der materielle Nutzeffekt dem therapeutischen Ziel unterzuordnen hat. In stufenweiser Steigerung muß sowohl in der Qualität als auch in der Quantität die Grenze der Leistungsfähigkeit der Patienten erreicht werden.

„Offene Tür“ bedeutet auch, daß die Rehabilitation in einer Weise verbessert werden muß, daß die stationäre Behandlung nur solange ausgedehnt wird, wie sie unbedingt erforderlich ist, Frühentlassungen mit qualifizierter Nachbetreuung sollten die Regel sein. Hierzu ist es dringend erforderlich, das antiquierte Berufsbild der psychiatrischen „Fürsorgerin“ unter diesen neuen Aspekten zu überdenken und den Erfordernissen entsprechend aufzuwerten. Im Interesse der Therapie und der Rehabilitation der psychisch kranken Menschen darf das psychiatrische Krankenhaus nicht weiter ein Asyl für dissoziale und arbeitsscheue Bürger sein.

Abb. 5 Brandenburger Thesen, Auszug

lich der Verordnung von Bettruhe nicht wegen Unbotmäßigkeit oder eines Vergehens angeordnet werden dürfen.

Die Brandenburger Thesen versuchten aber auch, die therapeutische Gemeinschaft mit dem sozialistischen Menschenbild und dem marxistischen Begriff der Persönlichkeit in Einklang zu bringen.

Vielleicht auch deshalb haben die Thesen nicht die Bedeutung der Rodewischer erlangt, sind im Westen unbekannt geblieben und haben im Osten auch weniger zu bewirken vermocht.

Wenn wir nun nochmal fragen: Warum gibt es im Osten auch jetzt noch deutlich weniger Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen? Kann es sein, daß die „behütenden Strukturen“ teilweise weiter bestehen, daß die berufsgruppenübergreifende Kommunikation noch nicht von berufspolitischen Grenzen beeinträchtigt wird?

Es funktioniert offenbar noch ein Rest von mitmenschlichem, stützendem und solidarischem Verhalten, das gegenüber der Ellenbogenmentalität standgehalten hat, ein Gemeinschaftsgefühl als Restzustand aus der Zeit der Diktatur mit der Notwendigkeit zusammenzuhalten.

Für die Schwierigkeiten, die viele Menschen und besonders die psychisch Kranken mit dem Übergang von einer autoritär bestimmenden Staatsform zur freiheitlichen Demokratie hatten, noch ein Beispiel zum Schluß:

Als 1990 die ersten freien Wahlen im Osten anstanden, brachte ein älterer, mir jahrelang bekannter Patient extra seine Frau mit in die Sprechstunde und wirkte sehr ratlos, was er denn nun wählen solle. Schließlich fragte er, was ich denn wähle. Und nach meinem Zögern: Ich hätte ihn jahrelang immer so gut beraten, nun wollten sie – seine Frau und er – das Gleiche wählen, für das ich mich entscheide.

Es steht außer Frage, daß dauerhafte humanitäre Veränderungen innerhalb der Psychiatrie ohne die Herstellung einer demokratischen Ordnung nicht denkbar sind. Aber die Gewährung von Freiheit und Selbstbestimmung darf nicht zu Gleichgültigkeit im psychiatrischen Handeln und damit zur Ausgrenzung Betroffener aus sozialen Strukturen führen.

Auch Handeln gegen den Willen eines psychisch Kranken kann hilfreich sein. Hilfe für psychisch Kranke erfordert dabei in besonderem Maße ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Emanzipation und Selbstbestimmung auf der einen und aktiver Fürsorge und sozialer Verantwortung auf der anderen Seite. Beiden Aspekten sollte aus unserer Sicht Raum gegeben werden.

Vielleicht ist das durchaus eine Art Credo, das, was die in der Psychiatrie Tätigen im Osten Deutschlands einbringen können, nämlich: bei der Gratwanderung zwischen freiheitlicher Selbstbestimmung und fürsorglicher Verantwortung nicht abzustürzen. Und in einem System, in dem die Freiheit das höchste Gut ist, auch auf die Verpflichtung zur Hilfe und Fürsorge gegenüber dem psychisch Kranken hinzuweisen.

Gerade im Vorfeld zur stationären Einweisung kann durch eine aktive Fürsorge, durch eine von sozialer Verantwortung geprägte Beziehungsgestaltung und einen damit verbundenen rechtzeitigen Behandlungsbeginn Zwang und Ausgrenzung vermieden und die Teilhabe am sozialen Leben ermöglicht werden. Hier

sind auch ein falsch verstandener individueller Freiheitsbegriff und die oftmals negative Bewertung fachlicher Autorität in der Psychiatrie kritisch zu hinterfragen.

Spätestens an dieser Stelle aber ist klar, daß es hier schon lange nicht mehr um Ost- oder Westpsychiatrie geht, sondern um unseren gemeinsamen Anspruch, Strukturen zu schaffen, in denen wir mit einem Minimum an Gewalt und Zwang auskommen können, und um unser gemeinsames Selbstverständnis, als in der Psychiatrie Tätige hierfür Verantwortung zu übernehmen.

Vielleicht können unsere Erfahrungen dabei hilfreich sein.

Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion. Begriffliches und Grundsätzliches zum Problem der Gewalt in der Psychiatrie*

Günther Wienberg

*Fiktion: Erdichtung, Erfindung;
Annahme, Unterstellung.
(„Duden“ Fremdwörterbuch)*

*Die Probleme der Gewalt sind
immer noch sehr dunkel
(George Sorel, 1906)*

Zum Begriff „Gewalt“

Der Titel dieses Beitrags ist bewußt provokant formuliert und als Antithese gedacht gegenüber denjenigen, die eine „gewaltfreie“ Psychiatrie propagieren (z.B. KRISOR 1992).

Einführend soll der Versuch unternommen werden, zur begrifflichen Klärung beizutragen. Denn der Gewalt-Begriff ist schillernd, unscharf und zum Teil heftig umstritten. Bei Definitionsproblemen empfiehlt es sich, ein Lexikon oder ein Wörterbuch zu konsultieren. Der „Brockhaus“ definiert „Gewalt“ wie folgt: *„Unrechtmäßiges Vorgehen, die Anwendung von physischem und/oder psychischem Zwang gegenüber einem anderen, um diesem Schaden zuzufügen bzw. ihn der Herrschaft des Gewalt-Ausübenden zu unterwerfen“.*

Hervorzuhebende Bestandteile dieser Begriffsbestimmung sind:

- „Unrechtmäßiges Vorgehen“: Gewalt ist rechtlich unzulässig, es sei denn, sie ist legitimiert. Gewalt legitimieren kann, zumindest in Rechtsstaaten westlicher Prägung, ausschließlich der Staat (dies ist Teil seines „Gewaltmonopols“). Gewaltanwendung gegenüber psychisch Kranken ist also verboten, soweit sie nicht staatlich legitimiert ist.
- Die Definition grenzt den Gewaltbegriff nicht auf physische Gewalt ein. Es sind also nicht nur körperliche Schädigungen (wie z.B. Schmerzen und Verletzungen bei einer Zwangsmedikation), sondern auch soziale und psychische Beeinträchtigungen durch die Anwendung von Zwang gemeint (wie z.B.

* Dieses Manuskript stellt eine leicht überarbeitete Fassung eines Artikels dar, der 1997 im Psychiatrie-Verlag erschienen ist in EINK, M. (Hg.): Gewalttätige Psychiatrie. Ein Streitbuch. Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Verlages.

soziale Folgeprobleme einer zwangsweisen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus; die Verletzung der persönlichen Würde durch Vorenthalten von Privatheit und Einschränkung der Intimsphäre).

- Neben dem Aspekt der Schädigung betont diese Definition den instrumentellen, zweckgerichteten Charakter von Gewaltanwendung: „Zwingen zu etwas“. Beide Kriterien – Schädigung und Absicht – finden sich auch in den gängigen Definitionen des Begriffs Aggression, so daß die Abgrenzung der beiden Begriffe problematisch ist. Allenfalls wäre darauf zu veweisen, daß im Falle von aggressivem Verhalten oft eine affektive Komponente als Auslöser bzw. Motiv eine besondere Rolle spielt (z.B. Wut, Enttäuschung, Furcht).
- Vorausgesetzt wird eine Beziehung der Ungleichheit, eine – zumindest vorübergehend – asymmetrische Beziehung zwischen „Täter“ und „Opfer“: Es gibt einen, der zwingt, und einen, der be- oder ge-zwungen wird. Dies verweist auf den engen Zusammenhang von (Ohn-)Macht und Gewalt. Spontan ist man geneigt, Macht-Haben als Voraussetzung von Gewaltausübung anzusehen: ohne Macht keine Gewalt. Diese Beziehung scheint jedoch nur in bestimmten Grenzen gültig zu sein. So stellt Hannah ARENDT fest: „Macht und Gewalt sind Gegensätze: Wo die eine absolut herrscht, ist die andere nicht vorhanden. Gewalt tritt auf den Plan, wo Macht in Gefahr ist“. (ARENDT 1985, S. 57). Diese Akzentuierung des Begriffes klärt die Doppeldeutigkeit des deutschen Wortes „Gewalt“. Es enthält nämlich sowohl die Bedeutungskomponente des lateinischen *violentas* – etwa im Sinne von „Gewalt antun“ –, als auch die des lateinischen *potestas* im Sinne von „Gewalt haben über“. Auf den zweiten Bedeutungsaspekt verweist die Definition, die sich im „Duden“ findet: *„Macht oder Befugnis über jemanden/etwas; Recht und Mittel, zu bestimmen, zu beherrschen“*. Gewalt tue ich vor allem dann jemandem an (1. Bedeutung), wenn ich *keine* absolute Gewalt *über* ihn habe (2. Bedeutung) – nur scheinbar ein Paradox. Wenn im folgenden von „Gewalt“ die Rede ist, so ist in der Regel die erste Bedeutungskomponente gemeint, also Gewalt im Sinne von *violentas*.
- Zwang kann von Gewalt dadurch unterschieden werden, daß „Schaden zu-

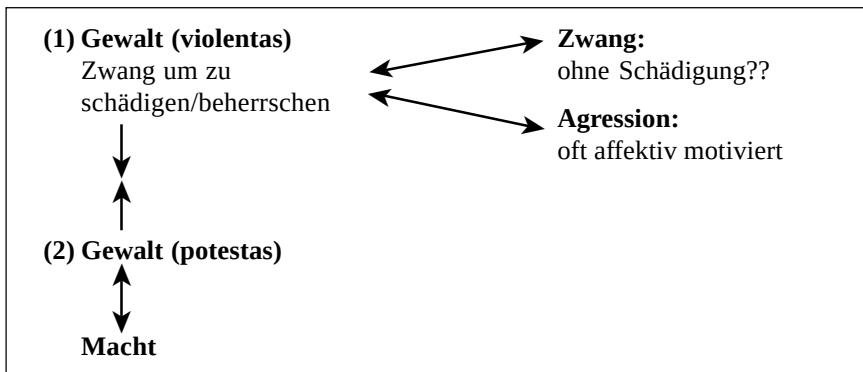


Abb. 1 Gewalt und Macht

fügen“, oder „der Herrschaft ... unterwerfen“ nicht der eigentliche Handlungszweck, die intendierte Handlungsfolge des ersteren ist. Demnach hätten wir es in der Psychiatrie überhaupt nicht mit Gewalt im eigentlichen Sinne zu tun, solange Zwang ausschließlich im wohlverstandenen Interesse des Ge-/Bezwungenen, zu seinem Besten angewendet wird. Selbst wenn wir voraussetzen, daß Schädigung oder Unterwerfung von Patientinnen und Patienten regelhaft nicht die Absicht der psychiatrisch Handelnden ist, löst dies das Gewalt-Problem letztlich nicht auf. Denn ein- und dieselbe Handlung – z.B. die zwangsweise Verabreichung einer Injektion – kann unterschiedliche Folgen haben, die von den Beteiligten auch noch unterschiedlich bewertet werden können: Unmittelbar stellt die Zwangsinjektion eine Körperverletzung dar, schädigt den Betroffenen also objektiv; mittelbar mag er die Auswirkungen der Behandlung wider Willen positiv bewerten (schnelle Beendigung eines quälenden psychotischen Erregungszustandes) oder auch negativ (schwere extrapyramidale Beeinträchtigungen ohne psychische Entlastung); rückblickend, nach einem stationären Aufenthalt mag die Bewertung wieder eine andere sein etc. Die Grenze zwischen „nur Zwang“ und „schon Gewalt“ ist alles andere als scharf, wobei der Faktor Zeit und sich wandelnde Bewertungen kritische Faktoren darstellen. Es wird deshalb hier weiter der Gewalt-Begriff verwendet, um nicht der Gefahr der Bagatellisierung zu erliegen.

Im folgenden werden 14 thesenhafte Aussagen zum Thema „Psychiatrie und Gewalt“ getroffen und erläutert. Die Darstellung folgt dem Ziel, die häufig unübersichtlichen und disparaten Positionen zum Thema zu ordnen und zugleich eine eigene Position zu formulieren und zu begründen.

Psychiatrie und Gewalt

1. Gewalt gegen psychisch kranke Menschen existiert vor und unabhängig von psychiatrischen Institutionen.

Psychisch kranke und behinderte Menschen sind außerhalb öffentlicher Institutionen wie der Psychiatrie ebenso Gewalttätigkeit ausgesetzt wie innerhalb.

Ob es sich dabei um eher subtile Formen wie Stigmatisierung und soziale Isolierung handelt oder um das Vorenthalten von Lebenschancen, die andere Bürgerinnen und Bürger haben, bis hin zur Verfolgung und körperlichen Vernichtung: Es gibt kaum eine Art von Gewalt gegen Kranke und Behinderte, der sich Gesellschaften (auch unabhängig von der Institution Psychiatrie) nicht schuldig gemacht hätten. So fand JACOBSON (1987, 1989), daß 68% der ambulanten und 81% der stationären Patientinnen und Patienten eines psychiatrischen Krankenhauses sexuelle oder andere körperliche Gewalterfahrungen gemacht hatten – unabhängig von der Psychiatrie. Ein Vorteil institutionell legitimerter und normierter Gewaltausübung liegt dabei auf der Hand: Sie wird aus dem Dunkel des Privaten und Subkulturellen herausgeholt in einen poten-

tiell transparenten und kontrollierbaren öffentlichen Raum. Mit anderen Worten: Wenn Gewalt gegen psychisch Kranke ein reales gesellschaftliches Phänomen / Problem ist, dann sollte sie besser durch die Psychiatrie ausgeübt werden, die ja eine öffentliche Institution ist, als in irgendwelchen nicht-öffentlichen Bereichen.

2. Die Gewaltanteile psychiatrischen Handelns sind unauflösbar mit ihrem gesellschaftlichen Auftrag und ihrer sozialen Funktion verknüpft.

Gewalt, auch in ihrer sanktionierten, legitimierten Form, ist ein gesellschaftlich verbreitetes Phänomen. Sie ist nicht auf die Psychiatrie beschränkt. Andere Bereiche, in denen staatlich legitimierte „besondere Gewaltverhältnisse“ herrschen, sind etwa Schulen, Gefängnisse, Kasernen usw. So stellt Ivan ILLICH fest: „Erziehung ohne Gewalt existiert ebenso wenig wie hölzernes Eisen oder ein quadratischer Kreis ...“ (ILLICH 1986, S. 13). Institutionen wie die genannten sind dadurch gekennzeichnet, daß die Ausübung von Gewalt in bestimmten, zumeist gesetzlich legitimierten Grenzen zugelassen oder gar gefordert ist.

Das besondere Dilemma der Psychiatrie besteht in der Doppelgesichtigkeit ihres Auftrages: sie hat *zugleich* therapeutische *und* Ordnungs-Funktion. Was in der Psychiatrie mit kranken Menschen geschieht, ist deshalb nicht allein Angelegenheit der dort Tätigen; es ist immer auch Ausdruck und Konsequenz des gesellschaftlichen Auftrages an diese Institution. GOFFMAN bezeichnet deshalb Verwandte, Polizisten, Richter und die Gesellschaft insgesamt als die „wahren Klienten“ der Anstalten (1977, S. 365). Eine „gewaltfreie“ Psychiatrie ist also schon deshalb eine Fiktion, weil sie bestimmte gesellschaftliche Aufträge zurückgeben müßte, um diesem Anspruch gerecht zu werden. Abgesehen davon, ob Gemeinwesen und Staat sich dies gefallen ließen – es müßten und würden dann wohl andere Institutionen diesen Auftrag übernehmen.

Die Doppelfunktion der Psychiatrie als therapeutische Institution einerseits und als Ordnungsmacht andererseits grundsätzlich anzuerkennen, darf jedoch nicht dazu führen, daß Zwang und Gewalt als Therapie ausgegeben werden und damit die Ordnungsfunktion verschleiert wird: „Als das entscheidende Kriterium ist die Zieldefinition anzusehen. Erziehung, Zwang oder Kontrolle setzen eine Person voraus, die für eine andere Person ein bestimmtes Ziel oder mehrere Ziele formuliert und diese durchsetzen möchte. Demgegenüber verlangt Therapie eine Person (oder ggf. ein Familiensystem), die selbst ein Ziel formuliert, zu dessen Erreichen sie die Hilfe eines anderen in Anspruch nehmen möchte“ (ROTTHAUS 1996, S. 264).

3. Die Gewaltanteile psychiatrischen Handelns sind unauflösbar mit ihrer therapeutischen Funktion verknüpft.

Die Ausübung von Zwang und Gewalt durch psychiatrische Institutionen gründet nicht ausschließlich in ihrer sozialen Funktion. Sie wohnen der Institution

Psychiatrie funktional auch deshalb inne, weil psychische Störungen und Krankheiten, zumindest in ihrer zugespitztesten Form (z.B. katatonen Erregungszustand, demente Verwirrung, Alkohol-Delir) von ihrer Natur her einen Verlust der Selbstbestimmung oder *Selbstverfügbarkeit* einschließen. Menschen in derartigen Extremsituationen sind weder entscheidungs- noch einwilligungsfähig. An die Stelle von Autonomie und Eigenverantwortung treten deshalb (vorübergehend) Fremdbestimmung und Fürsorge. Dabei geht es nicht selten um die Verhütung schwerer gesundheitlicher Schäden. Deshalb müssen psychiatrisch Tätige in solchen Extremsituationen (in dem rechtlich vorgegebenen Rahmen) im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen handeln – notfalls auch unter Gewaltanwendung. Die Gewaltanteile psychiatrischen Handelns nicht zu akzeptieren, hieße letztlich, diese schwersten seelischen Störungen aus dem Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie auszuschließen und an andere Institutionen zu delegieren. Das kann aber keine Lösung des Gewaltproblems sein.

Eine andere mögliche Konsequenz wäre: Die Gewalt-Anteile psychiatrischer Arbeit würden verdrängt, verleugnet und tabuisiert – damit würden sie aber zugleich unkontrollierbar.

4. *Gewalt gehört auch deshalb zur Psychiatrie, weil Gewalttätigkeit eine Möglichkeit menschlichen Handelns ist, krankem und gesundem.*

Eine psychische Erkrankung, Störung oder Behinderung kann unter einer bestimmten Perspektive auch als ein gewaltsamer und damit scheiternder Versuch der Lösung eines Lebensproblems interpretiert werden:

„Jede psychische Störung ist ein Lösungsversuch eines Lebensproblems, der vor allem deshalb langfristig schwer lebensfähig ist, weil er gewalttätig gegen sich und/oder andere ist. Dem entsprechen die Gewaltanteile psychiatrischen Handelns.“ (DÖRNER & PLOG 1984, S. 10)

Aus diesem Blickwinkel rückt psychische Krankheit als nicht nur passiv Er-littenes, sondern auch als aktiv Gestaltetes in den Blickpunkt. Psychisch Kranke erscheinen als Mitgestalter, „Täter“, Mitverantwortliche ihres Schicksals in einer potentiell gewaltsamen Auseinandersetzung mit sich und ihren Grenzen: Auch diese Perspektive macht deutlich, daß man sich in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen dem Gewaltphänomen nicht entziehen kann.

Psychisch Kranke sind nie bloß hilflose Opfer eines über sie hereinbrechenden Krankheitsgeschehens – auch unter diesem Gesichtspunkt ist die Endogenitäts-Hypothese hinfällig – sondern immer auch Handelnde. Als solche tun sie sich und anderen Gewalt an. Die Gewalt der Psychiatrie ist auf diese Weise ein Stück Ausdruck und Spiegel dieser Gewalt (man denke z.B. an die Destruktivität des Süchtigen, die Ent-Grenzung der Manikerin).

5. Die gesetzlichen Grundlagen zur Ausübung staatlich legitimerter Gewalt gegenüber psychisch Kranken in Deutschland sind grundsätzlich angemessen und eines Rechtsstaates würdig.

Genau betrachtet folgen die Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder und das Betreuungsrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch dem Grundsatz: Im Zweifel für die individuelle Freiheit. Außerdem geben sie das Recht zur Freiheitsentziehung und die Legitimation zur Anwendung von Zwang in die Hand der dritten Gewalt, nämlich eines Richters. Beide Aspekte – „im Zweifel für die Freiheit“ und „ihre Einschränkung ist Sache der dritten Gewalt“ – dürfen nicht preisgegeben werden – weder durch eine Stärkung des therapeutischen Anspruchs noch durch eine Ausdehnung der Sicherungs- und Ordnungs-Komponente. Die jüngere deutsche Geschichte (NS-Herrschaft, DDR-Staat) lehrt, wohin es führt, wenn rechtsstaatliche Grundsätze fallen oder ausgehöhlt werden.

Das Problem liegt – wie so oft – nicht bei den gesetzlichen Normen, sondern bei der materiellen Ausgestaltung des Rechts oder der „Rechtswirklichkeit“. Da ist es mancherorts sicher nicht zum Besten bestellt.

Ein Indiz dafür sind z.B. die großen Unterschiede in der Häufigkeit von Zwangseinweisungen innerhalb und zwischen den deutschen Bundesländern (RIECHER-RÖSSLER & RÖSSLER 1992, PSYCHOSOZIALE UMSCHAU 1994). Dabei gibt es sicherlich Abweichungen nach beiden Seiten – also sowohl in Richtung auf eine zu große Freizügigkeit angesichts realen Handlungsbedarfs, als auch in Richtung auf eine Dominanz des ordnungsrechtlichen Aspekts der Gesetze.

Es bedarf der fachlichen Kompetenz, der Zivilcourage und einer großen Sorgfalt im Verfahren, um dem *Geist* der gesetzlichen Bestimmungen gerecht zu werden.

6. Das Problem der Gewalt gegen psychisch kranke Menschen stellt sich immer im Spannungsfeld von Bewirken und Belassen, Tun und Nichtstun.

Schaden zufügen kann ich jemandem auch, indem ich etwas unterlasse, ihm etwas verweigere, mich abwende und die Hände in den Schoß lege. Wenn zu psychiatrischem Handeln unabwendbar auch Gewaltanteile gehören, kann man diesem Dilemma in der Regel nicht entgehen, indem man schlicht nicht handelt. Auch das Nicht-Handeln wird nämlich häufig schädliche Konsequenzen haben. Im extremen Beispiel: jemanden verwahrlosen, von einer Brücke springen oder sich tottrinken lassen. Die absolute Ablehnung von Gewalt in Form eines „Egalwas-Verbotes“ beruht auf der ethisch zutiefst fragwürdigen Unterscheidung zwischen Handlungen und Unterlassungen.

Da aber Tun und Nichtstun hinsichtlich ihrer konkreten Auswirkungen nicht voneinander zu trennen sind, müssen diejenigen, die keine Gewalt anwenden, auch wenn sie damit größere Gewalt verhüten könnten, die Verantwortung für die Gewalt übernehmen, die sie hätten verhindern können (vgl. auch die Unterscheidung von Gesinnungsethik und Verantwortungsethik bei Max WEBER, ROHLS

1991). Die Frage der Gewaltanwendung wird somit zu einer Frage der *Abwägung* zwischen verschiedenen möglichen Handlungsfolgen. Dort, wo es um schwerwiegende Folgen geht und wo die Abwägung zu einem eindeutigen Ergebnis kommt, kann es ein „Recht auf Zwang“ geben (FINZEN 1986). So halte ich es für meine uneingeschränkte Pflicht, einen psychisch Kranken daran zu hindern, sich selbst zu töten, auch mit Gewalt. Denn die Folge meines Nicht-Handelns wäre nicht wieder gutzumachen.

7. *Gewaltsames Handeln in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen steht immer in einem raum-zeitlichen und sozialen Kontext.*

Der Kontext ist stets mitzudenken, wenn es um die Entstehung und Vermeidung von Gewalt geht. Dazu gehören unter anderem:

- Die „Kultur“, das „Klima“ oder „Makro-Milieu“ der jeweiligen Institution: ZEILER (1993) vertritt die These, daß sowohl die „überstrukturierten Milieus“ der traditionellen Verwahrrpsychiatrie als auch die „unterstrukturierten“ Milieus mancher psychiatrischer Reformeinrichtungen in die gleiche Richtung wirken: sie fördern gewalttätiges Verhalten auf Seiten der Patientinnen und Patienten und damit Gegengewalt – wenn auch auf unterschiedliche Weise.
- Das therapeutische „Mikro-Milieu“ vor Ort, im Team, auf der Station: ZEILER (1993) referiert Merkmale von „friedlichen“ und solche von „gewalttätigen“ Stationen und stellt fest: „Die Eigenheiten der gewalttätigen Stationen erinnern an jene pathologischen Milieueinflüsse, die CIOMPI als gefährvoll für Schizophrene herausgestellt hat: 'Überstimulation', Unruhe, Unübersichtlichkeit (der Räumlichkeiten, der Rollen, der Funktionen), Anonymität, ständiger Wechsel der nächsten Bezugspersonen, Diskontinuität, Unberechenbarkeit, Entwertung, Gleichgültigkeit, Kälte. Milieueigenschaften, welche den Kranken ... in Angst, Spannung und Verwirrung versetzen, begünstigen offenkundig auch aggressive Entäußerungen“ (ebd., S. 131).
- Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: REIMER & STARZ (1989) fanden beispielsweise auf einer Akutstation eine Zunahme von Fixierungen mit abnehmender Personaldichte. Unerfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lösen eher aggressives Patientenverhalten aus als erfahrene (ZEILER 1994).
- Individuelle Dispositionen, Haltungen und Bewältigungsmuster: Es gibt offenbar Menschen, die gewaltbereiter sind und eher Gewalt auslösen als andere. ZEILER (1994) referiert als mitarbeiterbezogene Risikofaktoren aggressiven Patientenverhaltens: männliches Geschlecht, autoritäres Verhalten; fordernder, abweisender, strafender Umgangsstil.
- Räumliche und materielle Arbeitsbedingungen: Enge, Lärm und andere Formen sensorischer Überreizung steigern das Erregungsniveau von Menschen in psychischen Ausnahmezuständen und damit ihre Aggressionsneigung.

Eine sorgfältige Analyse des Kontextes hilft dabei, Möglichkeiten (und Grenzen) der Gewaltreduzierung zu erkennen.

8. Unterschiedliche Formen psychiatrischer Gewalt stehen in Wechselwirkung untereinander.

Die Dynamik eines sozialen Systems im Hinblick auf sein Gewaltpotential ist – auch in der Psychiatrie – oft symmetrisch. D. h., es kommt zur Eskalation durch fortgesetzte positive Feedbackschleifen nach dem Muster: Gewalt provoziert Gegengewalt und so fort. Symmetrische Eskalationsprozesse sind grundsätzlich ein Zeichen dafür, daß auf der Station/im Team etwas nicht stimmt (z.B. Überforderung, fehlende Struktur, ungünstige personelle Konstellation). Ein qualifizierter Umgang mit dem Gewaltpotential in psychiatrischen Sozialsystemen ist dagegen primär komplementärer Art. Das bedeutet, daß auf drohende oder tatsächliche Gewalt deeskalierend, also nach dem Prinzip der negativen Rückkoppelung reagiert wird. Von verschiedenen Autoren werden Handlungsstrategien oder Handwerksregeln für die komplementäre Interaktion in „brenzligen“ Situationen vorgeschlagen (z.B. DÖRNER 1986, HUBSCHMID 1991).

Bei dem Versuch, ein System (z.B. eine Station, eine Klinik) als Ganzes darauf auszurichten, komplementär-deeskalierend auf das Gewaltpotential in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen umzugehen, sind die Wechselbeziehungen zwischen verschiedenen Handlungsweisen und deren Folgen zu beachten: Die Reduktion von Gewaltanteilen in einem Teil des Systems kann zu einer Erhöhung solcher Anteile in anderen Teilen des Systems führen. So kann z.B. die Öffnung geschlossener Stationstüren bewirken, daß Patientinnen und Patienten häufiger isoliert oder fixiert werden; die Reduzierung der Häufigkeit und Dauer von Fixierungen kann erkauft werden durch einen steigenden Verbrauch von sedierenden Medikamenten; die permanente 1:1 Betreuung einer zur Selbstverletzung neigenden Patientin verletzt deren Privatheit und Intimsphäre usw. Oder: Die humane und freizügige Behandlung der Mehrheit führt zum Ausschluß einer kleinen Gruppe extrem gewalttätiger bzw. gewaltauslösender Patienten, ihre Verweisung an „Spezialeinrichtungen“ und damit quasi zum Export von Gewalttätigkeit: „Man kann beobachten, daß in reformorientierten Institutionen (potentiell oder manifest) gewalttätige Patienten oft keine angemessene Behandlung finden und Gefahr laufen, ausgegrenzt zu werden – durch Verlegung, sog. disziplinarische Entlassung oder Überantwortung an Polizei und Justiz. Liberalisierung stationär-psychiatrischer Einrichtungen und Verschiebung Schwerstgestörter in den Maßregelvollzug scheinen einander zu ergänzen“ (ZEILER 1993, S. 130).

In Anlehnung an das Prinzip von der Erhaltung der Energie könnte man formulieren: Innerhalb eines psychiatrischen Systems ist die Summe der gewaltsamen Anteile konstant. Dieser Satz gilt – hoffentlich – nur für den Grenzfall, daß die Gewalt innerhalb des Systems bereits auf das unerläßliche Minimum reduziert werden konnte. Je mehr wir uns dieser Grenze jedoch annähern, desto aufmerksamer müssen wir die Dynamik von Austausch- und Wechselwirkungsprozessen zwischen den Folgen unserer Handlungen beobachten, um nicht Scheinerfolgen aufzusitzen.

9. Es ist eine therapeutische Aufgabe, psychisch kranke Menschen dabei zu unterstützen, ihre gewalttätigen/gewaltauslösenden Anteile in ihr Selbstkonzept, ihr Ich zu integrieren.

Psychisch verletzte Menschen und Menschen in Ausnahmezuständen neigen zur Desintegration und Spaltung, was auch als Regression auf eine frühere Stufe der psychischen Entwicklung verstanden werden kann. Z.B. idealisieren zwangseingewiesene oder -behandelte Patientinnen und Patienten häufig – zumindest vorübergehend – sich und ihr eigenes Verhalten („gute“ Opfer), während die gewaltanwendende Psychiatrie bzw. die dort Tätigen abgewertet und angeschuldigt werden („böse“ Täter).

Die Spaltung von „ganz guten“ und „ganz bösen“ Anteilen des Selbst (und die Verdrängung der letzteren) entspricht der psychoanalytischen Ich-Psychologie zufolge (z.B. ROHDE-DACHSER 1986) einer Vorstufe bei der Entwicklung einer reifen Ich-Identität. Bei der Identitätsentwicklung kommt demnach der Erkenntnis und Integration, daß sowohl „Ich“ als auch „Du“ „gute“ und „böse“ Anteile in sich vereinen, also ambivalent sind, eine entscheidende Bedeutung zu. Von daher hat die Unterstützung der Integration von Ambivalenz per se eine therapeutische Funktion, die sich vor allem in der alltäglichen Interaktion vollziehen muß. Unser Tun sollte deshalb dem Patienten bzw. der Patientin zu verstehen geben, daß wir als Helferinnen und Helfer versorgende und versorgende, gewährende und zwingende, „gute“ und „böse“ Anteile realisieren. Dies kann ihm/ihr bei der Integration seiner/ihrer eigenen ambivalenten Anteile und Tendenzen helfen.

Das heißt aber auch, daß wir Spaltungen innerhalb eines Teams oder zwischen Teams/Stationen/Einrichtungen möglichst vermeiden. Wenn immer die einen für die „gute Therapie“ und die anderen für die „böse Gewalt“ zuständig sind, fördert dies tendenziell die Spaltung aufseiten des Patienten/der Patientin. Dies schließt nicht aus, daß es innerhalb oder zwischen Teams zu einer vorübergehenden Rollenteilung kommen kann, bei der die eine Seite eher für die begrenzenden, zwingenden, die andere Seite eher für die gewährenden, empathischen Anteile „zuständig“ ist. Eine solche Aufteilung kann sogar notwendig sein, um überhaupt ein Arbeitsbündnis herzustellen. Derartige Rollenteilungen müssen aber flexibel bleiben und *ein* therapeutisches System konstituieren, anstatt zwischen verschiedenen Systemen mit unterschiedlicher Wertigkeit zu spalten.

Ein wichtiges Hilfsmittel bei der Integration von gewaltsamen Anteilen in der Beziehung zwischen Betroffenen und psychiatrisch Tätigen kann die in Bielefeld in den vergangenen Jahren entwickelte und erprobte Behandlungsvereinbarung sein. Mit ihr vereinbart ein Psychiatrie-Erfahrener/eine Psychiatrie-Erfahrene in „guten Zeiten“ mit der Psychiatrischen Klinik die Modalitäten für eine (eventuelle) zukünftige stationäre Behandlung. Unter Punkt 4 „Medikamente und Notfallbehandlung“ werden auch Absprachen über ggf. notwendige Zwangsmaßnahmen getroffen (vgl. DIETZ et al. 1995). Solche Vereinbarungen können auch als prospektiver Versuch der Vermeidung von Spaltungen aufgefaßt werden.

10. Gewaltsames Handeln, das von psychisch kranken Menschen ausgeht, hat grundsätzlich Ausdruckscharakter.

Es kann beispielsweise verständlich werden als Ausdruck von Angst, Hilflosigkeit, Wut. Insbesondere Angst und Furcht werden fast nie fehlen im Hintergrund gewalttätiger Eskalationen. Nach DÖRNER hat man davon auszugehen, „daß die in Gewaltsamkeit kanalisierte Angst in jedem Einzelfall ... Unterschiedliches bedeuten kann, beispielsweise Kampf um Unabhängigkeit, Rache, Enttäuschung, Wunsch nach Liebe und Zuwendung. Man muß dies sehen wollen, statt Ruhe und Ordnung für die erste Krankenhausarbeitspflicht zu halten, was zudem die unterschwellige Eskalation der Gewalt zur Brutalität noch begünstigen würde.“ (DÖRNER 1986, S. 426)

Die zentrale Frage in diesem Zusammenhang ist: „Was wolltest du eigentlich mit deiner Gewalttätigkeit ausdrücken?“ (ebd, S. 429). Diese Frage eröffnet einen therapeutischen Zugang zum gewalttätigen Handeln. Die Aufgabe der psychiatrisch Tätigen besteht darin, die hinter gewalttätigem oder aggressivem Verhalten stehende Botschaft zu entschlüsseln und gemeinsam mit dem Patienten bzw. der Patientin nach alternativen Ausdrucksmöglichkeiten zu suchen. Diese Aufgabe stellt sich nicht zuletzt unter prophylaktischer Perspektive.

11. Gewaltsames Handeln gegenüber Schwachen, Kranken und Behinderten steht im Widerspruch zu nach wie vor geltenden ethischen Grundhaltungen in unserer Gesellschaft. Es unterliegt damit aber auch einer starken Tendenz zur Tabuisierung.

Der Gewaltanteil psychiatrischen Handelns hat – neben fachlichen, institutionellen, rechtlichen und politischen Aspekten – grundsätzlich eine ethische Dimension. ACHENBACH (1989) trifft die in diesem Zusammenhang hilfreiche Unterscheidung von *Sittlichkeit* und *Moral* als möglichen Bezugspunkten ethischen Nachdenkens. Dabei faßt er *Moral* als die Sphäre der eher kurzlebigen Gebote und Verbote auf, die sehr stark Zeitströmungen und auch gesellschaftspolitischen Tendenzen unterliegt. Sittliche Normen haben demgegenüber eher den Charakter grundsätzlicher innerer Einstellungen und Haltungen. Sie entwickeln sich über lange geschichtliche Zeiträume hinweg, sind zum Teil unbewußt wirksam und tief in der Geschichte einer Gesellschaft und des einzelnen verwurzelt.

So konnte sich z.B. im „Dritten Reich“ in weiten Teilen der Bevölkerung als moralisches Gebot durchsetzen, daß psychisch kranke und behinderte Menschen an der Fortpflanzung zu hindern sind, um Schaden von der Gesellschaft abzuwenden. Andererseits wissen wir aus persönlichen Zeugnissen, daß viele, die daran direkt oder indirekt beteiligt waren, dies als sittlich verwerflich ansahen und Skrupel verspürten bzw. an Schuldgefühlen litten.

Der gesellschaftliche Umgang mit Gewalt ist demnach nicht nur eine Frage von *Moral*, also von unter Umständen kurzlebigen Normen, Geboten und Verboten. Vielmehr ist es eine in unserer Kultur historisch gewachsene und spätestens seit

der Aufklärung tief verwurzelte Sache von Sitte und Anstand, daß „man“ einem schwachen, kranken oder behinderten Menschen keine Gewalt antue. Auch wenn man dies vielleicht sogar unter bestimmten Umständen darf – es also moralisch legitimiert ist –, gehört es sich „eigentlich“ nicht – gilt also als sittlich verwerflich.

Entgegen allen gegenteiligen Anzeichen, gerade aus jüngerer Zeit, basiert dieses ethische Prinzip glücklicherweise noch auf einem breiten Konsens und hat damit eine hohe „Verletzungsschwelle“. Legitime oder illegitime Überschreitungen dieser Schwelle unterliegen deshalb einem hohen persönlichen und gesellschaftlichen Tabuisierungsdruck.

12. Der beste Schutz vor zuviel und unangemessener Gewalt gegen psychisch kranke Menschen ist, sie möglichst unverstellt wahrzunehmen und schonungslos zu thematisieren.

Erforderlich ist das offene und öffentliche Gespräch darüber, die konsequente Enttabuisierung des Themas. Wenn es richtig ist, daß der Gewaltanteil aus psychiatrischer Arbeit nicht herauszuhalten ist und diese Gewalt ethisch gesehen unter einem hohen Tabuisierungsdruck steht, dann ist Hinsehen und darüber Sprechen eine grundlegende Handwerksregel psychiatrischer Arbeit. Nur sie kann davor schützen, entweder in bewußtlose Gewaltroutine zu verfallen oder das Problem zu individualisieren, indem jede und jeder für sich allein Gefühle von Scham und Schuld, Wut und Angst zu bewältigen versucht. Eine psychiatrische Einrichtung oder ein Team, das sich nicht immer wieder mit Fragen von Zwang und Gewalt auseinandersetzt, handelt fahrlässig und fachlich wie ethisch bedenklich. Insofern ist der Umgang mit Zwang und Gewalt ein notwendiger Bestandteil der internen Qualitätssicherung psychiatrischer Einrichtungen. Gerade im Hinblick auf den prekären Bereich Zwang und Gewalt bedarf es vereinbarter Standards sowie einer darauf bezogenen Dokumentation und Evaluation. Dementsprechend enthält der „Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken“, der im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit erstellt wurde, auf 10 Seiten Leitfragen zum Bereich „Handhabung von Zwangsmaßnahmen.“ (AKTION PSYCHISCH KRANKE 1996)

13. Psychiatrisches Handeln braucht – gerade auch im Hinblick auf seine gewaltsamen Anteile – kritische Solidarität und öffentliche Kontrolle.

Die Gewaltanteile des professionellen Umgangs mit psychisch Kranken sind ungleich verteilt – sowohl zwischen Institutionen als auch zwischen Personen (-gruppen). Dafür sorgen Zuständigkeiten (beispielsweise gesetzlicher Art) ebenso wie Zuschreibungen (beispielsweise Delegation von Zwangsmaßnahmen an diejenigen, die selbst nicht weiter delegieren können). In der Welt der Psychiatrie sind es vor allem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern und dort insbesondere die auf geschlossenen Stationen und hier wiederum vor allem die im Pflegedienst, auf die gewaltsames Handeln übertragen und an die es delegiert

wird. Diese Mitarbeiterschaft hat einen Anspruch auf kritische, aufmerksame Solidarität – sowohl von Seiten anderer Berufsgruppen und Institutionen als auch von Seiten einer informierten Öffentlichkeit. Es ist unredlich, mit dem Finger auf diejenigen zu zeigen, die für und im Auftrag anderer Fachleute sowie der Gesellschaft als ganzer die vermeintlich "schmutzigen" Anteile psychiatrischer Arbeit übernehmen.

Kritische Solidarität und öffentliche Kontrolle gehören zusammen. Kontrolle kann dabei auch aufgefaßt werden als „externe Qualitätssicherung“. Diese ist – bezogen auf den Gewaltanteil psychiatrischen Handelns – sicher verbesserungsbedürftig. Weniger in Form von irgendwelchen bürokratischen Mechanismen, sondern möglichst basis- und betroffenennah: z.B. durch unabhängige Beschwerdestellen, paritätische Besuchskommissionen, Patientenfürsprecher etc.

14. Als Meta-Regel für die ethische Bewertung der Gewaltanteile psychiatrischen Handelns kann das uralte Gebot dienen „anderen so zu tun, wie wir möchten, daß sie uns tun“.

Unser Handeln kann nur von einem Standpunkt aus ethisch akzeptabel sein, der universell und nicht nur subjektiv, bloß individuell ist. So fordert KANTs „kategorischer Imperativ“, über die je eigenen persönlichen Interessen und Präferenzen hinauszugehen: „Handle nur nach derjenigen Maxime, von der du zugleich wollen kannst, daß sie ein allgemeines Gesetz werde.“

Die historischen Wurzeln dieser Maxime reichen weit zurück: „Es gibt ein Prinzip, die Goldene Regel, das seit Jahrtausenden in vielen religiösen und ethischen Traditionen der Menschheit zu finden ist und sich bewährt hat: Was du nicht willst, das man dir tu, das füg' auch keinem anderen zu. Oder positiv: Was du willst, das man dir tu, das tue auch den anderen. Dies sollte die unverrückbare, unbedingte Norm für alle Lebensbereiche sein....“ (KÜNG & KUSCHEL 1993, S. 27 f)

Diese Formulierung ist eine der zentralen Aussagen, auf die sich ein „Parlament der Weltregionen“ 1993 in Chicago in einer „Erklärung zum Weltethos“ geeinigt hat. Auf dieser Grundlage müßte sich das jeweilige Handeln im Alltag mit psychisch kranken und behinderten Menschen vor dem harten Prüfstein der Rückbeziehung auf den Handelnden bzw. die Handelnde selbst bewähren: Würde ich wollen, daß so, wie ich Menschen gegenüber handle, mir gegenüber gehandelt wird? – Ich denke, wir alle müßten diese Frage nicht selten verneinen, wenn wir uns ihr offen stellen.

Literatur

- ACHENBACH, G.B.: Wie macht man das - ethisch nachdenken? In: Dörner, K. (Hrsg.): Psychiatrisches Handeln gestern und heute - ethisch begründet. 40. Gütersloher Fortbildungsw. J. v. Hoddis, Gütersloh 1989
- AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Bonn 1996
- ARENDT, H.: Macht und Gewalt. Piper, München-Zürich, 5. Aufl. 1985
- DIETZ, A., HILDEBRANDT, B., PÖRKSEN, N., VOELZKE, W.: Vertrauen ist gut - Kontrollierbarkeit ist vertrauensbildend. Über erste Erfahrungen mit der Behandlungsvereinbarung in Bielefeld. Psychosoz. Umschau 4 (1995) 12 - 15
- DÖRNER, K.: Thesen zu "Aggression im Krankenhaus". WzM 38 (1986) 422 - 429
- DÖRNER, K., PLOG, U.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Neubearb. Ausg., Psychiatrie-Verlag, 1. Aufl. Bonn 1984
- FINZEN, A.: Gewalt in der Psychiatrie - zur Legitimität der Zwangseinweisung. Spektrum 4 (1986) 147 - 155
- GOFFMAN, E.: Asyle. 3. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt 1977
- HUBSCHMID, T.: Gewalt in der Ohnmacht - Vom Umgang mit gewalttätigen Psychiatriepatienten. Gruppenpsychother. Gruppendyn. 27 (1991) 111 - 119
- ILLICH, I.: Schrift und Gewalt. In: Feldmann-Bange, G., Krüger, H.-J. (Hrsg.): Gewalt und Erziehung. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1986
- JACOBSON, A.: Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiry. In: Am. J. Psychiat. 144, (1987) 908-913
- JACOBSON, A.: Physical and sexual assault histories among psychiatric outpatients. In: Am. J. Psychiat. 146, (1989) 755 - 758
- KRISOR, M.: Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie. Das Herner Modell im Gespräch. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1992
- KÜNG, H., KUSCHEL, K.-J.: Erklärung zum Weltethos. Piper, München 1993
- Psychosoziale Umschau: Zahl der Zwangseinweisungen ist dramatisch gestiegen. 2 (1994) 28 - 30
- REIMER, F., STARZ, H.: Gewalt und Sicherheit im Psychiatrischen Krankenhaus. Spektrum 5 (1989) 195 - 198
- RIECHER-RÖSSLER, A., RÖSSLER, W.: Die Zwangseinweisung psychiatrischer Patienten im nationalen und internationalen Vergleich. Fortschr. Neurol. Psychiat. 60 (1992) 375 - 382
- ROHLS, J.: Geschichte der Ethik. J.C.B. Mohr, Tübingen 1991
- ROTTHAUS, W.: Willkür verringern - Versuch einer Ethik des Helfens. Z. system. Ther. 14 (1996) 263 - 270
- ZEILER, J.: Der aggressive Patient - Anmerkungen zur Sozialpsychologie der Gewalt. Psychiat. Prax. 20 (1993) 130 - 135
- ZEILER, J.: Gewalttätiger Patient und institutionelle Gegengewalt. Gesundh.-Wes. 56 (1994) 543 - 547

Fixierung und Stimmen

Claudia Bridge

Sag mir welchen Weg du gehst
damit ich dir begegnen kann
sag mir auf welcher Seite du gehst
damit ich dich auch treffen kann
sag mir, welchen Weg du gehst
gehst du ihn morgens oder in der Nacht
sag mir, welchen Weg du gehst
gehst du ihn mit Feuer und Leidenschaft?

Ganz fixiert auf einen Punkt
wird der Kranke so ganz wach
ganz real zurückgebracht
hell und aggressiv gemacht
Er kann sich nicht mehr bewegen
doch wo steht er wirklich still
auch bindet man ihn wieder los
er kann ja anders, wenn er will

Vollgestopft mit weißem Denken
kehrt er in eine Welt zurück
die zwanghaft seine Krankheit hält
als das, was bei ihm wirklich zählt
Sie brauchen ihn zum Therapieren
sie werden ohne ihn nicht froh
sie brauchen ihn, zum Existieren
für's Geld, für's Glück und sowieso

Sie haben nichts, so wird er alles
krank, gesund, und krank gemacht
im Zug der Drehtür frißt er alles
sie haben es ihm so gesagt
Die armen Kittel sitzen rum
tagein, tagaus im Taubenschlag
sie haben Tag und Nacht zu tun
Psychosen können niemals ruhen

Sie denken, und sie lenken ihn
denn was er wirklich hat weiß niemand
andere Götter hören sie
denn weiße Götter gab es nie
Sie sind aus Sand und Stein gemacht
niemand will sie wirklich missen
Frontal stehen sie in einer Welt
die Unvernunft zusammenhält

Wenn Weiße wirklich Götter wären
– sie könnten ihre Rufe hören
Traum und Wirklichkeit zu gleich
sie müßten nichts heraufbeschwören
Mehr weiß ich nicht, ich singe nur
zeig ganz fixiert auf diesen Punkt
ich singe nur, so mach ich sauber
ich bin krank ich bin gesund

Innen – Ansichten:

Gewalt-Erfahrungen aus Sicht einer Psychiatrieerfahrenen

Ursula Termeer

Im Jahre 1979 erkrankte ich psychisch. Ich befand mich auf dem Gipfel der Manie und hielt mich bei meiner Mutter auf. Sie rief meine Schwester H. zur Unterstützung, und sie brachten mich nach langen Kämpfen dazu, in einem Samariterwagen nach Köln in die Psychiatrie zu fahren, um, wie ich glaubte, mit einer Psychologin zu sprechen.

Dort angekommen, redete ein Arzt mit mir, der überhaupt nicht einschätzen konnte, was mit mir los war. Er fragte meine Mutter, die ihn informierte. Der Mann begriff dennoch nichts. Jetzt wollte ich vereinbarungsgemäß wieder nach Hause fahren, was mir durch Verschließen der Eingangstür unmöglich gemacht wurde.

Es kamen vier starke Pfleger auf mich zu, kreisten mich ein und drängten mich zum Aufzug. Ich bekam furchtbare Angst, wußte, was auf mich zukam, daß sie mich festschnallen und mit Psychopharmaka spritzen würden. Ich sagte, ich sei schwanger und sie sollten mir um Himmels willen keine Medikamente geben, da sie mir damit mein erstes Wunschkind töten würden. Es erfolgte keine Reaktion.

Meine Angst steigerte sich immer mehr, es ging um die Unversehrtheit meines Embryos. Ich bat, schrie, flehte, drohte, meinem Embryo unbeschadet zu lassen, auf Psychopharmaka zu verzichten, jedoch kein Arzt kümmerte sich um meine Einwände. Ich fühlte mich als minderwertiges Wesen unmenschlich behandelt.

Ich wurde von vier Pflegern in einen Aufzug gedrängt und in der geschlossenen Abteilung fixiert und gespritzt. Ich weinte sehr, da ich wußte, daß mir mein ungeborenes Kind gemordet worden war.

Die nächsten zehn Tage auf der Station wurden mir weiterhin gegen meinen ausdrücklichen Willen mit Gewaltanwendung Psychopharmaka gespritzt. Erst nach 10 Tagen ließ ein Arzt einen Schwangerschaftstest machen, der positiv ausfiel. Die Medikamente wurden sofort abgesetzt. Das war falsch, denn für ein Leben meines Ungeborenen war es zu spät und ich litt die folgende Nacht unter starken Entzugerscheinungen und hatte so etwas wie epileptische Anfälle. Ich litt entsetzlich, mein ganzer Körper entzog sich meiner Kontrolle. Trotz meines Drängens erschien kein Arzt. Am nächsten Tag ließ ich mich entlassen.

Fünf Wochen später wurde ich in Neuss zwangseingewiesen. Ich wollte nur nach Hause und blieb stur in meiner Ablehnung, freiwillig ins Bett zu gehen. Noch wurden mir keine Medikamente gegeben, da durch meine Mutter meine Schwangerschaft bekannt war. Doch nach vergeblichen Bemühungen, mich freiwillig ins

Bett zu bringen, griffen vier starke Nonnen zu. Brutal hielten sie mich fest, fixierten und spritzten mich. Sie brauchten 15 Minuten dazu, so stark war ich und so verzweifelt habe ich mich gewehrt. Ich fühlte mich wie ein wildes Tier behandelt. Das Anschnallen und Spritzen waren überflüssig, vor allem da meine Schwangerschaft bekannt war.

Besonders grausam waren die Nonnen zu mir, mehr noch als das übrige Personal. Als ich von meinem bevorstehenden Schwangerschaftsabbruch sprach, stieß eine Nonne böse hervor. „Bei Hitler wären Sie vergast worden, recht wäre Ihnen geschehen!“ Es verschlug mit die Sprache, ich bekam keine Luft mehr. Dann wies ich die Nonne zurecht.

Es gibt winzige Einzelzellen mit nur einem Bett darin für die bedauernswertesten der Patientinnen. Eines Tages ging es einer besonders schlecht, sie war stark psychotisch, randalierte laut, das sie aus ihrem Kerker befreit werden wollte. Eine Nonne brüllte durch ihre Tür, sie solle ihr unverschämtes Verhalten einstellen. Die seelisch Kranke brauchte Hilfe, litt unsagbare Qualen. Die Nonne fuhr darin fort, sie niederzumachen.

Ich mischte mich ein, wies die Nonne in ihre Schranken und schob sie beiseite. Ich beruhigte die Patientin, die wieder zu sich kam.

Besonders entsetzte mich, daß katholische Nonnen Menschen peinigen.

Das liegt nicht nur an deren Inkompetenz, sondern diese Nonnen in der psychiatrischen Klinik in Neuss haben bewußt gequält, mit Absicht. Ich widersetzte mich ihnen ohne Angst. Ich ließ einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, da laut meinem Frauenarzt mein Kind mit 80%iger Wahrscheinlichkeit geschädigt sein würde. Merheim hatte mir mein Kind getötet.

Forderungen

- Damit solch eine Grausamkeit Frauen und Ungeborenen nicht mehr widerfahren kann, sollte in jeder psychiatrischen Klinik bei Frauen in gebärfähigem Alter ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden.
- Patientinnen müssen ernst genommen werden in ihren Lebensäußerungen, gesunden und kranken.
- Sie brauchen ein Mitspracherecht in der Behandlung und Medikation.
- Kranke müssen als Menschen behandelt werden, mit Würde und nicht als Wesen niederster Art.
- Das Klinikpersonal muß mit Patientinnen und Patienten in Austausch treten und nicht diese isolieren und kasernieren.
- Spritzen und Fixieren müssen sorgfältig, nur bei unbedingter Notwendigkeit, durchgeführt werden.
- Patientinnen und Patienten müssen Räume erhalten zur Gestaltung ihrer Kreativität, zur Entfaltung ihres Seelenlebens und zum Ausagieren überschüssiger Power.

Brutalität der Psychiatrie

Ich hielt die Psychiatrie für den Ort, an dem seelisch Kranken fachkundig und kompetent angemessene Hilfe zuteil wird. Ich mußte erleben, daß ich mich geirrt habe.

Die ganz besonders Hilfsbedürftigen, die Fachpersonal überantwortet werden, erhalten hier keine fachliche und menschliche Hilfe, von Ausnahmen abgesehen, sondern werden in den Staub getreten. Sie werden entwürdigt, ohnmächtig, hilflos gemacht, seelisch verkrüppelt. Die seelisch Kranken in Psychiatrien werden gedemütigt, unterdrückt, unterjocht, entrechtet. Sie werden nicht wie Menschen behandelt, sondern wie der letzte Abschaum.

Der seelische Schaden, der so zusätzlich zur Krankheit angerichtet wird, beinhaltet ein großes Ausmaß an besonderer Grausamkeit, an brutaler Gewalt an dem Patienten oder der Patientin.

Diese haben keine Möglichkeit, in ihrer seelisch vielfach entsetzlichen, unerträglichen Lage, sich zu wehren gegen die sie umgebende feindliche Umwelt in ihrer Übermacht. Wagen sie es dennoch, werden sie brutal niedergemacht und in Ängsten gehalten.

Seelisch Kranke erleben sich als ausgelöscht, als nicht existent.

Die Psychiatrie als Spiegelbild einer brutalen Gesellschaft schließt seelisch Kranke weg, damit sie ohne diesen Spiegel funktionieren kann.

Ich habe es meiner Urkraft zu verdanken, daß ich durch etliche Klinikaufenthalte und meine manisch-depressive Erkrankung hindurchgekommen bin. Ohne meine enorme Kraft wäre ich gestorben. Mein starker Wille hat es mir ermöglicht, mich gegen herrschende Mißstände und erschreckende Gewaltverhältnisse erfolgreich zur Wehr zu setzen.

Die psychiatrische Maschinerie konnte mich trotz ihrer grausamen Seelenqual und unterlassener Hilfeleistung nicht zerbrechen und nicht zum Schweigen bringen.

Behandlung

Claudia Bridge

Sie wiesen mich in ihr Grauen ein
und schlossen darin die Tür
meine Hände fingen zu bluten an
doch kein Arzt glaubte mir
Sie wiesen mich in ihren Rhythmus ein
der kränkend von morgens bis abends war
ich lag in meiner gestörten Verbindung
gelähmt, voll Psychopharmaka

Aus eigenen Mitteln mußte ich leben
als psychisch krank abgehängt
sozial und rechtlich in keiner Mitte
selbst Mietzahlungen waren nicht existent
Sie dichteten mir eine Lebensgeschichte
weitab von jedem realen Geschehen
auf meinen verirrten Schicksalslauf
bauten sie ihre Behandlung auf

Ich sagte beständig, ich sei nicht krank
doch zu selbstbezogen, dies anzunehmen
waren sie fähig, mir Gifte zu geben
nicht umzubringen
mir mein Leben zu nehmen

Erst nach vielen Jahren war ich stabil
und mein eigener Rhythmus schlug zu
es gelang mir meine Akte zu sehen
ich fand keine Krankheit, nur den Betrug
Ich zeigte sie an, als rechter Bürger
eines Staates, der es gut mit uns meint
ich zeigte all ihre Maßnahmen an
und setzte sie meinerseits so unter Zwang

Ich spürte schon damals, die Akte ist faul
die behandelnde Ärztin log mir was vor
sie wollte mich für ihre Traumata
und als ich sie wußte - war sie nicht mehr da
Sie meinte, so etwas kann es nicht geben
was sie da wissen, ist nicht mehr normal
daß sie mein Schweigen tatsächlich erhören
macht ihre Krankheit sehr sonderbar

Wir leben in einer verdrehten Welt
mit Cyberspace und Internet
wir sind doch so voll mit Realitäten
das ein Spinner nur eine für wirklich hält

Innen-Ansichten: Gewalt-Erfahrungen aus Sicht einer Angehörigen

Susanne Heim

Zwischen allen Fronten in der Zwickmühle

Wir Angehörigen erleben die stationäre Psychiatrie eher mittelbar: indem wir miterleben und miterleiden, was den Patientinnen und Patienten widerfährt. Wo die stationäre Psychiatrie uns direkt mit Gewalt und Zwang begegnet, geschieht dies auf subtile Weise. Da aber alle Erfahrungen in und mit der Klinik nach der Entlassung der Patientinnen und Patienten weiterwirken und am Ende wieder auf die stationäre Behandlung zurückwirken, kann ich als Angehörige den Bereich der Vor- und Nachsorge hier nicht außer Acht lassen. Zumal ja die Klinik im Verlauf des Lebens psychisch kranker und behinderter Menschen in der Regel immer nur Zwischenstation ist, mit zeitlich begrenztem Aufenthalt – der zudem immer kürzer wird. Den weitaus größten Teil der außerstationären Begleitung der Erkrankten tragen aber bekanntlich die Angehörigen.

Sie werden in dieser Funktion freilich weder innerhalb noch außerhalb der Klinik angemessen wahr- und ernstgenommen oder gar angemessen kollegial unterstützt. Ganz im Gegenteil: Angehörige werden hier wie dort immer noch, immer wieder als Krankmacher verdächtigt, also auch als Verursacher, zumindest Auslöser von Rückfällen und krisenhaften Zuspitzungen. Und wenn sie ihr böses Werk vollbracht haben, dann schieben sie die Patientinnen und Patienten in die Klinik ab und stehlen sich aus der Verantwortung. Mit solchen Unterstellungen müssen wir leben. Wir erleben sie als gewaltige Kränkung, die uns niederdrückt und uns durch Schuld- und Ohnmachtsgefühle seelisch fixiert.

So gebrandmarkt, fällt es nicht gerade leicht, unsere Gewalt-Erfahrungen zur Sprache zu bringen – und das auch noch in aller Öffentlichkeit! Dennoch will ich versuchen, Ihnen eine Ahnung zu vermitteln vom Dilemma der Angehörigen: von der Zwickmühle, in der wir uns zwischen allen Fronten verfangen (und in der wir zumeist alleingelassen werden).

Bis ein psychisch erkranktes Familienmitglied in der Klinik landet, ist in der Regel schon viel, oft allzuviel Wasser den Rhein herunter geflossen. Selbst dann, wenn Angehörige zuhause aggressiven Übergriffen ausgesetzt sind, müssen sie lange suchen und viel aushalten, bis sie – vielleicht – Hilfe finden:

- weil ihre Not nicht ernst (genug) genommen wird,
- weil ihr Recht auf Unversehrtheit offenbar weniger gilt als das der Erkrankten,
- weil sie – trotz aller Angst und Verzweiflung – auch immer wieder davor zurückschrecken, die erkrankten Angehörigen ihrerseits traumatisierenden Übergriffen auszuliefern, wie sie Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung mit sich bringen.

Das Dilemma der Angehörigen

Was soll man tun, wenn ein Psychiater die Einweisung seiner 19jährigen Patientin ablehnt, obwohl sie ihm von ihren Mord- und Selbstmordgedanken erzählt hat? Sie will halt nicht in die Klinik. Wie die bedrohte Zwillingschwester damit zurechtkommt, was die Eltern wollen und verkraften können – danach wird nicht gefragt. Ich weiß sehr wohl – aus eigener Erfahrung, daß die psychiatrische Klinik in solchen Fällen nicht unbedingt der hilfreichste Ort ist. Aber welche Alternativen gibt es denn? Wer trägt am Ende die Verantwortung?

Wir erleben es immer wieder, daß Einweisung und Aufnahme in die Klinik verweigert werden,

- solange ein Patient (noch) einigermaßen geordnet wirkt – oder weil er durchblicken läßt, daß er zwar auf den eigenen Beinen, aber nicht ganz aus eigenem Antrieb gekommen ist;
- weil die Klinik nicht für ihn zuständig ist oder für ihn kein Bett frei hat. Der Zwang zur Zwangseinweisung: Nicht selten wird so die Eskalation vorprogrammiert und in Kauf genommen bis hin zur Gewalt, die dann eine Zwangseinweisung nötig und möglich macht.

Hin und hergerissen zwischen Hoffen und Bangen, wagen Angehörige oft nicht, ihre Not deutlich genug zu offenbaren,

- weil sie sich schämen,
- weil sie sich vor neuen Schuldvorwürfen und Verdächtigungen fürchten und
- weil sie nicht auch noch das Vorurteil bestätigen und bestärken wollen, das immer wieder durch die Medien geistert: psychisch Kranke seine unberechenbare, gemeingefährliche Gewalttäter.

Am Beispiel der Attentate von 1990 – auf Oskar Lafontaine und Wolfgang Schäuble – wird das Dilemma deutlich. Die Taten und ihr publizistisches Echo haben damals nicht nur latenten Ängsten der Bevölkerung Auftrieb gegeben. Sie haben auch die Angehörigen zutiefst getroffen und nachhaltig verunsichert. Wurde durch diese Gewalttaten doch augenfällig, in welche Katastrophen die zögerliche Haltung professioneller Helfer führen kann. Insbesondere die Tat von Adelheid Streidel damals in Köln hätte nach dem Urteil von Professor Heinz Häfner „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit verhindert werden können, wenn man der zutreffenden Vorhersage der Schwester... gefolgt wäre und die Kranke unverzüglich einer stationären psychiatrischen Behandlung zugeführt hätte.“ Solche Sätze bleiben Angehörigen unauslöschlich im Hinterkopf.

Das Dilemma ist ja: Zuhause erleben wir die Erkrankten – insbesondere in akuten Phasen – durchaus nicht selten als unberechenbar.

- Auch ich habe nächtelang wachgelegen aus Angst.
- Auch ich bin lange Zeit innerlich auf Zehenspitzen gegangen,
- auch ich bin verstummt und fast erstickt vor lauter Vorsicht, um nur nicht durch ein harmloses, aber scheinbar „falsches“ Wort, eine „fal-

sche“ Frage wieder einen Wutausbruch zu provozieren, mit Vorwürfen, Beschuldigungen, Mord- und Selbstmorddrohungen, aber auch körperlicher Gewalt...

Zuviel Nähe

Wenn Aggressionen sich zuhause entladen, wenn sich das gegen mich richtet – bin ich dann schuld? Muß ich das ertragen, entschuldigen, verzeihen, weil der Kranke so verletzlich ist? Soll ich das nicht besser verheimlichen?

Wenn das zuhause passiert – kann es dann nicht überall passieren? Muß ich das nicht verhindern? Wie kann ich das verhindern? Bin ich schuld, wenn andere zu Schaden kommen?

Aus meinen Erfahrungen und Beobachtungen ziehe ich den Schluß: Psychische Erkrankungen gehen immer mit Konflikten zwischen Nähe- und Distanzbedürfnis einher, dem Verlangen nach absoluter Autonomie und Symbiose. Es liegt also in der Natur der Sache, daß vor allem die nächsten Angehörigen, die engsten Bezugspersonen involviert sind und involviert werden. Erst recht, wenn sie – oft genug notgedrungen – mit den Erkrankten zusammenleben, womöglich noch räumlich beengt...

Dafür ein, wie ich finde, eindrucksvolles Beispiel: Ein junges Paar hat sich im Wohnheim für psychisch Kranke kennen- und lieben gelernt. Nun möchten die beiden gemeinsam ins Betreute Wohnen überwechseln. Sie fühlen sich mittlerweile stabil genug für mehr Eigenständigkeit und ein Leben zu zweit. Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Wohnheim sehen das so. Niemand meldet Bedenken an. Mit Unterstützung der Eltern und der professionellen Helfer wird eine kleine gemütliche Wohnung gefunden und bezogen. Hier fühlen sich die beiden – zunächst – sehr wohl. Doch das Glück währt nicht lange. Schon bald fliegen die Fetzen. Das Zusammenleben wird unerträglich. Weil die beiden sich eigentlich mögen und gut verstehen, wollen sie ihre Beziehung unbedingt retten. Deshalb beschließen sie, so schnell wie möglich wieder auseinanderzuziehen: in getrennte Wohnungen, möglichst in verschiedenen Häusern, am besten auch nicht in der gleichen Straße. Von Herzen verbunden – aber mit genügend Abstand.

Rooming out statt rooming in heißt hier die Devise!

Und die hat sich schon in vielen Fällen bewährt – allerdings oft ohne Unterstützung professioneller Helferinnen oder Helfer und erst nach langen Leidenszeiten, in denen nicht wenige Angehörige schon an Selbstmord gedacht oder ihn als letzten Ausweg aus ihrer Verzweiflung gewählt haben.

Alptraum Zwangseinweisung

Allzu oft braucht es für ein entzerrendes rooming out erst einmal die spektakuläre Krise als Türöffner für die Klinik. Was aber noch lange nicht heißt, daß die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen dann „zwangsläufig“ auch

Ansprechpartner finden, die ihnen helfen, die für alle Beteiligten traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten. Die ihnen helfen zu verstehen, was da abgelaufen ist, und Strategien zu entwickeln, die zur Vermeidung von Zuspitzungen beitragen können. Nicht nur für Patientinnen und Patienten, auch für die Angehörigen sind Vorgeschichte und Begleitumstände insbesondere einer Zwangseinweisung ein Alptraum, der umso tiefer nach- und weiterwirkt, wenn nicht darüber gesprochen werden kann.

„Ich habe unter Schock gestanden,“ berichtet eine Mutter, die keine Erklärung findet für den Suizidversuch ihrer Tochter. „In meiner Brust lebten zwei Seelen:

- Ich wußte, daß meine Tochter nicht mehr leben wollte, jede Hilfe ablehnte – dies aber nur mir sagte;
- ich wußte, daß sie andererseits Hilfe brauchte, mehr denn je, und daß ich als Mutter ihr diese Hilfe nicht geben konnte.

Aber: Darf ich das mir anvertraute Innerste der Kranken weitergeben, zu ihrem Schutz und zur Beruhigung meiner Ängste? Wie reagiert der Arzt auf Hinweise von mir? Kommt meine Tochter dann wieder auf die geschlossene Station, wo sie keinesfalls hin will? Oder werden ihr stärkere Medikamente verabreicht, evtl. mit gravierenden Nebenwirkungen?

Der Arzt hat in seiner Funktion eine gewisse Macht, mit der er in den Willen der Kranken eingreift. Besteht Suizidgefahr, ist das auch notwendig. Kann der Kranke aber den Kopf wieder etwas heben, auch wenn noch Suizidgedanken da sind, dann sollte doch nicht nur mit Tabletten lehrbuchmäßig weiterbehandelt werden. Warum wird nicht mit den Patienten gesprochen und ihnen geholfen zu verstehen und zu überwinden, was zu ihrem Absturz geführt hat?!

Was kann ich tun, um zu helfen – wie kann ich etwas tun, um der Kranken nicht zu schaden? Jedes verkehrte Wort oder jede unbedachte Handlung kann sich negativ auswirken. Unter diesem Druck lebt man. Meine Tochter hatte zweimal eine Aggression gegen mich, mit der ich ganz alleine fertigwerden mußte. An manchen Tagen kam ich mir sehr verlassen vor mit allen Fragen und Problemen. Man hat Angst vor dem, was mit dem Kranken passiert, und hofft auf eine Orientierungshilfe vom Fachpersonal.“

Ohnmacht und Verantwortung

Auf solche Orientierungshilfe warten Angehörige oftmals vergeblich. Schweigepflicht – so heißt die Ohrfeige für die Ratlosen. „Wir haben uns in der Klinik wie Aussätzige behandelt gefühlt,“ berichtet ein gebeutelter Vater: „Kein Wort der Beratung, keinerlei Zusammenarbeit, trotz wiederholter Versuche unsererseits! Jetzt ist unser keineswegs gesunder Sohn wieder zu Hause – mit welcher Perspektive? Welche Chancen hat ein Psychose-Kranker, wenn er bereits nach wenigen Wochen, nur mit einer schriftlichen Anweisung für die Medikation ausgestattet, den ratlosen Eltern überantwortet wird? In der Klinik konnte unser

Sohn bis zuletzt immer nur eine einzelne Person als Besuch ertragen. Die Familie besteht aber aus mehreren Personen. Wir fühlen uns total im Stich gelassen mit einer Aufgabe, die uns überfordert. Wir fragen uns heute, ob wir uns nicht hätten weigern sollen, unseren Sohn in diesem noch sehr kritischen Zustand mit nach Hause zu nehmen.“

Nun, zögerliche Angehörige werden nicht selten mit moralischem Druck in die Pflicht genommen:

- Wir erleben es immer wieder, daß an verunsicherte Mütter appelliert wird: Sie müssen sich um Ihren Sohn kümmern, ihm verzeihen. Egal, was vorgefallen ist. Er hat doch nur Sie.
- Wir erleben es immer wieder, daß erschöpfte Eltern, Partner, Kinder unter Druck gesetzt werden:
Wenn Sie den Patienten nicht aufnehmen, müssen wir ihn eben auf die Straße entlassen.
- Wir erleben es immer wieder, daß zögernde Angehörige, die sich der Aufgabe (noch) nicht gewachsen fühlen, genötigt werden, ihre Patienten nach Hause zu holen, weil die Profis in der Klinik mit ihrem Latein am Ende sind.

Überfordert und alleingelassen mit ihren Fragen, Ängsten, Schuldgefühlen – sozusagen ohne Lateinkenntnisse und ohne stützende „Nachhilfe“ – verfangen sich Angehörige und Patienten dann allzu oft, allzu schnell wieder im destruktiven Clinch. So wird Chronifizierung in Gang gesetzt, so wird die Rotation der Klinik-Drehtür in Gang gehalten.

Zwangsgemeinschaft Familie

Über 20 Jahre und 12 hochdramatische Zwangseinweisungen mußte z.B. eine Familie durchstehen, bis bei professionellen Helferinnen und Helfern endlich die Einsicht dämmerte, daß der mittlerweile vierzigjährige Sohn wohl besser nicht ins Elternhaus zurückkehren sollte:

Den Anlaß für die Einweisung lieferte jedesmal ein Tobsuchtsanfall, in dessen Verlauf jedesmal ein Großteil der Wohnungseinrichtung samt Fenstern und Türen zu Bruch ging. Beim ersten Mal kam der Sohn bereits nach einer Woche wieder nach Hause – mit gebrochenen Rippen.

Auch in den folgenden zwei Jahrzehnten gab es allenfalls Appelle ans Elternherz, aber keine therapeutische Begleitung oder fachliche Unterstützung nach der Entlassung des Sohnes. Er wollte zu den Eltern zurück, also mußten die ihn wieder aufnehmen. Deren Kräftepegel und Gesundheit hat niemanden interessiert. Der Vater konnte die häusliche Situation schließlich nicht mehr ertragen. Er hat sich vor sechs Jahren umgebracht. Niemanden hat das gehindert, nun eben der Mutter allein die Verantwortung zuzuschieben.

Nach der letzten Einweisung mußte der Patient 5 Monate lang fixiert werden – auf eigenen Wunsch. Er weiß sich durchzusetzen: Als er versuchsweise aufste-

hen durfte, attackierte er den anwesenden Arzt, um wieder fixiert zu werden. Und das, obwohl er sich die Ellbogen so wundgescheuert hatte, daß operiert werden mußte.

Seine Mutter, inzwischen siebzig, hat sich im Laufe der letzten Jahre allmählich zu dem Entschluß durchgerungen, den Sohn nicht wieder aufzunehmen. Unterstützt und begleitet hat sie bei diesem schwierigen, schmerzvollen Ablösungsprozeß die Selbsthilfegruppe. Die Profis in der Klinik haben das nicht gefördert, eher beargwöhnt, behindert und auch immer wieder torpediert – so daß auch die Mutter immer wieder „rückfällig“ wurde, wenn der moralische Druck übermächtig wurde, weil Alternativen nicht angeboten oder vom Sohn nicht akzeptiert wurden.

Gewalt als Hilfeschrei

Mittlerweile hat aber auch der Sohn selber Angst, gegen die Mutter aggressiv zu werden – obwohl er sie bis jetzt erst einmal körperlich angegriffen hat. Bis dahin war es ihm gelungen, sich „nur“ an der Wohnungseinrichtung zu vergreifen. Mich erschüttert die unerhörte Symbolkraft dieses 12mal vergeblichen Kraftaktes. Mich erschreckt, daß offenbar kein professioneller Helfer diese gewaltigen Hilfeschreie wahrzunehmen imstande war und ist. Daß der Patient – mit all seiner explosiven Ambivalenz – immer wieder ungerührt zurückgeschickt wurde in eine unveränderte Lebenssituation, wenn auch neu möbliert! Gerade erst ist dieser Patient mal wieder ausgerastet und hat – bei einem Familiengespräch auf der Station – einen Tisch zertrümmert. Trotzdem soll er von der Klinik aus „zum Eingewöhnen“ wieder in der mütterlichen Wohnung übernachten. Ohne Rücksicht auf Verluste. Ohne Rücksicht darauf, daß die Mutter die immer wieder erzwungene Wohngemeinschaft aufgekündigt hat.

Was muß denn noch alles passieren, bis etwas passiert? So fragen verzweifeln-de Angehörige immer wieder.

Ich fürchte, solange man sich in der Klinik mit der medikamentösen Unterdrückung von Symptomen zufrieden gibt, solange im psychiatrischen Alltag das empathische Gespräch, der respektvolle Umgang miteinander nicht selbstverständlich geworden sind, solange wird noch viel passieren müssen.

Ich hoffe, daß die gemeinsamen Versuche der Annäherung, wie sie unter dem Stichwort Trialog und als Psychose-Seminar oder -Forum vielerorts begonnen haben, durch diesen Kongreß auch in die Klinik getragen werden – und an Schubkraft gewinnen.

II. Rechtswirklichkeit und Handlungsansätze zur Reduzierung von Gewalt und Zwang

Zwang, Zwang, Zwang

Claudia Bridge

Zwang, Zwang, Zwang
der Arzt sagt, ich sei krank
meiner Existenz nicht fähig
und ein Richter macht ihn seelig

Zwang, Zwang, Zwang
ich sag', ich bin nicht krank
doch, so sagt der gute Mann
darum bin ich ja wirklich krank

Zwang, Zwang, Zwang
ich glaub', der Mann ist krank
er steht da hinter'm Hollerbusch
und ruft ständig: husch, husch, husch

Zwang, Zwang, Zwang
ich mach den Mann jetzt krank
verpaßt ihm einen Hexenschuß
weil er mich ständig quälen muß

Vier Jahre später:

Zwang, Zwang, Zwang
behandelt mich nicht mehr
die Krankenakte sagt mir dann:
seit der Jugend geisteskrank

Zwang, Zwang, Zwang
jetzt sag ich, ich bin krank
ich will zurück ins Krankenhaus
doch nun werfen sie mich raus

Zwang, Zwang, Zwang
jetzt bin ich geisteskrank
doch wollen sie nicht therapieren
nicht mehr diagnostizieren

Zwang, Zwang, Zwang
lalalalalala

Die Gestaltung der Einweisungspraxis aus der Perspektive eines Unterbringungsrichters

Georg Dodegge

I. Einweisung und Zwang – zur Begrifflichkeit

Entscheidungen eines Richters zur Frage einer Unterbringung haben sich verfahrensmäßig an den Regelungen des Gesetzes über die freiwillige Gerichtsbarkeit (FGG) zu orientieren. Im Gegensatz zur Sozialwissenschaft werden dort die Begriffe Unterbringung und Gewalt verwendet, die inhaltlich aber nichts anderes bedeuten. Überwiegend wird in der juristischen Literatur zur Beschreibung des Gewaltbegriffes auf den Terminus „Zwang“ zurückgegriffen. Als „unmittelbarer Zwang“ findet er im Polizeirecht Anwendung.

Die Notwendigkeit einer Gewaltoption ist bereits 1881 von Gottlieb PLANCK in der Begründung des Entwurfes des FGG zutreffend formuliert:

„Es liegt im Wesen einer mit imperium ausgestatteten Behörde, daß dieselbe die Macht haben muß, die von ihr innerhalb ihrer gesetzlichen Befugnisse erlassenen Verfügungen nöthigenfalls im Wege des Zwangs durchzuführen.“¹

Eine hinreichende Klärung oder gar nur umfassende Darstellung des Gewalt- und Zwangbegriffes ist für den FGG-Bereich m.E. bisher nicht erreicht. Zuletzt haben von EICKEN/ERNST/ZENZ im Jahre 1990 auf die Schwierigkeiten, Zwangsmaßnahmen von zwanglosen Handlungen zu differenzieren, hingewiesen². Es könne nicht allein um die Abgrenzung von offener Gewaltanwendung – also von Gewalt im tagtäglichen Verständnis – gehen. Dieses Verständnis würde zumindest ein bewußtes und aktives, mindestens verbales, Abwehren voraussetzen. Sie schlagen daher in ihrer rechtstatsächlichen Untersuchung eine am Strafrecht orientierte Begriffsbestimmung vor. Von Zwang könne danach gesprochen werden, wenn Bewegungseinschränkungen oder ärztliche Behandlungen ohne rechtswirksame Einwilligung der Betroffenen selbst und/oder ihrer gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter durchgeführt werden.

M.E. kann dies für die Bestimmung von Gewalt bei einer Unterbringung nicht der alleinige Ansatz bleiben. Zwangsmaßnahmen lägen danach nicht vor, wenn die Betreuer mit gerichtlicher Genehmigung die Unterbringung durchsetzen.

Zutreffender erscheint es mir, darauf abzustellen, ob die Unterbringung gegen oder ohne den natürlichen Willen der Betroffenen erfolgt und von einem Dritten

1 Zitiert nach HELLE, FamRZ 1984, 639 ff (639).

2 Fürsorglicher Zwang, Bundesanzeiger Verlag, Köln 1990, S. 15 f.

Handlungen entfaltet werden, die über das bloße Zu- oder Überreden hinaus gehen. Dabei verbleiben sicherlich immer noch Zweifelsfälle – eine eindeutigere Abgrenzungsmöglichkeit fehlt aber.

II. Darstellung der Rechtspraxis

Im folgenden möchte ich kurz schildern, welche Sachverhaltskonstellationen in Unterbringungsverfahren generell an den Richter herangetragen werden.

Erstens sind Fälle zu nennen, in denen die Betroffenen bereits durch die zuständige Behörde oder die Betreuer wegen Gefahr in Verzug in der Klinik untergebracht worden sind. Erst im Nachhinein wird bei Gericht der Antrag gestellt, die Unterbringung anzuordnen bzw. zu genehmigen.

Zweitens handelt es sich um Fälle, in denen die Betroffenen anderweitig in der Klinik aufgenommen wurden. Das betrifft etwa Patientinnen und Patienten, die sich zunächst freiwillig in stationäre Behandlung begeben, dann aber entgegen der ärztlichen Einschätzung die Klinik wieder verlassen wollen. Daneben kommt es oft vor, daß Patientinnen und Patienten nach Suizidversuch oder bei psychischen Auffälligkeiten von anderen Kliniken verlegt werden oder sie als hilflose Person aufgefunden und im Rahmen aktueller Verwirrtheit auf eine geschlossene Station verbracht werden.

Auch hier wird das Gericht erst nach dem Vollzug der Einweisung informiert. Die Verfahren werden dann auf Anregung der Klinik vielfach über das Landesunterbringungsrecht an das Gericht herangetragen – selbst wenn eine Betreuung besteht. In der Praxis bedeutet dies, daß die zuständigen Behörden also zunächst die einstweilige Unterbringung anordnen, der Richter die Betroffenen in der Klinik anhört und über die Notwendigkeit der Unterbringung und deren Rechtsgrundlage entscheidet. Auch hier versteht es sich von selbst, daß der Richter allenfalls in der Anhörung der Betroffenen mit der Art und Weise der Einweisung und evt. Gewaltanwendung konfrontiert wird. Da dieser Vorgang aber abgeschlossen ist und das Verfahrensrecht keine nachträgliche Feststellung evt. rechtswidrig verlaufener Verfahrensakte kennt, besteht keine Gestaltungs- oder Eingriffsmöglichkeit für den Richter bzw. die Richterin.

Drittens gibt es Fälle, in denen die zuständige Behörde bzw. die Betreuer die Unterbringungsanordnung bzw. -genehmigung einer noch nicht in der Klinik befindlichen Person beantragen. Dies geschieht regelmäßig dann, wenn die Betreuer bzw. die Umwelt der Betroffenen eine stationäre Behandlung für notwendig erachten, aber keine Gefahr in Verzug vorliegt, die ein Vorgehen nach der ersten Fallgruppe rechtfertigt bzw. die Betroffenen nicht zu einer stationären Behandlung bereit sind. In diesen Fällen könnte der Richter grundsätzlich mit der Frage der Gewaltanwendung konfrontiert sein, da nicht immer erwartet werden kann, daß die Betroffenen allein aufgrund der Einschaltung des Gerichts ihre bisherige Einstellung ändern werden. Selbst in diesen Fällen sind die Möglichkeiten des Gerichts, auf die Art und Weise der Unterbringung Einfluß zu nehmen, äußerst gering.

Bei den landesrechtlichen Unterbringungen ergibt sich dies daraus, daß die jeweiligen Behörden in eigener Zuständigkeit die Unterbringung vollziehen³. Dabei enthalten die Landesunterbringungsgesetze – auch die nach 1992 reformierten – keine Regelungen zur Durchführung der Unterbringung, sondern lediglich zum Vollzug der Unterbringung in der Einrichtung⁴.

Auch bei den Unterbringungen nach dem Betreuungsrecht steht die Entscheidung über das Ob und Wie grundsätzlich allein dem Betreuer zu. Der Gesetzgeber ging bei der Schaffung des Betreuungsgesetzes davon aus, daß durch die Mitwirkung des Betreuers bei der Unterbringung der Schutz der Betroffenen verstärkt wird⁵. Die in der Reformdiskussion vorgebrachte Forderung, für Wege, auf denen Unterbringungsentscheidungen mit Zwang durchgesetzt werden, klare Rechtsgrundlagen zu schaffen, blieb ungehört⁶. Eine Vollzugsregelung sei entbehrlich, weil die Unterbringung nicht durch das Gericht oder eine Behörde vollzogen werde. Die Betreuerinnen und Betreuer sind gesetzlich nur gehalten, die gerichtliche Genehmigung zur Unterbringung herbeizuführen. Ob und Wie sie von der Genehmigung Gebrauch machen, bleibt ihrem pflichtgemäßen Ermessen überlassen⁷. Lediglich bei grober Pflichtwidrigkeit der Betreuer kann das Gericht mit Weisungen nach § 1837 BGB eingreifen.

Mit der Frage der Gewalt wird der Richter demgemäß nur befaßt, wenn die Betreuerinnen und Betreuer den Antrag nach § 70 g V FGG stellen. Nach § 70 g V 1 FGG kann der Betreuer die Betreuungsbehörde bitten, ihn bei der Zuführung zur Unterbringung zu unterstützen. Nach Satz 2 darf die Behörde nur aufgrund besonderer gerichtlicher Entscheidung Gewalt anwenden. Diese Fassung war im Gesetzgebungsverfahren umstritten. Sie ist letztlich Gesetz geworden, weil der Gesetzgeber ein dringendes Bedürfnis der Praxis sah, dem Betreuer bei der Durchführung der Unterbringung eine Anlaufstelle zur Unterstützung zu geben. Gedacht war an Fälle, in denen in Hinblick auf den Widerstand der Betroffenen die Unterbringung nicht allein vom Betreuer bewerkstelligt werden kann⁸.

Der Richter hat aber auch hier nur über die Zulässigkeit von Gewaltanwendung an sich zu entscheiden.

Weiter eingeschränkt wird die Gestaltungsmöglichkeit der Richter dadurch, daß die zuletzt geschilderte Fallgruppe in Essen allenfalls 10-15% der anhängigen Unterbringungsverfahren ausmachen dürfte. Bei uns erfolgen fast 100% der lan-

3 Vgl. etwa, § 6 badWürtt.UBG; Art 8 I bayUnterbr.G, § 17 Meck.Vorp. PsychKG, § 9 I saarl.UBG, § 14 sächsPsychKG.

4 Vgl. etwa §§ 6 ff bad.württ.UBG, §§ 9 ff Bremer PsychKG, §§ 9 ff Meck.Vorp. PsychKG, §§ 6 ff saarl. UBG, § 144 ff sächsPsychKG, §§ 14 ff NPsychKG.

5 BT-Drs. 11/4528, S. 148.

6 HELLE, FamRZ 1984, 639 ff (643).

7 JÜRGENS, Betreuungsrecht, § 70 g FGG, Rz. 11.

8 KNITTEL, Betreuungsgesetz, Stand 1.6.1995, § 70 g, III, S. 5 f.

desrechtlichen Unterbringungen als einstweilige Unterbringungen durch die Behörde selbst mit anschließender Antragstellung bei Gericht. In einer Vielzahl von solchen Verfahren bestehen zudem bereits Betreuungen mit den Aufgabenkreisen Gesundheitsfürsorge und Unterbringung oder es erfolgen im gerichtlichen Verfahren Unterbringungen nach Betreuungsrecht. Nach Berichten in der Literatur ist diese Praxis auch in anderen Städten Deutschlands verbreitet⁹. Sie ist mir auch von vielen Kollegen bestätigt worden.

Auch der fehlende Instanzenzug – die Anordnung nach § 70 g V FGG ist nicht beschwerdefähig¹⁰ – mag dazu führen, daß Richter hier wenig Gestaltungsmöglichkeit wahrnehmen.

III. Tatsächliche Einweisungspraxis

– dargestellt am Beispiel der Stadt Essen¹¹

Nach den bisherigen Ausführungen hat der Richter also entweder überhaupt keinen Einfluß auf die Gewaltanwendung bei der Unterbringung bzw., er setzt eine „Gewaltspirale“ in Gang, deren weiterer Fortgang seiner Kontrolle entzogen bleibt.

Nachfolgend möchte ich beschreiben, wie sich in der Stadt Essen unter diesen Rahmenbedingungen die Unterbringungspraxis und die Gewaltsituation darstellt.

1.) Landesrechtliche Unterbringung¹²

Im Jahre 1996 erfolgten 829 Einweisungen durch das Ordnungsamt der Stadt auf der Grundlage des § 17 I PsychKG/NW. Bei der Stadt sind in diesem Bereich drei hauptamtliche Kräfte tätig. Außerhalb der Dienstzeiten sind ihre Befugnisse auf die Feuerwehr übertragen. Die entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind berechtigt, unmittelbaren Zwang auszuüben und ziehen nur in kritischen Situationen die Polizei hinzu¹³. Das sind Fälle, in denen aufgrund von Angaben Dritter oder eigenen Erfahrungen mit erheblichen Schwierigkeiten oder Widerstand zu rechnen ist. Nach Schätzungen des Ordnungsamtes ist dies allenfalls in 10% der Fälle nötig. Dabei genügt dann zumeist die Präsenz der Poli-

9 BERGENER(Hrsg), Die zwangsweise Unterbringung psychisch Kranker, 1986, S. 18 f – für Düsseldorf und Köln. 1983 sollen in Köln 98 % der Zwangsunterbringungen nach § 17 I PsychKG/NW erfolgt sein; MARSCHNER, R & P 1986, 47 ff (§/) für Bayern.

10 OLG Hamm, FamRZ 1997, 440 ff; KG, NJW 1997, 400 ff; a.A. BayObLG, FamRZ 1996, 499 f, allerdings für den Fall der gewaltsamen Vorführung zur Anhörung auf Aufhebung der Betreuung.

11 Die Stadt Essen hat ca. 540.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

12 Zur Häufigkeit dieser Unterbringungsart in Essen, siehe Abb. 1

13 Nach § 47 PolizeiG/NW leistet die Polizei anderen Behörden auf deren Ersuchen Vollzugshilfe, wenn unmittelbarer Zwang anzuwenden ist und die Behörde selbst nicht über die hierzu erforderlichen Kräfte verfügt oder die Maßnahme nicht anders selbst durchführen kann.

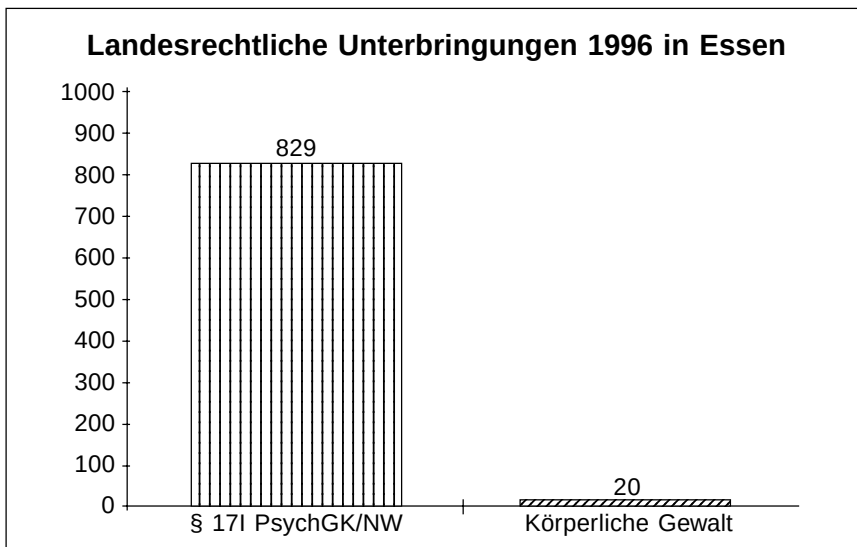


Abb. 1

zei, um die Betroffenen zu einem freiwilligen Mitgehen ohne großen Aufwand zu bewegen. Es verbleiben etwa 15 bis 20 Fälle, in denen tatsächlich ein Einschreiten der Polizeibeamten erforderlich wird, z.T. auch nur in geringer Form.

2.) Zivilrechtliche Unterbringung¹⁴

In der Essener Betreuungsbehörde sind 10 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt, die ggfs. in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich die Hilfe bei der Zuführung leisten. Die Gewaltermächtigung wird nicht generell beantragt, sondern nur in besonders begründeten Fällen. 1996 ergingen 1128 Unterbringungs- genehmigungen bzw. -anordnungen in Essen. In 78 Fällen wurde die Betreuungs- stelle Essen um Hilfe bei der Zuführung gebeten. Dabei hat die Betreuungs- behörde ihrerseits in 49 Fällen die Vollzugshilfe der Polizei erbeten. Über- wiegend genügte die reine Präsenz der Polizei. Lediglich in 17 Fällen (davon 4 Vorführungen bei Gericht bzw. Gutachter) war ein Zugriff mit körperlicher Ge- walt notwendig.

Die Zahlen für den Zeitraum bis zum 30.06.1997 sind ähnlich. Es gab 539 Ge- nehmigungen bzw. Anordnungen. In 21 Fällen leistete die Betreuungsbehörde Hilfe bei der Zuführung. 19 Mal war die Polizei anwesend, mußte aber nur in 7 Fällen (davon 3 Vorführungen) den Zugriff mit körperlicher Gewalt durchsetzen.

14 Zur Häufigkeit dieser Unterbringungsart in Essen, siehe Abb. 2

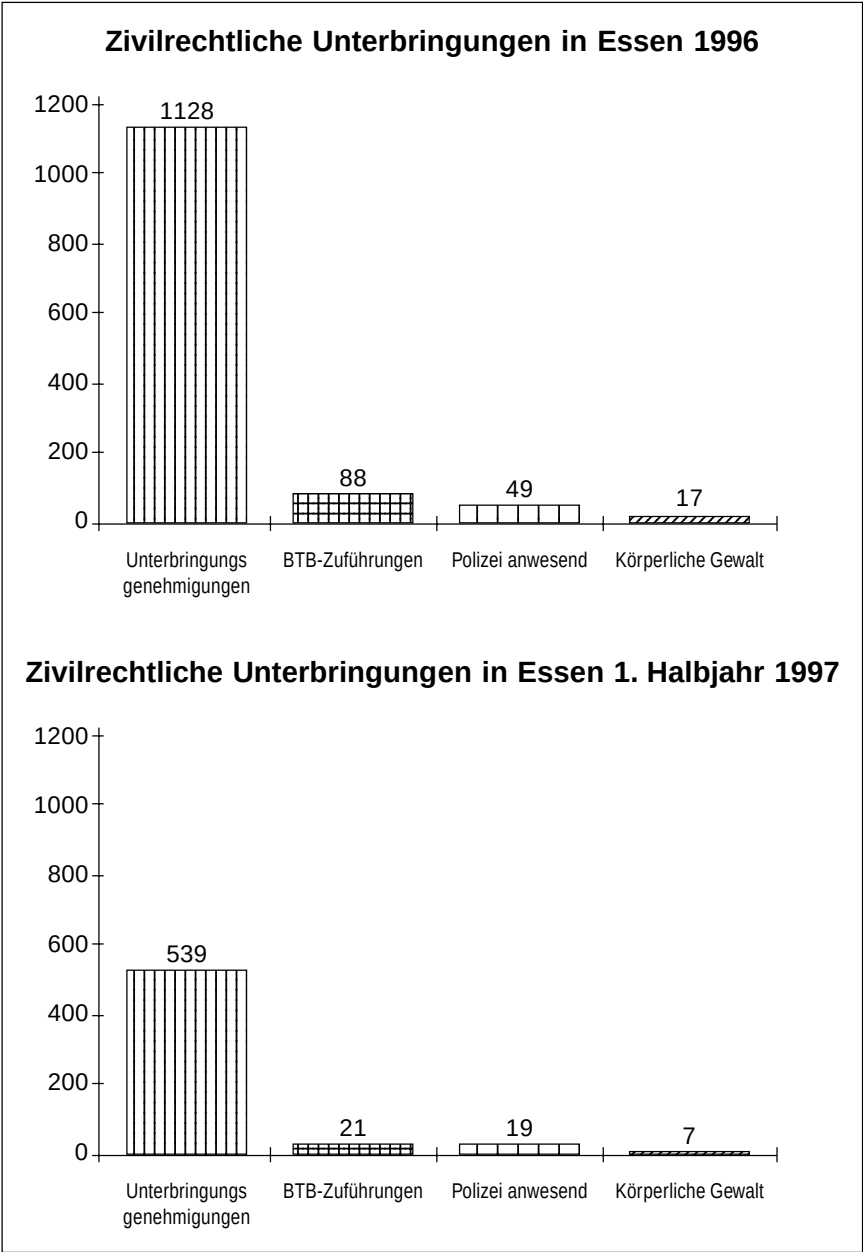


Abb. 2

3.) Subjektives Erleben der Betroffenen

Hier kann ich keine genauen Zahlen liefern, sondern nur Erfahrungswerte mitteilen. In etwa 30% der gewaltsam erfolgten Unterbringungen wird mir in späteren Anhörungen von dieser Gewalt berichtet. Auf die Gesamtzahl gesehen ist dies eine verschwindend geringe Zahl – angesichts des Einzelschicksals aber nicht zu vernachlässigen.

IV. Einflußmöglichkeiten des Gerichts

Ich möchte mich jetzt der Frage zuwenden, ob und ggfs. wie das Gericht Einfluß geltend machen kann, um eine möglichst gewaltfreie Zuführung zur Unterbringung zu ermöglichen.

1.) Wahl der materiellen Rechtsgrundlage

In der Vergangenheit wurde in der Literatur der Standpunkt vertreten, daß die Gerichte durch die Wahl der Rechtsgrundlage der Unterbringung Einfluß auf die Art und Weise der Behandlung des Patienten bzw. der Patientin und somit wohl auch auf die Frage der Gewaltsamkeit der Einweisungssituation nehmen können.

So bestand die Meinung, daß die landesrechtliche Unterbringung vorzuziehen sei¹⁵. Aufgrund der weitergehenden Verfahrensgarantien in den Landesgesetzen sei eine bessere Achtung der Rechte der Betroffenen gewährleistet.

Andere Literaturstimmen plädierten dagegen für eine vorrangige Anwendung der zivilrechtlichen Unterbringung. In diesem Verfahren sei ein individuelles Eingehen auf die Betroffenen möglich, zudem könne das Gefährdungdenken dem Fürsorgegedanken Platz machen¹⁶.

Da mit der Reform des Betreuungsrechts das Verfahren einheitlich geregelt ist (vgl. § 70 I FGG), gelten die verfahrensrechtlichen Argumente nicht mehr.

Auch materiellrechtlich sind die Unterschiede nicht mehr gravierend. Die Landesunterbringungsgesetze sind seit 1992 weitgehend novelliert worden, und es haben durchgängig fürsorgerische Gesichtspunkte Eingang gefunden.

Auch die Essener Zahlen belegen, daß die Rechtsgrundlage der Unterbringung letztendlich für die Gewaltfrage keine Rolle spielt. Es gibt einen relativ gleich hohen Anteil von Verfahren, in denen die Polizeipräsenz bzw. eine körperliche Gewaltanwendung erforderlich war.

2.) Ausnutzen der verfahrensrechtlichen Möglichkeiten des FGG

Ein weiterer Ansatzpunkt wäre das Ausnutzen der gesetzlich eingeräumten Verfahrensmöglichkeiten.

15 MARSCHNER, R & P 1986, 47 ff.

16 BERGENER(Hrsg), a.a.O., S. 48.

a.) Rechtzeitige bzw. vorherige Anhörung

Vielfach wird in der Literatur vorgetragen, daß rechtzeitiges Anhören der Betroffenen vor der Unterbringung durch den Richter eine gewaltfreie Atmosphäre schaffe und unnötige Unterbringungen vermeide (letztere enthalten m.E. ein großes Gewaltpotential, da hier naturgemäß das Einsehen gering ist). Ich kann dies aus eigener Anschauung teilweise bejahen. So habe ich es erlebt, daß ein junger Mann, der an einer drogeninduzierten Psychose litt, nach der Anhörung in seiner Wohnung mit mir in ein Taxi stieg und zur Klinik fuhr. Dort blieb er 6 Wochen freiwillig in Behandlung. In einem anderen Fall begleitete eine zwangsweise im Gericht vorgeführte Betroffene nach der Anhörung die wartenden Krankenwagenfahrer und fuhr mit in die Klinik.

Hier wird der Richter faktisch als Vermittler oder unabhängiger Entscheidungsträger verstanden und akzeptiert. Umgekehrt habe ich allerdings ebenso erlebt, daß vorherige Anhörungen Konfliktsituationen erst schufen bzw. verstärkten. So hatte sich ein Betroffener den Anhörungsgrund zunächst an der halb geöffneten Wohnungstür angehört, die Tür dann zugeschlagen und mußte gewaltsam aus seiner Wohnung geholt werden.

b.) Hinzuziehung Dritter

aa.) Verfahrenspfleger

Dieser ist nach § 70 b FGG im Unterbringungsverfahren zu bestellen, wenn dies zur Wahrung der Interessen der Betroffenen erforderlich ist. Ich habe es indes nie erlebt, daß ein Verfahrenspfleger bei der Zuführung anwesend war. Ebenso wenig gab es Anregungen oder Kritik zur Frage der Gewaltermächtigung. Dies mag damit zusammenhängen, daß die Verfahrenspfleger ihre Aufgabe weniger in der Kontrolle der Zuführung als in der Überwachung der Einhaltung der formellen und materiellen Unterbringungs Voraussetzungen sehen.

bb.) Beteiligung der in § 70 d FGG genannten Personen

Nach dieser Vorschrift kann das Gericht vor der Entscheidung bestimmten nahe stehenden Personen (Ehegatte, Kinder, Elternteile, die mit den Betroffenen zusammen wohnen, Einrichtungsleiter) Gelegenheit zur Äußerung geben. Dies kann dadurch geschehen, daß sie zur Anhörung hinzu gebeten werden. Hier gilt ähnliches wie oben. Teilweise können diese Personen Eskalationen verhindern bzw. beruhigend wirken. Es kann aber auch umgekehrte Folgen zeitigen, wenn sie z.B. Initiator des Unterbringungsantrages sind oder in das Wahnsystem eingebunden wurden.

3.) Anwendung des § 70 g V FGG

Letztlich bliebe die Möglichkeit, von der Gewaltermächtigung des § 70 g V FGG keinen oder zurückhaltenden Gebrauch zu machen. Dies wäre denkbar, da über die Gewaltermächtigung in einem selbstständigen Verfahren zu entscheiden ist. Die Praxis geht dahin, auf Antrag ohne größere Überprüfungen die Ermächti-

gung zu erteilen. Wollte man die Norm indes generell nicht anwenden, so müßte man akzeptieren, daß in der Spitze nicht vollziehbare Unterbringungsanordnungen verbleiben. Ich möchte mich daher „nur“ für eine zurückhaltende und behutsame Anwendung aussprechen. Das Gericht sollte seine Prüfungspflicht in Hinblick auf die Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit der Anordnung ernst nehmen. Hierfür müssen konkrete Tatsachen vorgetragen und glaubhaft gemacht werden. Allerdings muß ich konzedieren, daß Betreuerinnen/Betreuer und Behörden sensibel mit der Ermächtigung des § 70 g V FGG umgehen. Die Anträge sind nicht die Regel und zumeist sorgfältig und gesondert begründet. Bestätigt wird dies durch die berichteten Zahlen. Schließlich verpflichtet die Ermächtigung nicht zur Gewaltanwendung. Insoweit hat die Behörde in der konkreten Situation eine Ermessensentscheidung zu treffen. Sie kann auf Gewalt verzichten, wenn die Gewalt zur Erreichung der Unterbringung nicht nötig ist¹⁷.

V. Handlungsansätze zur Reduzierung von Gewaltanwendung

Abschließen möchte ich mit einigen Überlegungen zu Handlungsansätzen für eine Reduzierung der Gewaltanwendung – soweit es in den gerichtlichen Bereich hineinspielt.

1.) Verzicht auf Kompetenzkonflikte

Hier liegt aus meiner Sicht ein großes Defizit für den Bereich der zivilrechtlichen Unterbringung. Kompetenzkonflikte sind an mehreren Stellen auszumachen:

a.) Verhältnis Klinik – Betreuer

Aufgrund der vielfach nicht vorhandenen Grundkenntnisse über die Befugnisse von Betreuerinnen und Betreuern weisen Kliniken häufig den Aufnahmewunsch der Betreuer zurück. Es müsse ein Gerichtsbeschluß vorgelegt werden. Dem Umstand, daß es den Betreuern in der konkreten Situation vielleicht erst mit viel Mühe und Zureden gelungen ist, die Betroffenen in der Klinik vorzustellen, wird keine Rechnung getragen – von § 1906 II 1 BGB ganz zu schweigen. Folge ist, daß im Nachhinein oft gewaltsame Zuführungen nötig werden.

b.) Betreuer – Betreuungsbehörde – Polizei

Hier ist ebenfalls Konfliktpotential vorhanden – dazu ein Beispiel:

Der Betreuer, ein Rechtsanwalt, hatte die geschlossene Unterbringung eines lebensgefährlich erkrankten Betroffenen beantragt, der infolge der Krankheit jeden Kontakt zu Ärzten ablehnte. Nach der Anhörung habe ich die Genehmigung erteilt und in Hinblick auf den Umstand, daß sich der Betroffene beim letzten Hausarztbesuch verbarrikadiert hatte, die Gewaltermächtigung erteilt. Zunächst wollte die Betreuungsbehörde keine Unterstützung gewähren, weil der Betreuer

17 BIENWALD, Betreuungsrecht, 1.Aufl., § 70 g FGG, Rz. 41.

erfahren genug und der Betroffene bereits über 80 Jahre sei. Zur Not könne er ihn in sein Auto setzen und zur Klinik fahren. Das gelang nicht. Nach einigen Tagen erschien die Behörde dann doch mit Polizei. 45 Minuten wurde zwischen Betreuer, Behördenmitarbeiter und Polizisten diskutiert (der Betroffene verfolgte das Geschehen am Fenster), ob die verbale Weigerung und das Nichtöffnen der Haustür ein Einschreiten der Polizisten rechtfertige. Die Polizisten vertraten die Ansicht, der Betroffene müsse zuerst körperlichen Widerstand leisten.

c.) Folgerung

Ärztinnen und Ärzte, Kliniken und Polizei müssen besser über die Befugnisse der Betreuerinnen und Betreuer informiert sein. Kompetenzfragen haben in der konkreten Situation außen vor zu bleiben.

2.) Kooperationsstrategien

Das schöne Wort umschreibt im Eigentlichen Tricks seitens des Gerichts, die gesetzlich nicht vorgesehen sind. Zwei erprobte Strategien möchte ich vorstellen:

a.) In Unterbringungsverfahren, in denen zu erwarten steht, daß die Betroffenen nicht ohne weiteres in die Klinik gehen, habe ich mit den Antragstellern vereinbart, daß die Unterbringung ggfs. direkt nach der Anhörung vollzogen wird. Meine Erfahrung ist, daß dem Richter zur Anhörung häufiger die Wohnung geöffnet wird als anderen Personen – allerdings nicht immer. Ergibt die Anhörung, daß die Unterbringung genehmigt bzw. angeordnet wird, teile ich dies sofort mit und es stehen Vollzugskräfte bereit. Mir ist es andererseits ebenso passiert, daß sich Betroffene von vorneherein in der Wohnung vor mir verbarrikadiert haben.

b.) Auch wenn keine Vollzugskräfte vorgehalten werden, habe ich in einigen Fällen erlebt, daß die Betroffenen direkt aus der Anhörung mit dem Betreuer oder einer Vertrauensperson in die Klinik gefahren sind. Dies muß aber mit dem Antragsteller vorbereitet werden.

3.) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

In Übereinstimmung mit einer Kölner Untersuchung¹⁸ gehe ich davon aus, daß die Zahl gewaltsamer Unterbringungen davon mitbestimmt wird, wie intensiv die Versorgungsangebote für die kranken Menschen in ihrer räumlichen Nähe sind. Ebenso sind funktionsfähige ambulante Dienste mit präventiven und nachsorgenden Maßnahmen und ein ausreichendes Angebot von flankierenden Einrichtungen wichtig. Zwischen diesen einzelnen Elementen und dem Gericht muß ausreichender Kontakt und Informationsaustausch bestehen. Dazu ist eine Pflege der Beziehungen und Strukturen nötig mit gegenseitiger Ansprechbarkeit und ggfs. Unterstützung. Ein Richter, der das soziale Netz in seinem Bezirk nicht kennt, kann keine Alternativen aufzeigen und bleibt letztlich auf den vorgetragenen Sachverhalt beschränkt.

18 BERGENER(Hrsg), a.a.O., S. 3.

Überlegenswert erscheint es mir daher, im Unterbringungsdezernat nur Richterinnen und Richter mit vorherigen Schulungen, Fortbildungsmaßnahmen oder einem Praktikum bzw. hinreichender Berufserfahrung einzusetzen.

Als Fazit möchte ich festhalten, daß die gesetzlichen Regelungen und die allgemeine gerichtliche Praxis dem einzelnen Richter wenig Spielraum zur Gewaltreduzierung im Unterbringungsbereich lassen. Entscheidend ist und bleibt das persönliche Engagement.

Gesetzestexte und Rechtswirklichkeit – Möglichkeiten humaner Unterbringung im Ländervergleich der PsychKGs und ihrer Anwendung

Rolf Marschner

1. Vorbemerkung

Zwang und Gewalt im Rahmen der Unterbringung psychisch Kranker sind schon aufgrund des Freiheitsgrundrechtes und des Rechtes auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) sowie des verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes auf besondere Fälle beschränkt, in denen keine Alternativen zur Gewaltanwendung bestehen. Unabhängig von der Formulierung der einzelnen PsychKGs darf in die Rechte der Betroffenen nur eingegriffen werden, wenn kein Weg zur Verfügung steht, der die Betroffenen weniger belastet und dennoch das Ziel der Abwehr von Gefahren für die Betroffenen oder Dritte erreichen läßt. Dies gilt sowohl für die Unterbringung selbst als auch für Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung.

Gesetzestexte und Rechtswirklichkeit müssen nicht identisch sein. Aufgrund empirischer Daten läßt sich begründen, daß gerade im Bereich des Unterbringungsrechts eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Unterbringungspraxis und den gesetzlichen, auch verfassungsrechtlichen Vorgaben besteht (hierzu ausführlich SAAGE/GÖPPINGER/MARSCHNER Kap. 1.2. Rz. 1 ff..30.36). Danach hängt es eher von der Versorgungsstruktur und der Organisation des Unterbringungsverfahrens vor Ort ab als von den Gesetzestexten, ob ein Betroffener gegen seinen Willen untergebracht wird oder nicht. Die zwischenzeitlich zur Verfügung stehenden niedrigen Zahlen der Unterbringungsverfahren in den neuen Bundesländern im Vergleich zu denen der alten Bundesländer belegen dies erneut eindrucksvoll (siehe der statistische Anhang der Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der SPD, BT-Drucks. 13/7133). Damit stellt sich die Frage, ob Gesetze überhaupt in der Lage sind, Einfluß auf die Unterbringungspraxis zu nehmen und damit Standards im Sinn einer humanen Unterbringung vorzugeben, die von der Praxis auch beachtet werden. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang außerdem, daß die Unterbringungspraxis auch von rechtlichen Entwicklungen außerhalb der PsychKGs beeinflusst wird. Dies betrifft das regional sehr unterschiedliche Verhältnis zur zivilrechtlichen Unterbringung nach § 1906 BGB, die im Rahmen des Betreuungsrechts begonnene und sehr problematische Diskussion um die Zulässigkeit einer ambulanten Zwangsbehandlung (siehe hierzu 5.VORMUNDSCHAFTSGERICHTSTAG – Materialien und Ergebnisse, S. 56 ff.), sowie die Möglichkeiten einer Einflußnahme der Betroffenen auf die Anwendung von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie durch Patientenverfügungen oder den Abschluß von Behandlungsvereinbarungen (hierzu ausführlich MARSCHNER R&P

1997, 117). In der letztgenannten Entwicklung steckt sicherlich die größte Chance zu einer entscheidenden Reduzierung der Gewalt in der Psychiatrie.

Ein humanes Unterbringungsrecht muß einerseits die Reduzierung der Unterbringungsverfahren auf das absolut Erforderliche anstreben zum anderen für die verbleibenden Unterbringungen einen möglichst humanen und die Betroffenen nicht zusätzlich traumatisierenden Ablauf des Unterbringungsverfahrens sowie einen soweit wie möglich gewaltfreien Vollzug der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gewährleisten. In diesem Sinn geht es vor allem um die Achtung der Persönlichkeit des bzw. der Betroffenen sowie die Berücksichtigung seiner/ihrer Wünsche im Unterbringungsverfahren, wie es in § 2 RhPfPsychKG ausdrücklich vorgeschrieben ist.

Ansätze für eine humane Unterbringungspraxis in den bestehenden PsychKGs sind durchaus vorhanden, verteilen sich aber über die unterschiedlichen Gesetze. Bereits 1992 wurde aus den Konzepten verschiedener Gesetze ein Musterentwurf eines Gesetzes für psychisch Kranke entwickelt (MARSCHNER/VOLCKART R&P 1992.54). Im Folgenden soll dieser Gedanke anhand ausgewählter Vorschriften aus den derzeit geltenden PsychKGs aufgegriffen und weiterentwickelt werden. Als vorbildlich können insbesondere die PsychKGs von Thüringen und Rheinland-Pfalz angesehen werden.

2. Vermeidung der Unterbringung durch Alternativen

In allen PsychKGs sind vorsorgende, begleitende und nachgehende Hilfen zur Vermeidung bzw. Verkürzung der Unterbringung vorgesehen. In der Regel besteht die Verpflichtung, eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung im beratenden, ambulanten, teilstationären, stationären und komplementären Bereich gemeinde- und wohnortnah vorzuhalten (so ausdrücklich § 4 Abs. 1 RhPfPsychKG). In § 4 Abs. 2 BlnPsychKG wird weitergehend auf die Verpflichtung zur Sicherstellung der psychiatrischen Notfallversorgung und insbesondere von Kriseninterventionszentren hingewiesen. Das Angebot der Hilfen folgt dem Prinzip der Freiwilligkeit (§ 4 Abs. 5 RhPf PsychKG). In Rheinland-Pfalz wird ein ausdrücklicher Vorrang von ehrenamtlichen Projekten einschließlich der Angehörigenarbeit sowie Projekten der Selbsthilfe normiert, soweit dies den Wünschen der Betroffenen entspricht (§ 6 RhPfPsychKG).

3. Voraussetzungen der Unterbringung

Zunehmend wird als Voraussetzung der Unterbringung nicht mehr die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, sondern die Gefährdung des bzw. der Betroffenen selbst oder Dritter verlangt. Eine Ausweitung der Unterbringungsvoraussetzungen ist damit nicht verbunden. Vielmehr werden die Unterbringungsvoraussetzungen zunehmend nicht mehr in polizeirechtlichen Kategorien, sondern im Sinn von Krisenintervention bei akuten Krankheitszuständen verstanden (hierzu ausführlich SAAGE/GÖPPINGER/WAGNER/MARSCHNER Kap. 4.6.

Rz. 219 ff., 237 ff.). Die diesbezüglich weitestgehende Vorschrift enthält das neue Hamburger PsychKG. Gemäß § 9 HmbPsychKG ist eine Unterbringung nur noch zulässig, wenn eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für den Betroffenen/die Betroffene selbst oder eine andere Person besteht. Dies bedeutet, daß nur noch die Gefährdung von Personen, nicht aber eine Gefahr für Sachgüter Dritter eine Unterbringung rechtfertigt (hierzu bereits RICHTER R&P 1993.68). Damit ist von den gesetzlichen Vorgaben her eine Eingrenzung der Unterbringungsvoraussetzungen gegeben, die es anhand der Entwicklung der Unterbringungszahlen in Hamburg zu überprüfen gilt.

4. Gewalt im Verlauf einer Unterbringung

a) Gewalt im Vorfeld der Unterbringung

Für den Fall, daß der Betroffene ihm angebotene Hilfen nicht annimmt, sehen die PsychKGs Maßnahmen zur Abwendung eines Unterbringungsverfahrens vor. Diese Maßnahmen, die der Vermeidung der Unterbringung dienen sollen, sind teilweise auch zwangsweise durchsetzbar. Als vorbildlich kann das in § 5 ThürPsychKG enthaltene Stufenmodell angesehen werden.

Nach § 5 Abs. 1 ThürPsychKG kann der/die Betroffene von dem sozialpsychiatrischen Dienst vorgeladen oder ihm/ihr ein Hausbesuch angeboten werden. Dabei kann dem Betroffenen anheimgestellt werden, sich unverzüglich in die Behandlung eines Arztes seiner Wahl zu begeben, anstatt der Vorladung zu folgen, und dies dem Sozialpsychiatrischen Dienst mitzuteilen.

Unternimmt der/die Betroffene nichts, soll ein Hausbesuch durchgeführt werden (§ 5 Abs. 3 Satz 1 ThürPsychKG). Auch diese Maßnahme setzt noch die freiwillige Mitwirkung des/der Betroffenen voraus. Erst wenn der Hausbesuch nicht durchgeführt werden kann, besteht die Verpflichtung des/der Betroffenen, einer erneuten Vorladung zu folgen und eine ärztliche Untersuchung zu dulden (§ 5 Abs. 3 Satz 2 ThürPsychKG). Erst auf dieser dritten Stufe kann also Zwang angewendet werden. Ist eine unmittelbare Gefahr für das Leben des/der Betroffenen oder die Rechtsgüter Dritter aufgrund einer psychischen Erkrankung erkennbar und abwendbar, haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Recht auf Zugang zur Wohnung des/der Betroffenen (§ 5 Abs. 3 Satz 5 ThürPsychKG).

Der Betroffene hat es also in der Hand, durch sein eigenes Verhalten Zwangsmaßnahmen im Vorfeld der Unterbringung sowie die Unterbringung selbst zu vermeiden, soweit ihm dies trotz seiner psychischen Erkrankung möglich ist. Zwang kommt entsprechend den verfassungsrechtlichen Vorgaben erst dann in Betracht, wenn eine akute Gefahrensituation besteht und alternative Problemlösungen ausscheiden.

Eine sofortige Unterbringung durch die zuständige Behörde in einem psychiatrischen Krankenhaus oder eine vorläufige Unterbringung durch einstweilige An-

ordnung des Vormundschaftsgerichts gemäß § 70h FGG kommen nur in Betracht, wenn in allernächster Zeit mit an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit mit der Verletzung eines Rechtsgutes des/der Betroffenen oder Dritter gerechnet werden kann.

Besteht nur der Verdacht der Gefährdung der geschützten Rechtsgüter, sind die Maßnahmen entsprechend § 5 ThürPsychKG einzuleiten (siehe zum ganzen SAAGE/GÖPPINGER/WAGNER Kap. 4.5 Rz. 210 und 4.6. Rz. 235).

b) Gewalt bei der Durchführung der Unterbringung

Empirische Untersuchungen belegen, daß in den weitaus meisten aller Unterbringungsverfahren zunächst eine sofortige Unterbringung durch die zuständige Behörde oder, soweit das jeweilige Landesgesetz dies zuläßt, durch die Polizei vorausgeht und das zuständige Vormundschaftsgericht erst eingeschaltet wird, wenn sich der/die Betroffene bereits in dem psychiatrischen Krankenhaus befindet (zu den vorliegenden Untersuchungen SAAGE/GÖPPINGER/MARSCHNER Kap. 1.2. Rz. 22). Damit wird das gesetzlich vorgesehene Verfahren insoweit auf den Kopf gestellt, als die für Ausnahmefälle vorgesehene Möglichkeit der sofortigen behördlichen oder polizeilichen Unterbringung in der Praxis zum Regelfall wird. Dem Vormundschaftsgericht wird dadurch weitgehend die Möglichkeit entzogen, das Unterbringungsverfahren zu gestalten und im Vorfeld der Unterbringung bzw. in der aktuellen Krisensituation selbst eine Entscheidung zu treffen. Häufig bleibt dem Vormundschaftsgericht nur die Möglichkeit, die eingetretenen Realitäten zur Kenntnis zu nehmen und die bereits vollzogene Unterbringung gerichtlich zu bestätigen. Dabei ist eine behördliche oder polizeiliche Unterbringung nur zulässig, wenn auch eine gerichtliche Entscheidung über eine vorläufige Unterbringung durch einstweilige Anordnung nach § 70h FGG nicht rechtzeitig herbeigeführt werden kann.

Kommt es dennoch zu einer sofortigen Unterbringung durch die zuständige Behörde, ist es von entscheidender Bedeutung, daß dieser Maßnahme eine zeitnahe ärztliche oder wenn möglich psychiatrische Begutachtung zugrundeliegt. So schreibt z.B. § 16 Abs. 2 RhPfPsychKG vor, daß Voraussetzung der Anordnung der sofortigen Unterbringung durch die zuständige Behörde eine ärztliche Untersuchung des/der Betroffenen ist, aus der sich die Notwendigkeit der sofortigen Unterbringung ergibt. Wenn sie z.B. in Sachsen bei Gefahr in Verzug eine Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus unmittelbar durch die Polizei zulässig ist, ist auch hier soweit möglich vorher ein Arzt beizuziehen (§ 18 Abs. 3 SächsPsychKG).

Gewaltanwendung erfolgt häufig im Rahmen der Durchführung der Unterbringung durch Behörde oder Polizei. § 11 Abs. 4 HmBPsychKG sieht daher vor, daß die Beförderung der unterzubringenden Person in das Krankenhaus mit einem dafür geeigneten Fahrzeug unter Betreuung von zwei im Umgang mit psychisch Kranken erfahrenen Betreuern zu erfolgen hat. Weitergehend hat das

OLG Frankfurt (R&P 1992.66) im einem Schadensersatzprozeß entschieden, daß im Fall einer behördlichen Unterbringung bereits für die Beurteilung der Frage, ob konkrete Anhaltspunkte für eine akute Gefahr (im entschiedenen Fall Selbsttötungsgefahr) vorliegen, im Umgang mit psychisch Kranken fachlich geschultes Personal einzusetzen ist.

c) (Zwangs-)Behandlung

Im Mittelpunkt der Diskussion um Zwang und Gewalt in der Psychiatrie steht die Zwangsbehandlung im psychiatrischen Krankenhaus, und zwar vor allem in der Aufnahmesituation und zu Beginn der Behandlung. Alle PsychKGs und Unterbringungsgesetze lassen in allerdings sehr unterschiedlichen Grenzen eine Zwangsbehandlung zu. Während nach einem Teil der gesetzlichen Regelungen der Bundesländer die Betroffenen im Rahmen der Unterbringung die nach den Regeln der ärztlichen Kunst gebotene und zulässige Heilbehandlung erhalten und diese damit gegebenenfalls zwangsweise durchgesetzt werden kann, ist diese Möglichkeit in anderen Bundesländern auf unaufschiebbare Fälle bzw. Krisensituationen beschränkt. Vorbildlich ist insoweit § 13 Abs. 3 ThürPsychKG, wonach der/die untergebrachte psychisch Kranke nur unaufschiebbare Behandlungsmaßnahmen in Krisensituationen zu dulden hat, soweit sie sich auf die Erkrankung, die zur Unterbringung geführt hat, beziehen. Nur eine derartige gesetzliche Regelung wird dem heutigen Verständnis der Unterbringung als Krisenintervention gerecht und stellt die erforderliche Kongruenz zwischen den Voraussetzungen für die Unterbringung selbst und die Zwangsbehandlung her (hierzu SAAGE/GÖPPINGER/WAGNER Kap. 4.7. Rz. 321).

In § 20 Abs. 2 RhPfPsychKG ist darüber hinaus ausdrücklich vorgeschrieben, daß die beabsichtigte Behandlung der untergebrachten Person zu erläutern ist und daß diese Erläuterung darauf gerichtet sein soll, die Zustimmung des/der Betroffenen zur Behandlung zu erreichen. Damit wird entsprechend dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit sowie dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz festgeschrieben, daß einer Behandlung mit Einwilligung des/der Betroffenen immer Vorrang gegenüber einer Behandlung gegen den Willen des/der Betroffenen zukommt (hierzu auch FINZEN u.a. Hilfe wider Willen, Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag). Es ist immer das Mittel zu wählen, das am wenigsten in die Rechte des/der Betroffenen eingreift, um das gefährdete Rechtsgut zu schützen. Zwang darf daher bei der Behandlung unabhängig von der jeweiligen gesetzlichen Regelung nur ausgeübt werden, wenn jede denkbare Alternative unter Berücksichtigung der Wünsche des/der Betroffenen ausgeschöpft ist.

d) Fixierung und andere Sicherungsmaßnahmen

In akuten Gefahrensituationen während der Unterbringung kommen Fixierungen und andere Sicherungsmaßnahmen in Betracht (siehe z.B. die Aufzählung in § 17 Abs. 2 RhPfPsychKG). Diese bedürfen wegen der damit verbundenen

Eingriffe in die Grundrechte des Art. 2 Abs. 2 GG der ausdrücklichen gesetzlichen Regelung. Am engsten sind die Voraussetzungen wiederum im Hamburger PsychKG gefaßt. Nach § 18 Abs. 1 HmbPsychKG sind Fixierungen nur bei Gewalt gegen andere Personen oder der Gefahr der Selbsttötung oder Selbstverletzung zulässig. Dabei ist die fixierte Person ständig in geeigneter Weise zu betreuen bzw. zu beobachten (§ 18 Abs. 1 Satz 2 HmbPsychKG; § 17 Abs. 3 Satz 5 RhPfPsychKG). Fixierungen und vergleichbare Sicherungsmaßnahmen dürfen nur vom Arzt, bei Gefahr in Verzug vorläufig vom Pflegepersonal angeordnet werden (§ 18 Abs. 2 HmbPsychKG). Nach Ablauf bestimmter Fristen (§ 18 Abs. 2 Satz 2 HmbPsychKG: 12 Stunden; § 17 Abs. 3 Satz RhPfPsychKG: 1 Tag) sind weitere Instanzen wie die Krankenhausleitung bzw. die Aufsichtsbehörde einzuschalten. Es besteht außerdem eine Dokumentationspflicht (§ 18 Abs. 3 HmbPsychKG; § 17 Abs. 3 Satz 2 RhPfPsychKG).

e) Offene Unterbringung

Eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus muß nicht notwendigerweise auf einer geschlossenen Station durchgeführt werden. Bereits aus den Vorschriften des Strafvollzugsgesetzes ergibt sich, daß im Fall des offenen Vollzuges nur verminderte oder keine Vorkehrungen gegen Entweichungen getroffen sein müssen (§§ 10 Abs. 1, 141 Abs. 2 StVollzG). Ausreichend für eine Unterbringung sind die Beschränkung des/der Untergebrachten auf einen bestimmten Raum sowie die Reglementierung des Zusammenlebens und des Kontaktes nach außen. Die Kontrolle der Einhaltung dieser Regeln kann auch durch Beobachtung erfolgen und muß nicht notwendigerweise durch geschlossene Türen sichergestellt werden. Dies bedeutet, daß unabhängig von den gesetzlichen Regelungen eine Unterbringung auch auf offenen Stationen durchgeführt werden kann, wenn die entsprechende Überwachung der Untergebrachten durch das Personal gewährleistet ist (zu entsprechenden Modellen BERNARDI R&P 1994.11 und ARNOLD/KLOSS FuR 1996.263).

In einigen PsychKGs ist die offene Unterbringung als Regelform der Unterbringung ausdrücklich vorgesehen. So soll in Thüringen die Unterbringung nach Möglichkeit aufgelockert und weitgehend in freien Formen durchgeführt werden (§ 21 Abs. 1 ThürPsychKG). Der/die Untergebrachte soll in frei zugänglichen Stationen und Betreuungsbereichen aufgenommen werden, wenn dies der Behandlung dient, keine Mißbrauchsgefahr besteht und dies nicht gegen den Willen des/der Untergebrachten geschieht. Das Vormundschaftsgericht, ein gesetzlicher Vertreter sowie der sozialpsychiatrische Dienst sind zu benachrichtigen (§ 21 Abs. 2 ThürPsychKG).

5. Rechtsschutz

Rechtsschutz bedeutet zunächst die Möglichkeit für den Betroffenen, die gesetzlich vorgesehenen Rechtsmittel gegen die Unterbringungsentscheidung oder

gegen Maßnahmen während des Vollzugs der Unterbringung wahrzunehmen. Hierzu gehört die Kenntnis der bestehenden Rechtsmittel. Zwar enthält jeder Unterbringungsbeschluß eine Rechtsmittelbelehrung (§ 70 f Abs. 1 Nr. 4 FGG). Anders verhält es sich bereits hinsichtlich der Möglichkeit, Maßnahmen im Vollzug der Unterbringung mit einem Antrag auf gerichtliche Entscheidung nach § 70 I FGG anzugreifen und durch das Vormundschaftsgericht überprüfen zu lassen. § 9 SächsPsychKG schreibt daher ausdrücklich vor, daß der Betroffene über seine Rechte während des Unterbringungsverfahrens und der Unterbringung zu belehren und schriftlich zu informieren ist. Diese Vorschrift sollte Vorbild für alle Bundesländer sein.

Die Kenntnis von der Möglichkeit eines Rechtsmittels bedeutet aber noch nicht die Fähigkeit, in der konkreten Unterbringungssituation dieses Recht auch wahrzunehmen. Dem Betroffenen steht daher im Unterbringungsverfahren in aller Regel ein Verfahrenspfleger zur Wahrnehmung seiner Interessen zur Seite (§ 70 b FGG: zu den Problemen der Verfahrenspflegschaft ROGALLA R&P 1996, 130). Da Rechtsmittel zumindest im Hinblick auf Maßnahmen im Vollzug der Unterbringung von den Betroffenen kaum wahrgenommen werden, ist eine Reduzierung von Zwang und Gewalt durch eine gerichtliche Kontrolle kaum zu erwarten.

Um so wichtiger sind Kontrollinstanzen außerhalb der gerichtlichen Kontrolle. Große Bedeutung kommt neben den Besuchskommissionen der Einführung eines Patientenfürsprechers wie z.B. gemäß § 26 ThürPsychKG zu. Dabei muß der Zugang der Betroffenen zum Patientenfürsprecher sowie gleichzeitig der Zugang des Patientenfürsprechers zu allen Stationen und Betreuungsbereichen gewährleistet sein. Dies ermöglicht dem Patientenfürsprecher, Wünsche und Beschwerden der Betroffenen entgegenzunehmen, zu prüfen und gegebenenfalls an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung weiterzuleiten. Eine derartige Vermittlung von Beschwerden kann im Ergebnis effektiver sein als das Beschreiten des Rechtsweges (zu ausländischen Modellen der Patientenvertretung siehe das Schwerpunktheft Patientenvertretung in der Psychiatrie R&P 1996 Heft 3).

6. Weiterentwicklung der PsychKGs

Die vorstehenden Ausführungen mit Belegen aus verschiedenen PsychKGs zeigen, daß der Gesetzgeber durchaus Vorgaben machen kann, die die Praxis zur Einhaltung bestimmter Standards anhalten. Unterschiedliche Regelungen bezüglich der Eingriffsschwelle bei Zwangsmaßnahmen zeigen darüber hinaus, daß auch hier Einflußmöglichkeiten der Gesetzgeber bestehen. Dies gilt entsprechend für Regelungen, die den Umgang mit psychisch kranken Personen, die sich in einer Krisensituation befinden, im Laufe eines Unterbringungsverfahrens und während der Unterbringung betreffen. Andererseits steht fest, daß sich die Praxis am Rande des rechtlich Zulässigen oder auch gegen ausdrückliche gesetzliche Vorhaben Wege sucht, den Verlauf einer Unterbringung nach praktischen Gesichtspunkten sowie unter Berücksichtigung bestehender oder vor al-

lem nicht bestehender organisatorischer Strukturen zu gestalten. Daneben sind Definitionsprozesse nicht zu unterschätzen. Gerichtliche Kontrolle im Unterbringungsrecht wird zu wenig in Anspruch genommen, um auf diesem Wege die Verbindlichkeit gesetzlicher Standards stärker durchsetzen zu können.

Aus diesen Überlegungen kann nur der Schluß gezogen werden, daß die zitierten gesetzlichen Vorschriften und auch der 1992 vorgelegte Musterentwurf eines Gesetzes für psychisch Kranke nicht ausreichen, um entscheidend Einfluß auf die Unterbringungspraxis nehmen zu können. Eine Weiterentwicklung des Unterbringungsrechts und vor allem der Verfahrensvorschriften muß sich daher an den praktischen Gegebenheiten orientieren. Es gibt trotz der bundeseinheitlich neugefaßten Vorschriften für das Unterbringungsverfahren in den §§ 70 ff. FGG keinen Sinn, die Verfahrensgarantien an einem Unterbringungsverfahren zu orientieren, das in der Praxis fast nicht stattfindet. Da in aller Regel das Vormundschaftsgericht selbst für das Verfahren der einstweiligen Anordnung nach § 70 h FGG erst eingeschaltet wird, wenn sich der/die Betroffene bereits im psychiatrischen Krankenhaus befindet, muß das Verfahrensrecht am Verfahren der sofortigen behördlichen Unterbringung ausgerichtet werden. Dies ist nach der derzeit geltenden Gesetzgebungszuständigkeit Aufgabe der Landesgesetzgeber. In den diesbezüglichen Vorschriften der PsychKGs ist der Ablauf einer Unterbringung insoweit festzuschreiben, daß der/die Betroffene zunächst einem Psychiater vorgestellt wird, der eine aktuelle Begutachtung zu erstellen hat, und danach vor der Verbringung in das psychiatrische Krankenhaus und vor Beginn der psychiatrischen, insbesondere medikamentösen Behandlung dem Vormundschaftsrichter zur erforderlichen Anhörung vorzustellen ist. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung ist insbesondere zu prüfen, welche Kriseninterventionsmöglichkeiten zur Vermeidung einer Unterbringung zur Verfügung stehen. Weitergehend wäre es sinnvoll, die Unterbringungszeiten für die öffentlich-rechtliche Unterbringung entsprechend der bis zum Inkrafttreten der Verfahrensvorschriften der §§ 70 ff. FG geltenden Regelungen des Berliner PsychKG für die vorläufige Unterbringung durch einstweilige Anordnung auf eine Woche und für die endgültige Unterbringung auf zwei Monate festzulegen. Dies entspricht empirischen Erkenntnissen über die tatsächliche Dauer der öffentlich-rechtlichen Unterbringung (SAAGE/GÖPPINGER/MARSCHNER Kap. 1.2 Rz. 22). Hierzu ist für den Bereich der öffentlich-rechtlichen Unterbringung eine Änderung der §§ 70 f Abs. 1 Nr. 3 und 70h Abs. 2 FGG durch den Bundesgesetzgeber erforderlich. Zusammen mit einer Eingrenzung der Unterbringungsvoraussetzungen wie in § 9 Abs. 1 HmbPsychKG sowie der Eingriffsgrenzen für die Zwangsbehandlung wie in § 13 Abs. 3 ThürPsychKG könnte auf diese Weise der Weg beschritten werden zu einer Herauslösung des Unterbringungsrechts aus dem Polizeirecht und zu einer Weiterentwicklung zu einem Gesundheitsstrukturgesetz, in dem die Unterbringung als eine Maßnahme der Krisenintervention innerhalb eines Spektrums von Hilfsangeboten für die Betroffenen verstanden wird.

Literatur

ARNOLD R./KLOSS W.: Offene Psychiatrie, ambulante Behandlung und Betreuungsgesetz
FuR 1996.263

BERNARDI O.: Freiheitsentziehende Unterbringung – auf einer offenen Station? R&P 1994.11

FINZEN A., HAUG H.J., BECK A., LÜTHY D.: Hilfe wider Willen – Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag 1993

MARSCHNER R.: Rechtliche Aspekte der Behandlungsvereinbarung R&P 1997 H,171

MARSCHNER R., VOLCKART B.: Musterentwurf eines Gesetzes für psychisch Kranke R&P
1992.54

RICHTER S.: Anmerkungen zum Musterentwurf eines Gesetzes für psychisch Kranke R&P
1993.68

ROGALLA C.: Die Verfahrenspflegerin – eine Identitätskrise im Verlauf R&P 1996.130

SAAGE/GÖPPINGER/BEARBEITER: Freiheitsentziehung und Unterbringung 3. Aufl. 1994

VORMUNDSCHAFTSGERICHTSTAG e.V.: 5. Vormundschaftsgerichtstag Materialien und
Ergebnisse 1997

Die Bedeutung von internem Qualitätsmanagement für das Klima einer psychiatrischen Klinik und den Umgang mit Zwangsmaßnahmen

Niels Pörksen

Lassen Sie mich zu Beginn dieses Referates noch einmal mit Nachdruck auf den „Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken“ hinweisen, der auf einer Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE im Mai 1996 hier in Bonn vorgestellt wurde.

Der Leitfaden ist im Nomos-Verlag erschienen oder als Tagungs-Material bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE erhältlich.

Unter dem Stichwort „Rechtssicherheit“ bei den Qualitätsanforderungen und unter dem Stichwort „Handhabung von Zwangsmaßnahmen“ im Handlungsbereich 12 ist auf die unterschiedlichen Formen des Qualitätsmanagements im Umgang mit Zwangsmaßnahmen ausführlich eingegangen worden.

Dabei ist beim Leitfaden zu beachten: Es handelt sich weder um ein Rezeptbuch noch um Handlungsanweisungen. Im Gegenteil, der Leitfaden ermöglicht eine vertiefte Auseinandersetzung mit der kritischen Reflexion eigenen Umgangs mit der Durchführung von Zwangsmaßnahmen, mit dem Hinterfragen von Regeln und Standards in der Klinik und mit den Möglichkeiten, auf Zwangsmaßnahmen weitestgehend zu verzichten usw.

Zur Verdeutlichung meiner Position: Solange wir den Auftrag zur Gefahrenabwehr haben, müssen wir freiheitsentziehende Maßnahmen durchsetzen. Dies gehört zu unserem Auftrag. Bereits die Aufforderung an den Patienten, die Klinik nicht zu verlassen, ist Freiheitsentziehung. Sie beginnt dort, wo ich einer Patientin den Ausgang verwehre, wo ich sie an schädigenden Geldausgaben hindere, wo ich einen Patienten beim Ausgang beaufsichtige und begleite, damit er nicht wegläuft. Freiheitsentziehende Maßnahme ist jede Isolierung, ob ich sie Zimmereinschluß, Stubenarrest oder Fixierung nenne.

Von Bedeutung für das interne Qualitätsmanagement ist allerdings das „Klima“ einer psychiatrischen Klinik. Unter Klima verstehe ich die Bereitschaft zur Vermeidung von Gewalt, zum offenen partnerschaftlichen Umgang unter allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und in der Zusammenarbeit mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen. Zum Klima gehört allerdings auch die offene und vorbehaltlose Auseinandersetzung mit den tatsächlichen Gegebenheiten eines Krankenhauses und die Bereitschaft, Patienten und Mitarbeitern, möglichst wenig Einschränkungen zuzumuten bei der Durchsetzung freiheitsentziehender Maßnahmen.

Aus dem Gesagten folgt die erste und bedeutsamste Regel des internen Qualitätsmanagements: Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter, vor allem alle Mitglieder der Leitung, müssen wissen, wie die Praxis im Alltag aussieht. Sie müssen die Regeln kennen, sie müssen das abgestufte Konzept der Gewaltprävention kennen, sie müssen sich kritisch mit ihrer eigenen Situation auseinandersetzen.

Viele von uns haben lange gebraucht, sich radikal mit den Verhältnissen im eigenen Hause zu konfrontieren, liebgewordene Gewohnheiten – wie gefängnisartige Isolierzellen, in den von Bodelschwinghschen Anstalt verniedlichend als „Stübchen“ bezeichnet – als überflüssig abzuschaffen oder andere liebgewordene Gewohnheiten der routinemäßigen Handhabung von Gegengewalt bei von Patienten ausgehender Gewalt oder bei geduldeter Gewalt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im eigenen Bereich.

In vielen Fällen – auch bei uns in der Klinik – hat es lange gedauert, Fixierungen und Isolierungen ausreichend zu dokumentieren, genau hinzuschauen, wenn es um Zwangsmedikation geht und alle anderen Formen der freiheitsentziehenden Maßnahmen – von der geschlossenen Tür bis zur Aufhebung von Vergünstigungen, die gelegentlich vom Wohlverhalten der Patientinnen und Patienten abhängig gemacht wurden.

Wir alle sind aufgefordert, zunächst einmal genau hinzugucken, wie es bei uns im Hause, in der Klinik, in unseren ambulanten Diensten, aussieht, und zwar in allen Teilbereichen freiheitsentziehender Maßnahmen.

Lassen Sie mich dazu einige Vorschläge unterbreiten, die als kontinuierliches Qualitätsmanagement verstanden werden können. Die Regeln sind nicht vollständig, sie sind modifizierbar. Sie dienen aber ganz offensichtlich dazu, das Thema wachzuhalten und durch das Wachhalten genau hinzuschauen und damit möglicherweise auch Gewaltreduzierung zu bewirken.

1.

Benennen Sie jemanden, der oder die diesen Themenkomplex in Ihrer Kritik wachhält.

Bei uns ist dafür eine Oberärztin aus der Abteilung für Allgemeine Psychiatrie verantwortlich.

2.

Nutzen Sie jeden Tag die Möglichkeit nachzufragen, welche Zwangsmaßnahmen in den letzten 24 Stunden erfolgten und wie sie bewerkstelligt wurden. Bei uns geschieht die im Rahmen der ärztlichen Frühbesprechung. Allein die Information über die Anzahl von Fixierungen, Isolierungen und besonderen Gewaltaktionen, bei denen die Polizei zu Hilfe geholt werden muß, tragen dazu bei, das Thema wachzuhalten.

3.

Sorgen Sie dafür, daß klar ist, was Sie unter Zwangsmaßnahmen oder freiheitsentziehenden Maßnahmen verstehen. Entwickeln Sie klinikeigene Standards, oder orientieren Sie sich an vorhandenen Standards, wie etwa an denen der Landschaftsverbände Rheinland oder Westfalen-Lippe.

Bei uns werden die Standards durch monatliche Qualitätszirkel erarbeitet und von der Klinikleitung im Konsens verabschiedet.

Bei und gibt es Standards zu „Regeln zum Umgang mit Gewalt durch PatientInnen“.

Es gibt einen Standard zum Umgang mit Gewalt durch MitarbeiterInnen, einen weiteren zur Fixierung in psychiatrischen Notfallsituationen. In diesem Standard ist auch die Isolierung geregelt, die auch so benannt wird, weil Stubenarrest die Freiheitsentziehung verschleiern.

Dazu gehört auch ein Standard zur Pflege bei fixierten und isolierten PatientInnen. Hier ist selbstverständlich auch die kontinuierliche Überwachung, die Einzelbetreuung oder Sitzwache geregelt.

Ein Standard zur medikamentösen Zwangsbehandlung ist bei uns noch nicht entwickelt worden. Die DGPPN hat am 27. Mai 1997 einen Vorschlag „Guide-Lines – Zwangsbehandlung in der Psychiatrie“ vorgelegt, den es lohnt, genau zu studieren.

Das Vorhandensein von Standards allein genügt nicht. Sorgen Sie dafür, daß diese allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind und daß man sich im Alltag nach ihnen richtet.

4.

Dazu gehört auch die offene, von Ärzten und Pflegepersonal gemeinsam dokumentierte und abgezeichnete Dokumentation über die tatsächlich durchgeführten Maßnahmen. D.h., es muß Formulare geben, aus denen klar wird, wann und unter welchen Umständen welche Maßnahmen angeordnet werden, wie sie durchgeführt und wie sie beendet werden und durch wen in diesem Zusammenhang welche Entscheidungen fallen. In einzelnen Bundesländern oder bei Landschaftsverbänden gibt es sogenannte Fixierungs- oder Isolierungsformulare. Wir haben eines entwickelt, das sich weitgehend mit denen von Bremen und Berlin-Neukölln deckt.

Dazu später mehr.

5.

Sorgen Sie dafür, daß fixierte oder isolierte Patientinnen und Patienten nicht alleingelassen werden. Der Zwang zur Sitzwache reduziert die Anzahl von Fixierungen und Isolierungen erheblich.

Bei und hat es lange gedauert, bis wir uns in diesem Jahr dazu durchgerungen haben, Zwangsmaßnahmen durch Einzelbetreuungen zu begleiten.

6.

Regelmäßige Fortbildung für MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen sollten Routine sein.

Als Beispiel:

Die letzte vollständige Fortbildung zu diesem Thema fand in unserer Klinik am 09. September 1997 statt.

In drei Gruppen wurde gearbeitet zu folgendem Thema:

- a. Strukturiertes Gespräch mit Fallbeispielen:

Moderatoren:

Stationsleitung Psychotherapie-Station, Sozialarbeiterin, therapeutischer Leitung, Psychologe aus dem Suchtbereich.

- b. Notruf – Provozieren oder Reduzieren von Gewalt und Zwangsmaßnahmen?

Moderatoren:

Weiterbildungsbeauftragter psychiatrische Krankenpflege, Stationsleiter und Stationsleiterin.

- c. Gewalt – wer schützt eigentlich die MitarbeiterInnen?

Moderation:

Pflegeberater, Oberärztin, Krankenpfleger.

Die Themenstellungen variieren. Bei uns finden diese Fortbildung in Abständen von ca. drei Monaten statt. Die verantwortliche Oberärztin sorgt dafür, daß dies auch geschieht.

Zusätzlich gibt es regelmäßige Fixierkurse, an denen alle teilnehmen müssen, die an Fixiergruppen im Notfall beteiligt sind, auch die Stationsärzte.

7.

Über diese konkreten Maßnahmen hinaus empfiehlt es sich, in einen Erfahrungsaustausch zu treten. Angefangen hat dies mit sogenannten Intervisionsgesprächen und im Rahmen einer Tagung des Mannheimer Kreises in Bremen im Frühjahr 1996.

Am Ende wurde vereinbart, die Praxis in der Handhabung von Zwangsmaßnahmen untereinander offenzulegen, sich gegenseitig zu besuchen, sich zu informieren, praktische Erfahrungen auszutauschen usw.

Schließlich auch mit der Zielsetzung, voneinander zu lernen, sich zu entlasten. Dies ist jedoch nur möglich in einer Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens, des Vermeidens von Besserwisserei und dennoch der Verstärkung von gelungenen Gewaltprävention.

Dieser Erfahrungsaustausch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen zwischen dem Zentralkrankenhaus Bremen Ost, der Psychiatrischen Klinik Berlin-Neukölln und der Psychiatrischen Klinik Bielefeld hat für uns bereits erhebliche Früchte getragen, nicht nur in der übersichtlicheren Abfassung der Dokumentation, sondern damit einhergehend vielmehr der Entscheidungswege. Vor allem aber in der Bereitschaft, die Notwendigkeit der ständigen Überwachung durch Sitzwachen auch klinikintern durchzusetzen. Dies immer mit der Argumentation: Wenn das andere können, dann müssen wird diese auch leisten.

Weitere übergeordnete Gesichtspunkte sind die ständigen regelmäßigen Foren im Dialog von Angehörigen, Patienten und Professionellen, in denen Gewalt und Gewaltprävention ein ständiges Thema ist.

Ein Instrument ist die dazu entwickelte Behandlungsvereinbarung, die nach Abschluß einer Behandlung zwischen ehemaligen Psychiatrie-PatientInnen (Psychiatrie-Erfahrenen) und mit verantwortlichen MitarbeiterInnen unserer Klinik gemeinsam ausgehandelt werden.

In den Behandlungsvereinbarungen werden positive und negative Erfahrungen in akuten Krisen niedergelegt, Wünsche und Vereinbarungen über das, was gutgetan hat in Krisen, und das, was nicht gutgetan hat, was schädlich war und was unbedingt vermieden werden muß usw., festgelegt.

In Einzelfällen wird auch festgelegt, welche Zwangsmaßnahmen in welcher Reihenfolge akzeptiert werden, wenn sich dieses nicht vermeiden läßt. Also zum Beispiel: Lieber Isolierung als Zwangsmedikation, lieber einen ständigen Begleiter als Isolation, in anderen Fällen lieber keinen Begleiter, lieber alleingelassen werden, lieber ausreichend Schlaf- und Beruhigungsmittel, um abschalten zu können, usw.

Für jeden werden aufgrund seiner früheren Erfahrungen und unserer Erfahrungen konkrete Vereinbarungen getroffen bis hin zu der Frage, auf welche Station die Aufnahme erfolgt und ähnliches.

Unsere Erfahrungen sind bisher bei den mehr als 80 abgeschlossenen Vereinbarungen und häufigen Wiederaufnahmen, daß Patientinnen und Patienten in fast allen Fällen rechtzeitig in die Klinik kommen, Zwangseinweisung von daher vermieden werden.

Eine zweite Erfahrung ist die, daß damit einhergehend notwendig werdende Zwangsmaßnahmen in der Klinik in den meisten Fällen vermeidbar wurden. Zu diesem Zweck haben wir für einfache Regelungen auch einen Krisenpaß entwickelt, der sich im Arbeitsalltag allerdings noch nicht breit durchgesetzt hat.

Mir war es aufgegeben, dieses Thema möglichst praktisch und konkret anzugehen, mich nicht in allgemeinen „man sollte und müßte“-Wendungen zu verlieren, sondern auf konkrete Maßnahmen im Alltag eines Krankenhauses einzugehen.

Im Detail läßt sich vieles unterschiedlich regeln. Worauf man nicht verzichten kann, ist nach meiner Auffassung:

1. Das Thema muß ständig aktuell, offen und ohne Vorurteile thematisiert werden können. Moralische Appelle erzwingen eher eine Tabuisierung! Jedes „Sie dürfen, Sie dürfen nicht...“ ist eine freiheitsentziehende Maßnahme.
2. Alle MitarbeiterInnen und Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen sind mitverantwortlich, das Ausmaß der Gewalt möglichst gering zu halten und
3. zu Standards, Handhabung, Überwachung und Zwangsmaßnahmen, anderen freiheitsentziehenden Maßnahmen etc. müssen Regeln und Verantwortlichkeit existieren. Dabei muß es jederzeit möglich sein, die Regeln auch zu hinterfragen und sie immer wieder begründen zu lassen. Ein „das machen wir immer so“, darf es bei Zwang und Gewalt nicht geben.
4. Dazu führen Supervisionen und Intervisionen – Offenlegung des eigenen Handelns und Zusammenarbeit mit anderen Kliniken. Das funktioniert allerdings nur, wenn Gewaltfreiheit nicht einzig zulässiges Prinzip ist. Dann ist jede Gewaltmaßnahme ein Behandlungsfehler und ein Versagen des Behandlungssystems.
In dem Fall herrscht ein Klima, welches gelassenen Umgang mit der Thematik beeinträchtigt.
5. Rezepte und Patentlösungen oder das unbedingte Postulat der Gewaltfreiheit erschweren ein offenes, kommunikatives Klima im Umgang aller Beteiligten untereinander und den partnerschaftlichen Umgang mit den Patientinnen und Patienten. Ein Klima von möglichst wenig Gewalt stellt sich ein, wenn die Würde des Patienten jederzeit respektiert wird, wenn Rechtssicherheit herrscht, wenn die Möglichkeiten zum Dialog auch in der Praxis genutzt werden und wenn kommunikative und kooperative Leitungsverantwortung auch im Alltag wahrgenommen wird.

In diesem Sinne wünsche ich allen Beteiligten einen vorurteilsfreien Umgang mit dieser Thematik, eine ständige Auseinandersetzung mit Zwang und Gewalt in der Klinik, um das Ausmaß an freiheitsentziehenden Maßnahmen so gering wie möglich zu gestalten.

Rahmenbedingungen für die Reduzierung von Gewalt und Zwang in einer psychiatrischen Abteilung

Hans-Georg Gerber

Die psychiatrische Praxis scheint ohne Anwendung von Zwang und Gewalt nicht auszukommen. Die folgende Darstellung über die Arbeitsweise einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus soll und kann diese Grundsatfrage nicht abschließend beantworten. Vielmehr soll versucht werden, möglichst ohne allzu große ideologische Verhaftung, Rahmenbedingungen zu beschreiben, mit denen Anwendung von Zwang und Gewalt zumindest reduziert werden kann. Dabei geht der Autor davon aus, daß die Vermeidung von Zwang und Gewalt ein wichtiges Ziel, die größtmögliche Reduzierung eine Pflichtaufgabe für im psychiatrischen Feld Tätige darstellt.

Die im Referat mitgeteilten Daten und Meinungen gründen in der Erfahrung aus der praktischen Arbeit in einer psychiatrischen Universitätsklinik mit offenen und geschlossenen Stationen, in einem zunächst differenziert und spezialisiert arbeitenden Landeskrankenhaus und der inzwischen mehr als dreieinhalb Jahre dauernden Tätigkeit einer gemeindenahen psychiatrischen Abteilung.

Die psychiatrische Abteilung des Ev. Fliedner-Krankenhauses in Neunkirchen hat im Zusammenhang mit den Strukturveränderungen der psychiatrischen Landschaft im Saarland den Pflichtversorgungsauftrag für den Landkreis Neunkirchen mit rund 150.000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Januar 1994 übernommen. Die Abteilung hält 80 Betten, 15 Tagesklinikplätze und eine Institutsambulanz vor. Der Abteilung angeschlossen ist eine in räumlicher Nähe befindliche Tagesstätte, das Café Theodor. Neben der psychiatrischen Abteilung befindet sich eine internistische Abteilung mit 65 Betten am Ev. Fliedner-Krankenhaus. Früher dort vorhandene weitere somatische Fächer wurden im Zusammenhang mit der allgemeinen Bettenreduktion im Saarland geschlossen.

Wesentliche strukturelle Merkmale der psychiatrischen Abteilung lassen sich schlagwortartig darstellen.

- Gemeindenähe
- Anbindung an ein Allgemeinkrankenhaus
- gemischte Stationen (Geschlecht, Alter, Diagnosen, Krankheitsstadien)
- grundsätzlich Stationen mit offenen Türen

Konkret bedeutet dies, dem Sektorprinzip folgend, daß der Wohnort der einzelnen Patientinnen und Patienten die Zuordnung zur jeweiligen Station festlegt. Vollversorgung wird in dem Sinn betrieben, daß alle Patienten des Sektors ohne Selektion aufgenommen werden; auf den offenen Stationen auch Unterbringungen im Rahmen des Betreuungsgesetzes bzw. Unterbringungsgesetzes durch-

Wochenplan

Offene Angebote

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
8							
9							
10							
11			Täglich 10-16.30 Uhr: Beschäftigungstherapie Sporttherapie Musiktherapie (Einzel und Gruppen, nach Vereinbarung)			Angebote nach Vereinbarung	
12							
13	Fitness- studio						
14					Schwimmen		
15			Fitness- studio			Angebote nach Vereinbarung	
16	Lauf- treff			Lauf- treff			
17							
18							
19	Info-Gruppe der AA	BT		BT			
20							

Abb. 1

Wochenplan

P1 und P2
 P3, P4 und TK
 alle

Spezielle Angebote

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
8						Viste	
9	Viste	Viste	Viste	Viste	Viste		
10							
11			Einzeltherapie (Arzt, Psychologe etc.) Mo - Fr: 9.00 - 16.30 Uhr Fr: 9.00 - 15.00 Uhr				
12							
13							
14	Auto- genes Training	Auto- genes Training	Komm- unikations- gruppe	Senioren- runde	Depres- sions- gruppe	Komm- unikations- gruppe	
15	Musiktherapie: In- provisationsgruppe						
16	soz. Kom- soz. Kom- petenz- petenz- training training	Angst- bewälti- gung	Angst- bewälti- gung	Psy- chose- gruppe	Depres- sions- gruppe	Sech- gruppe	
17							
18							
19				Angstbewälti- gungsgruppe			
20							

Abb. 2

WOCHENPLAN: ANGEBOTE

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
8 ⁰⁰							
9 ⁰⁰	Frühstück Kochgruppe / Einkauf						
10 ⁰⁰							
11 ⁰⁰	Stemmrund Zeitgeschehen	Hausversamm- lung Internes	Versicherungen Verträge	Wohnungsmarkt	Backen		
12 ⁰⁰							
13 ⁰⁰	Mittagessen						
14 ⁰⁰							
15 ⁰⁰	Literatur	Wandertag	Hauswirtschafts- kurs: Nähen Stopfen Bügeln Handarbeiten	Creatives	Einkauf	Aktivitäten nach Vereinbarung	
16 ⁰⁰							
17 ⁰⁰							
18 ⁰⁰	Spielenachmittag	Menue bei Theo (Kochkurs)	Kegeln Tanzabend (jeden 2. Mitt- woch im Monat)	Musik Kaffeeklatsch	Pizza bei Theo		
19 ⁰⁰							
20 ⁰⁰							

Abb. 3

geführt werden; auf den Stationen beide Geschlechter, alle Altersgruppen, alle Diagnosen, alle Krankheitsstadien gemeinsam behandelt werden und im Sinne der Behandlungskontinuität auf Aufnahme- und/oder Entlaßstationen verzichtet wird. Eventuell indizierte ambulante Weiterbehandlungen werden durch das gleiche Stationsteam durchgeführt.

Eine wesentliche Vorgabe für die Arbeit der Abteilung besteht darin, daß entsprechend den Erwartungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) individuell angemessene Behandlungsangebote an sieben Tagen in der Woche realisiert werden. Über die dargestellten Wochenpläne (Abb. 1, 2, 3) werden ergänzend zu den therapeutischen Einzelkontakten mehr oder weniger spezialisierte, dem einzelnen Patienten angepaßte Gruppenangebote umgesetzt.

Nach Psych-PV steht der Abteilung die in Abb. 4 dargestellte Personalkapazität zur Verfügung.

Zum Personaleinsatz ist zu bemerken, daß alle Berufsgruppen auch außerhalb der sogenannten üblichen Dienstzeiten tätig werden.

Bedeutung für den aktuellen Arbeitsstil in der Abteilung hat sicher auch, daß die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes praktisch vollständig aus somatischen Fächern der Medizin kamen. Sie wurden lediglich in einer dreimonatigen intensiven Unterrichtsphase auf die zukünftige Tätigkeit vorbereitet.

**Personalbedarf der Psychiatrischen Abteilung
des Ev. Fliedner-Krankenhauses Neunkirchen**

80 Betten (4 Stationen) – Tagesklinik (15 Plätze) – Institutsambulanz

Ärzte	12
Pflegedienst	61
Psychologen	1,5
Beschäftigungs-, Musik-, Sporttherapeuten, Krankengymnasten	6
Sozialarbeiter	3

Abb. 4

Vor diesem Hintergrund ergab sich fast zwangsläufig die Notwendigkeit permanenter interner Fort- und Weiterbildung, die im Rahmen der sogenannten „Morgenkonferenz“ mit allen Mitarbeitergruppen gemeinsam zweieinhalb Jahre lang von Montag bis Freitag von 7.45-8.45 Uhr durchgeführt wurde. Inzwischen findet diese Weiterbildungsaktivität noch Donnerstag und Freitag statt.

Ziele dieser internen Fort- und Weiterbildung sind:

- Verbesserung des Wissensstandes des einzelnen Mitarbeiters/Mitarbeiterin
- Anhebung des durchschnittlichen Qualitätsniveaus der Mitarbeiter/innen
- Aufbau und Stabilisierung von Teamarbeit
- Schaffung eines offenen, vertrauensvollen Arbeitsstils.

Für die Jahre 1994 und 1995 sind in den Abb. 5 u. 6 orientierend geordnet die Themenbereiche der Morgenkonferenz und die Referentinnen und Referenten dargestellt.

Bezüglich der Themen ist anzumerken, daß aus unterschiedlicher Sicht der Komplex Zwang und Gewalt besondere Bedeutung hatte.

Bei den Referentinnen und Referenten ist zunächst einmal der deutlich überproportionale Einsatz der Ärztinnen und Ärzte auffällig, wichtiger aber ist die auch in diesem Zweijahreszeitraum sichtbare Veränderung zu stärkerer Aktivität anderer Berufsgruppen, insbesondere des Pflegedienstes und die deutliche Zu-

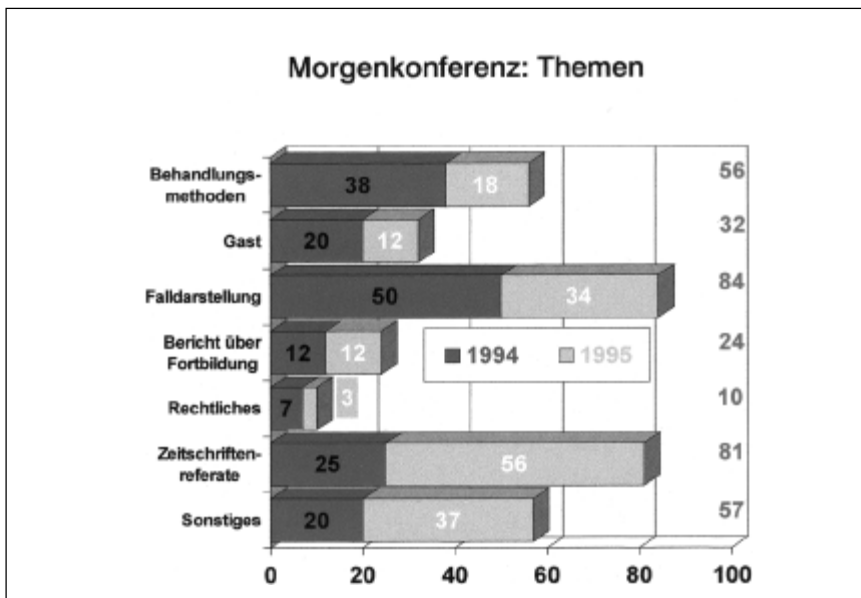


Abb. 5

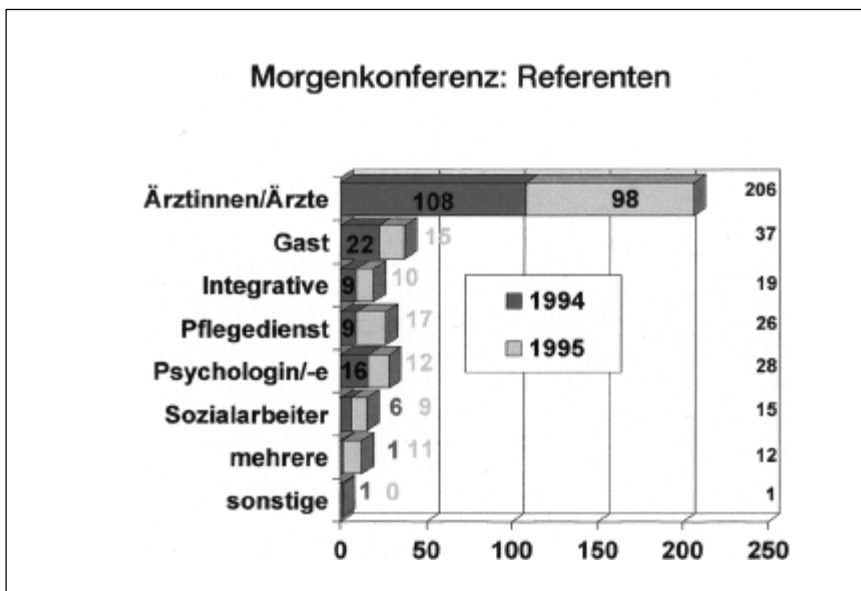


Abb. 6

Stationsbeurteilungsbogen SBB (Engel 1983):
Ev. Fliedner-Krankenhaus im Vergleich zur Normstichprobe
 alle Mitarbeiter und Patienten, alle Zeitpunkte

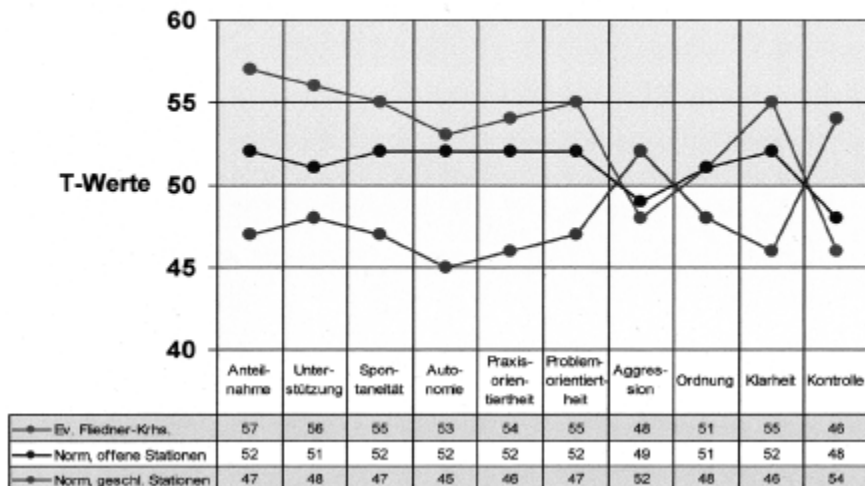


Abb. 7

Statistische Daten – Psychiatrische Abteilung
Ev. Fliedner-Krankenhaus Neunkirchen
Zeitraum 1994-1996 (Auswahl)

– Zahl der Entlassungen	2605	100,00 %
– Aufnahme mit Beschluß	118	4,50 %
– Abbruch der Behandlung durch Patienten	195	7,50 %
– Abbruch durch Patienten (untergebracht)	11	0,42 %
– Suizide	5	0,19 %
– Suizide bei untergebrachten Patienten	0	0,00 %
– Fixierungen:		
Es wurde 192 mal fixiert bei 2680 Fällen		(7,1 %)
es wurden 81 Patienten fixiert bei 2680 Fällen		(3,0 %)

Abb. 8



Abb. 9

nahme der Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen bei der Vorbereitung und Durchführung der Weiterbildung.

Insbesondere das letzte der dargestellten Weiterbildungsziele – offener und vertrauensvoller Arbeitsstil – macht deutlich, daß es letztlich natürlich um die Schaffung eines offenen und vertrauensvollen Klimas auf den Stationen geht. Wir gehen davon aus, daß ein solches Klima, d.h. ein offenes und vertrauensvolles Umgehen mit den Patientinnen und Patienten nur möglich ist, wenn die strukturellen Rahmenbedingungen entsprechende Möglichkeiten bieten.

In Zusammenarbeit mit dem Psychologischen Institut der Universität Trier haben wir mit Hilfe des von Engel adaptierten Stationsbeurteilungsbogens versucht, entsprechende Effekte in der Abteilung zu erfassen und sie mit den Normen des SBB für geschlossene und offene Stationen zu vergleichen.

In der Abb. 7 sind die zusammengefaßten Ergebnisse als Vergleich der gemittelten T-Werte dargestellt. Die Ergebnisse entsprechen unseren Erwartungen. Die an den eingangs erwähnten Kriterien ausgerichtete Arbeit wird sowohl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als auch Patientinnen und Patienten positiv bewertet. Auch im Hinblick auf das Thema Zwang und Gewalt scheint sich das praktizierte Konzept positiv von der Normstichprobe zu unterscheiden.

**Fixierungen während der stationären Behandlung in der
Psychiatrischen Abteilung
des Ev. Fliedner-Krankenhauses Neunkirchen**

Fixierungsanlässe:

1. Ungerichtete Fremdaggression
2. Fremdaggression beim Versuch die Station zu verlassen
3. Selbstverletzende/suizidale Handlungen
4. Zur Durchführung medizinischer Maßnahmen (Infusion, Magenspülung, etc.)
5. Sturz/Verletzungsgefahr durch motorische Unruhe
6. Fixierungen vom Patienten gefordert/erzungen
7. Störendes Verhalten

Abb. 11

Um nicht doch in Moralisierung oder Ideologie abzugleiten, nun noch einige nüchterne Zahlen aus der Realität der Abteilung für den Zeitraum 1994-1996 (Abb. 8). Hinzuweisen ist auf eine eher geringe Rate von Zwangsaufnahmen, was nach unserer Erfahrung wesentlich mit der Gemeindennähe, der Anbindung an ein Allgemeinkrankenhaus und der intensiven Öffentlichkeitsarbeit der Abteilung zu tun hat. Erwähnenswert auch die geringe Rate an Behandlungsabbrüchen durch Patientinnen und Patienten, die untergebracht waren.

Die Häufigkeitsangaben zu Fixierungen sind grundsätzlich schwierig zu interpretieren, da in Veröffentlichungen die Hintergründe der Datenerfassung nicht immer einfach nachvollziehbar sind. In der Abb. 9 sind die dem Autor aus Veröffentlichungen bzw. persönlichen Mitteilungen zugänglichen Daten zusammengefaßt. Aus den Zahlen läßt sich ablesen, daß unter sogenannten offenen Bedingungen offensichtlich trotz Pflichtversorgung, also fehlender Selektion, Gewalt, bezogen auf das Kriterium Fixierung, eher seltener vorkommt als unter geschlossenen Bedingungen.

Fixierungen werden in der Neunkircher Abteilung auf dem in der Abb. 10 dargestellten Berichtsbogen erfaßt, in der folgenden Morgenkonferenz mit allen Mitarbeitern noch einmal diskutiert und zeitgleich statistisch verarbeitet. Wir haben die bei uns durchgeführten Fixierungen nach dem dargestellten Raster (Abb. 11) kategorisiert und verschiedene Auswertungen vorgenommen. Die in den Abbildungen dargestellten Anteile nach Fixierungsgrund (Abb. 12), Fixierungsdauer

Fixierungsdauer (absolute Fallzahlen 1994 bis 1996)

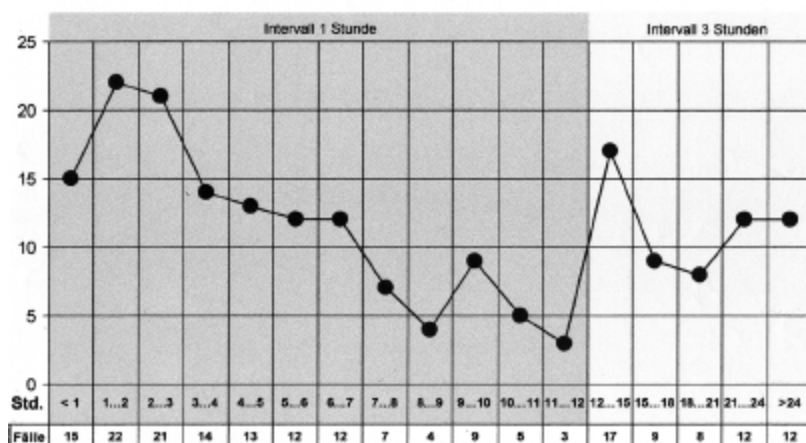


Abb. 12

Fixierungsgründe (absolute Fallzahlen 1994 bis 1996)

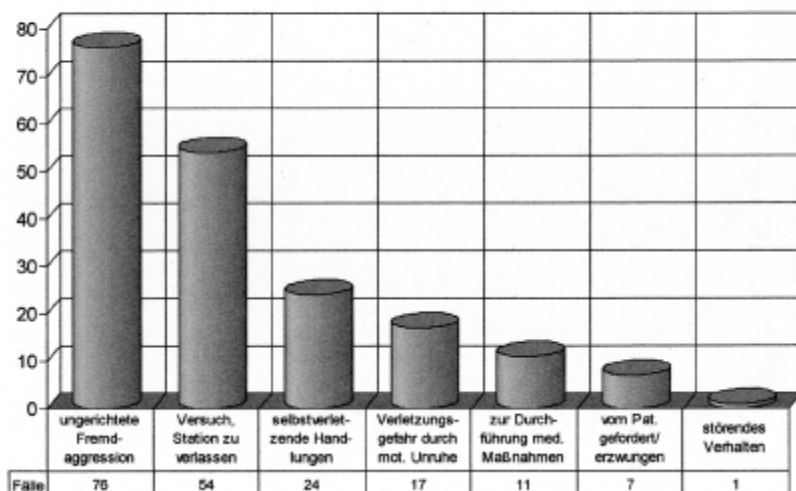


Abb. 13

Diagnosen der fixierten Patienten (in % für 1994 bis 1996)

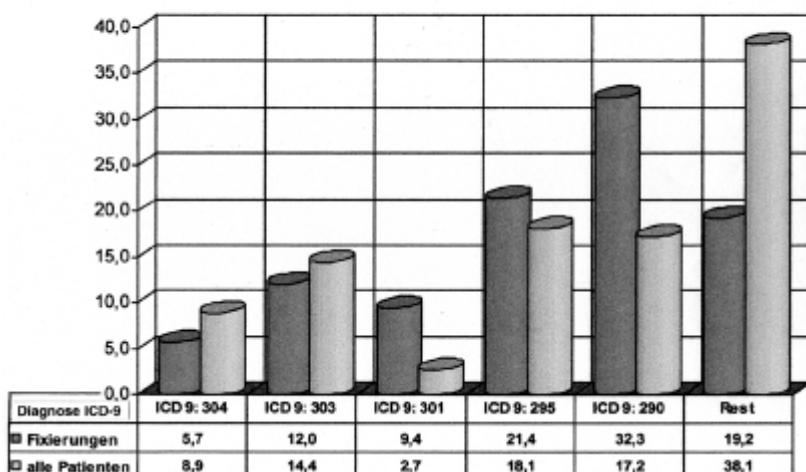


Abb. 14

Fixierungshäufigkeiten pro Patient (absolute Fallzahlen 1994 bis 1996)

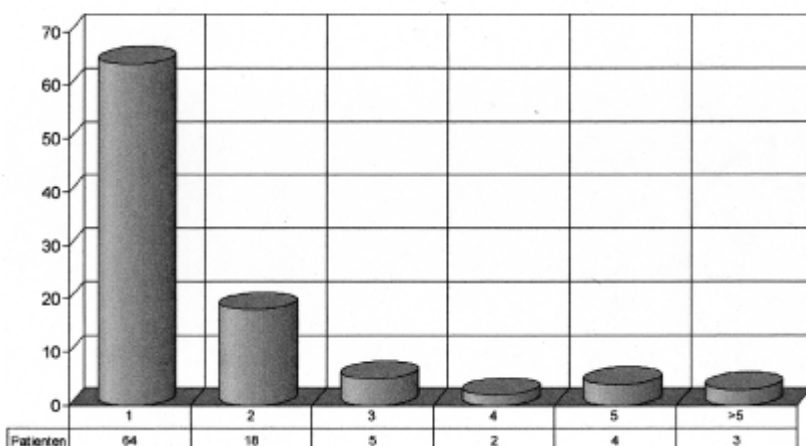
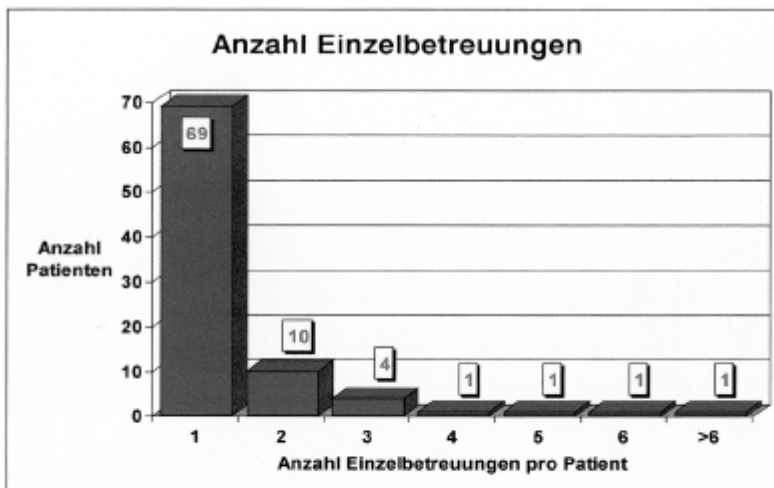


Abb. 15



Oktober 1996 bis März 1997 (= 6 Monate): 126 Einzelbetreuungen bei 87 Patienten

Gesamtdauer: 10092 Stunden (entspricht ca. 13,5 Vk.)

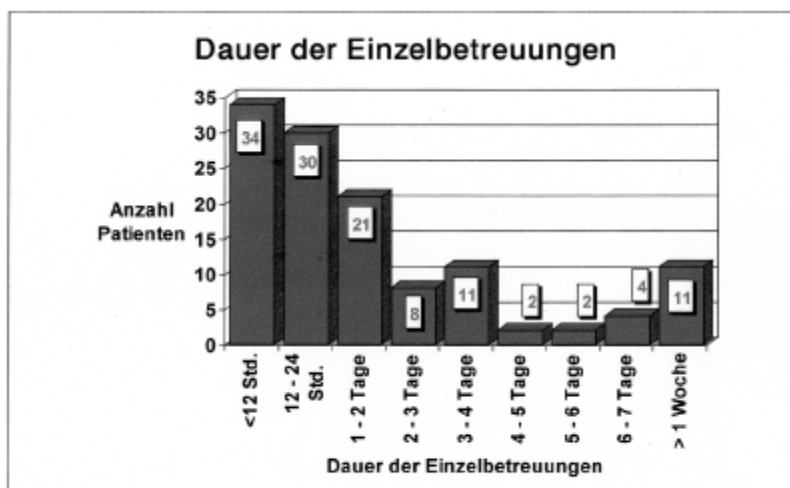
Abb. 16

(Abb. 13) und Diagnose (Abb. 14) schwanken z.T. erheblich, wenn man nur kurzfristige Zeiträume analysiert, da einzelne Fixierungen bzw. einzelne Patientinnen und Patienten die Verteilung erheblich beeinflussen.

Dargestellt ist auch (Abb. 15), daß die meisten Patientinnen und Patienten nur einmal fixiert werden, einzelne aber auch durchaus häufiger. Eine detailliertere Aufarbeitung dieser Daten wird z.B. im Rahmen der Morgenkonferenz mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen diskutiert und schafft ganz offensichtlich einerseits Problembewußtsein, andererseits Motivation zu alternativen Vorgehensweisen.

Einen anderen Aspekt im Hinblick auf unsere Zielsetzung, möglichst wenig Zwang und Gewalt anzuwenden, stellen auch die in der Abteilung genutzten Möglichkeiten der Einzelbetreuung dar. Die Abbildungen zur Anzahl (Abb. 16), zur Dauer (Abb. 17) und zur Verknüpfung von Einzelbetreuungen und Diagnosen (Abb. 18) machen deutlich, daß es sich am häufigsten um kurzfristige Maßnahmen handelt, wobei Patienten mit schizophrenen Psychosen deutlich häufiger als es der Diagnosenhäufigkeit entspricht einzelbetreut werden müssen.

Wichtig ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, daß Einzelbetreuungen nicht die Aufgabe nur einer bestimmten Berufsgruppe sind, insbesondere nicht die Aufgabe von möglichst jungen und unerfahrenen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen.



Oktober 1996 bis März 1997 (= 6 Monate): 126 Einzelbetreuungen bei 87 Patienten
 Gesamtdauer: 10092 Stunden (entspricht ca. 13,5 Vh.)

Abb. 17

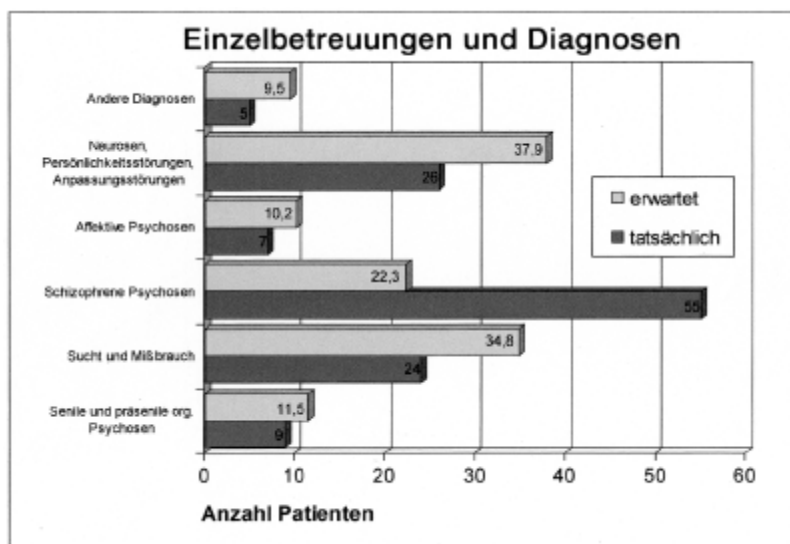


Abb. 18

Wenn wir unsere Auswertungen vom Okt. 96 bis März 97 hochrechnen, ergibt sich, daß wir durchschnittlich dreizehn Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter in der Abteilung mit Einzelbetreuungen beschäftigen.

Fazit:

Die Anwendung von Gewalt und Zwang in der stationären Behandlung von psychiatrischen Patientinnen und Patienten ist auch in der Akutphase psychischer Störungen deutlich zu reduzieren, wenn die Rahmenbedingungen in der Behandlung so gestaltet werden, daß Gewalt und Zwang nicht schon durch diese Rahmenbedingungen selbst mehr als notwendig gefördert werden.

Vor dem Hintergrund theoretischer Überlegungen, insbesondere aber persönlicher Erfahrungen in verschiedenen Settings, scheinen die in einer Wechselbeziehung stehenden Prinzipien – Offenheit, Gemeindenähe, Mischung und Kontinuität – wesentliche Voraussetzungen für ein Reduzieren von Gewalt und Zwang darzustellen.

Nur der Vollständigkeit halber sei darauf verwiesen, daß Offenheit sich natürlich nicht in der Tatsache einer offenen Tür erschöpft. Vielmehr scheint nur ein tatsächlich teamorientierter offener Arbeitsstil ein Klima zu schaffen, in dem auch ein offener und verantwortungsvoller Umgang mit Menschen in schweren seelischen Krisen möglich ist.

Die Erfahrungen der Neunkircher Abteilung – aber auch anderer – sprechen dafür, daß die Ergebnisse des offenen Arbeitens sich zumindest nicht negativ von anderen Vorgehensweisen unterscheiden, auf jeden Fall aber die Wahrung der Würde des bzw. der Einzelnen leichter ermöglicht wird.

Chancen und Risiken von Dokumentationsmethoden zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen

Tilman Steinert

Zusammenfassung: Eine Dokumentation von Zwangsmaßnahmen wird derzeit in 87% von 187 befragten psychiatrischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz vorgenommen. Eine Gefahr einer solchen Dokumentation kann darin liegen, daß einer Einstellung Vorschub geleistet werden könnte, mit einer solchen Absicherung gegenüber einer potentiellen Rechtssprechung sei das Problem von Gewalt und Zwang hinreichend bewältigt. Eine Dokumentation von Zwangsmaßnahmen befreit auch nicht von der Notwendigkeit, einen Konsens über klar definierte Indikationen für ihren Einsatz und ihre Dauer zu finden. Trotzdem schafft die Dokumentation eine gewisse Rechtssicherheit, hilft die Schwelle für Zwangsmaßnahmen heraufzusetzen und integriert Zwangsmaßnahmen in den ärztlich-therapeutischen Verantwortungsbereich. Schließlich könnte die (möglichst geringe) dokumentierte Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen auch als geeigneter Qualitätsindikator für das Psychiatrische Krankenhaus und zur Beurteilung des Erfolgs organisatorischer Änderungen Verwendung finden.

Empirische Erfahrungen

Das Thema hört sich verdächtig nach Buchhaltung und damit langweilig an. Ich werde versuchen zu zeigen, daß es trotzdem einige für die gegenwärtige Psychiatrie recht spannende Gesichtspunkte enthält.

Sollen Zwangsmaßnahmen im Psychiatrischen Krankenhaus dokumentiert werden? Die Praxis des Alltags spricht dazu eine klare Sprache. Wir haben nämlich kürzlich eine Umfrage an sämtlichen psychiatrischen Kliniken des deutschen Sprachraums durchgeführt und dabei nach der inneren Organisation der jeweiligen Klinik, unter anderem auch nach der Durchführung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen, gefragt (GEBHARDT u. STEINERT 1998). Die Ergebnisse (Tabelle 1) belegen, daß man ganz überwiegend eine solche Dokumentation für notwendig hält und durchführt.

Befragung aller psychiatrischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz (1996/1997, Rücklauf 59%, N = 187)			
Verwendung eines speziellen Protokollbogens für Fixierungen/Isolierungen	87%		
Dienstanweisung für Fixierungen/Isolierungen	83%		
Isolierung gegenüber Fixierung bevorzugt:	Deutschland 8%	Schweiz	67%

Tabelle 1

Was will man mit dieser Dokumentation erreichen? In erster Linie Rechtssicherheit, und zwar sowohl für die betroffenen Patientinnen und Patienten als auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sowohl Teile der Öffentlichkeit als auch wir selbst haben noch das Bild einer Psychiatrie vor Augen, in dem Zwangsmaßnahmen nach Belieben und möglicherweise willkürlich von gerade diensthabendem Pflegepersonal in manchmal fast sadistisch erscheinender Weise verhängt werden. Standardwerke wie GOFFMANS „Asyle“ (1972) oder der „Alltag in der Anstalt“ von FENGLER u. FENGLER (1994) berichten darüber ebenso wie populäre Spielfilme im Stil von „Einer flog über's Kuckucksnest“. Daß die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen tatsächlich wesentlich von der Einstellung des diensttuenden Personal abhängt, ist im übrigen nicht nur üble Nachrede gegen die Psychiatrie, sondern wurde auch in empirischen Studien in den USA wiederholt nachgewiesen (SOLOFF et al. 1985, FISHER 1994).

Vorteile einer Dokumentation

Eine festgelegte Dokumentation von Zwangsmaßnahmen soll also sicherstellen, daß es einen berechtigten Grund – im juristischen Sinne einen *rechtfertigenden Notstand* – für die Zwangsmaßnahme gegeben hat und daß dieser Grund im Nachhinein festgestellt werden kann. Weiter sollte überprüfbar sein, wie lange die Maßnahme gedauert hat und wer dafür verantwortlich ist. Dies ist, was die Anordnung (nicht die korrekte Durchführung) betrifft, grundsätzlich ein Arzt.

Das ist auch gut so, weil Zwangsmaßnahmen damit definitiv in den ärztlich-therapeutischen Verantwortungsbereich integriert werden und der Bereich „Gewalt“ nicht vom sonstigen ärztlichen Handeln abgespalten werden kann. Schließlich kann und soll eine solche Dokumentation bewirken, daß arbeitsökonomische Überlegungen in Gang gesetzt werden: Ist es wirklich erforderlich, eine Zwangsmaßnahme durchzuführen und danach eine aufwendige und zeitraubende Dokumentation auszufüllen? Oder ist es möglicherweise einfach „bequemer“, noch einmal Wege mit dem Patienten zu suchen, die die Maßnahme vermeiden helfen? Es wurde schon wiederholt berichtet, daß allein die Einführung eines aufwendigen Pflegestandards für Fixierungen zu einem erheblichen Rückgang von deren Häufigkeit führte (Pitzner, Pflegedirektor ZfP Reichenau, persönliche Mitteilung).

Unter diesen Überlegungen lassen sich auch klare Aussagen zur Qualität von Dokumentationsformularen für Zwangsmaßnahmen treffen: Sie sollten die für Anordnung (Arzt) und Durchführung (Pflegepersonal) der Maßnahme verantwortlichen Personen namentlich dokumentieren und sollten die Art der Maßnahme und deren Dauer möglichst genau beschreiben. Insbesondere sollten sie aber eine genaue Beschreibung des Verhaltens geben, das die Zwangsmaßnahme zum Anlaß hatte. Ausgesprochen nicht im Sinn der Sache sind vorgegebene Kategorien zum Ankreuzen wie „drohende Fremdgefährdung“ oder „Massive Eigengefährdung“, die einer beliebigen Auslegung wieder alle Tore offen halten.

Im Zuge der erwähnten Umfrage an allen psychiatrischen Kliniken Deutschlands, Österreichs und der Schweiz hatte ich auch Gelegenheit, die Fixierungsdokumentation von 50 verschiedenen Kliniken einzusehen. Nur 24 davon, also knapp die Hälfte, forderten eine offene Beschreibung des tatsächlichen Verhaltens des Patienten bzw. der Patientin. Zumeist gut gelöst ist dagegen die Dokumentation der Verantwortlichkeit und von Art und Dauer der Maßnahme. Negative Ausnahme ist allerdings der bei uns in Baden-Württemberg an den psychiatrischen Zentren verwendete Bogen, der auch die Anordnung sogenannter „intermittierender“ Zwangsmaßnahmen über längere Zeiträume hinweg, z.B. einen Monat, zulässt. Gut gefallen hat mir eine „Checkliste“ an einer Klinik, die auch ethische Fragen einbezieht und z.B. hinterfragt, ob ein allgemeiner kollegialer Konsens über die Notwendigkeit der Maßnahme bestanden habe.

Probleme und Risiken

Hiermit sind wir allerdings am schwierigsten Teil des ganzen Problems angelangt – daß nämlich keine einzige dieser ganzen Dienstanweisungen und Protokollbögen eine genaue Festlegung trifft, bei welchen Verhaltensweisen eines Patienten oder einer Patientin denn nun tatsächlich der sogenannte „rechtfertigende Notstand“ gegeben ist. Hierin liegt der Kern des Problems bei der Dokumentation von Zwangsmaßnahmen:

Der wesentliche Nachteil eines Dokumentationssystems für Zwangsmaßnahmen besteht darin, daß es zu der Annahme verleitet, mit der Sicherstellung einer korrekten Dokumentation sei eigentlich alles in Ordnung!

Dies ist das typische Problem einer Art, Psychiatrie zu betreiben, die sich mangels inhaltlich auskristallisierter Wertevorstellungen lediglich an den Markierungspunkten einer potentiellen Rechtssprechung ausrichtet. Eine solche defensiv hinsichtlich der Justiziabilität ausgerichtete Psychiatrie wird immer eine Minimalpsychiatrie sein.

Eine zeitgemäße und humane Psychiatrie dagegen läßt sich allenfalls sehr begrenzt durch Rechtsvorschriften verwirklichen. Als Beispiel können wir hinsichtlich Zwangsmaßnahmen das Psych-KG von Berlin betrachten. Dort heißt es (§ 29a, Abs. 2): Fixierungen und Isolierungen sind als Sicherungsmaßnahme nur zulässig, „wenn die gegenwärtige erhebliche Gefahr besteht, daß der Untergebrachte sich selbst tötet oder ernsthaft verletzt oder gewalttätig wird oder die Einrichtung ohne Erlaubnis verlassen wird und wenn dieser Gefahr nicht anders begegnet werden kann“. Wohlgemerkt, ich habe keine Einwände gegen diese Rechtsvorschrift. Aber sie steckt einen Rahmen ab, in den auch noch eine „gewalttätige“ Psychiatrie hineinpaßt, die wir hoffentlich schon überwunden haben. Eine Rechtsvorschrift kann zweifellos nicht als Leitlinie unseres psychiatrischen Handelns dienen, und sie läßt ebenso wie eine Dokumentation von Zwangsmaßnahmen wesentliche Fragen notwendigerweise offen.

Wie gehen wir denn angemessen damit um, wenn wir beobachten, daß ein Patient einer Mitpatientin im Raucherzimmer eine Ohrfeige verpaßt? Was tun, wenn ein Patient eine Mitarbeiterin anhaltend und lautstark mit sexuellen Anzüglichkeiten beleidigt und ihr immer wieder bedrohlich nahe kommt? Was tun, wenn eine Patientin des Nachts ständig in die Zimmer anderer Patienten geht und diese bei der Nachtruhe stört? Was tun mit dem Patienten, der Morddrohungen gegenüber einer Ärztin ausstößt, ohne freilich tötlich zu werden?

Natürlich habe ich hier als Beispiel Grenzfälle ausgewählt, die nicht in ein klares Schema von z.B. manifester Gewalttätigkeit passen. Solche Grenzfälle sind aber, wie wir alle wissen, keine Rarität, sondern kommen in psychiatrischen Kliniken sehr häufig vor. Solange dies so ist und kein Konsens existiert, wie mit derartigen Problemen umzugehen ist, wird es so bleiben, daß es weitgehend von den gerade diensttuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern abhängt, ob Zwangsmaßnahmen erfolgen, wie und wie lange. In diesem Zusammenhang sind auch Untersuchungen aus den USA interessant, die feststellen konnten, daß Zwangsmaßnahmen sehr viel häufiger wegen „drohender Gewalttätigkeit“ als wegen tatsächlich eingetretener Gewalttätigkeit angeordnet wurden (SOLOFF et al. 1985). Bei einer Untersuchung der Zwangsmaßnahmen an unserer eigenen Klinik fanden wir eine manifeste Fremdgefährdung in 39% der Fälle, eine nur „drohende“ Fremdgefährdung aber immerhin auch in 26% (STEINERT et al. 1993 a). In einer anderen Untersuchung konnten wir keinen konsistenten statistischen Zusammenhang zwischen aggressivem Patientenverhalten und dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen finden (STEINERT et al. 1993 b).

Dokumentation von Zwangsmaßnahmen unter dem Aspekt der Qualitätssicherung

Was wir benötigen, sind also *Leitlinien* für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und ein möglichst konkreter Konsens über die *Indikationen*. Dies geht über die bloße Dokumentation deutlich hinaus. Auf der Ebene der Fachgesellschaft DGPPN wurde deshalb bereits 1996 eine Konsensuskonferenz abgehalten, konkrete Ergebnisse liegen aber noch nicht vor und werden es wohl auch in absehbarer Zeit nicht. Ich habe den Versuch, solche Leitlinien zu erarbeiten, deshalb sowohl auf meinen Aufnahmestationen als auch in Seminarform schon mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anderer Krankenhäuser unternommen – ein aufwendiges, aber außerordentlich praxisnahes Unterfangen (Steinert et al. 1998).

Was haben wir davon? Ich gehe davon aus, daß es nun weit weniger beliebig geworden ist, wann, weshalb und wie lange Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden. Wir überprüfen dies auch, indem wir etwa alle 2 Monate einmal in einer Teamsitzung unsere dokumentierten Zwangsmaßnahmen im Nachhinein noch einmal dahingehend überprüfen, ob wir unsere selbst verordneten Leitlinien auch eingehalten haben (bzw. wenn nicht, warum nicht). Das hier beschriebene Vorgehen entspricht einem *Qualitätszirkel*. Ich meine in der Tat, daß Zwangsmaßnahmen – bzw. der möglichst weitgehende Verzicht darauf – ein sehr guter Indi-

kator für die Qualität der Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus sind, und zwar auch im Urteil der Öffentlichkeit. Dies soll natürlich nicht heißen, daß das Augenmerk lediglich darauf gerichtet werden sollte. Zweifellos gibt es noch sehr viele andere Qualitätsmerkmale, und Gewalt kann sich auch in anderen, sehr viel subtileren Ausdrucksformen der „institutionellen Gewalt“ äußern. Ich bin aber zuversichtlich, daß wir auch für diese Aspekte sensibilisiert sind, wenn wir die *Prävention von Gewalt* als wichtiges Qualitätsmerkmal ins Auge fassen. Die Vorteile einer Dokumentation von Zwangsmaßnahmen lassen sich daher wie in Tabelle 2 gezeigt zusammenfassen.

Vorteile einer Dokumentation von Zwangsmaßnahmen

primär:

- Herstellung von Rechtssicherheit für Patienten und Mitarbeiter
- Überprüfbarkeit
- Sicherung der ärztlichen Zuständigkeit
- hohe Schwelle bei hohem Dokumentationsaufwand

sekundär:

- Parameter für interne Qualitätssicherung
(quantitativ: Anzahl; qualitativ: Indikationen)
- Möglichkeit zum externen Qualitätsvergleich

Tabelle 2

Bisher werden Statistiken über Zwangsmaßnahmen in den Häusern eher verschämt geführt und im deutschen Sprachraum nur ganz vereinzelt veröffentlicht (FRITZ et al. 1991, STEINERT et al. 1993, ROSENTHAL et al. 1994, HIRSCH et al. 1996). Welche belebenden und aufregenden Diskussionen würden wir bekommen, wenn wir uns auf Vergleiche einlassen würden? Zunächst den internen Vergleich: Hat das Krankenhaus x aufgrund irgendwelcher Änderungen eine Verminderung der Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen gegenüber dem Zustand vor 5 Jahren erreicht? Vielleicht auch der externe Vergleich: Wie schafft es Krankenhaus y, bei vergleichbarer Größe und vergleichbarem Versorgungsauftrag mit 30 % weniger Zwangsmaßnahmen auszukommen? Eine solche Diskussion erfordert Mut, könnte aber wirklich innovative Anstöße bringen. Eine Dokumentation der Zwangsmaßnahmen ist dazu ein Baustein, aber bei weitem nicht genug.

Literatur

- FENGLER, C., FENGLER, T.: Alltag in der Anstalt. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1994
- FISHER, W.A.: Restraint and seclusion: a review of the literature. Am.J.Psychiatry 151(1994) 1584-1590
- FRITZ, U., MACK, B., RAVE-SCHWANK, M.: Gewalt in der Psychiatrie. Evaluation der Fixierungsdocumentation in einem psychiatrischen Krankenhaus. Psychiat. Prax. 18 (1991) 162-166
- GEBHARDT, R.P., STEINERT, T.: Innere Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung 22 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete. Nervenarzt 69 (1998) 791-798
- GOFFMAN, E.: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp, Frankfurt 1972
- HIRSCH, R.D., KRANZHOFF, E.U.: Bewegungseinschränkende Maßnahmen in der Gerontopsychiatrie. Krankenhauspsychiatrie 7 (1996) 99-104, 155-161
- ROSENTHAL, B., HAUG, H.J., HOFFMANN-RICHTER, U., FINZEN, A.: Zur Isolierungspraxis in einer psychiatrischen Klinik. Psychiat.Prax. 21 (1994) 151-153
- SOLOFF, P.H., GUTHEIL, T.G., WEXLER, D.B.: Seclusion and restraint in 1985: A review and update. Hosp. Community Psychiatry 36 (1985) 652-657
- STEINERT, T., HERMER, U., FAUST, V.: Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – gibt es ärztliche Indikationen? Krankenhauspsychiatrie 4 (1993 b) 173-174
- STEINERT, T., HACKENBRUCH, N., FAUST, V.: Anlässe von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus. Psychiat.Prax. 20 (1993 a) Suppl., 8-11
- STEINERT, T., BRENNER, R., DEIFEL, G. et al.: Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus: Ein Aspekt der Qualitätssicherung, Spektrum 27 (1998) 35-39

Behandlung ohne Einwilligung – Untersuchungen zur Reaktion von Patientinnen und Patienten auf Freiheitseinschränkungen und Handlungsansätze¹

Gerold Renner

1) Einleitung

In den bisherigen Beiträgen wurde auf die rechtliche Seite der Unterbringung bereits aus unterschiedlichen Blickwinkeln eingegangen (Vrijlandt, Marschner und Dodegge). „Behandlung ohne Einwilligung“ (das Thema dieses Vortrages) bezieht sich ebenfalls auf die Behandlung auf der Grundlage einer öffentlich rechtlichen Unterbringung, in erster Linie aber auf die Ergebnisse einer Nachuntersuchung von Patientinnen und Patienten, die auf dieser Rechtsgrundlage behandelt wurden, also auf die rückblickende Einschätzung der unmittelbar Betroffenen.

Bevor jedoch auf die Ergebnisse dieser Untersuchung eingegangen wird, soll noch auf einige wesentliche Besonderheiten des baden-württembergischen Unterbringungsgesetzes (UBG) hingewiesen werden, da es die Grundlage für die Behandlung der befragten Patientinnen und Patienten darstellte.

Das Unterbringungsgesetz Baden-Württemberg von 1983 sieht auch in der gültigen Neufassung von Januar 1992 als Besonderheit (im Ländervergleich) vor, daß psychisch Kranke, *„die infolge ihrer Krankheit ihr Leben oder ihre Gesundheit erheblich gefährden oder eine erhebliche Gefahr für Rechtsgüter anderer darstellen, wenn die Gefährdung oder Gefahr nicht auf andere Weise abgewendet werden kann“*, fürsorglich in einer Klinik zurückgehalten werden können und das Krankenhaus den Antrag auf Unterbringung (erst) spätestens am dritten Tag nach Aufnahme oder Zurückhaltung dem Amtsgericht zuleiten muß (§13 Abs. 4 UBG a.F.) (vgl. JUCHART und WARMBRUNN 1992).

Im Rahmen der „Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie“ („TÜFOS“) an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie wurden zwei Untersuchungen zur Einschätzung und Beurteilung der Behandlung auf der Rechtsgrundlage des UBG durchgeführt. Die Ergebnisse der Untersuchung zur „fürsorglichen Zurückhaltung“ (72 Stundenfrist bis zur Beantragung der Unterbringung) werden im Rahmen der Arbeitsgruppe 3 am Nachmittag ausschnittsweise vorgestellt, auf die Ergebnisse der nachuntersuchten richterlich untergebrachten Patientinnen und Patienten wird in der Folge eingegangen.

1 Dieser Vortrag basiert auf der gemeinsamen Forschungsarbeit von G. Renner, G. Längle, K. Goldschmidt, A. Heckmann

2) Aufbau und Ziel der Untersuchung

Alle von Juli 1992 bis Dezember 1996 richterlich untergebrachten Patientinnen und Patienten wurden aus der Basisdokumentation der Klinik ermittelt und schriftlich um die Teilnahme an einem Interview gebeten (ggf. wiederholt angeschrieben oder telefonische Kontaktaufnahme). Bei den einwilligenden Patientinnen und Patienten wurde mittels eines selbstentwickelten Fragebogens eine ein- bis zweistündige Befragung durchgeführt.

Ziel der Untersuchung war es vorrangig, die retrospektive Einstellung der Patientinnen und Patienten zur Indexbehandlung möglichst differenziert zu erfragen, um daraus eventuell auch Handlungsansätze zur Reduzierung von richterlichen Unterbringungen ableiten zu können. Zudem sollten mittels Basisdokumentation die Daten der untergebrachten Patientinnen und Patienten mit denen aller Klinikpatienten verglichen werden, um eventuelle „Risikopatienten“ zu identifizieren.

3) Ergebnisse

3.1) Vergleich UBG-Patienten – Gesamtklinikpopulation

Im Untersuchungszeitraum (Juli 1992 bis Dezember 1995 – 1. Juli 1992 Datum der Einführung der Basisdokumentation in der aktuell gebräuchlichen Form) wurden insgesamt 4977 Patienten (1422 pro Jahr) in der Klinik behandelt, 155 Patientinnen und Patienten (44,3 pro Jahr) auf der Rechtsgrundlage einer öffentlich rechtlichen Unterbringung, was einem Anteil von durchschnittlich 3,1% entspricht (Tabelle 1). Da einige Patienten im angesprochenen Zeitraum wiederholt untergebracht waren, verblieben 109 zu untersuchende Personen.

Jahr	Aufnahmen	UBG
1992 (ab 1.Juli)	680	23 3,4%
1993	1315	24 1,8%
1994	1410	50 3,5%
1995	1572	58 3,7%
3,5 Jahre (gesamt)	4977	155 3,1%

Tabelle 1 Aufnahmen und Unterbringungen (absolut und in Prozent) im Untersuchungszeitraum.

Ein Vergleich der Gesamtgruppe der Untergebrachten Patienten mit einer Auswertung der Basisdokumentation („BaDo“) von 1992 – 1994 (vgl. HAMMER 1996) zeigt, daß die untergebrachten Patienten durchschnittlich jünger waren, Männer prozentual mehr und Frauen prozentual weniger untergebracht waren, als ihrem Anteil an der Gesamtpopulation entsprechend. Weitere Abweichungen zeigen sich bzgl. des Aufnahmeprozederes und der Diagnosenverteilung. (Tabelle 2).

Vergleich	„Gesamtgruppe UBG“	„BaDo“
AvD Aufnahme	56%	29%
A. durch Polizei/Ges.Amt	31%	2%
Schizophrenie	78%	26%
Affekt Psychose	7%	11%
Alter bis 20 Jahre	5%	4%
21-40 Jahre	58%	51%
41-60 Jahre	31%	35%
>61 Jahre	6%	9%
Frauen	36%	43%
Männer	64%	57%

Tabelle 2 Vergleich untergebrachter Patienten mit der Gesamtheit aller Patienten im Untersuchungszeitraum bzgl. Aufnahme, Diagnose, Alter und Geschlecht.

Auf der Basis dieser Daten kann vermutet werden, daß vor allem bei jungen Männern mit einer schizophrenen Psychose, die außerhalb der regulären Arbeitszeit in die Klinik aufgenommen werden und die Zuweisung durch die Polizei oder das Gesundheitsamt erfolgt, ein erhöhtes Risiko besteht, daß zu einem späteren Zeitpunkt eine Unterbringung erfolgt.

3.2) Vergleich der UBG – Patienten in Abhängigkeit von der Teilnahme am Interview

Von den 109 Patientinnen und Patienten, die in die Untersuchung aufgenommen wurden, konnte mit 76 ein Kontakt hergestellt werden, die restlichen 33 Patienten wurden trotz intensiver Recherche nicht erreicht oder waren verstorben (7 Männer). 47 Patientinnen und Patienten erklärten sich mit einem Interview einverstanden, 29 lehnten die Teilnahme ab.

Vergleicht man Interviewteilnehmer und -ablehner, zeigt sich, daß überproportional viele junge Patientinnen und Patienten, die bei der Indexaufnahme erstmals hospitalisiert waren, die Teilnahme an der Untersuchung ablehnten (siehe Abb. 1).

Von den (wenigen) Suchtpatienten, die alle erreicht wurden, lehnte über die Hälfte ab, von den Schizophrenen Patienten lehnte 1/3 ab, 1/3 ließ sich befragen, 1/3 wurde nicht erreicht. Die Patientinnen und Patienten mit affektiver Psychose nahmen zur Hälfte am Interview teil, die andere Hälfte konnte nicht erreicht werden. Kein Patient mit dieser Diagnose lehnte, sofern erreicht, die Teilnahme am Interview ab.

Daraus ergibt sich, daß v.a. eine große Zahl junger Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer schizophrenen Erkrankung, die beim Indexaufenthalt erstmals erkrankt waren, die Teilnahme an der Untersuchung abgelehnt haben.

Abb. 1

3.3) Ergebnisse der Interviews

Mit den Patientinnen und Patienten, die sich mit der Teilnahme an der Befragung zum Indexaufenthalt einverstanden erklärt hatten, wurde ein Termin (überwiegend in der Klinik) vereinbart. Im Gespräch wurden im Rahmen eines semistrukturierten Interviews insgesamt 76 Fragen gestellt. In der Folge werden nur Ergebnisse vorgestellt, die unmittelbar mit dem Erleben der Behandlung auf Rechtsgrundlage des Unterbringungsgesetzes in Zusammenhang stehen, und die Hinweise zur Beantwortung der Frage geben, wie bzw. wodurch eventuell eine Reduktion von Unterbringungen erreicht werden könnte (einschränkend: auf der Rechtsgrundlage des UBG Baden-Württemberg).

Etwa die Hälfte der befragten 47 Patientinnen und Patienten betrachtete die Unterbringung retrospektiv als „zum damaligen Zeitpunkt“ notwendig. Trotzdem gaben fast zwei Drittel an, sie hätten die Unterbringung als „ungerechtfertigten Eingriff in ihre persönlichen Rechte“ erlebt bzw. als „Zwangsmaßnahme gegen ihren ausgesprochenen Willen“. Nur knapp 20% der Patientinnen und Patienten hat die Unterbringung „als Erleichterung“ erlebt, weil ihnen die Entscheidung abgenommen wurde. Über zwei Drittel der Patientinnen und Patienten war retrospektiv der Meinung, die richterliche Unterbringung wäre „irgendwie vermeidbar“ gewesen. (Tabelle 3).

Frage	ja	nein	unklar
Können Sie in der Rückschau zustimmen, daß die Unterbringung zum damaligen Zeitpunkt notwendig war ?	46	39	16
Haben Sie die Unterbringung als ungerechtfertigten Eingriff in Ihre persönlichen Rechte erlebt ?	63	30	6
Haben Sie die Unterbringung als Zwangsmaßnahme gegen Ihren ausgesprochenen Willen erlebt ?	72	26	2
Haben Sie die Unterbringung als Erleichterung erlebt, weil Ihnen die Entscheidung abgenommen wurde ?	19	74	6
Wäre die Unterbringung nach Ihrer Meinung irgendwie vermeidbar gewesen ?	74	21	4

Tabelle 3 Fragen aus dem semistrukturierten Interview. Angaben in Prozent, n = 47. „Unklar“ wurde aus den ursprünglichen Kategorien „teilweise“, „keine Angabe“ und „weiß nicht“ gebildet.

Die frei formulierten Antworten auf die Frage, wie die Unterbringung hätte vermieden werden können, wurden (nachträglich) in acht Kategorien eingeteilt (Abb. 2).

Selbstkritisch wurde teilweise die fehlende Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme angesprochen und ein inadäquates eigenes Verhalten vor der Unterbringung. Einige Patienten waren der Meinung, daß ein korrekteres Umgebungsverhalten (Angehörige, Nachbarn, Ordnungskräfte) vor der Klinikaufnahme eine Unterbringung hätte vermeiden können; bezogen auf die Situation im Krankenhaus wurde diesbezüglich recht häufig ein zugewandteres Verhalten von Pflegepersonal und Ärzten genannt und die Bereitschaft des aufnehmenden Arztes, mehr Zeit für den jeweiligen Patienten zur Verfügung zu stellen und die Anwesenheit oder Hinzuziehung einer Vertrauensperson.

Auf die Frage, aus welchen Gründen die stationäre Behandlung ursprünglich abgelehnt wurde, wurde am häufigsten das Fehlen einer Krankheitseinsicht genannt. Oft genannt wurde das Eingesperrtsein auf einer geschlossenen Station und die Angst vor der Medikamentenwirkung bzw. den Nebenwirkungen. Weniger häufig wurde die Angst vor Imageverlust und Verlust sozialer Kontakte, sowie Beziehungsschwierigkeiten mit Klinikmitarbeitern genannt (Abb. 3).

Abb. 3

Als besonders belastend während der Zeit der Indexbehandlung wurden in absteigender Häufigkeit genannt: Das Eingesperrtsein auf einer geschlossenen Station, Medikamentenwirkung und Nebenwirkungen, das Erleben von Ohnmacht Resignation und Hilflosigkeit, die Beziehungsgestaltung von Seiten der Klinikmitarbeitern und zu Mitpatienten und das Erleben von Zwangsmaßnahmen (Zwangsmedikation und Fixierung) (Abb. 4).

Abb. 4

Von den 47 interviewten Patientinnen und Patienten gaben 24 (49%) an, sie seien während der Indexbehandlung zwangsmediziert worden und 3 (6%) berichteten von einer Fixierung (Tabelle 4).

Frage	ja	nein	unklar
War die Unterbringung mit einer Zwangsmedikation verbunden ?	49	38	13
War die Unterbringung mit einer Fixierung verbunden ?	6	85	9

Tabelle 4 Angaben zu den Fragen nach Zwangsmaßnahmen während der Indexbehandlung in %. n = 47

Die Antworten auf die drei folgenden Fragen wurden unter dem Gesichtspunkt, ob die Patientinnen und Patienten die Frage nach weiteren Zwangsmaßnahmen (Zwangsmedikation und Fixierung gleichgesetzt) bejaht oder verneint hatten, getrennt ausgewertet. Den Abbildungen 5 bis 7 ist zu entnehmen, daß die Beantwortung der Fragen auf dem Hintergrund dieser Gewichtung deutlich unterschiedlich ausfallen.

Haben Sie die Unterbringung als ungerechtfertigten Eingriff in Ihre persönlichen Rechte erlebt? 73% der zwangsbehandelten Patientinnen und Patienten gaben an, die Unterbringung „als ungerechtfertigten Eingriff“ erlebt zu haben, im Gegensatz zu „nur“ 47% der Patienten, die während der Indexbehandlung keinen Zwangsmaßnahmen ausgesetzt war (Abb. 5).

Abb. 5

Wie beurteilen Sie rückblickend die während der Unterbringung durchgeführte Behandlung?

58% der Patientinnen und Patienten ohne Zwangsmaßnahmen stufte die durchgeführte Behandlung als „eher gut“ ein, im Gegensatz zu 39% der Gruppe, die Zwangsmaßnahmen berichtete (Abb. 6).

Abb. 6

Würden sie im Falle einer erneuten Erkrankung / Krise die Klinik freiwillig aufsuchen und sich behandeln lassen? 68% der untergebrachten Patientinnen und Patienten, die keinen (weiteren) Zwangsmaßnahmen ausgesetzt gewesen waren, würden im Falle einer erneuten Erkrankung die Klinik freiwillig aufsuchen, wogegen nur 39% der zusätzlich zwangsbehandelten diese Aussage machten (Abb. 7).

Abb. 7

Bevor nun die aus den vorgestellten Ergebnissen ableitbaren Handlungsansätze diskutiert werden, wird noch einmal darauf hingewiesen, daß es sich bei den vorgestellten Ergebnissen nur um einen Ausschnitt der gesamten Untersuchung handelt und daß die Gesamtauswertung, v.a. statistische Berechnungen noch ausstehen. Zudem soll daran erinnert werden, daß viele von der Unterbringung betroffene Patientinnen und Patienten zur Indexbehandlung nicht gehört wurden, v.a. auch bzgl. der Einstellung derjenigen Patienten zur Unterbringung nur spekuliert werden kann, die die Teilnahme am Interview abgelehnt haben. Aufgrund der Telefongespräche, die teilweise mit ihnen geführt wurden, ist anzunehmen, daß die ablehnende Haltung auf die Tendenz der Patienten zurückzuführen ist, sich mit dem unangenehmen Erlebnis der Unterbringung nicht noch einmal auseinandersetzen zu wollen.

4) Aus der Untersuchung ableitbare Handlungsansätze

Fokussiert man zuerst nur auf die Ergebnisse, die mit den drei in Abb. 2 bis 4 gestellten Fragen erhalten wurden, wird deutlich, daß zum einen von einem Teil der Patientinnen und Patienten eigenes (krankheitsbedingtes?) Fehlverhalten vor der Klinikaufnahme und zu Beginn des Aufenthaltes als zumindest mitursächlich für die Unterbringung genannt wurde. Als weitere ungünstige Einflußfaktoren wurden zum Teil Fehlverhalten durch Angehörige, Freunde und Polizei

genannt. In allen drei Fragen zielt jedoch ein Großteil der Antworten unmittelbar auf Bereiche ab, die die Klinik unmittelbar betreffen, und diese Aussagen sind deshalb, wenn es um Handlungsansätze geht, für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der klinischen Versorgung psychisch Kranker von vorrangiger Bedeutung.

Die Behandlung, in diesem Fall die Beziehungsgestaltung, von Seiten der Klinikmitarbeiter, v.a. Ärzten und Pflegepersonal, wird in allen drei Fragen von einem Teil der Patientinnen und Patienten als negativ beschrieben, als Grund für die Ablehnung einer freiwilligen Behandlung, als besonders belastend und unangenehm, als (mit-) ursächlich, daß es zu einer Unterbringung kam. In zwei Fragen (Abb.3 und 4) wurde die medikamentöse Behandlung, das Erleben oder die Angst vor Nebenwirkungen genannt. Weiter wurden als unangenehm oder als Grund für die Behandlungsablehnung das Eingesperrtsein, das Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit genannt. Einige Patientinnen und Patienten gaben an, daß die Anwesenheit einer Vertrauensperson die Unterbringung hätte vermeiden können.

Folgende Handlungsansätze, die zur Reduzierung von Unterbringungen beitragen können, lassen sich daraus unmittelbar ableiten. Diese sind z.B. die Einführung einer „*Behandlungsvereinbarung*“ zwischen Klinik und Patientinnen und Patienten aus der Region, die ggf. erneut aufgenommen werden müssen, die das ganze Procedere der Aufnahme regelt, u.a. eine Vertrauensperson nennt, die hinzugezogen werden soll und die Medikamente festlegt, mit denen ggf. behandelt werden soll (vgl. PÖRKSEN 1994). Desweiteren könnte eine *Öffnung von Akut- oder Aufnahmestationen* möglicherweise einen entsprechenden Beitrag leisten, da das „Eingesperrtsein“ von vielen Betroffenen angesprochen worden war und zudem positive Erfahrungen mit entsprechenden Interventionen berichtet werden (vgl. KRISOR1992, BADL et. al.1995).

Mitarberschulungen, die darauf abzielen, einen deeskalierenden Umgang mit Patientinnen und Patienten in Krisensituationen – und Aufnahmen (v.a. außerhalb der regulären Zeit oder durch die Polizei veranlaßt) sind entsprechende Krisensituationen – zu vermitteln, könnten genauso einen positiven Einfluß auf die Reduzierung von Unterbringungen haben wie die Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sich den Patienten zur Verfügung zu stellen, sich bei der Aufnahme in die Klinik Zeit für sie zu nehmen, sie mit ihren Ängsten und Befürchtungen in Zusammenhang mit einer stationären Behandlung ernst zu nehmen, sie umfassend zu informieren, um so vertrauensbildend zu wirken – Haltungen und Einstellungen, die eigentlich selbstverständlich sind, von den Patienten wohl aber so nicht immer erlebt werden. Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt, auf dem Hintergrund der Angaben der Betroffenen, scheint die *medikamentöse Behandlung* darzustellen. Sie sollte so gewählt werden, daß das Risiko von unerwünschten Wirkungen, also Nebenwirkungen, möglichst gering ist, zum einen durch die Wahl des verabreichten Medikamentes und zum anderen durch eine zurückhaltende (möglichst niedrige) Dosierung. Auf die Gabe von Medikamenten, mit denen Patienten negative Erfahrungen gemacht haben, sollte möglichst verzichtet werden.

Betrachtet man nun noch einmal die Angaben der untergebrachten Patientinnen und Patienten, die in den Abb. 5 bis 7 wiedergegeben sind, in Abhängigkeit davon, ob sie während des Aufenthaltes (außer der Unterbringung) weiteren Zwangsmaßnahmen ausgesetzt waren, so läßt sich unschwer ableiten, daß sich jegliche Art von (weiterer) Zwangsbehandlung negativ auf die Beurteilung der Behandlung und die Bereitschaft, sich ggf. erneut freiwillig behandeln zu lassen, auswirken. Dies bedeutet dann aber auch, daß die Gefahr bei diesen Patienten, die angaben, die Klinik bei erneuter Erkrankung oder Krise nicht freiwillig aufzusuchen besteht, daß das Risiko für eine erneute Unterbringung im Krankheitsfall hoch einzuschätzen ist. Daraus wiederum läßt sich ableiten, daß die *Vermeidung von Zwang* in der stationären Behandlung dazu beitragen könnte, die Zahl oder Rate von Unterbringungen zu reduzieren.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die genannten, aus den Angaben der Patientinnen und Patienten abgeleiteten „Handlungsansätze“ an sich nicht neu sind, daß viele der genannten Interventionen in einigen, vielleicht sogar vielen Kliniken umgesetzt sind, es jedoch auf dem Hintergrund der (ansteigenden) Unterbringungsraten (vgl. CREFELD 97) sinnvoll scheint, sich wiederholt mit diesen Themen zu befassen, um sich auf diesem Hintergrund mit der Realität in der eigenen Klinik auseinanderzusetzen.

Abschließend soll aber auch noch darauf hingewiesen werden, daß die Betrachtungsweise der präsentierten Ergebnisse in gewisser Weise nur aus *einem Blickwinkel* erfolgte, und daß eine andere Betrachtungsweise und Bewertung durchaus auch denkbar wäre. Beispielsweise gaben 46% der untersuchten Patientinnen und Patienten an, die Unterbringung sei zum durchgeführten Zeitpunkt notwendig gewesen, 20% gaben an, die Unterbringung als Erleichterung erlebt zu haben, und 53% aller Patienten würde die Klinik bei einer erneuten Erkrankung freiwillig aufsuchen. Damit soll abschließend zum Ausdruck gebracht werden, daß die Unterbringung an sich durchaus auch ein hilfreiches Instrument sein kann, wenn es darum geht, psychisch kranken Menschen eine adäquate Behandlung zukommen zu lassen, Schaden von ihnen abzuwenden, wenn sie selbst (krankheitsbedingt) nicht in der Lage sind, dies zu erkennen, v.a. auch auf dem Hintergrund, daß es sich bei vielen der in Frage kommenden Krankheiten um solche handelt, die mit einer relativ hohen Letalität behaftet sind. In seinem Buch, „Hilfe wider Willen“ schreibt FINZEN, „Es gibt Situationen, in denen psychisch Kranke ein Recht darauf haben, daß ihnen gegen ihren erklärten Willen geholfen wird“ (vgl. FINZEN et al 1993). Diese abschließenden Bemerkungen sind als Ergänzung zum (eentlichen) Thema gedacht, sollen das zuvor Gesagte nicht in Frage stellen, sondern vielmehr verhindern, daß durch einseitige Betrachtungsweise den Aussagen und Einschätzungen der untersuchten Patientinnen und Patienten nicht der Stellenwert zugemessen wird, der ihnen zusteht.

Literatur

A. BADL, A. KÜNZ, W. MÜLLER, H. NIEDERHOFER, P. KÖNIG

Zuwendung ersetzt das Schloß – Öffnung der letzten noch geschlossenen Bereiche einer akutenpsychiatrischen Abteilung – Erfahrungen nach einem Jahr
Krankenhauspsychiatrie 6 (1995) 53-58

W. CREFELD

Zwangseinweisungen nehmen weiter zu
Psychosoziale Umschau 1/97

A. FINZEN, H.-J. HAUG, A. BECK, D. LÜTHY

Hilfe wider Willen – Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag
Psychiatrie Verlag Bonn 1993

K. HAMMER

Psychiatrische Datenbank – Klotz am Bein oder Quell der Erkenntnis?
Dissertation Tübingen 1996

K. JUCHART, J. WARMBRUNN

Unterbringungsgesetz Baden-Württemberg UBG – Kurzkommentierung des Rechts der zwangsweisen Unterbringung psychisch Kranker
Integra Verlag Walldorf 1992

A. KNUF, G. WÖRISHOFER

Der Krisenpass für Menschen mit Psychose – Erfahrung
Psychosoziale Umschau 1/97

M. KRISOR

Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie – Das Herner Modell im Gespräch
Psychiatrie-Verlag Bonn 1992

N. PÖRKSEN, A. DIETZ

Vom Psychiatrischen Testament zum Behandlungsvertrag
Psychosoziale Umschau 2/94

Sexuelle Gewalt in der Psychiatrie

Helga Kühner

Als S. Freud 1909 das erste Mal den Begriff „Gegenübertragung“ verwandte und später die Abstinenz als Qualitätskriterium für die psychoanalytische Behandlung einführte, hatte zuvor sein Lieblingsschüler und Kronprinz C.G. Jung eine Liebesaffäre mit einer sehr jungen Frau (zu Beginn der Behandlung war sie 19 Jahre alt), die er zunächst in der psychiatrischen Klinik in Zürich (Burghölzli), wo er als Oberarzt arbeitete, und später ambulant behandelte. Die Patientin war Sabina Spielrein, die später Medizin studieren und eine psychoanalytische Ausbildung absolvieren sollte. C.G. Jung war verheiratet und 10 Jahre älter. Die Geschichte drohte zu einem Skandal zu werden, als sich die Frau Jungs anonym an Sabina Spielreins Mutter und diese sich wiederum an Jung und Freud wandte. Jung stritt zunächst alles ab. Zwischen Freud und Jung entwickelte sich ein Briefwechsel, der die Kumpanei der beiden Männer offenbart. Freud versucht zu bagatellisieren und Jung zu trösten, da dieser unter Schuldgefühlen litt. In einem Brief an Jung schreibt Freud, daß „er selbst zwar nicht ganz so hereingefallen sei, aber einige Male nahe daran gewesen sei“. Die Patientin wird als die Verführerin dargestellt. Für Sabina Spielrein gab es von beiden Männern keine Worte der Tröstung oder gar das Eingeständnis eines Behandlungsfehlers. Und dies, obwohl, wie gesagt, unter dem Eindruck der Geschehnisse das Phänomen der Gegenübertragung entdeckt und die Abstinenzregel eingeführt wurde. Sabina Spielrein hatte an den Folgen der Affäre lange zu leiden. C.G. Jung brach die Psychotherapie abrupt ab. Sie konnte sich von ihm jedoch nicht lösen, und sie führten noch lange einen Briefwechsel. Sie litt unter vermehrten Unruhezuständen und wechselte häufig den Wohnsitz. Später ging sie eine unglückliche Ehe ein. Es scheint jedoch, daß es ihr gelang, ihre Aggressionen zu sublimieren, beispielsweise durch ihren Essay „Die Destruktion als Ursache des Werdens“. Ihre psychoanalytischen Schriften wurden von Freud häufig abgelehnt, obwohl er sie inhaltlich später übernahm. Bis zur Entdeckung des Briefwechsels Spielrein/Jung/Freud im Jahr 1977 waren ihre Werke völlig in Vergessenheit geraten.

Mit diesem Beispiel aus der Geschichte der Psychotherapie wird eine typische Konstellation, bei der allerdings die weniger romantischen Aspekte weitgehend fehlen, für sexuellen Mißbrauch in der Psychiatrie und Psychotherapie dargestellt. Der Psychiater oder Psychotherapeut ist deutlich älter als seine junge Patientin. Er achtet darauf, daß die Sache nicht an die Öffentlichkeit kommt. Er läßt die Psychotherapie neben der sexuellen Beziehung bestehen, und er verlangt ein Honorar. Er bricht die Therapie ab, wenn sich Schwierigkeiten mit der Patientin oder deren Umfeld ergeben werden. Die Patientin wird sich zunächst wie eine Auserkorene fühlen. Ihre Verliebtheit ist mit einem unguten Gefühl gepaart. Im

Lauf der nicht unterbrochenen Therapie, spätestens bei der abrupten Beendigung der Therapie wird sich ihr psychischer Zustand erheblich verschlechtern. Ihre privaten und familiären Beziehungen werden nachhaltig gestört sein. Um mit ihren psychischen Problemen fertig zu werden, wird sie eine weitere Therapie brauchen. Schlußendlich werden die Kollegen, obwohl sie die Abstinenzregel gut kennen, nur davon sprechen, daß die Patientin den Mißbrauch provoziert hat, daß sie es darauf angelegt hat, Mißbrauchserlebnisse in ihrer Kindheit zu wiederholen. Der Kollege sei darauf hereingefallen. Vielleicht wird noch darüber gesprochen, daß er sich gerade in Trennung mit seiner Frau befindet.

Was hat die mißglückte Liebesgeschichte Spielrein/Jung mit sexueller Gewalt in der Psychiatrie zu tun?

Sexuelle Gewalt in der Psychiatrie liegt dann vor, wenn die im weiteren Sinn therapeutisch Tätigen unter Ausnutzung eines Machtgefälles und eines länger oder kürzer dauernden Abhängigkeitsverhältnisses eigene triebhafte und narzißtische Bedürfnisse sexuell ausleben, ohne die objektiven Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu respektieren. Diese objektiven Bedürfnisse orientieren sich an einer wissenschaftlich begründeten Vorgehensweise in der Therapie und nicht an kurzfristigen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, auch wenn diese im Laufe der Behandlung solche beim Therapeuten anmelden. Durch die ungleiche Beziehung und die Abhängigkeit der Patienten von ihren Behandlern sind sie im allgemeinen nicht in der Lage, sich abzugrenzen. Deshalb handelt es sich bei jeder sexuellen Handlung in der Therapie um Nötigung und damit um Gewalt.

Beim Thema „Sexuelle Gewalt in der Psychiatrie“ handelt es sich um ein Tabuthema. Man redet nicht gerne darüber, nicht über Sexualität und nicht über Kunstfehler. Es erscheint mir deshalb verdienstvoll und mutig, es in einen Kongreß über das Thema Gewalt in der stationären Psychiatrie mit aufzunehmen. Die thematischen Verknüpfungen bestehen in einem Mißbrauch von Macht.

Wodurch ist der Begriff „Gewalt“ für das häufig als „sexuelle Übergriffe“ oder „sexuellen Mißbrauch“ bezeichnete Phänomen gerechtfertigt? Was wissen wir über sexuellen Mißbrauch in der Psychiatrie und wie wird damit umgegangen? Was können wir vorbeugend tun?

Diesen Fragen möchte ich im Folgenden nachgehen.

Im „Lexikon der Liebe“ von Ernest BORNEMANN wird als sexueller Mißbrauch „jede sexuelle Handlung mit oder an Kindern, Jugendlichen, Schutzbefohlenen, Gefangenen, Kranken, Geisteskranken oder Widerstandsunfähigen, insbesondere wenn eine solche Handlung (die nicht in vollzogenem Koitus zu bestehen braucht) unter Ausnutzung einer Amtsstellung oder von einem Arbeitgeber, Vorgesetzten, Ausbilder, Erzieher, Pfleger, Arzt, Psychiater, Psychologen, Sexualberater oder Sexualtherapeuten ausgeübt wird“, bezeichnet. Allerdings nimmt BORNEMANN im Folgenden teilweise die Aussage zurück, indem er daran zweifelt, ob jemand überhaupt vor Sexualität geschützt werden müsse, denn möglicherweise sei Sexualität „das Gute an sich“.

Ein anderer Autor, Andreas BLASER, warnt in seinem Artikel mit dem Titel: "Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie: Urteil, Vorurteil und Konsequenzen" vor der Ungenauigkeit der Definitionen und der empirischen Untersuchungen und weist auf die immer noch bestehende Sexualfeindlichkeit unserer Gesellschaft hin, die durch den wertenden Umgang mit dem Thema nur noch unterstützt werde.

SUCHANEK schreibt in seiner Diplomarbeit mit dem Titel: "Die Not der Tugend", die eine sozialwissenschaftliche Untersuchung über Arbeit, Sexualität und Umgang mit Konflikten in sozialpsychiatrischen Einrichtungen verschiedener Träger ist und die 1982 als Buch veröffentlicht wurde: „Die Komplikationen, die ein intimes Verhältnis zwischen Bewohnern und Mitarbeitern hat, dürften...belastender sein als von Vorteil für die Beteiligten. Eine für immer und für jeden gültige und angemessene Regelung wird sich kaum finden lassen. Ein therapeutischer Wert ist nicht rundweg abzustreiten, aber noch weniger einfach zu behaupten.“

In den USA gab es auch eine spezielle psychotherapeutische Richtung, ausgerichtet z.B. an McCartney, die Patienten und Patientinnen durch unbegrenzte Zuneigung, auch durch sexuelle Kontakte, heilen wollten. Den Beweis über die Wirksamkeit sind sie allerdings schuldig geblieben.

Der überwiegende Teil der empirischen Untersuchungen in den USA und in Europa benennt sexuelle Beziehungen zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten als eindeutig schädigend. Die Forschungen über sexuellen Mißbrauch in der Psychotherapie sind gegenüber jenen aus dem stationär-psychiatrischen Bereich deutlich umfangreicher. In den USA gibt es zu diesem Thema seit über 25 Jahren im deutschsprachigen Raum erst seit etwa 5-6 Jahren empirische Forschungen.

Die amerikanischen Studien basieren auf der Eigenbefragung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, der Befragung von Folgetherapeuten und der Befragung von Patientinnen und Patienten. Die Selbstangaben auf die Frage nach eigenem sexuellem Mißbrauchsverhalten schwanken und liegen bei männlichen Psychotherapeuten durchschnittlich bei etwa 10%, bei Therapeutinnen durchschnittlich weniger als 3%. Man kann sagen, daß $\frac{3}{4}$ der Täter Männer sind, $\frac{1}{4}$ Frauen. Bei durchschnittlich 75% handelt es sich um Wiederholungstäter, die ausschließlich Männer waren. Nach Schätzungen der amerikanischen Haftpflichtversicherungen sei jedoch damit zu rechnen, daß 20% der Psychotherapeuten wenigstens einmal in ihrer Laufbahn einen sexuellen Übergriff machen.

In der empirischen Untersuchung des Instituts für Psychotraumatologie in Freiburg, die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegeben wurde und die 1997 in ihrer endgültigen Fassung erschienen ist, werden Patientinnen und Patienten nach sexuellen Kontakten zu ihren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befragt.

Die Befragung ergab einen Anteil von 82% für die männlichen Therapeuten und 18% für die weiblichen. Diese Geschlechterverteilung entspricht dem Verhältnis

für den sexuellen Kindesmißbrauch. Die Frauen und Männer, die den Fragebogen des Instituts ausgefüllt und zurückgeschickt hatten und einen sexuellen Übergriff angegeben hatten, gaben an, daß vor dem Übergriff bereits andere unklare Abgrenzungen im Ort, der Zeit, der Stundenfrequenz und der Bezahlung bestanden. Teilweise fand eine Rollenumkehr statt. Der Therapeut bzw. die Therapeutin berichtete von eigenen Problemen. Der sexuelle Übergriff selbst wurde meist in die Privatsphäre verlegt, so daß eher von einem geplanten Vorgehen ausgegangen werden muß. In 84% ging die Initiative vom Therapeuten aus. 23% der Patientinnen berichteten über direkte Gewaltanwendung.

Zur Frage der Vulnerabilitätsfaktoren von Seiten der Patientinnen und Patienten wurde festgestellt, daß über die Hälfte über Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit berichteten. Ein verlässlicher Prädiktor scheint dies jedoch nicht zu sein. Am verlässlichsten ist, ob der Therapeut schon früher Patientinnen sexuell mißbraucht hat.

Die Frage nach Art und Qualität der Ausbildung ihres Psychotherapeuten konnten die Patienten nur unzureichend beantworten, da ihnen die Kenntnisse über die verschiedenen Schulen fehlten.

Die Folgeschäden des sexuellen Mißbrauchs in der Therapie bestanden einerseits in einer deutlichen Verschlimmerung der Symptome und in neu hinzugekommenen Symptomen wie Depressivität, Ängste, Beziehungsprobleme, psychosomatische Beschwerden, Selbstzweifel, Einsamkeit, sexuelle Funktionsstörungen und Suizidalität, andererseits, wohl bedingt durch die destruktive Beziehungserfahrung, wird das persönliche Umfeld mit beeinträchtigt.

Da Psychotherapie meistens unter vier Augen stattfindet, ist eine wirkliche Kontrolle durch Dritte nicht gewährleistet. Jede Psychotherapeutin und jeder Psychotherapeut kennt, sofern sie eine anerkannte Ausbildung absolviert haben, die Abstinenzregel. Die ärztlichen Psychotherapeuten sind auch dem hippokratischen Eid verpflichtet, der sie verpflichtet, „ein Haus nur zum Heil des Kranken zu betreten und sich jeglicher Verführung von Frauen und Männern, von Freien und Sklaven zu enthalten“. Daß gerade über Verletzungen der Abstinenzregel, die sich nicht nur auf sexuelle Abstinenz bezieht, nicht mit Offenheit und Objektivität in der Supervision berichtet wird, ist bekannt. Ich habe in meiner langjährigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Tätigkeit noch nie erlebt, daß ein Therapeut über die sexuell motivierte Verletzung der Abstinenzregel berichtet hätte. Auf der anderen Seite kenne ich Gerüchte über bestimmte, überwiegend männliche Therapeuten, jedoch auch Therapeutinnen, sich in sexuelle Beziehungen mit ihren Patienten eingelassen zu haben. Auch kenne ich aus eigener Erfahrung Nachtherapien von sexuell mißbrauchten Patientinnen.

Die einzige empirische Untersuchung, die in der deutschsprachigen Literatur zu finden ist und die sich auf den stationär-psychiatrischen Bereich bezieht, ist die Befragung von psychiatrischem Pflegepersonal an zwei Kliniken in der Schweiz. Es wurden fast 300 Pfleger und Schwestern nach sexuellen Übergriffen befragt. Die Autoren, MOGGI und andere, gingen von der Annahme aus, daß das Pfl-

gepersonal enger mit den Patienten zusammen sei und deshalb mit einem höheren Prozentsatz an sexuellem Mißbrauch zu rechnen sei.

Dies war der Fall: 16,8% der Männer und 10,5% der Frauen gaben an, sexuelle Kontakte zu Patientinnen bzw. Patienten gehabt zu haben. 13,9% davon gaben auch an, Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Der sexuelle Kontakt fand zu 75% während des Krankenhausaufenthalts statt. 94% des psychiatrischen Pflegepersonals vertraten übrigens die Ansicht, daß sexuelle Kontakte in einer therapeutischen Situation unangebracht seien, und nicht viel weniger waren der Meinung, daß sexuelle Kontakte den Patienten schaden. Fast 90% der Pflegepersonen waren unter 30 Jahren und hatten weniger als 5 Jahre Berufserfahrung.

MOGGI und andere untersuchten noch einen weiteren Zusammenhang. Wenn Männer als Kind sexuell mißhandelt wurden, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, selbst Täter zu werden. Bei Frauen ist dies nicht der Fall. Sie geben im allgemeinen selbst erfahrene Gewalt kaum weiter.

Das Pflegepersonal ist in einem erweiterten Sinn psychotherapeutisch tätig, nämlich im Sinne einer Milieuthérapie. Sie begleiten die Patienten im Alltag. Spontane körperliche Berührungen sind nicht unbedingt ausgeschlossen. Ein möglichst natürliches und unverkrampftes Verhalten ist erwünscht. Die Beziehungen zu den Patienten sind insgesamt schwieriger zu definieren. Die Abgrenzung zu ihnen ist nicht durch Regeln festgelegt, wie in der Psychotherapie, so daß Grenzverletzungen immer wieder neu überlegt werden müssen. Die Abstinenzregel ist nicht Bestandteil ihres Berufsbilds.

Gabriele TERGEIST gibt dafür in ihrem Beitrag in einem 1996 erschienenen Buch über „Störfall Sexualität“ zwei Grenzbeispiele. „So ist berufsethisch vielleicht debattierbar, ob bereits dann ein verwerfliches Verhalten eines Betreuers vorliegt, wenn sich dieser bei der Außenaktivität mit PatientInnen in der Hochsommerhitze am Badensee vor deren Augen nackt auszieht und, eine Patientin dabei mitziehend, sich genüßlich in das kühlende Naß stürzt. Schon weniger vertretbar scheint, wenn der gleiche oder ein anderer Betreuer sich über den nackten Busen der Klientin in deren Gegenwart am Badensee lustvoll äußert und sich anschickt, diesen zur Vermeidung eines Sonnenbrands einzureiben.“

Außer der obigen Untersuchung von MOGGI und anderen für das Pflegepersonal gibt es für den Bereich der Psychiatrischen Kliniken keine Untersuchungen zu unserem Thema.

Die psychiatrischen Kliniken sind meistens größere Kliniken, die über Personal aus verschiedenen Berufsgruppen verfügen, die idealerweise in einem Team zusammenarbeiten. Entsprechend aufwendig dürfte eine Untersuchung im Sinne unseres Themas sein. Dazu kommt, daß die Patientinnen und Patienten oft schwer erkrankt sind, beispielsweise an einer Wahnkrankheit oder einer Demenz leiden, und das Einfühlungsvermögen müßte groß sein, um mögliche Befragungen verwerten zu können. In Bezug auf sexuelle Übergriffe sind ähnliche Zahlen zu erwarten, wie sie für die ambulante Psychiatrie und Psychotherapie

vorliegen. Für das Pflegepersonal, das näher an den Patienten arbeitet, sind ähnlich wie bei der Schweizer Untersuchung höhere Zahlen zu erwarten. Wenn das Personal im weiteren Sinn therapeutisch tätig ist, muß man nach sexuellem Mißbrauch mit einer krankheitsverstärkenden oder -auslösenden Wirkung auf die Patienten und Patientinnen ausgehen. Es ist zu erwarten, daß wesentlich mehr Männer als Frauen Täter sind.

Der geschlechtsspezifische Ansatz wird in fast allen Untersuchungen insoweit verfolgt, als quantitative Angaben zu beiden Geschlechtern gemacht werden. Qualitativ wird nur vereinzelt unterschieden. Was mir besonders auffiel, war, daß die männlichen Täter von einzelnen Autoren nach dem Grad der Möglichkeit zur beruflichen Rehabilitation klassifiziert wurden. Hier wären noch weitere Untersuchungen zu Unterschieden zwischen Männern und Frauen notwendig. Ich gehe davon aus, daß sich Täterinnen und Täter in Bezug auf ihre Motive zu sexueller Gewalt erheblich unterscheiden. Auch gibt es in der Literatur eine Auseinandersetzung darüber, ob unter dem Risiko eines sexuellen Mißbrauchs sich Frauen überhaupt noch in Behandlung bei Männern begeben sollten.

Zu Bedenken geben möchte ich auch, daß psychiatrische Kliniken unter beträchtlichen strukturellen Defiziten leiden. Ein in diesem Zusammenhang wichtiger Punkt ist die Nichtwahrnehmung geschlechtsspezifischer Unterschiede, Problemstellungen und Krankheitsverläufe. Auch das kann sexuelle Gewalt in der Psychiatrie bedeuten, wenn beispielsweise eine Frau nach einer Vergewaltigung und in einem psychischen Ausnahmezustand auf einer gemischtgeschlechtlichen Aufnahmestation aufgenommen wird, vor Männern in diesem Augenblick verständlicherweise Angst hat und sich ihre Bezugspersonen nicht nach dem Geschlecht aussuchen kann.

Präventive Maßnahmen könnten sein:

1. Es besteht die Notwendigkeit, eingehende empirische Untersuchungen für den Bereich der stationären Psychiatrie und für alle im weiteren Sinn therapeutisch Tätigen vorzunehmen. Dabei sollten auch geschlechtsspezifische Unterschiede qualitativ und quantitativ Eingang finden. Ob Patientinnen und Patienten im Verlauf ihrer stationären Behandlung gesund werden oder nicht, ist das wichtigste Qualitätsmerkmal.
2. Aufklärung der Öffentlichkeit, z.B. darüber, daß juristische Schritte möglich sind, strafrechtlich, standesrechtlich oder auch zivilrechtlich in Form von Schadensersatzklagen.
3. Einrichtung sog. Ethikkommissionen.
4. Aufnahme des Themas in die Ausbildungsgänge der in der Psychotherapie und Psychiatrie Tätigen. Supervision unter Einschluß des Themas.
5. Gesetzgeberische Maßnahmen:
Die §§ 174 ff des StGB regeln den Mißbrauch von behördlich Verwahrten, hier wird bestraft, wer eine rechtlich-hoheitliche Machtposition ausnützt. Das Institut für Psychotraumatologie in Freiburg empfiehlt die Einfügung

eines § 174 c mit einer Formulierung, die auf die besonderen Verhältnisse der Psychotherapeutischen Behandlung und Beratung heterogener Berufsgruppen abgestimmt ist.

Literatur

CREMERIUS, Johannes: Vorwort zu Sabina Spielrein, Tagebuch einer heimlichen Symmetrie, CAROTENUTO, Aldo (Hrsg). Freiburg 1986

BACHMANN, K.M. und BÖKER, W.(Hrsg.): Sexueller Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie, Bern 1994

BECKER-FISCHER, Monika und FISCHER, Gottfried: Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Stuttgart, Berlin, Köln. 1997

BORNEMANN, Ernest: Lexikon der Liebe. Frankfurt, Berlin, Wien. 1990

BLASER, Andreas: Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie. Urteil, Vorurteil und Konsequenzen, in: BACHMANN, Kurt Marc: Sexueller Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie, Bern. 1994

HEYNE, Claudia: Tatort Couch, Zürich. 1991

MOGGI, F., Bossi, J. und BACHMANN, K.M.: Sexuelle Kontakte zwischen Pflegepersonal und Patienten in psychiatrischen Kliniken, in: BACHMANN, Kurt Marc und BÖKER, Wolfgang: Sexueller Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie, Bern. 1994

SUCHANEK, Peter: Die Not der Tugend. 1982

TERGEIST, Gabriele: Böse Fälle, in: HERZOG, Gunter und TERGEIST, Gabriele (Hg.): Störfall Sexualität, Bonn. 1996

III. Texte aus den Arbeitsgruppen

Projektion & Wirklichkeit

Claudia Bridge

Ich bin jetzt das
was du mal warst
in Wirklichkeit, in Wirklichkeit
als deine Ohren offen waren
als du in deine Augen sahst
ich bin jetzt das
was du mal warst

Ich bin jetzt du
das sagt ich dir
ein kleines Bild
das wirklich wär
würdest du
wie's damals war
dann wärst auch du
wo ich jetzt bin
stell' ich mir vor
wenn's wirklich wär

Ich hab kein Bild
das wirklich ist
so muß ich sein
was du nicht bist
so schützt du dich
stellst dich vor mich

Ich bin jetzt das
was ich nicht bin
wie's wirklich wär
wenn's wirklich kommt
das wagst du nicht
so muß ich sein
was du nicht bist

Die Praxis der Zwangsmedikation

Richard Schmidmeier

Gewalt und Zwang sind Themen, die in der Bevölkerung direkt in Zusammenhang mit der Psychiatrie gebracht werden. „Man“ hat Angst, eingesperrt zu werden, weiß nicht was „dort“ passiert usw., ein Vorurteil, mit dem wir uns tagtäglich auseinandersetzen müssen.

Leider ist Gewalt in der Theorie der Psychiatrie bisher kein Thema gewesen, Veröffentlichungen dazu gibt es erst seit einigen Jahren und dann vor allen Dingen aus den Einrichtungen mit Versorgungsauftrag.

Bei einer Zufallsstichprobe in 29 Lehrbüchern der Psychiatrie aus dem Jahr 1908 (KRAEPELIN) bis 1985 brachte im Stichwortverzeichnis unter den Stichworten Gewalt, Zwang oder Aggression keines einen einzigen Vermerk! Erst im Lehrbuch von FAUST aus dem Jahr 1995 (Psychiatrie, Stuttgart, 1995) sind die Begriffe zu einem „Renner“ geworden, gemeinsam mit den Stichworten Angst, Schlafstörungen und Suizid. Glücklicherweise ist also endlich die Diskussion um Angst, Gewalt, Aggression und Zwang zu einem Thema in der Psychiatrie geworden und wird dort sehr differenziert geführt.

Lassen Sie mich mit einem Beispiel beginnen:

Rainer A. ist seit 1974 in unserer Klinik bekannt wegen einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Es gelang nicht, eine völlige Remission der Erkrankung zu erreichen, immerhin lebte der Patient jahrelang in einem sozialen Netz integriert, von einem Case Management begleitet in einer Wohngemeinschaft. Kurzfristig aufflackernde akute psychotische Exazerbationen waren immer wieder ausgelöst durch Absetzen der Medikamente, der Patient vermutete sich dann kreativer und leistungsfähiger. Lange Zeit ließ er sich trotzdem immer wieder zur Medikation überreden, und Aufenthalte in unserer Klinik blieben nur recht kurz, oder Krisen waren in ambulanter Intervention zu überwinden. In der letzten Zeit setzte er seine Medikamente jedoch systematisch ab und war auch nicht zu einer Compliance zu bewegen. Es folgten insgesamt drei Zwangseinweisungen, der Patient fügte sich zunächst immer wieder in das therapeutische Setting, brach dann jedoch die Therapie wieder ab. Schließlich mußten wir ihn wegen einer sich zuspitzenden Aggressivität in einer geschlossenen Station behalten. Auch dort nahm er keine Medikamente ein, er eckte mit jedem an, war immer latent aggressiv gestimmt. Dann sah er eines Tages einen Mitpatienten Fußball spielen, stürzte sich auf ihn, versuchte ihn niederzuschlagen und zu würgen, weil er ihn für den Abgesandten seines früher fußballspielenden Vaters hielt! In dieser Situation gaben wir Herrn A. eine „Zwangsmedikation“.

In einer schon jahrelangen Diskussion versuchen wir in unserer Klinik, Ausbrüchen von Aggressionen möglichst zu begegnen, krisenhafte Zuspitzungen und Situationen im vorab zu erkennen und zu vermeiden.

Nach der vorliegenden Literatur und den eigenen Erfahrungen gibt es verschiedene typische „Kumulationspunkte“, wo es immer wieder zu Zwischenfällen und zu aggressiven Ausbrüchen kommt. Im Rahmen der Strukturqualitäts- und Prozeßqualitätsdiskussion lassen sich diese Schwachstellen oftmals erkennen und verbessern, so daß hier Zwangsmedikationen überflüssig werden:

Wie wird der Patient im Krankenhaus aufgenommen? Muß er immer sofort in eine geschlossene Station? Wir wissen aus allen möglichen Ergebnisqualitätsuntersuchungen, daß das erste „Eingesperrtsein“ für die Patientinnen und Patienten mit das Schlimmste ist. Auch in der Literatur gibt es hervorragende Beschreibungen zu dieser Situation, die hier nur kurz repliziert werden sollen (STAHL 1989).

Ein Patient bzw. eine Patientin soll immer in einer offenen Station aufgenommen werden. Das Aufnahmezimmer sollte wenigstens theoretisch Fluchtmöglichkeiten eröffnen und dem zukünftigen Patienten nicht Fluchtwege abschneiden, er soll sich nicht eingeeengt fühlen. Im Aufnahmegespräch sollten wir uns mehr um die Belange des Patienten kümmern und die psychopathologischen Differenzierungen für später aufheben. Wie können wir den Patienten gewinnen, sein Vertrauen, seine Zuneigung, sein Entgegenkommen.

Auf der Station, in der sich der Patient oder die Patientin befindet, sollten klare Strukturen vorhanden sein. Das Vulnerabilitätskonzept bei psychisch Kranken ist unumstritten und offensichtlich und wir sollten uns daran halten. Patientinnen und Patienten mit psychischen Krankheiten und in dieser psychischen Krise haben deutlich verminderte kognitive Fähigkeiten, darauf müssen wir eingehen. Aus diesem Grunde ist unser therapeutisches Personal wie in einem Krankenhaus gekleidet, um dem Patienten zu vermitteln: „Den kann ich fragen, mit dem kann ich sprechen, die ist Fachfrau“.

Gekicher vor der Tür bei der Visite oder im Stationszimmer mit anderen Patienten kann sehr leicht fehlgedeutet werden und muß dem Patienten unbedingt erklärt werden.

Betten mit heraushängenden Fixiergurten auf dem Gang oder im Zimmer sind fürchterlich, machen Angst und sind abstoßend.

Natürlich muß eine Patientin in einer Station eingeführt werden, sie muß wissen, wo sie mit ihren Angehörigen oder Menschen ihres Vertrauens telefonieren kann, sie muß wissen, wohin sie sich zurückziehen kann, wenn ihr alles zuviel wird, wenn sie ihre Ruhe braucht.

Trotzdem kann es natürlich zu Zwischenfällen kommen. Wir haben in unserer Klinik ein spezielles Dokumentationsblatt für schwerere Zwischenfälle eingeführt, um einen Überblick zu haben und systematische Häufungen festzustellen, zu diskutieren und natürlich abzustellen. Wenn auf bestimmten Stationen Tätlich-

keiten sich häufen, führen wir auch eine systematische tägliche Aufzählung von kleineren aggressiven Durchbrüchen über mehrere Wochen durch. Hier hat sich das von STEINERT immer wieder veröffentlichte Frageinventar nach „Overt Aggression Scale (OAS)“ (Krankenhauspsychiatrie 1991) hervorragend bewährt. Das Krankenpflegepersonal füllt täglich die Kennziffern aus, so daß wir einen systematischen qualitativen und quantitativen Überblick auch von kleineren Krisenzuspitzungen bekommen. Über diese Dokumentation kann es sich zeigen, daß Zeiten der Medikamentenausgabe, nach der abendlichen Übergabe, beim Ins-Bett-Gehen, nach der Visite, etc. auch Zeiten erhöhter aggressiver Zwischenfälle sein können. Dies haben wir alles erlebt und versucht abzustellen, Themen gesammelt, wie man gegensteuern könnte, dem Patienten entgegenkommen kann.

Trotzdem kann es immer wieder zu aggressiven Zwischenfällen kommen, wo wir auch eine Zwangsmedikation anwenden, wie im obigen Fall beschrieben.

Wir sind uns im klaren, daß dieser Einschnitt in die Persönlichkeitsrechte am massivsten ist, vom Patienten als am meisten entehrend empfunden wird.

Wir gehen davon aus, daß eine Zwangsmedikation aus rechtlicher Sicht ein letzter Schritt ist, wo alle anderen Möglichkeiten vorher bereits gescheitert sind. Aus juristischer Sicht muß dabei eine massive Fremd- oder Selbstgefährdung gegeben sein. Wenn sich die Situation langsam zuspitzt, sollte dies womöglich vorher mit einem Richter eines Vormundschaftsgerichtes besprochen werden, von ihm genehmigt werden. Natürlich wäre es auch dringend notwendig, diese entsprechende Maßnahme mit den Angehörigen und Bekannten des Patienten bzw. der Patientin vorzubesprechen, diese mit „einzuspannen“, um Unterstützung zu bitten, daß der Patient seine Medikation vielleicht doch freiwillig nimmt.

Außerdem sollten den Patientinnen und Patienten ausgiebig und intensiv die Problematik der Situation erklärt werden, die Notwendigkeit einer Medikation erklärt worden sein, die Folgen vermittelt worden sein. Wir dürfen uns dabei auch von der Zeit nicht beeindrucken lassen, Zeit müssen wir investieren, müssen wir haben.

Auf der anderen Seite müssen wir auch die eigene Sicherheit, die Sicherheit der anderen Patienten und auch die Gesundheit des Patienten selbst im Auge behalten und können nicht endlos zaudern und zögern. Aus diesem Grunde muß eine Notfallfixierung und eine Zwangsmedikation systematisch in allen Einzelheiten vorbereitet sein und routiniert durchgeführt werden können.

Dabei muß es auch im letzten Moment noch möglich sein, nach „Brücken“ zum Patienten zu suchen, orale Medikation anzubieten, die Gewaltaktion umgehen zu können.

Zusätzlich muß, wie bereits beschrieben, erwogen werden, ob der Patient zur Zwangsmedikation auch fixiert werden muß, oder ob die Zwangsmedikation alleine ausreichend ist.

Um Zwangsmaßnahmen dieser Art möglichst komplikationsarm zu gestalten, ist es notwendig, auf therapeutischer Seite eine „erdrückende Übermacht“ zu präsentieren, um damit den Patienten vielleicht doch noch zu bewegen mitzumachen, sich in das für ihn so gesehene Unvermeidliche zu fügen.

HAUG hat aus der Baseler Universitätsklinik beschrieben, daß 6 Leute, die über einen Alarmplan gerufen werden können, ideal sind. Wir achten dabei darauf, daß vor allen Dingen bei weiblichen Patienten auch Frauen im therapeutischen Team dabei sind.

Wenn diese Übermacht „aufmarschiert“ ist, erklären wir dem Patienten noch einmal, um was es geht, daß wir notfalls auch gegen seinen Willen Medikamente geben müssen, manchmal können wir sogar darauf verweisen, daß wir eine gerichtliche Genehmigung haben etc.. Und wir bieten zu dieser Situation noch einmal an, eine orale Medikation zu nehmen, eine gemeinsame Gesprächsbasis zu finden.

Bei der Verabreichung einer Zwangsmedikation müssen wir daran denken, wie es dem Patienten geht, der von einer Übermacht festgehalten wird, er hat körperlich keine Chance mehr, er wird im Intimbereich entkleidet, um ihm eventuell eine intramuskuläre Spritze zu verabreichen. Auch hier ist es wichtig, dem Patienten in dieser Situation immer wieder zu erklären, was jetzt passiert, um was es gehe, welche Medikamente er bekomme.

Ein großes, bis jetzt nicht gelöstes Problem ist für uns, wo die Zwangsmedikation durchgeführt wird. Findet es am Gang oder „öffentlichen Stellen“ statt, finden sich immer wieder Gaffer voller Sensationslust. Wenn man in ein Krankenzimmer geht, vermittelt man dem Patienten bzw. der Patientin und den anderen Patienten etwas Geheimnisvolles, Fürchterliches, das nur in einem abseitigen Raum durchgeführt werden kann. Der Patient/die Patientin fühlt sich vermutlich noch verlassen.

Natürlich ist es selbstverständlich, daß der behandelnde Arzt bei der ganzen Aktion, so es irgend möglich ist, dabei sein muß und die Führung und hier vor allen Dingen das Gespräch mit dem Patienten bzw. der Patientin weiter versuchen muß.

Nach der erfolgten Aktion ist es weiterhin wichtig, dem Patienten noch einmal in aller Ruhe zu erklären, warum dies notwendig war und was passiert ist und was jetzt zu erwarten ist. Oftmals gelingt gerade dann ein Zugang zum Patienten, der für die Zukunft wichtig wird.

Auch während der Zeit nach der Applikation einer Zwangsmedikation sollte dringend ein enger therapeutischer Kontakt zum Patienten oder zu der Patientin weiterbestehen bleiben, sei es durch eine Sitzwache, durch ständigen sonstigen Kontakt oder wenigstens Augenschein.

Dies ist einerseits wegen eventueller Nebenwirkungen der Medikamente wichtig, andererseits wollen wir den Patienten ja nicht wie nach einer „verlorenen Schlacht“ alleine lassen, sondern ihn unterstützen, ihm helfen, versuchen, einen Zugang zu ihm zu finden.

Natürlich ist es sehr wichtig, sich über die Art der Zwangsmedikation schon im vorab klar zu werden und die Medikamente entsprechend herzurichten. Dazu gehört eine ausführliche Medikamentenanamnese, wir müssen wissen, welche Medikamente der Patient vorher schon bekommen hat, evtl. gut oder schlecht vertragen hat, welche Ausweichpräparate zur Verfügung stehen, was wir ihm sonst anbieten können.

Aus allgemeintherapeutischen Gründen sollte, solange irgend möglich, eine orale Applikation von Medikamenten bevorzugt werden, da sie die Persönlichkeitsrechte des Patienten bzw. der Patientin am wenigsten beeinflussen.

Bei der parenteralen Anwendung ist davon auszugehen, daß die Dosierung parenteral zu oral sich ungefähr wie 1:1,5 verhält.

Die Wirkung des Stoffes ist bei parenteraler Anwendung natürlich schneller, aber nicht so schnell, daß dies als stehendes Argument dafür benutzt werden könnte.

Eine weiteres Problem stellt die Zielsymptomatik dar. Hochpotente Neuroleptika helfen natürlich am ehesten bei Wahngeschehen, allerdings wissen wir aus unserer täglichen Erfahrung, daß sie nicht so schnell wirken, eine „Aufsättigung“ mit hochpotenten Neuroleptika, wie sie früher immer wieder empfohlen wurde, aus diesem Grunde unsinnig ist. Das bewirkt vor allen Dingen eine erhöhte Rate von Nebenwirkungen.

Bei im Vordergrund stehenden angstgefärbten Psychosen bieten sich natürlich Benzodiazepine in den verschiedenen Applikationsformen an, sei es Diazepam rektal oder Lorazepam Expedit. Sie wirken schnell und sicher. Dagegen ist die Bioverfügbarkeit eines intermuskulär gegebenen Diazepams nicht optimal, wie es in der Literatur berichtet ist. Diazepam sollte vor allen Dingen venös gegeben werden. Hier ergibt sich natürlich die Gefahr eines Atemstillstands.

Bei einer Umfrage in psychiatrischen Krankenhäusern in der Bundesrepublik, die wir für dieses Symposium durchgeführt haben, stellt sich folgendes heraus:

In etwa einem Drittel der Krankenhäuser werden hochpotente Neuroleptika (vor allen Dingen Haloperidol) in einer Dosierung von 5-15 mg gemeinsam mit niederpotenten Neuroleptika (Levomepromazin, Chlorprothixen) in einer Dosierung von 25-150 mg gegeben.

In einem weiteren Drittel werden hochpotente Neuroleptika (wieder vor allen Dingen Haloperidol) kombiniert mit Benzodiazepinen (vor allen Dingen Diazepam) appliziert.

Bei einem weiteren Drittel gibt es neben den Angeboten Zuclopenthixol (Ciatyl Z Acuphase) in Dosierungen zwischen 50 und 200 mg auch noch andere, nicht weiter wichtige und selten vorkommende Mixturen.

Von etwa 250 angeschriebenen Kliniken antworteten 120. Nur in zwei Fällen wollte man auf Zwangsmedikation überhaupt verzichten.

Natürlich sollte, wie beschrieben, die Medikation zur Vormedikation passen, systematisch weitergeführt werden können und sinnvoll in die Psychopharmakotherapie der vorliegenden Krankheit eingefügt werden.

Ziel der „Zwangsmedikation“ soll sein, den Patienten zu beruhigen, einen Beginn für eine weiterführende Medikation zu schaffen und, was das Allerwichtigste ist, auch wenn es hier absurd erscheint, Vertrauen begründen.

Zum Schluß möchte ich noch einmal die rechtliche Situation klarstellen.

Im Vordergrund steht natürlich das Grundgesetz mit seinen Persönlichkeitsrechten und der Definition der Menschenrechte. Dies ist in unserer Gesellschaft mit Recht ein sehr sensibler Bereich, der unbedingt beachtet und geschützt werden soll.

Der Hinweis auf eine Notwehrsituation nach dem Strafgesetzbuch reicht entsprechend den vorliegenden Kommentaren in der juristischen Literatur regelmäßig nicht(!). Über die „Notwehr“ kann ich jemand anderen abhalten, jemand etwas zu tun, es beinhaltet jedoch nicht das Recht, ihm auch gegen seinen Willen Medikamente zu applizieren.

In manchen „Psychiatriegesetzen“ der Bundesländer wird eine Zwangsmedikation z.B. zur Durchsetzung von Hausordnungen oder disziplinarischen Maßnahmen begründet. Dies ist natürlich ausdrücklich auch in der juristischen Literatur unumstritten nicht möglich.

Auch das rechtliche Laienkonstrukt „Der Patient hat ein Recht auf Behandlung“ ist gemäß einem Urteil des Bayerischen Obersten Landesgerichtes nicht anzuwenden, es wird so nicht akzeptiert.

Die Applikation einer Zwangsmedikation ist aus rechtlicher Sicht in der Bundesrepublik sehr, sehr vage geklärt, bleibt rechtlich nebulös abgesichert.

Auch aus diesem Grund müssen wir bei einer Zwangsmedikation sehr vorsichtig vorgehen. Wenn immer dies möglich ist, sollte vorher das zuständige Vormundschaftsgericht informiert werden und um Rat gefragt werden.

Nach einer Injektion sollte ebenfalls das Vormundschaftsgericht informiert werden, wenn der Patient nicht im nachhinein sein Einverständnis gibt.

Vielleicht gibt es ein Patiententestament, auf das man sich in der Diskussion mit dem Patienten bzw. der Patientin berufen kann.

Hilfreich ist sicher auch, wenn die Angehörigen und der Betreuer der Patientinnen und Patienten mit informiert werden, um Mithilfe gebeten werden, Bescheid wissen. Es gilt also, eine möglichst breite Basis des Verständnisses der Krankheit und der Behandlungsmöglichkeiten aufzubauen, in deren Rahmen wir dann im äußersten Notfall eine Zwangsmedikation geben können. Und diese – das sei zum Schluß noch einmal betont –, kann nur im äußersten Notfall angewendet werden und muß dem Patienten bzw. der Patientin anschließend systematisch erklärt und dargelegt werden.

Literatur

BERZEWSKI, H., Der Psychiatrische Notfall, Berlin 1996.

Gibt eine ausführliche Indikationsliste für die verschiedenen Psychopharmaka bei psychiatrischen Notfällen.

STEINERT, Tillman, Aggression bei psychisch Kranken, Stuttgart 1995.

FINZEN, Asmus, e.a. Hilfe wider Willen: Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag, Psychiatrie Verlag, Bonn 1993.

STAHL, Klaus, Erste Erfahrungen mit der psychiatrischen Fachklinik, Ergebnisse einer Patienten- und Mitarbeiterbefragung zur Aufnahmesituation und zum Eintritt in die psychiatrische Klinik. Herausgeber: Landschaftsverband Westfalen/Lippe, Mai 1989.

De-Eskalation von Gewalt in der Psychiatrie

Klaus-Jürgen Wille

Ich möchte Ihnen einleitend einige Thesen im Zusammenhang mit Aggression und Gewalt vorstellen:

1. Aggressions- und Gewaltvorfälle werden nach wie vor eher tabuisiert. Wenn sie doch zum Thema werden, so sind dies eher die sehr massiven, extrem traumatisierenden Ereignisse, die einen Handlungsbedarf für die Station und/oder die Einrichtung erfordern. Nach wie vor zeigt sich eine Tendenz, hier eher Schuldzuweisungen vorzunehmen, anstatt die Situation adäquat aufzuarbeiten.
2. (Pflege-)Personal hat in der Regel keine konsequente Strategie, mit Aggression und Gewalt umzugehen. Hier gibt es allerdings Unterschiede, die mit den jeweiligen „Kulturen“ einer Station zusammenhängen.
3. Gewalt hat negative Auswirkungen auf alle Beteiligten dieser Interaktion. Sie reichen von aktueller Furcht und Angst bis hin zu langfristigen Folgen wie erhöhtem Alkohol- und Medikamentenkonsum und burn-out-Problematik. Hier fehlt häufig eine angemessene Betreuung des Personals und eine entsprechende Nachbearbeitung mit Patientinnen und Patienten.
4. Es mangelt noch immer an Fertigkeiten, die Eskalation von Aggression rechtzeitig zu erkennen und entsprechend zu de-eskalieren. Dies gilt für alle Berufsgruppen.

Welche Erfordernisse lassen sich daraus ableiten?

Im letzten Jahr erlebte ich auf einer Tagung zu diesem Thema, wie ein Kollege aus Berlin eindrucksvoll den Veränderungsprozeß auf einer geschlossenen Aufnahmestation beschreibt. Er konnte belegen, daß über einen Zeitraum von mehreren Jahren die Anzahl von Fixierungen deutlich zurückgegangen war und leitete das von zwei wesentlichen Merkmalen ab:

1. Die permanente strukturierte Auseinandersetzung, mit dem Thema Aggression, um zu einer gemeinsamen Haltung und Einstellung zu kommen.
2. Die Beteiligung aller an Auseinandersetzungen, die mit Aggression verknüpft sind, einschließlich freiheitsentziehender Maßnahmen. Alle meint alle Berufsgruppen, d.h., daß sich auch der Arzt an der Fixierung beteiligt und diese nicht nur anordnet.

Im Zentralkrankenhaus Bremen Ost wurde vor zwei Jahren anläßlich eines schweren Gewaltvorfalls nach einem Konzept gesucht, das ermöglichte, eine Veränderung der Gewaltrealität zu erreichen. Gefunden wurde eine Methode, die in den Niederlanden entwickelt wurde. Nach einigen Vorverhandlungen wurde ein Lizenzvertrag geschlossen: Zunächst wurden Seminare für sechs Stationen von

niederländischen Trainern durchgeführt, anschließend wurden drei Mitarbeiter unseres Hauses, mich eingeschlossen, in Amsterdam zu Trainern ausgebildet. Ich möchte Ihnen nun die wesentlichen Merkmale dieses Konzeptes vorstellen.

Die Seminare verlaufen über fünf Tage. In dieser Zeit werden die MitarbeiterInnen in drei Bereichen geschult:

1. In der Anwendung von sogenannten Persönlichen Sicherheitstechniken, Techniken, die dazu dienen, sich aus grenzverletzenden Übergriffen von Patientinnen und Patienten (von Festhalten bis hin zu Würgegriffen) zu befreien und Hilfe zu holen. Diese Techniken sind im Grunde schon länger bekannt, wurden innerhalb dieser Methode nur standardisiert. Sie finden sich z.B. in Kurzbeschreibung in amerikanischer Pflegeliteratur.
2. Im Erlernen von sogenannten Teamtechniken. Diese zielen darauf ab, in einer Gewaltsituation einen Patienten sicher und mit geringem Verletzungsrisiko auf den Boden zu bringen und nötigenfalls zu fixieren. Wie bei den Persönlichen Sicherheitstechniken folgen die Griffe der physiologischen Beweglichkeit der Gelenke und vermindern so das Verletzungsrisiko. Diese Technik setzt die Beteiligung von mindestens drei MitarbeiterInnen voraus. Sie erfordert nicht ein großes Maß an Kraft, sondern die sichere Beherrschung. Wesentlich dabei ist, daß eine Person die Regie und Übersichtsfunktion übernimmt und kontinuierlich die verbale und nonverbale Kommunikation mit dem Patienten aufrechterhält. Diese beiden Techniken dienen dabei im Grunde als Copingstrategien in dem Sinne, daß die sichere Beherrschung von Techniken es MitarbeiterInnen ermöglicht, in spannungsgeladenen, streßbesetzten Situationen sich verhältnismäßig sicher zu fühlen. Dies ist die Voraussetzung dafür, sich in solchen Situationen angemessen und professionell verhalten zu können, um die Möglichkeit von deeskalierenden Strategien zu eröffnen.
3. Neben der permanenten Einübung dieser Techniken wird die Auseinandersetzung mit dem Thema Aggression und Gewalt gefördert.

Hierzu gehören die Bewußtmachung eigener Erfahrungen mit Gewalt, die Diskussion eigener Normen in diesem Bereich, aber auch der vorhandenen Normen in den jeweiligen Teams. Ziel ist das Akzeptieren des sogenannten *Gewinn-Gewinn-Verhaltens* in aggressionsgeladenen Situationen, d.h. in einer Streßsituation nicht zu kämpfen oder zu flüchten (oder auch zu vermeiden), sondern sich so zu verhalten, daß nach Möglichkeit eine konstruktive Lösung der Situation zu erreichen ist. Das meint, daß keiner der Beteiligten sich über- oder unterlegen fühlen muß und keinen „Gesichtsverlust“ erleidet.

Ich möchte dies an einem weiteren Element dieser Methode verdeutlichen.

Wesentlich v.a. für pflegerisches Handeln ist ein ziel- und prozeßorientiertes Vorgehen, und dazu gehört auch die (pflegerische) Diagnostik von Aggression. Im Kontext des Pflegeprozesses setzt sich die Diagnose aus dem Titel (P), der Ätiologie (Ä) oder auch beeinflussenden Faktoren und den Zeichen und Symptomen (S) zusammen. In diesem Diagnostikschema können verschiedene Stu-

fen von Aggression unterschieden werden: Agitiertes Verhalten (gekennzeichnet durch ein bestimmtes Maß an Gespanntheit und Gereiztheit mit schnell wechselnden Niveaus von psychomotorischer Erregung), verbale Aggressivität und Drohen mit körperlicher Gewalt, sowie physische Aggression gegenüber Gegenständen und/oder Personen.

Auf diesen verschiedenen Stufen lassen sich dann nach dem Erkennen der entsprechenden Symptome unter Berücksichtigung der beeinflussenden Faktoren situationsgerecht entsprechende Interventionen ableiten.

Wichtig ist hierbei, daß die Interventionen nicht erst reaktiv bei körperlicher Gewalt einsetzen, sondern bereits präventiv bei den ersten Anzeichen von Agitation. Häufig wird noch beobachtet und abgewartet.

Zu dem Konzept gehört natürlich auch eine verbindliche Betreuung von betroffenen MitarbeiterInnen. Dazu gibt es bei uns im Hause einen Standard, der die verschiedenen Angebote festlegt. Ergänzend möchte ich hinzufügen, daß dieses Projekt auch seine Schwierigkeiten und Grenzen hat. Zwar sind die TeilnehmerInnen der Seminare in der Regel beim Abschluß begeistert, die Implementierung in der Einrichtung braucht allerdings Zeit. Das subjektive Gefühl von Sicherheit in der Beherrschung der Techniken wird erst nach einer gewissen Zeit erlangt; die Veränderung einer Stationskultur ist ein Prozeß, der nicht allein über die Seminare erlangt werden kann. Außerdem besteht immer die Gefahr, daß die Techniken in einer „Kämpferkultur“ zur Sanktionierung von Patientinnen und Patienten mißbraucht werden können. Ich gehe persönlich davon aus, daß deutliche Veränderungen in unserer Einrichtung erst in einigen Jahren nachzuweisen sind, auf einigen Stationen sind bereits Ansätze dafür zu sehen.

„Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie“ – Klinikinternes Fortbildungsangebot in einer psychiatrischen Klinik mit Pflichtversorgungsauftrag

Regina Ketelsen, Hermann Wand, Theo Wessel

Zum Einstieg haben wir anhand von Folien den Gesamtkontext der Kliniksituation dargestellt. Seit Übernahme der regionalen Pflichtversorgung im Jahre 1984, aber besonders in den letzten Jahren gibt es einen Trend zu steigenden Fallzahlen, sinkenden Verweildauern und einer Zunahme der Zwangseinweisungen.

In der psychiatrischen Klinik wird die Einschätzung vertreten, daß der Anteil an Gewalt und Zwangsmaßnahmen relativ hoch ist. Deshalb sollen diese dokumentiert, statistisch aufbereitet und mit anderen Kliniken verglichen sowie Maßnahmen zu ihrer Reduzierung eingeleitet werden.

Um das Aufkommen von Gewalt besonders auf den geschlossenen Stationen zu verringern, werden diese seit Oktober 1995, soweit dies personell und von der Gefährdung der behandelten Patientinnen und Patienten her vertretbar ist, in der Zeit von 8:00 Uhr bis 20:00 Uhr geöffnet.

Seit September 1994 gibt es die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Psychiatrie“. TeilnehmerInnen sind MitarbeiterInnen der verschiedenen Berufsgruppen in der psychiatrischen Klinik. Auftrag der Arbeitsgruppe ist u.a. die Entwicklung von Standards für die psychiatrische Arbeit:

- April 1995 Standard „Umgang mit Gewalt durch PatientInnen“
- Juli 1995 Standard „Umgang mit Gewalt durch MitarbeiterInnen“
- November 1995 Standard „Fixierung in psychiatrischen Notfallsituationen“
- August 1996 Standards „Isolierung in psychiatrischen Notfallsituationen“ und „Pflege bei isolierten und/oder fixierten PatientInnen“
- Mai 1997 Standard „Umgang mit Psychopharmaka (auch gegen den Willen der PatientInnen)“

Im Standard „Regeln zum Umgang mit Gewalt durch PatientInnen“ wurde festgelegt, daß 2x jährlich Fortbildungen zum Umgang mit Gewalt in der Psychiatrischen Klinik stattfinden müssen. Bisher haben fünf Fortbildungen stattgefunden.

Die erste Fortbildung am 5.12.1995 fand im Rahmen der wöchentlichen Klinik-Fortbildung statt, die zwar für alle Berufsgruppen zugänglich ist, aber hauptsächlich von ärztlichen MitarbeiterInnen im Rahmen der Weiterbildung besucht wird.

Schwerpunkt dieser ersten Fortbildung war die Darstellung des Spannungsfeldes zwischen Hilfe und Gewalt; Vorstellung von Untersuchungen zu Zwangsmaßnahmen, insbesondere aus dem deutschsprachigen Raum; Vorstellung der bisher erarbeiteten Standards und Darstellung von Beurteilungskriterien zur Einschätzung von drohender Gewalt.

Es kam zu einer regen Diskussion und zu dem Wunsch nach einer mehr praxisbezogenen und multiprofessionellen Vorgehensweise in kleineren Gruppen.

Daraufhin bildete sich unsere Arbeitsgruppe „Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie“.

Die nächste Fortbildung fand am 19.03.1996 statt. Geplant war multiprofessionelle Kleingruppenarbeit, praxisnah und mit Einbringen von eigenen Erfahrungen.

Ziele waren:

- Ermöglichen einer Atmosphäre mit offenem, wertschätzendem Austausch mit gegenseitiger Rückmeldung
- Sensibilisierung für die Anbahnung von Gewalt
- Erlernen von Deeskalation ohne rigides Handeln bzw. Demonstrieren von Macht
- Angst als Signal bei sich wahrnehmen lernen (fühlen – wahrnehmen – denken – handeln)
- Bei PatientInnen Angst und Verzweiflung, die oft Grund von aggressiven Eskalationen sind, erkennen und beobachten lernen.

Wir arbeiteten in zwei Kleingruppen mit je 20 TeilnehmerInnen, darunter auch einige MitarbeiterInnen aus anderen Teilbereichen der „von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel“.

Insgesamt kam es zu regen Diskussionen und erstaunlich offenem Thematisieren der Angst von MitarbeiterInnen.

Als Einstieg diente Triadenarbeit: In Dreiergruppen wurde ausgetauscht, was die einzelnen MitarbeiterInnen zum Thema einbringen wollen. Über diesen Einstieg kam in der größeren Gruppe die Diskussion schnell und lebendig in Gang.

Für die nächste Fortbildung am 10.09.1996 entschieden wir uns, das Angebot auf die psychiatrische Klinik zu begrenzen, weil die Teilnahme aus nicht klinischen Bereichen als ungünstig für einen offenen Austausch wahrgenommen wurde.

Es nahmen ca. 20 MitarbeiterInnen teil, der Ablauf war ähnlich wie beim vorherigen Termin.

Für den 19.03.1997 entschieden wir uns für Arbeitsgruppen mit Themenschwerpunkten. Für diese Gruppen war eine Voranmeldung erforderlich. Es kamen ca. 35 Personen aus allen Berufsgruppen. Nicht alle hatten sich vorher angemeldet.

Die letzte Fortbildung fand am 09.09.1997 statt

Themen der Fortbildung am 09.09.1997:

1. Strukturiertes Fallgespräch mit Fallbeispielen:

Mit Hilfe eines strukturierten Fallgesprächs (Balint - Gruppe nach Heigl-Evers) sollen nach Schilderung einer Situation die ausgelösten Gefühle, Assoziationen, Ursachenerklärungen für das Verhalten von PatientInnen als auch von MitarbeiterInnen zusammengetragen werden. Mögliche Verhaltensalternativen werden besprochen und entwickelt.

2. Notruf - Provozieren oder Reduzieren von Gewalt und Zwangsmaßnahmen?

Wie werden Entscheidungen nach dem Auslösen eines Notrufes zum weiteren Vorgehen und zur Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen getroffen?

3. Gewalt - wer schützt eigentlich die MitarbeiterInnen?

Bisher haben wir in den Fortbildungen viel zum „Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie“ über Schutz und Rechte der PatientInnen diskutiert. In dieser Gruppe wollen wir uns mit der Frage beschäftigen, wie es mit Schutz, Rechten und Entscheidungsbefugnissen für die MitarbeiterInnen aussieht.

Nach dieser Fortbildung haben wir erstmals einen Evaluationsbogen genutzt:

Insgesamt beteiligten sich 39 TeilnehmerInnen aus der Klinik an der Fortbildungsmaßnahme:

44% Pflegekräfte, 33% ÄrztInnen, 23% sonstige Berufsgruppen.

Die TeilnehmerInnen ordneten sich 3 Gruppenangeboten zu:

1. „Strukturiertes Fallgespräch mit Fallbeispielen“ (14 TN)
2. „Notruf - provozieren oder reduzieren von Gewalt und Zwangsmaßnahmen?“ (10 TN)
3. „Gewalt, wer schützt eigentlich die MitarbeiterInnen?“ (15 TN)

Zusammengefaßte Antworten des Auswertungsfragebogens:

a) Berufliche Relevanz:

Austausch mit anderen bzw. anderen Berufsgruppen; verschiedene Sichtweisen erfahren; Gewalterfahrungen öffentlich machen; Informationen erhalten; eine Methode mit Lösungsorientierung erfahren.

b) Persönliche Relevanz:

Entlastung durch Sprechen über das Thema; objektive und subjektive Aspekte unterscheiden können; strukturiertes Vorgehen macht das Sprechen über das Thema leichter.

c) Fehlendes:

Zeit; konkrete Deeskalierungsmethoden kennenlernen; Standards der Klinik mehr einbeziehen.

d) Zusammenarbeit in der Gruppe:

offene Atmosphäre; kollegiale Anteilnahme erfahren; gute Kooperation.

e) ModeratorInnen:

gute Strukturierung; Verständnis erfahren.

f) Zukünftige Fortbildungen zu diesem Thema:

weitermachen; mehr Zeit einräumen; Rollenspiele einbeziehen; Deeskalierungsmethoden demonstrieren und lernen.

Bei der Nachbesprechung hatten wir den Eindruck, daß bei den kommenden Fortbildungsangeboten die Handlungsebene konkreter einbezogen werden muß.

Als Weiterentwicklung über das regelmäßige Fortbildungsangebot 2x jährlich hinaus streben wir ein gezielteres Angebot im Rahmen der „Einarbeitung neuer KollegInnen“ zum Thema „Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie“ an. Insgesamt ist es uns wichtig, möglichst viele KollegInnen aus den verschiedenen Berufsgruppen zu erreichen und das Vorgehen am Alltag der Klinik und den Interessen der MitarbeiterInnen zu orientieren.

Im Zuge der Standardentwicklung ergab sich in der gesamten Klinik eine breite Diskussion zum Umgang mit Gewalt in der psychiatrischen Arbeit.

Seit Oktober 1996 gibt es die AG „Qualitätssicherung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen“. Teilnehmer: Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Krankenhaus Neukölln - Psychiatrische Abteilung, Psychiatrische Klinik Gilead (von Bodelschwinghsche Anstalten Bethel in Bielefeld).

Die bisherigen Arbeitsinhalte:

- Austausch zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen in den jeweiligen Kliniken und über den Diskussionsprozeß zum Umgang mit Gewalt
- Austausch über die bisherige Dokumentation in den jeweiligen Kliniken zu Zwangsmaßnahmen (Fixierung und Isolierung)
- Austausch über die Indikation für Fixierung/Isolierung
- Thematisieren von Zwangsmedikation (Definition, Dokumentation).

Die aktuelle Planung zu weiteren Arbeitsinhalten ist einerseits eine vergleichende Dokumentation von Isolierungen und Fixierungen der o.g. Kliniken über ein halbes Jahr ab dem 01.01.1998 und andererseits die Erarbeitung eines gemeinsamen Dokumentationssystems für Zwangsmedikationen.

Seit dem 01.08.1996 werden in der Psychiatrischen Klinik Gilead Fixierungen und Isolierungen auf einem einheitlichen Formular angeordnet und protokolliert. Diese Bögen werden statistisch ausgewertet.

Außerdem gilt seit dem 01.05.1997 die Regelung, daß Fixierung grundsätzlich nur in Einzelbetreuung (Sitzwache) möglich ist, Ausnahmen müssen mit der/dem zuständigen OberärztIn bzw. Pflegedienstleitung abgesprochen werden. Isolierung darf nur unter ständiger Sicht im Beobachtungszimmer durchgeführt werden.

In der Arbeitsgruppe während des Kongresses „Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ in Bonn gab es eine Fülle von Nachfragen in Richtung der Entwicklung von ähnlichen Fortbildungsangeboten. Darüber hinaus nahmen wir Anregungen und Kritik für unsere eigene Situation mit.

Hervorzuheben ist, daß aufgrund der Teilnahme einer größeren Anzahl von Pflegekräften der Aspekt von Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie aus Sicht dieser Pflegekräfte dargestellt werden konnte. In der Diskussion, auch mit den anwesenden Psychoseerfahrenen, brachten die Pflegekräfte ihre Unzufriedenheit und Betroffenheit zum Ausdruck, eben nicht nur „Täter“ (und dies alles andere als gern), sondern auch „Opfer“ von Gewalt zu sein.

Erfahrungen mit der offenen Tür – Psychiatrische Abteilung am Vogtland-Klinikum Plauen

Klaus-Dieter Waldmann

Die psychiatrische Abteilung am Vogtland-Klinikum Plauen wird im Herbst 1997 seit 30 Jahren offen geführt. Die Öffnung 1967 geschah als Umsetzung der sogenannten Rodewischer Thesen, die auf einem Internationalen Symposium in Rodewisch 1963 beschlossen wurden.

Die These 2 lautete:

„Optimale Therapie kommt nur unter optimalen Bedingungen optimal zur Wirkung. Die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken müssen ihre allgemeinen Bedingungen, unter denen sie therapieren, kritisch überprüfen. Die besonderen aus der Anstaltstradition übernommenen Maßnahmen, die den psychisch Kranken „anders“ als einen anderweitig Erkrankten im Krankenhaus behandeln, sind Zug um Zug zu beseitigen. Akut und chronisch Kranke können zum überwiegenden Teil auf völlig offenen Krankenstationen geführt werden.

Entscheidend für die Öffnung der Krankenstation ist ein durchdachtes rehabilitatives Heilregime, der fürsorgliche Geist des Personals, die damit geschaffene Heilatmosphäre und die aktive Einstellung zur komplexen Therapie. Aus vorwiegend geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten haben sich vorwiegend offene psychiatrische Fachkrankenhäuser zu entwickeln. Das umfassende Sicherungsprinzip der Heil- und Pflegeanstalt muß einem umfassenden Fürsorgeprinzip des Fachkrankenhauses weichen.“

Der Zusammenhang zwischen einer „entsprechenden Heilatmosphäre“ und der Öffnung der psychiatrischen Stationen wurde schon damals richtig erkannt.

Öffnung der psychiatrischen Stationen kann kein formaler Akt sein, sondern muß lange im therapeutischen Team vorbereitet werden. Eine intensive therapeutische Beziehung zum Patienten bzw. zur Patientin ist Voraussetzung. Es muß ein Stationsklima herrschen, das den Patienten/die Patientin mit seiner/ihrer psychopathologischen Symptomatik voll annimmt.

Die Öffnung der Stationen an der Plauener Klinik geschah bei Pflichtversorgung, damals für 85 000, jetzt für 130 000 Einwohnerinnen und Einwohner, bei jetzt 65 Betten und 15 Tagesklinikplätzen. Ab 1998 können 80 Patienten vollstationär und 20 Patienten tagesklinisch betreut werden.

Seit 1967 erfolgen alle Akutaufnahmen auf den offenen Stationen. Auch Unterbringungen nach PsychKG gegen den Willen der Patientinnen und Patienten, die bei Pflichtversorgung für die psychiatrischen Abteilungen obligat sind, werden realisiert.

Dem kommt auch der Wortlaut des § 29 des PsychKG des Freistaates Sachsen entgegen, in dem es heißt:

„Um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen, soll die Unterbringung nach Möglichkeit in offenen und freien Formen erfolgen, soweit der Zweck der Unterbringung dies zuläßt.“

Nach unseren Erfahrungen hat die heterogene Unterbringung der Patientinnen und Patienten mit Verzicht auf Spezialstationen die Öffnung erleichtert, da dadurch Gewalt und Aggression verringert werden. Neu aufgenommenen Kranke treffen auf den Stationen auf bereits remittierte Patientinnen und Patienten, was wiederum angstabbauend wirkt.

Auch die Betreuung der Patientinnen und Patienten von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung durch das gleiche Team wirkt sich nach unserer Auffassung therapiebegünstigend aus.

Die Heterogenität der Klientel (Ausprägung der verschiedenen psychiatrischen Symptomatik) verlangt offene Stationstüren.

Natürlich hat jeder Patient sein eigenes spezifisches Therapieprogramm. Er erhält einen Therapieplan, aus dem eine vorgesehene Therapie ersichtlich ist (zum Beispiel: Ergotherapie, Musiktherapie, Gruppen für Neurotiker, Gruppen für chronisch bzw. akut psychotisch Erkrankte, Trainingsgruppe für Patientinnen und Patienten mit hirnorganischem Psychosyndrom, Motivationsgruppe für Suchtkranke, kommunikative und konzentrative Entspannung, verschiedene Sportgruppen).

Die Öffnung der psychiatrischen Klinik darf nicht dazu führen, daß komplizierte Patientinnen und Patienten abgewiesen werden, damit würde die Verpflichtung zur Vollversorgung ausgehöhlt und eine 2-Klassen-Psychiatrie begünstigt.

Vorwürfe von Kritikern der offenen Psychiatrie, daß die „offene Tür“ nur durch eine größere Anzahl von Fixierungen, Isolierungen und erhöhte Psychopharmakosen ermöglicht wird, konnten in der Plauener Klinik nicht gestützt werden.

Auch in anderen Einrichtungen konnte sogar eher eine Verringerung des Medikamentenverbrauches und der Fixierungen nach Öffnung der Stationen beobachtet werden (B. LONGINUS; R. BERNHARDT et al.). Aufgrund der Abnahme der Aggressionen durch die „offene Tür“ werden Zwangsmaßnahmen seltener erforderlich.

Öffnen der Stationen bedeutet auch Öffnung zur Gemeinde, das heißt, daß die Patientinnen und Patienten schon während ihres stationären Aufenthaltes Kontakt zu den gemeindepsychiatrischen Einrichtungen aufnehmen können. Dazu gehört in Plauen zum Beispiel der Besuch von Veranstaltungen des Vereins „Partner für psychisch Kranke“ e.V. und des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie insbesondere der Besuch der Kontakt- und Beratungsstelle.

So kann die Schwelle für einen möglichen späteren Besuch dieser Einrichtungen nach der Entlassung bereits schon während des stationären Aufenthaltes erniedrigt werden.

Aber auch der Besuch von Kino- und Theater- sowie Sportveranstaltungen und Ausflüge mit dem klinikeigenen Bus gehören dazu, ebenso wie die ehrenamtliche Mitwirkung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung im gemeindepsychiatrischen Verbund.

Insgesamt kann man nach 30jähriger Erfahrung mit der offenen stationären Psychiatrie konstatieren, daß durch die „offene Tür“ eine günstige Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie psychiatrischer Patientinnen und Patienten besteht.

Erfahrungen mit der offenen Tür am Psychiatrischen Krankenhaus in Marburg

Bernhard Longinus

Gegenstand meiner Betrachtungen ist die Frage, wie sich die Rahmenbedingungen für den Umgang mit Gewalt dann ändern, wenn auf geschlossene Stationen verzichtet wird.

Bevor ich Ihnen jedoch die Ergebnisse einer Untersuchung vorstelle, die ich am Psychiatrischen Krankenhaus Marburg durchgeführt habe, möchte ich zwei Bemerkungen zum Tagungsthema vorausschicken, die mir für das Verständnis der Ergebnisse meiner Untersuchung wichtig erscheinen.

In vielen Beiträgen der Tagung wurde als erstrebenswert genannt, die Anwendung von Gewalt zu reduzieren. Unstrittig ist dies sicher dann, wenn es sich um Maßnahmen handelt, die für den Patienten sehr belastend sind, z.B. um mechanische Fixierungen oder Zwangsmedikation. Problematisch finde ich, was zwischen den Zeilen mit anklingt, ohne daß es allerdings ausdrücklich gesagt würde: daß nämlich jede Form von Gewaltanwendung in der Psychiatrie etwas Negatives sei. In vielen Fallbeispielen, die genannt wurden ist es deutlich geworden, allerdings ohne, daß es ausdrücklich gesagt wurde: es gibt durchaus Fälle, in denen die Anwendung von Gewalt ausgesprochen konstruktiv und sinnvoll ist; ja, es gibt nicht wenige Fälle, in denen die Nicht-Anwendung von Gewalt sich schädlich und destruktiv auswirken kann.

Die zweite Bemerkung bezieht sich darauf, was wir unter Gewalt verstehen. Zunächst wird darunter die Anwendung körperlicher Gewalt verstanden. Verbale Formen von Therapie – „Psycho“-Therapie im weitesten Sinne – werden, soweit ich das überblicke, in der Regel nicht als Gewalt angesehen. Ich möchte diese Auffassung ausdrücklich in Frage stellen. Einen anderen Menschen zum Objekt therapeutischer Bemühungen zu machen, stellt einen großen Eingriff dar, der unter Umständen viel gravierender ist, als ihn mechanisch zu fixieren oder mit körperlicher Gewalt am Verlassen der Station zu hindern. Das heißt natürlich nicht, daß wir darauf verzichten sollten, in dieser Weise auf unsere Patienten einzuwirken. Als gewaltlos sollten wir es aber nicht einschätzen.¹

Vor diesem Hintergrund möchte ich die Veränderungen im psychiatrischen Krankenhaus Marburg beschreiben und diskutieren.

1 Diese These wurde in der Arbeitsgruppe sehr lebhaft und kontrovers diskutiert. Die Position der meisten Diskutanten war, daß man sehr wohl überlegen müsse, was man mit einem Patienten macht („ihm antut“), den man therapeutischen Akten aussetzt. Als „Gewalt“ wollte man (psycho)therapeutische Handlungen auf der anderen Seite aber nicht einstufen.

Die Öffnung der geschlossenen Aufnahmestation im PKH Marburg

Seit dem 1.9.94 wird die geschlossene Aufnahmestation der Klinik prinzipiell als offene Station geführt. Die anderen allgemeinpsychiatrischen Stationen und die gerontopsychiatrische Station waren schon offen bzw. befanden sich zu der Zeit im Prozeß der Öffnung; die Station zur Behandlung von Suchtkranken war vorübergehend geöffnet, dann aber wieder geschlossen, allerdings mehr, um unliebsame Besucher fernzuhalten; Zwangsbehandlungen werden dort nicht durchgeführt, d.h., ein Patient, der seine Entlassung wünscht, wird auch entlassen.

Praxis der Öffnung

Die Öffnung der Station wurde von allen Mitarbeitern als ein großer Einschnitt angesehen. Vorrangig betraf das die Sicherheit der Patienten sowie die Verantwortung der Mitarbeiter, und zwar sowohl aus therapeutischer als auch aus juristischer Sicht. Vor diesem Hintergrund war allen Mitarbeitern wichtig, daß weiterhin eine Kontrolle darüber gewährleistet sein müsse, wer die Station betritt und – vor allem – verläßt.

Deshalb wurde folgende Regelung für die Praxis getroffen: in Zeiten der Öffnung hält sich ein Mitarbeiter der Station (in der Regel ein Pfleger oder eine Schwester) im Vorraum der Station auf. Dieser Vorraum wurde neu gestaltet, mit ansprechenden Möbeln, einer Musikanlage und Spielen mit dem Ziel, ihn zu einer Art Empfangsbereich umzugestalten. Der Mitarbeiter dort hat eine dreifache Funktion: er übt Kontrolle aus über Zu- und Abgang von der Station; er ist eine Art „Empfang“ für Patienten sowie Besucher; er ist ansprechbar für Patienten und Patientinnen der Station, was von diesen auch rege genutzt wird. Nachts und in der Mittagspause, wenn ohnehin wenige Personen die Station betreten oder verlassen wollen und wenige Mitarbeiter verfügbar sind, bleibt die Station weiterhin geschlossen.

In dem Fall, daß ein Patient, der die Station nicht verlassen sollte, dies trotzdem versuchen würde, ist die Mitarbeiterin im Vorraum angewiesen, ihn zum Bleiben aufzufordern, nicht jedoch, ihn mit körperlicher Gewalt am Verlassen der Station zu hindern. Ist zu befürchten, daß ein Patient, der – aus welchen Gründen auch immer – die Station nicht verlassen darf, sich über die Worte der Mitarbeiterin hinwegsetzen würde, so wird die Stationstür abgeschlossen. Einen akut suizidalen oder sonstwie gefährdeteten (oder gefährlichen) Patienten würden wir natürlich nicht die Station verlassen lassen.

Die Schließung der Station muß von Stationsarzt und Stationspfleger bzw. -schwester gemeinsam beschlossen und schriftlich begründet werden, die Entscheidung gilt nur für einen Tag. – Eine Schließung war in den ersten zwei Jahren nach der Öffnung im Durchschnitt an gut sechs Tagen im Monat erforderlich.

Änderung der Rahmenbedingungen

Es seien kurz die Änderungen in der Klinik bzw. ihrem Versorgungsauftrag skizziert, die zum Verständnis der folgenden Daten notwendig sind:

- Wandlung der Klinik von einer großen Anstalt mit 750 Patienten in den sechziger Jahren zu einem kleinen Akutkrankenhaus mit gut 120 Betten.
- Entwicklung eines therapeutischen Klimas, bessere Ausbildung der Mitarbeiter und aller Berufsgruppen und anderes Selbstverständnis; Verbesserung der Zusammenarbeit („Team-Arbeit“).
- Änderung der Aufnahme- und Verlegungspraxis: die anderen allgemeinspsychiatrischen Stationen nehmen vermehrt selbst auf, die Patienten werden auf der Station, auf der sie aufgenommen worden sind, auch bis zu ihrer Entlassung behandelt. Bei Krisen erfolgen keine Rückverlegungen. Dadurch ist die Konzentration schwieriger Patienten auf der ehemals „Geschlossenen“ deutlich reduziert und es gibt mehr therapeutische Kontinuität.

Untersuchung zu den Auswirkungen

In einer begleitenden Untersuchung erhebe ich Daten zu den Auswirkungen, die diese neue Praxis hat, wobei ich sowohl Angaben der Mitarbeiter der Station erfasse als auch statistische Daten. Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen.

Angaben der Mitarbeiter

Übereinstimmend wird von einer Entspannung des Stationsklimas berichtet. Diese wird allerdings auch darauf zurückgeführt, daß die Patienten jetzt nicht mehr – wie früher – nach einer Besserung ihres Gesundheitszustandes auf andere Stationen verlegt, sondern auf der Station bis zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus behandelt werden.

Bei den Patienten sei eine größere Bereitschaft zu Eigenverantwortlichkeit und Initiative festzustellen, die sich auf die Arbeit insgesamt positiv auswirke. Die Patienten werden offener für ihre eigene Problematik.

Bei sich selbst stellen die Mitarbeiter der Station fest, daß sie anders mit den Patienten umgehen, insbesondere mehr auf sie zugehen. Da die (Schein-)Sicherheit der geschlossenen Tür fehle, werden die Mitarbeiter stärker der Möglichkeiten gewahr, die in der therapeutischen Beziehung zu den Patienten liegen. Sie werden offener für deren Anliegen und Probleme.

Besonders für die Pflegekräfte bringe die neue Regelung mehr an Verantwortung. Zugleich verstärke sie die Notwendigkeit einer guten Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen („Team-Arbeit“).

Auswertung der statistischen Daten

Da diese noch nicht abgeschlossen ist, können die bisher zur Verfügung stehenden Daten nur vorläufig interpretiert werden.

Mit der Öffnung waren verschiedene Befürchtungen verbunden worden:

- Anstieg der Suizidrate, da die Kontrolle für gefährdete Patienten und Patientinnen nicht ausreichen könnte;
- eine Zunahme an Entweichungen aus demselben Grunde und hierdurch evtl. gefährliche Situationen für die Patienten bzw. andere Personen;
- eine Zunahme an Fixierungen, um evtl. vorhandene „schwierige“ Patienten auf diese Weise „ruhigzustellen“ und so die Stationstür offen halten zu können;
- eine Zunahme der Medikamentenkosten als Folge erhöhter Dosierungen, ebenfalls, um auf diese Weise erregte Patienten „ruhig zu stellen“ und die Stationstür offen halten zu können.

Keine der Befürchtungen hat sich bewahrheitet. Ein Anstieg der genannten Parameter ist nicht zu beobachten. Eine Aussage läßt sich m.E. aus den bisher zur Verfügung stehenden Daten dieser Untersuchung mit einiger Sicherheit ableiten: Die Praxis der Offenen Tür, so wie sie hier beschrieben worden ist, läßt sich ohne Nachteil für die Sicherheit der Patienten durchführen.

Die zweite Frage der Untersuchung bezieht sich darauf, ob sich positive Auswirkungen der beschriebenen Praxis feststellen lassen.

Die Angaben der Mitarbeiter der Station sprechen eindeutig für diese Vermutung (s.o.).

Die statistischen Daten hierzu sind widersprüchlich. Ein Rückgang der Rate an Fixierungen und der Medikamentenkosten wurde in den ersten 21 Monaten nach der Öffnung festgestellt, was zunächst für die These sprach, daß sich das Stationsmilieu deutlich entspannt hatte. Danach sind die entsprechenden Raten jedoch wieder angestiegen und die abschließende Auswertung ist noch nicht abgeschlossen. Einzig die Rate an zwangsweisen Unterbringungen ist kontinuierlich zurückgegangen, was als Hinweis darauf gewertet werden könnte, daß Patienten auf einer Station, deren Stationstür nicht abgeschlossen ist, oder zumindest nicht ständig verschlossen ist, sich eher auf freiwilliger Grundlage zu einer notwendigen stationären Behandlung entscheiden können.

Diskussion

Was besagen diese Ergebnisse für die Problematik von Gewalt und Zwang in der (stationären) psychiatrischen Versorgung?

Wie ich oben ausgeführt habe, gehe ich von der These aus, daß jede Form von Therapie in der einen oder anderen Form Gewalt ausübt, in physischer oder psychischer Form, offen oder subtil-versteckt, mehr oder weniger hilfreich. Wie verändern die hier beschriebenen Veränderungen die Bedingungen, unter denen dies geschieht?

Die erste wichtige Veränderung der hier beschriebenen neuen Regelung scheint in einer generellen Reduzierung der Anwendung von Gewalt zu liegen. Dies dürfte zum einen auf die Öffnung selbst zurückzuführen sein, zum anderen auf die Durchmischung der Patienten nach dem Schweregrad ihrer Symptomatik. Die geschlossene Tür war in der Vergangenheit ein Kristallisationspunkt, um den sich viele Patienten scharten; sie war sozusagen die Barriere, gegen die sie anrannten. Daß an dieser Stelle jetzt eine Person sitzt, die sie ansprechen können und mit der sie sich evtl. persönlich auseinandersetzen können bzw. müssen, ist m.E. eine wichtige Veränderung. Hinzu kommen die generellen Veränderungen des Stationsklimas, wie sie von den Mitarbeitern der Station beschrieben worden sind.

Hierdurch und durch die oben genannte „Durchmischung“ werden den Patienten vermeidbare Belastungen erspart, Belastungen, die m.E. auch eine Form der Gewaltanwendung darstellen, hier ausgeübt durch Strukturen der Klinik („strukturelle Gewalt“). Zudem wird die Wahrscheinlichkeit reduziert, daß Patienten in Zustände von unbeherrschbarer Erregung kommen, was zum einen für sie und für Personen in ihrer Umgebung eine Belastung und evtl. Bedrohung darstellt und andererseits die Anwendung von körperlichen Gewaltmaßnahmen, wie z.B. Fixierung und/oder Zwangsmedikation notwendig machen kann. – Also: Insgesamt sehe ich eine begrüßenswerte Reduzierung belastender Formen von Gewalt in unterschiedlichster Form.

„Gewaltfrei“ ist die neue Praxis allerdings nicht und kann es, wie ich hoffe gezeigt zu haben, auch gar nicht sein. Das Problem der Kontrolle bzw. Einwirkung auf Patienten, die andernfalls in Gefahr gerieten, stellt sich auch bei offenen Türen. Tatsächlich ist es auch diese Funktion der Kontrollausübung, die bei den Interviews mit den Mitarbeitern der Station einen großen Raum einnahm („Wärterproblem“). Meines Erachtens liegt auch darin eine Form von Gewaltanwendung, wenn beispielsweise der Pfleger die Patientin, die keinen Ausgang hat, mit verbalen Mitteln dazu bringt, auf der Station zu bleiben. Ich will dies kurz illustrieren: einem erwachsenen Menschen vorzuschreiben, wohin er gehen darf und wohin nicht, ist ein massiver Eingriff in seine Freiheitsrechte; seine Urteilskraft in Frage zu stellen („das ist nicht real, das ist Ihr Wahn“) oder die Realität seiner Wahrnehmungen („das sind Halluzinationen“) verletzt die sozialen Regeln, deren Einhaltung jeder Bürger und unserer Gesellschaft grundsätzlich für sich beanspruchen kann. Es verletzt sozusagen

die „soziale Integrität“, genauso, wie der chirurgische Eingriff die körperliche Integrität eines Patienten verletzt.² Wenn man es vielleicht nicht Gewalt nennen will, so muß man sich doch vor Augen führen, wie schwerwiegend ein solcher Eingriff ist.

Es ist aber m.E. in jedem Falle besser, sich mit einem Pfleger oder einer Schwester auseinandersetzen zu müssen, als wenn ein Patient einfach an einer verschlossenen Tür rüttelt.

2 Eine völlig andere Frage ist die nach der Legitimität einer solchen Handlung. Wenn sie angemessen und hilfreich ist, kann der Patient sehr von ihr profitieren; ein Unterlassen einer solchen Handlung kann für den betreffenden Patienten äußerst schädlich sein.

Trägt die baden-württembergische Regelung der „fürsorglichen Zurückhaltung“ zur Reduktion von Zwangsunterbringungen bei? Erfahrungen aus einer Universitätsklinik mit Pflichtversorgung¹

Gerhard Längle

1. Einführung

Auf die Rechtslage und die Praxis der richterlichen Unterbringung in Psychiatrischen Kliniken im europäischen und im innerdeutschen Vergleich wurde bereits in den Beiträgen von Vrijlandt und von Marschner auf dieser Tagung eingegangen. Einen guten Überblick dazu gibt auch der Artikel von RIECHER-RÖSSLER und Rössler (1992), der auf die sehr vielfältigen und insgesamt kaum vergleichbaren Regelungen innerhalb verschiedener Länder der EU eingeht. Je nach den Voraussetzungen, die für eine Unterbringung erfüllt sein müssen (in der Schweiz genügt das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung vgl. UCHTENHAGEN 1982), und welche Verfahrenswege vorgesehen sind, variiert die Quote der zwangsuntergebrachten Patientinnen und Patienten enorm (vgl. Tabelle 1). Leider stammen die verfügbaren internationalen Zahlen im wesentlichen aus den

Tabelle 1

1 Dieser Vortrag basiert auf der gemeinsamen Forschungsarbeit von G. Längle, G. Renner, F. Dürr.

Tabelle 2

70er und 80er Jahren, so daß über die aktuelle Situation keine Aussage gemacht werden kann. Auch innerhalb Deutschlands zeigt sich ein sehr heterogenes Bild bezüglich der Voraussetzungen für die Unterbringung psychisch Kranker und deren realer Umsetzung (vgl. dazu auch BRUNS 1993). Einer der Gründe hierfür ist mit Sicherheit die je nach Bundesland unterschiedliche Rechtslage, die Regelung der Zwangsunterbringung ist Ländersache. Von allen anderen Bundesländern hebt sich Baden-Württemberg mit der bei weitem geringsten Quote an richterlich untergebrachten Patientinnen und Patienten ab (vgl. Tabelle 2). Die zwangsweisen Zurückhaltungen sind dagegen ähnlich häufig wie in den anderen Bundesländern (vgl. SPENGLER 1994). Als Ursache für die geringe Zahl an Untergebrachten sehen die meisten Autoren die Möglichkeit zur „fürsorglichen Zurückhaltung“ für 72 Stunden. Nach dem baden-württembergischen Unterbringungsgesetz kann ein Patient bzw. eine Patientin bis zu drei Tagen in der Klinik fürsorglich zurückgehalten werden, wenn nach Ansicht der behandelnden Ärzte akute Fremd- oder Selbstgefährdung vorliegt. Innerhalb von 72 Stunden muß der Antrag auf richterliche Unterbringung abgesandt sein (diese Regelung galt schon vor der Neufassung des Unterbringungsgesetzes Baden-Württemberg 1983). Es wird vermutet, daß durch den längeren Zeitraum für zahlreiche Patientinnen und Patienten ein Antrag auf Unterbringung gar nicht mehr nötig wird, weil sie innerhalb dieses Zeitraumes entweder bereits wieder entlassen sind oder die Behandlung auf freiwilliger Basis

Tabelle 3

fortführen. Gestützt wird diese Hypothese z.B. durch eine Untersuchung in einer psychiatrischen Klinik in Nordrhein-Westfalen, nach der 44% der zunächst zwangseingewiesenen oder zwangsweise zurückgehaltenen Patientinnen und Patienten innerhalb von drei Tagen nicht mehr untergebracht waren: bei 19% wurde von Seiten der innerhalb von 24 Stunden zugezogenen Richter die Notwendigkeit der Unterbringung nicht bestätigt, weitere 25% waren nach einem Tag mit einer Weiterbehandlung auf freiwilliger Basis einverstanden (HUBER 1990).

Durch die Zeitspanne, innerhalb derer ein Richter eingeschaltet werden muß, allein können die Unterschiede nicht erklärt werden, da auch innerhalb der einzelnen Bundesländer starke regionale Schwankungen festgestellt wurden, so auch in Baden-Württemberg. (vgl. Tabelle 3). Als weitere relevante Parameter wurden in verschiedenen Untersuchungen beispielsweise gefunden: die Art und Größe der behandelnden Klinik, das Vorliegen eines Pflichtversorgungsauftrages, die Lage der Klinik in der Stadt oder auf dem Land sowie der Ausbau der ambulanten und komplementären Versorgungsstrukturen. Es gibt allerdings wenige methodisch ausgereifte (und damit aufwendigere) wissenschaftliche Untersuchungen, die sich der Thematik der Zwangsunterbringungen widmen. Die meisten der vorliegenden Studien beschränken sich auf eine Darstellung von Daten aus der jeweiligen Basisdokumentation oder von Ergebnissen aus Umfragen an verschiedenen Einrichtungen. Häufig sind sie methodisch wenig durchsichtig, es erfolgt gelegentlich kei-

ne scharfe Trennung zwischen Zwangseinweisung, zwangsweiser Zurückhaltung und richterlicher Unterbringung. Dies wird unterstützt durch die uneinheitliche Begrifflichkeit in den Gesetzen der jeweiligen Bundesländer. Untersuchungen wie die von SPENGLER und BÖHME (1989) und von SPENGLER (1994) zeigen, daß in vielen Kliniken generell nur über die richterlich untergebrachten Patientinnen und Patienten Daten vorliegen, Zwangseinweisungen und Zurückhaltungen nicht dokumentiert sind.

Aus diesem Grunde führten wir eine Untersuchung durch, die sich genau mit dieser Zeitspanne und Behandlungssituation *vor* der richterlichen Unterbringung befaßt. Angesichts der besonderen rechtlichen Situation in Baden-Württemberg war ein Ziel der Untersuchung, mehr über die Patientinnen und Patienten zu erfahren, die gegen ihren Willen in die Klinik kommen und/oder dort zurückgehalten werden. Neben den objektiven soziodemographischen Daten und den Behandlungsdaten war für uns insbesondere die subjektive Bewertung dieser Zwangssituation durch die Patientinnen und Patienten von Bedeutung. Ein weiteres Ziel war es, die Auswirkungen der dreitägigen Frist bis zur Anhörung durch den Richter im Unterbringungsverfahren zu erfassen. Da in Baden-Württemberg nur sehr selten eine richterliche Unterbringung vor Klinikaufnahme ausgesprochen wird und Zwangseinweisungen durch das Ordnungsamt nur einen geringen Prozentsatz ausmachen (HUBER 1990, SPINGLER 1994), sind diese 1-3 Tage Klinikaufenthalt im Vorfeld der richterlichen Anhörung für die Unterbringung insgesamt von zentraler Bedeutung.

2. Die Tübinger Studie zur Fürsorglichen Zurückhaltung

Die Untersuchung wurde in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen durch die Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie durchgeführt (DÜRR 1999). Die Klinik hatte während des Untersuchungszeitraumes einen Pflichtversorgungsauftrag für eine Region von 140.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Rund 30% der Klinikaufnahmen waren nicht geplant, sondern fanden notfallmäßig außerhalb der regulären Dienstzeiten statt (vgl. LÄNGLE et al. 1996). Diese Patientinnen und Patienten wurden schwerpunktmäßig in drei beschützten Stationen mit höherem Personalschlüssel aufgenommen. Gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten und ein Teil der Suchtpatienten wurden direkt auf die jeweiligen spezialisierten Stationen aufgenommen.

Zwischen Mai 96 und März 97 wurden im Rahmen einer Doktorarbeit alle Patientinnen und Patienten, die in der Klinik fürsorglich zurückgehalten wurden, erfaßt und, soweit noch in Behandlung, um ein persönliches Interview gebeten. Außer am Wochendende war die Untersucherin täglich auf den Aufnahmestationen, um die Interviews durchzuführen. Grundlage dafür war ein speziell für diese Untersuchung entwickelter Fragebogen. Erfaßt und ausgewertet wurden daneben die Daten der Basisdokumentation der Klinik sowie ausgewählte Behandlungsdaten.

Abb. 1

Einige der Ergebnisse sollen hier vorgestellt werden. Dabei wird zunächst ein Vergleich zwischen den fürsorglich Zurückgehaltenen und der Gesamtgruppe der in diesem Jahr in der Klinik behandelten Patientinnen und Patienten durchgeführt. Dann wird die Gruppe der letztlich richterlich unterbrachten Patientinnen und Patienten mit dem Rest der fürsorglich Zurückgehaltenen verglichen. Am Ende stehen einige ausgewählte Bewertungen der Patientinnen und Patienten bezüglich der fürsorglichen Zurückhaltung.

Im Erhebungszeitraum wurden 70 Patientinnen und Patienten fürsorglich zurückgehalten. Das entspricht 6% der Patienten im Erhebungszeitraum. 40 dieser Zurückgehaltenen nahmen an einem Interview teil, das noch während der stationären Behandlung (bei drei Vierteln der Patienten innerhalb von 100 Stunden nach Zurückhaltung) durchgeführt wurde. Von den übrigen 30 fürsorglich Zurückgehaltenen waren 19 schon entlassen, fünf verweigerten das Interview und bei sechs Patienten konnte das Interview krankheitsbedingt (z.B. bei Demenz) nicht durchgeführt werden. Die letztlich richterlich Untergebrachten waren alle erreichbar und nahmen praktisch vollzählig an der Befragung teil. Diese „Negativauswahl“ ist bei der Bewertung der Patienteninterviews unten zu berücksichtigen.

Die Hälfte der später fürsorglich zurückgehaltenen Patientinnen und Patienten wurde außerhalb der regulären Dienstzeiten, also als Notfall im weiteren Sinne, aufgenommen. Von der Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten unserer Klinik wurden im Vergleichszeitraum von 1 Jahr nur 33% außerplanmäßig aufgenommen. Durch wen die Aufnahme bei den später fürsorglich Zurückgehaltenen veranlaßt wurde, ist *Abbildung 1* zu entnehmen. Dabei wird im Schaubild die

Abb. 2

Gruppe der fürsorglich Zurückgehaltenen mit einem Jahrgang unserer Patientinnen und Patienten von 95/96 verglichen (N=1644 Aufnahmen). Die Verteilung der Diagnosen unter den fürsorglich Zurückgehaltenen weicht von der Vergleichsgruppe in mehrfacher Hinsicht ab: Suchtkranke und Depressive sind unterrepräsentiert, Schizophrene nahezu doppelt so häufig vertreten wie in der Vergleichsgruppe (vgl. *Abbildung 2*). Die fürsorglich Zurückgehaltenen haben einen höheren Anteil an unter 40-jährigen, sie weisen weniger Krankheitsepisoden auf. Immerhin 76% waren aber bereits früher in stationärer psychiatrischer Behandlung, nur 26% wurden (nach eigenen Angaben) bereits früher einmal fürsorglich zurückgehalten. 84% der Zurückhaltungen wurden von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten mit Selbstgefährdung der Patienten, 13% mit Fremdgefährdung begründet. In 3% wurde keine dieser Begründungen angegeben.

Nur 54% der Patientinnen und Patienten wurden bereits am ersten Tag der stationären Behandlung fürsorglich zurückgehalten, bei insgesamt 15% kam es erst nach 6 oder mehr Tagen zur fürsorglichen Zurückhaltung (vgl. *Abbildung 3a*). Die Dauer der Zurückhaltung betrug nur bei 23% mehr als 30 Stunden (vgl. *Abbildung 3b*). Während ihres stationären Aufenthaltes erhielten die fürsorglich zurückgehaltenen Patienten häufiger als die anderen Patienten Medikamente aus der Gruppe der Neuroleptika (62% gegenüber 41%) und/oder Tranquilizer und Hypnotika (48% gegenüber 26%). Antidepressiva spielten bei dieser Patientengruppe keine wesentliche Rolle.

Die fürsorgliche Zurückhaltung führte nur bei 46% der Patientinnen und Patienten zu einer richterlichen Unterbringung (vgl. *Abbildung 4*). In der Gruppe der Unter-

Abb. 3a und b

gebrachten waren gegenüber den nur vorläufig fürsorglich Zurückgehaltenen mehr Patienten, die über die Polizei oder den Nervenarzt zur Aufnahme gebracht wurden, deutlich weniger kamen über Bekannte und Verwandte (vgl. *Abbildung 5*). Die über 50-jährigen waren unter den Untergebrachten häufiger, die unter 30-jährigen relativ seltener vertreten (vgl. *Abbildung 6*). 70% der Untergebrachten waren Schi-

Abb. 4

Abb. 5

Abb. 6

Abb. 7

Abb. 8a und b

Abb. 9a und b

zophrene, dagegen nur 33% der nicht Untergebrachten. Häufiger untergebracht wurden auch Depressive, selten Suchtkranke (vgl. *Abbildung 7*).

An den ausführlichen Interviews zu Erleben und Bewertung der fürsorglichen Zurückhaltung nahmen mehrheitlich die später untergebrachten Patientinnen und Patienten teil. Davon waren 28% zum Interviewzeitpunkt der Auffassung, daß die Zurückhaltung völlig gerechtfertigt gewesen sei, 46% lehnten dies weiterhin kategorisch ab, 23% nahmen eine Position dazwischen ein. Bei der Frage, ob denn der aktuelle stationäre Aufenthalt der persönlichen Gesundheit diene oder nicht, ergab sich ein ähnliches Bild (vgl. *Abbildung 8*). Dagegen empfanden nur 28% die Information durch den Arzt über ihre Behandlungssituation und über deren rechtliche Grundlagen als nicht ausreichend (vgl. *Abbildung 9*). Insgesamt scheint also knapp die Hälfte der befragten Patientinnen und Patienten die fürsorgliche Zurückhaltung äußerst negativ zu bewerten. Inwieweit bei dieser Gruppe die Erfahrungen der Unterbringung nach dem UBG einfließen, kann nur vermutet werden.

Die hier vorgestellten Daten stellen nur einen ersten kleinen Ausschnitt der insgesamt erhobenen Daten dar. Eine detaillierte Auswertung ist notwendig, um für einzelne Patientengruppen Kriterien herauszuarbeiten, die einerseits prognostisch bedeutsam sind und andererseits eine gezielte verbesserte Intervention in einer stationären Krisensituation ermöglichen.

Vorläufig scheinen sich zwei Gruppen der fürsorglich Zurückgehaltenen herauszubilden: Diejenigen, die nicht anschließend richterlich untergebracht werden, sind über enge Bezugspersonen oder eine andere Klinik zur Aufnahme gekommen, sind jünger als 40 Jahre und leiden an einer Suchtkrankheit oder einer eher neurotischen Störung. Die richterlich Untergebrachten kamen über den Nervenarzt oder die Polizei zur Aufnahme, sind älter und am häufigsten an einer Schizophrenie erkrankt.

Zumindest für die erste Gruppe scheint mit der Möglichkeit der 72-stündigen fürsorglichen Zurückhaltung ein wirksames Instrument zu existieren, das einerseits hilft, Krisensituationen zu bewältigen, andererseits jedoch das Stigma der richterlichen Unterbringung vermeidet. Die im Durchschnitt recht kurze Dauer der Zurückhaltung zeigt, daß der gesetzlich vorgegebene Rahmen von den beteiligten Ärztinnen und Ärzten mit Augenmaß und Zurückhaltung genutzt wird.

3. Zusammenfassung und Ausblick

Die Ergebnisse der oben dargestellten Untersuchung zeigen ebenso wie andere Untersuchungen zu dieser Thematik, daß sowohl innerhalb der Klinik, als auch im Umfeld eine zwangsweise Unterbringung und Behandlung nie zur Routine werden darf, sondern immer wieder von Neuem kritisch hinterfragt werden muß. Dabei muß insbesondere der aktuelle Nutzen im Lichte der möglichen längerfristigen Folgen für die Krankheitsentwicklung, das Arzt – Patienten – Verhältnis und die Behandlungcompliance insgesamt gesehen und eingeschätzt werden.

Für alle Betroffenen stellt eine Zwangseinweisung, eine fürsorgliche Zurückhaltung oder die richterliche Unterbringung eine Ausnahmesituation im Arbeitsalltag oder, bei den Patientinnen und Patienten, im Krankheitsverlauf und in der Lebensgeschichte dar. Die fürsorgliche Zurückhaltung stellt einen massiven Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen dar. Dies kann nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen zulässig sein. Diese werden in den Bundesländern zwar im Detail unterschiedlich geregelt, vom Grundgedanken her sind sie jedoch einheitlich. Erlaubt ist eine fürsorgliche Zurückhaltung nur auf kurze Zeit und bei Vorliegen von akuter Selbst – oder Fremdgefährdung. Dennoch bleibt in jedem Fall ein großer Spielraum für die beteiligten Parteien (Polizei, Behörden, Klinikpersonal, Patientinnen/Patienten, Angehörige). Insbesondere die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen unter einer besonderen Verantwortung, den Ermessensspielraum nicht maximal zu dehnen – auch wenn dies in bester Absicht geschieht. Mit Recht genügt in Deutschland im Gegensatz zur Schweiz eben nicht, daß ein Patient psychisch krank ist und einer Behandlung bedarf, um ihn zwangsweise in eine psychiatrische Klinik einzuweisen und dort unterzubringen. Doch auch unter den Vorgaben der Unterbringungsgesetze bzw. der Psychiatriegesetze in Deutschland und den jeweiligen Bundesländern zeigen sich ausgeprägte regionale oder lokale Unterschiede, die weniger durch Patientenmerkmale als vielmehr durch die handelnden Personen bedingt sind. Ärzte und Richter sind neben den Ansprüchen des jeweils anderen und der eigenen Vorgesetzten auch mit den Forderungen der Angehörigen, des direkten sozialen Umfeldes, der Gemeinde, der „Öffentlichkeit“ und der Medien konfrontiert.

Die Entscheidung zur fürsorglichen Zurückhaltung oder zur richterlichen Unterbringung wird darüber hinaus noch von der persönlichen Einstellung der Ärzte und Richter zu psychischer Krankheit und dem Recht auf Selbstbestimmung in der Krankheit abhängen, von der Risikobereitschaft, was den Schutz des Patienten bzw. der Patientin und des potentiell bedrohten Umfeldes abhängt, von der Vorerfahrung mit anderen Patientinnen und Patienten und von der aktuellen eigenen psychischen Befindlichkeit.

Um in diesem hochsensiblen Bereich dennoch in einer Klinik und in einer Versorgungsregion zu einem weitgehend einheitlichen und nachvollziehbaren Vorgehen innerhalb der rechtlich vorgegebenen Rahmenbedingungen zu gelangen, ist eine Zusammenarbeit der betroffenen Berufsgruppen auch außerhalb der Kontakte im aktuellen Unterbringungsverfahren notwendig. Regelmäßige Treffen zwischen Richtern, Klinikpersonal, Amtsvertretern und Niedergelassenen, ambulanten Diensten und Polizei, aber auch Vertretern von Betroffenen und Angehörigen scheinen hierfür notwendig. In solchen Gesprächen kann das Verständnis für die anderen Verfahrensbeteiligten wachsen und Vertrauen entstehen. Ein möglicher Rahmen für solche Treffen wäre beispielsweise die Psycho-soziale Arbeitsgemeinschaft der Versorgungsregion.

Nach den Ergebnissen unserer Untersuchung scheint sich die in Baden-Württemberg vorhandene Möglichkeit der fürsorglichen Zurückhaltung für drei Tage zu bewähren. Für eine Reihe von Patientinnen und Patienten kann dadurch eine

richterliche Unterbringung mit all ihren Konsequenzen vermieden und eine freiwillige Behandlung erreicht werden.

Ob die Vermeidung der richterlichen Unterbringung durch die fürsorgliche Zurückhaltung jedoch der raschen Aufhebung der Unterbringung nach wenigen Tagen (wie dies in den anderen Bundesländern praktiziert wird) letztlich klar vorzuziehen ist, darüber kann anhand der vorliegenden Daten noch nicht abschließend geurteilt werden. Hierzu sind weitere, auch vergleichende, Untersuchungen in verschiedenen Bundesländern notwendig.

Literatur

BRUNS, G.: Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle. Westdeutscher Verlag Opladen 1993

DÜRR, F.: Fürsorgliche Zurückhaltung an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen. Dissertation 1999

FÄHNDRICH, E. u. EICHLER, G.: Zwangseinweisung und Gemeindepsychiatrie. In: Psychiat.Prax. 22 1995, S. 150-153

FISCHER, J., METHFESSEL, J.: Zum Problem der Behandlung psychisch Kranker nach dem Unterbringungsgesetz in einer grosstädtischen Klinik Baden-Württembergs. In: Sozialpsychiatrische Informationen 20 4 1990 S. 36-39

HUBER, M.: Rechtsstellung und Rechtswirksamkeit der nach baden-württembergischen Unterbringungsgesetz Untergebrachten. Konstanzer Schriften zur Rechtswissenschaft Hartung – Gorre Konstanz 1990

LÄNGLE, G.; RENNER, G.; BUCHKREMER, G.: Die Rolle einer psychiatrischen Universitätsklinik in der regionalen Versorgung. In: Nervenarzt Bd. 67 Suppl. 1

Landesregierung Baden-Württemberg: Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker (Unterbringungsgesetz – UBG) vom 2.12.1991 Gbl. 1991, S. 794

LORENZEN, D.: Zur Problematik der Unterbringung psychisch Kranker in den psychiatrischen Krankenhäusern. In: M. BERGENER (Hrsg.) Psychiatrie und Rechtsstaat Luchterhand Neuwied 1981 S.130-150

RIECHER-RÖSSLER A., RÖSSLER W.: Die Zwangseinweisung psychiatrischer Patienten im nationalen und internationalen Vergleich. Häufigkeiten und Einflußfaktoren. Fortschr. Neurolog. Psychiat. 60 1992 S. 375-382

SPENGLER, A.: Sofortige zwangsweise Unterbringungen in der Bundesrepublik Deutschland, 1991-1992: Erste Ergebnisse. In: Psychiat. Prax. 21 1994 S. 118-120

SPENGLER, A. u. BÖHME, K.: Versorgungsepidemiologische Aspekte der sofortigen Unterbringung. In: Nervenarzt 60 1989 S. 226 – 232

UCHTENHAGEN, A.: Zwangseinweisungen in der Psychiatrie – Rechtliche und praktische Gegebenheiten: Schweiz. In: H.WALLER (Hrsg.) Zwangseinweisung in der Psychiatrie: zur Situation in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich und in der Schweiz. Huber Bern 1982 S. 35-46

Anhang

Aspekte zur Theorie und Praxis einer gewaltfreien Psychiatrie

Matthias Krisor und Harald Pfannkuch

*„...viele von uns haben vielleicht einen Traum vom Guten
- ohne Mittel zur Ausführung desselben, ohne Methode“
(Charles Fourier, 1772-1837, zitiert nach HABERMAS, 1985)*

1. Einführung

Der aktuelle Diskurs über „Gewalt“ in der stationären Psychiatrie zeigt, daß es sich hierbei sicherlich um kein Tabu-Thema mehr handelt; zu deutlich wurde bei Kongressen und in Publikationen in letzter Zeit „Gewalt“ thematisiert (vgl. z.B. BRÜCKENSCHLAG 1997, EINK/Hrsg. 1997, PSYCHIATR. PRAXIS 1998, SOZIALE PSYCHIATRIE 1998)

Nun stellt sich aber die Frage nach den Inhalten des Gewaltdiskurses, d.h. konkret-pragmatisch: Welche Sichtweise setzt sich als Qualitätsstandard im Diskussionsprozeß „mehrheitsfähig“ durch? Im Kontext der aktuellen Auseinandersetzung - und in dem Bemühen um eine möglichst gewaltarme bis gewaltfreie psychiatrische Praxis – scheinen allerdings weniger die Perspektiven interessant, die sich intensiv damit befassen, den Begriff der 'gewaltfreien Psychiatrie' als „Fiktion“ (i.S. von Unsinn) zu diskreditieren (vgl. WIENBERG 1997).

Es ist doch die Frage zu stellen, warum wir den Begriff 'gewaltfreie Psychiatrie' nicht nutzen „ähnlich der Definition von 'Gesundheit' durch die WHO (völliges, uneingeschränktes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden...)“ als Kennzeichnung eines Zieles, einer Sehnsucht“. Wir könnten versuchen, „die Qualität unseres Handelns u.a. danach zu bemessen, wieweit wir von einer solchen Utopie in unserer Praxis entfernt sind, oder aber wieweit wir uns ihr annähern können. Auf jeden Fall erhalten wir uns auf diese Weise unsere Lernfähigkeit eher als mit trotztigen 'Ich steh dazu'-Attitüden“ (EINK 1998, S. 7).

In unserem Beitrag werden wir ein Bedingungsgeflecht der Gewaltprophylaxe darstellen, das eine gute Grundlage zu bieten scheint, um auf dem Weg zu einer gewaltfreien Psychiatrie ein erhebliches Stück weiterzukommen. Dabei wird der Charakter – in Anlehnung an die französische 'Psychothérapie institutionnelle' – des 'Prekären' beibehalten: Dies bedeutet 'unsicher, ungewiß, heikel', wodurch der vorläufige und offene Charakter der folgenden Ausführungen unterstrichen werden soll. Im zweiten Schritt soll die vorgestellte Theorie und Praxis mit Hilfe einiger empirischer Analysen belegt werden.

Statt isolierter Betrachtung von „offener Tür“ oder „gewaltfreier Psychiatrie“ ist es ein Anliegen des Beitrages, das an vielen Orten und von vielen Menschen

(PatientInnen, Professionellen, Angehörigen, engagierten Mitbürgern usw.) getragene Bemühen zu unterstützen, welches sowohl für NutzerInnen als auch für MitarbeiterInnen einen erheblichen Gewinn bringen kann: Die konstruktive Auseinandersetzung mit Wegen, wie in der psychiatrischen Alltagspraxis eine gewaltreduzierte, möglichst entspannte Behandlung erreicht werden kann, die sowohl mögliche Gefahren abwehrt wie die Würde des einzelnen wahrt.

Zu diesem Punkt gibt es allerdings nur wenige Publikationen, da sich die meisten – auch in neuerer Zeit – auf die Erhebung von Gewaltvorkommnissen, die Möglichkeiten des Umgangs mit ihnen, wenn sie die soziale Situation bereits dominieren sowie eher technokratische Hilfestellungen beschränken (z.B. Regelung der Verantwortlichkeit für Fixierungsanordnungen, Dokumentationsverpflichtungen, Fortbildungsbedarf, Betreuung des „Fixierten“).

Obwohl Gewalt verschiedentlich als „interaktives Geschehen“ (vgl. STEINERT et al. 1998, S. 222) gesehen wird, bleiben erstaunlicherweise präventive Aspekte in Untersuchungen zum stationären psychiatrischen Setting weitgehend ausgespart. Dies ist um so unverständlicher, stimmt man PÖRKSENS (1998, S. 24) grundlegender Einschätzung zu: „Ein Klima von möglichst wenig Gewalt stellt sich ein, wenn die Würde des Patienten jederzeit respektiert wird, wenn Rechtssicherheit herrscht, wenn die Möglichkeiten zum Dialog auch in der Praxis genutzt werden und wenn kommunikative und kooperative Leistungsverantwortung auch im Alltag wahrgenommen werden“.

*„Mit Erich Fromm meine ich, daß der Mensch nicht instinktiv aggressiv ist, daß Aggression keine biologische Notwendigkeit ist, sondern von Menschen entwickelt wird, die sich wehren wollen“
(Sophie FREUD 1998)*

2. Die unentfremdete Institution oder die Identifikation der NutzerInnen und MitarbeiterInnen mit ihrer Institution

Als Grundlage der folgenden Überlegungen beziehen wir uns auf das ebenso einfache wie einleuchtende Modell zur Erklärung von Gewalt in der Psychiatrie, daß durch Frustrationen bzw. Entsakungen von – vielfach doch berechtigten – Wünschen Erregungsreaktionen folgen, die spezifischen Gegebenheiten oder auch Personen zugeschrieben werden und sich in Aggression äußern. So lösten nach STIERLIN (1956) „Versakung des Wunsches nach individueller Lebensführung (z.B. Patient will nicht aufstehen, nicht zu Bett gehen, nicht ins Bad etc.“ (S. 59) die häufigsten Aggressionsfälle aus. Als weitere aggressionsauslösende Situationen benennt er: „Versakung des Freiheitswunsches (Abschlagen von Entlassungswünschen, Verhinderung der Flucht, im Widerstand gegen eine nicht gewollte Verlegung)“ und „beim Abschlagen von Sondervergünstigungen (Pati-

ent will Obst, Rauchwaren, die Kleider etc.)“ und „Ablehnung der angeordneten Behandlung (Patient wehrt sich gegen eine Injektion, will nicht geschockt werden)“. ZEILER (1994) verweist in seinem neueren Erklärungsmodell darüber hinaus auf individuelle Faktoren (Persönlichkeit, Substanzeffekte und Krankheit) und bezieht zudem Umfeldfaktoren (aversive Ereignisse, Lärm, Überfüllung, therapeutische Kultur) mit ein, bleibt allerdings insgesamt recht modellhaft und wenig praxisnah. Auch sind seine Erklärungshypothesen aufgrund seiner kasuistischen Arbeitsweise vorbehaltlich zur rezipieren.

Als konkreten Ansatzpunkt zur Förderung eines gewaltfreien innerklinischen Milieus folgern wir daraus die destruktiven Elemente, die durch asymmetrisch angelegte Beziehungen zwischen Klienten und professionellen Helfern gegeben sind: einseitiger Machtbesitz, hierarchisierte, d.h. privilegierte vs. deprivilegierte Lebenslagen, in der Regel fehlende – nicht nur juristische – „Freiwilligkeit“ des Aufenthaltsortes, Ängste vor Einschränkungen, fehlende Rücksichtnahme auf Bedürfnisse, funktionales und somit nicht personales Sprechen/Umgang aufgrund Helfer- und Patientenrollen etc. Sie bieten einen gedeihlichen Nährboden aggressiven Verhaltens in wohl jeder psychiatrischen Institution und sind somit gut greifbar, frustrationsbedingte Entladungsprozesse, aber auch repressive Elemente der Institution und routinemäßige Gewaltabläufe angehen zu können. Zu ihnen gehören beispielsweise die vorgegebene und einschränkende Tagesstruktur, etwaige freiheitsbeschneidende Hausordnungen, der Zwang zur Medikation und die „Fixierung“. Der folgende präventive Ansatz zielt auf die Überwindung dieses umfassenden repressiven Repertoires.

Ein geeigneter Weg hierfür scheint uns die Identifikation der NutzerInnen und MitarbeiterInnen mit ihrer Institution, die als gemeinsamer Prozeß im Bemühen sichtbar wird, ein neues partnerschaftliches Verhältnis zwischen NutzerInnen und MitarbeiterInnen der Institution zu entwickeln, das auf die Ressourcen und Autonomie aller Beteiligten fokussiert.

Günstige Voraussetzung für diese Identifikation ist ein von Subjekt-, Bedürfnis- und Gesellschaftsorientierung gekennzeichnetes Menschenbild (KRISOR 1997), zu dessen Umsetzung in der psychiatrischen Praxis die folgenden Schritte hilfreich sind:

- Reduzierung von Zwangseinweisungen
- Öffentlichkeit und Normalität als Leitmotive der Stationsgestaltung
- Die Mitgestaltung der Institution durch ihre NutzerInnen
- Modifiziertes Krankheitsverständnis.

Die Identifikationsbereitschaft der NutzerInnen unserer Institution entnehmen wir dann zum einen, inwieweit die genannten Projekte durch sie getragen werden, zum anderen dem Maß, wie die Gewaltquote sich in unserer Klinik entwickelt.

2.1 Reduzierung von Zwangseinweisungen

Daß Zwangseinweisungen per definitionem einen gewaltsamen Eingriff in die Autonomie des Einzelnen darstellen, steht außer Frage; ebenfalls wird deutlich, daß sie eine denkbar ungünstige Voraussetzung für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung darstellen. Eine differenzierte Darstellung des Problemfeldes findet sich bei BRUNS (1997).

Um hier eine grundlegende Entspannung zu erreichen, scheint die Senkung der Zwangseinweisungsquote ein wesentliches Ziel. Der aktuelle Trend zeigt allerdings auf, daß ein kontinuierlicher Anstieg dieser Quote zu verzeichnen ist (vgl. CREFELD 1997). Der stetige Kontakt zu RichterInnen, BetreuerInnen, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, dem Ordnungsamt sowie zu weiteren ambulanten behandelnden Institutionen und FachärztInnen kann durchaus dazu genutzt werden, das Ziel verminderter Zwangseinweisungen gemeinsam zu definieren und auch zu realisieren – dies belegt die äußerst günstig abweichende Quote für Herne, die im Mittel der letzten Jahre gut 3% beträgt. Für die Quote der Unterbringungen nach Psych-KG in Nordrhein-Westfalen (Unterbringung je 1000 Einwohner) gilt, daß Herne – gemeinsam mit dem Landkreis Höxter – mit ca. 0,2 am absolut unteren Ende zu finden ist und von anderen Regionen im selben Bundesland um das zehnfache übertroffen wird (vgl. ebd. 1997).

Gleichzeitig leitet sie zu unserem nächsten Punkt über, der sich mit einem möglichst entspannten und demnach gewaltvermeidenden Aufnahmesetting befaßt.

2.2 Öffentlichkeit und Normalität als Leitmotive der Stationsgestaltung

Um Öffentlichkeit und Bewegung, Aktivierung und außerstationäre Aufenthalte zu fördern, insgesamt ein Stationsklima der Selbständigkeit und Eigenverantwortung zu initiieren, das zudem möglichst entspannt ist, scheinen uns die heterogene Belegung der Stationen sowie die offene Stationstür unabdingbare Voraussetzung.

Die „durchmischte“ Belegung von psychiatrischen Stationen mit Menschen – unabhängig von deren Krankheitsbild, der Schwere der Beeinträchtigung, sozio-ökonomischem Status, Geschlecht, Alter, Dauer des Aufenthaltes usw. – zeigt in der langjährigen Erfahrung folgende nachhaltige Vorteile (vgl. z.B. KRISOR 1995, PHILIPPZEN 1997, WERNER 1997):

- Die Fokussierung auf spezifische psychopathologische Phänomene in der Selbst- und Fremdwahrnehmung der PatientInnen wird aufgeweicht und bietet hervorragende Anknüpfungspunkte für eine ressourcenorientierte psychiatrische Arbeit.
- Die verringerte Ballung besonders auffälliger psychopathologischer Phänomene gegenüber spezialisierten (Aufnahme-Stationen) führt zu einem deutlich entspannteren Stationsklima, das Gewaltvorkommnisse minimiert und

ein hohes Interaktionsniveau seitens der NutzerInnen mit der Folge einer weiteren vermehrten Aktivierung des Selbsthilfepotentials bedingt.

- Die Ausprägung einer „Welt für sich“ mit Normen, die sich den allgemeinen sozialen Gegebenheiten ebenso wie der sozialen Kontrolle entziehen – im Vergleich hierzu insbesondere gerontopsychiatrische Stationen, Aufnahme- und Suchtstationen – wird durch eine Orientierung an alltagsweltlichen Normen vermeidbar. Ausprägungen sozial negativ belegter Verhaltensweisen, zu denen auch die Anwendung der Gewalt zählt, erscheinen daher a priori als elementarer Tabubruch und gehören nicht zur psychiatrischen Selbstverständlichkeit.

Dabei gilt es zu beachten, daß die Heterogenität therapeutisch indiziert sein sollte, d.h., daß sie nicht beliebig sein kann, da sich ansonsten spezifische Subkulturen (z.B. Drogenmilieus oder auch gerontopsychiatrisch dominierte Atmosphären) ausprägen und die strukturell angelegten Vorzüge somit zunichte machen.

Diesen Prinzipien folgend gibt es in Herne keine Aufnahmestation, was zudem den Vorteil bietet, eine therapeutische Kontinuität während des Aufenthaltes gewährleisten zu können und Beziehungsabbrüche, aber auch Wahrnehmungen der NutzerInnen der Institution, in klassenspezifische Behandlungs- und Privilegienstufen eingeteilt zu sein, verhindert werden, somit frustrationsbelegte institutionelle Selbstverständlichkeiten mit u.E. gewaltfördernder Wirkung z.T. von vornherein ausgeschlossen werden.

Eine ebenfalls aktivierende und verselbständigende Wirkung der offenen Stationstür wird auch von einigen Verfechtern geschlossener Unterbringungsformen bescheinigt (vgl. z.B. MODESTIN 1991); ihr gewaltpräventiver Wert ergibt sich somit indirekt durch die förderliche Wirkung auf ein angenehmes Stationsklima.

Allerdings: „Daß Patienten sich in einer freundlichen und möglichst offen gestalteten Behandlungsatmosphäre wohler fühlen, bedarf eigentlich gar keiner Erwähnung“ (GUNKEL et al. 1996, S. 21) – selbst diese minimale Konsensformel wird im fachlichen Diskurs von anderen angezweifelt. So betont FINZEN, daß die geschlossene Station zwar „für die unfreiwillige Psychiatrie“ (1991, S. 7) stehe, „dennoch müssen geschlossene Stationen für nicht wenige Kranke keine Gefängnisse, können sie sehr wohl Orte der Hilfe sein, vermitteln sie Geborgenheit und Zuflucht“ (ebd., S. 7). In der Regel äußern sich Psychiatrie-Erfahrene allerdings in der Reflexion ihres Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik anders. „Häufig haben Psychiatrie-Erfahrene gerade in der geschlossenen Abteilung das Gefühl, daß wir durch die dortigen Zwangsmaßnahmen menschenunwürdig behandelt und erniedrigt werden, was unser Selbstwertgefühl und unser Selbsthilfepotential zerstört. Um so mühsamer ist dann der Weg aus der Krankheit heraus mit dem Ziel, wieder selbständig und selbstbewußt zu werden“ (VOELZKE et al. 1993, S. 23). Gleichzeitig betont VOELZKE (1994, S. 128) die symbolische Bedeutung der offenen Türen: „Auch die offenen Türen in psychiatrischen Kliniken stellen ein Symbol des Verhandlungswillens dieser Institution dar“, indem zwischenmenschliche Interaktion mechanistische Begrenzung er-

setzt – ein wesentliches Moment zur Linderung aggressionsfördernder Ohnmachtsgefühle, die dem eingeschlossenen Menschen von vornherein durch eine begrenzte Handlungsperspektive in einem solchen Setting vermittelt werden.

Aus der Sicht der Begleitforschung sieht die Betroffenenperspektive wie folgt aus: „Als vorrangige Belastung beschrieben 51% den Aufenthalt auf einer geschlossenen Station. Auf solche Phasen fielen die dramatischsten Ereignisschilderungen bzw. die schlimmsten Empfindungen, teilweise unter Beteiligung von heftigen Gefühlsreaktionen (...). Dies traf vor allem auf die erstmaligen Unterbringungen zu“ (GUNKEL et al. 1996, S. 25).

Deutlich zeigt sich hier, welche entspannende Funktion für das Stationsklima die offene Tür einnehmen und welche – insbesondere für erst- und akut aufgenommene Patienten – wohltuende Wirkung von ihr ausgehen kann. Dabei ist allerdings zu beachten, daß die offenen Stationstüren in Herne an das Heterogenitätsprinzip gebunden sind.

Im Kontext dieser Erfahrungen vermittelten dann klassisch-beschäftigungstherapeutisch orientierte Angebote bald einen „rückfälligen“, nahezu repressiven Eindruck: Die sich auf den Stationen gestaltende interaktive Atmosphäre und die deutlich folgende Eigenaktivierung, schien eingeschränkt zu werden, indem die KlientInnen in einer Art therapeutischem „Almabtrieb“ in verbindliche Angebote eingebunden wurden, die fremdbestimmt die Zeit der KlientInnen verwalteten und zu lebenswelt- und identitätsfremden Tätigkeitsfeldern anregten. Diesen Zusammenhang brachte ein Mitarbeiter des städtischen Fuhrparks zur Zeit seines Aufenthalts auf den Punkt: „Ich bin Müllwerker, kein Seidenmaler!“.

Um die heterogenitätsbezogenen Erfahrungen weiter therapeutisch nutzen zu können, mußten unentfremdete, d.h. alltagswelt- und lebensweltbezogene Bereiche geschaffen werden, die den NutzerInnen der Institution gleichfalls die Möglichkeit boten, unter therapeutischer Begleitung selbständig angebotsgestaltend wirksam zu werden, somit einen Teil der Institution eigenständig neu zu kreieren.

Vergrößert werden Räume, spielerisch handelnd die eigene Identität wieder zu stärken, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse wieder zu erfahren, den eigenen Körper wieder zu spüren durch sinnvolles, zielgerichtetes eigenständiges Gestalten.

2.3 Die Mitgestaltung der Institution durch ihre NutzerInnen

Gerade diesem Punkt dürfte eine außergewöhnliche Bedeutung gewaltmindernder Wirkung für die psychiatrische Institution zukommen, wie die nachfolgende Vorstellung von Projekten zeigt. Zum einen identifizieren sich die NutzerInnen mit den selbstgestalteten institutionellen Elementen ebenso wie mit ihrer „Gruppe“ (z.B. Delegierte, Jakobuspilger, Atelierreferenten usw.), die hierzu beiträgt; zum anderen ergibt sich aus diesen Erfahrungen ein verändertes Selbstkonzept

des „PatientInnen“-Status, was sich wiederum relativierend auf die regelhaft asymmetrische Beziehungsstruktur zwischen den Mitgliedern eines therapeutischen Teams und den NutzerInnen der Institution auswirkt.

Im folgenden werden nun 5 Projekte vorgestellt:

2.3.1 Das Atelier

Das Atelier der Herner Klinik (vgl. KRISOR 1993, S. 131 ff.) bietet ein Forum für Begegnungen zwischen PatientInnen, sonstigen interessierten Herner BürgerInnen, lokalen MediatorInnen und MitarbeiterInnen. Diese öffentlichen Veranstaltungen (Vorträge, Diskussionsveranstaltungen, Exkursionen, Feste, Ausstellungen usw.) haben ihren Ausgangspunkt in den Räumen der Klinik oder finden dort statt, sind also ein entscheidendes Moment der „Veröffentlichung“, somit auch der sozialen und demokratischen Kontrolle der Klinik.

Über die Ateliervveranstaltungen wird versucht, die Rollenvielfalt des Einzelnen über das Prinzip des Austausches zu realisieren. Die Ebene pathologiebestimmter, eingrenzender Rollenzuweisungen (mächtiger, wissender, aktiver Therapeut/ Arzt versus unwissender, entmündigter passiver Patient) mit den gravierenden Selbstwertverlusten für PatientInnen wird zerstört, indem PatientInnen die Möglichkeit gegeben wird, sich als referierende ExpertInnen (beispielsweise über Kartenspiele, den Existentialismus, die Heimat oder Architektur) zu erleben, somit einem normativ positiv bewerteten und entsprechend selbstwertstützendem Tauschverhalten zu entsprechen. Dies ist die spektakulärere Seite mit unmittelbar frustrationsvermeidender bzw. -kompensierender und demnach gewaltpräventiver Wirkung.

Weniger spektakulär aber gleichfalls nachhaltig wird ein normativ adäquates Tauschverhalten für die Gruppe der psychisch labilen und gehandicapten Teilnehmer erreicht, indem kollektive und individuelle Haltungen mit Hilfe des Mediums „Atelier“ genutzt werden, um sozial adäquates Tauschverhalten in „natürlichen Situationen“ zu ermöglichen. Eine Atelierreihe, in der in unregelmäßigen Abständen regionale Rassekaninchenzuchtvereine in den Räumen der Psychiatrie ausstellen und ihre Züchtungen beispielhaft diskutieren, wird zahlreich und interessiert besucht. Dies kann nicht verwundern, stecken doch verdeckt regional kulturell relevante Momente in dieser Veranstaltung: Neben der Wohnform „Kolonie“, in der die Kleintierhaltung gang und gäbe war, werden Bezüge zu traditionell ruhrgebietsspezifischem Vereinswesen erfaßt; gleichzeitig offenbart sich das Vereinswesen in einer erstaunlich schnell entstehenden Interaktion zwischen Vereinsmitgliedern und Patienten als soziale Ressource (vgl. PFANNKUCH 1994), die alltägliche Normalität in die Klinik transportiert: Es werden nicht irgendwelche psychopathologischen Phänomene zu sozialen Distinktionsmerkmalen erhoben, sondern lediglich der Kenntnisstand in Rassekaninchenzucht und Zuchterfolge dienen als solches. Stets ist das Kriterium, ob jemand etwas „zur Sache“ beizutragen hat.

2.3.2 Die Delegierten

Unsere Erfahrungen mit den Ateliervorveranstaltungen und die zunehmende Anzahl von BesucherInnen in unserer Klinik ließen zunächst die Idee aufkommen, Besuchergruppen als 'soziale Ressource' für unsere PatientInnen zu definieren: Wir gründeten – professionelle HelferInnen und NutzerInnen gemeinsam – die Institution 'Empfangskomitee', die die Aufgabe übernehmen sollte, Besuchergruppen zu betreuen. Konkret bedeutet dies, daß PatientInnen aller Stationen die Möglichkeit gegeben wird, als Abgesandte ihrer Station die Führung hospitierender Gruppen Psychiatrie-Professioneller in eigener Verantwortung ohne professionelle Beteiligung durchzuführen. In Vor- und Nachgesprächen werden dann in ansprechender Atmosphäre (an gedeckten Tischen bei Kaffee und Kuchen) gemeinsam mit sich multiprofessionell zusammensetzenden MitarbeiterInnen der Klinik Erfahrungen ausgetauscht und Modalitäten erarbeitet, um für alle Beteiligten – dies sind die 'Delegierten' der Stationen sowie die übrigen PatientInnen – eine positive Wirkung zu erreichen.

Die offensichtliche Bedeutung derartiger Empfangskomitees, durch einen Rollentausch zu mehr Selbstwertgefühl zu finden, ist von vielen beteiligten PatientInnen beschrieben worden; eindrucksvoll ebenfalls der Verlust von sozialen Ängsten, z.B. vor einer Gruppe zu sprechen. Subtiler geht es aber auch um die Erlebensebene „Autonomie“: Die zeitliche Beschränkung bedingt, die Uhr im Auge haben zu müssen, somit die Verantwortlichkeit für den geregelten Ablauf der Hospitation übernehmen zu müssen und zu können. Dabei handelt es sich im Kontext der Besuchergruppen um ein weitgehend unentfremdetes, natürliches Erleben eigener sozialer Kompetenz.

Die stattfindenden vor- und nachbereitenden Besprechungen der Aktivitäten der Empfangskomitees sind ebenfalls in diesem Kontext zu betrachten, d.h., inwieweit weichen sie in dem entscheidenden Punkt der Entfremdung von üblichen ergotherapeutischen Angeboten ab. Es wird weder ein themenzentrierter Gesprächskreis vorgegeben, noch eine Fabrik, noch ein Büro en miniature – seinem eigentlich natürlichen Kontext entbunden – in die Klinik hineingesetzt. Vielmehr geht es um den originär erlebten Bereich der Klinik, der dem Patienten bestens vertraut ist; somit wird wiederum die „Künstlichkeit“ einer Situation, eines Settings zumindest geschmälert, vielleicht sogar aufgehoben. Da die Klinik selbst von der Kompetenz der Delegierten und der Interessenslage der BesucherInnen her im Mittelpunkt steht, ohne – und dies ist die nächste Gratwanderung – den Patienten auf eine asymmetrisch festgeschriebene Tauschbeziehung durch die Fokussierung seiner Patientenrolle zu fixieren, hat der biographische Aspekt seiner Krise oder die Erfahrung des Krankseins in seinem umfassenden Rollenensemble einen Platz, ohne krampfhaft negiert werden zu müssen.

Deutlich – auch aus der Reaktion vieler BesucherInnen, die beispielsweise in einer Abschlußrunde in einem benachbarten Eiscafé ihren Betreuern kleine Blumengeschenke überreichten – wird ein sozial adäquater Tauschprozeß, der nicht erst als sprachliche Konstruktion erfahrbar wird.

Das Forum 'Nachbesprechung' dient gleichzeitig der Verfestigung des positiv Erlebten; darüber hinaus hilft es aber auch, Impulse aufzunehmen, wie z.B. den Vorschlag, nach einer individuell benötigten Zeitspanne neu angekommenen Patienten Hausführungen durch Delegierte anzubieten.

Dies alles sind Aspekte der einen Seite: Soziale Ressourcen sollen für eine weitgehend unentfremdete sozialtherapeutische Arbeit funktionalisiert werden.

Auf der anderen Seite ermöglichen Besucherkomitees darüber hinaus auch eine neue Form des Dialogs zwischen professionell psychiatrisch Tätigen und Psychiatrie-Erfahrenen.

Der Austausch zwischen Professionellen verschiedener Kliniken wird durch einen Austausch zwischen Professionellen und PatientInnen erweitert, d.h. es findet somit eine nutzerInnenorientierte Prüfung unserer Institution statt, die durch die Haltung unserer IntervisionspartnerInnen, uns kritisch unter die Lupe zu nehmen, nicht in den Bereich der „Hofberichterstattung“ fallen dürfte.

Diese Form der Intervention wurde durch die Reisetätigkeit der Delegierten und auf Eindrücke anderer Kliniken ausgeweitet.

Die Delegiertenkonferenz setzt sich mittlerweile zusammen aus den gewählten VertreterInnen der einzelnen Einheiten der gemeindepsychiatrischen Klinik (Stationen, Tagesklinik, Institutsambulanz, Ehrenamtliche). Zum breiten Spektrum der von den Delegierten gewählten Aufgaben gehören:

- Vorbereitung, Planung und Durchführung des Empfangs von Besuchergruppen,
 - Begrüßung und Mitwirkung beim Besuch der staatlichen Besuchskommission gemäß PsychKG,
 - Gestaltung von Festen (Karnevalsfeiern, Sommerfeste, Tage der Gemeindepsychiatrie),
 - Angehörigenführungen,
 - Patenschaften/AnsprechpartnerInnen für neue PatientInnen/NutzerInnen,
 - Mitgestaltung der psychiatrischen Institution durch Wahrnehmung von Interessen der NutzerInnen (baulich, das Zusammenleben und die Hausordnung betreffend, AnsprechpartnerInnen für Beschwerden),
 - „Schlüsselgewalt“ über Gemeinschaftsräume in der Klinik,
 - gemeinsame Ausflüge, Reisen, Fortbildungsfahrten, z.B. nach Trier (Seminargestaltung am Psychologischen Institut der Universität), Merzig (Besuch des Landeskrankenhauses), Hannover (Besuch der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Landeshauptstadt Hannover), Herdecke (Besuch der Psychiatrischen Abteilung).
- Die Erkenntnisse, Anregungen und Eindrücke dieser Reisen wurden anschließend mit MitarbeiterInnen des St.Marien-Hospitals diskutiert.
- Mitwirkung an den „Herner Gemeindepsychiatrischen Gesprächen“ (Kongreß)

und Herner Gemeindepsychiatrischen Seminaren (Fortbildung für psychiatrisch Tätige),

- Initiierung der Aktion „Gemeinsam statt einsam“, die regelmäßig Ausflüge, Weihnachtsfeiern und allgemeine Freizeitangebote anbietet,
- Mitwirkung bei kommunalpolitischen Fragen (z.B. Initiierung eines Fußgängerüberweges mit Hilfe einer Unterschriftenaktion und verschiedener Demonstrationen).

Für die therapeutische Bedeutung dieser Entwicklung gelten die zuvor genannten Erläuterungen zu einer weitgehend unentfremdeten sozialpsychiatrischen Arbeit. Ihre gewaltmindernde und prophylaktische Wirkung besteht in der sozialen Aufwertung und der Erfahrung, für die psychiatrische Institution Verantwortung zu tragen und dafür das Vertrauen und den Dank durch MitarbeiterInnen und die Krankenhausleitung ausgesprochen zu bekommen. Auch die Erfahrung, eigenständig in Form von Selbsthilfeprojekten die Angebotsstruktur der Klinik mitzugestalten, bedingt eine Identifikation mit der Institution, die nicht auf Hospitalisierung, sondern auf zielgerichteter Dienstleistungsstruktur basiert, die den Bedürfnissen ihrer NutzerInnen angemessen ist und ihre Autonomie fördert.

2.3.3 Die Krisenassistenten

Wiederum aus der erfolgreichen Entwicklung der Delegierten und den Erfahrungen mit dem Heterogenitätsprinzip auf den Stationen ergab sich die Überlegung, ob durch eine gezieltere Begleitung von Menschen in länger dauernden Krisen durch psychiatrieerfahrene HelferInnen, die mit den lokalen Verhältnissen und der Herner gemeindepsychiatrischen Klinik vertraut sind, ein weiterer Schritt im Bemühen um eine gewaltfreie Psychiatrie möglich wäre. Hierbei mußte von vornherein das ethische Spannungsfeld berücksichtigt werden, in dem dieser modellhafte Versuch stattfand:

- Es darf keine (Selbst-)Ausbeutung der KrisenassistentInnen stattfinden,
- es darf zu keiner unkontrollierten Machtausübung kommen,
- die KrisenhelferInnen müssen vor etwaigen Überforderungen geschützt sein,
- sowohl die von dem Krisenassistenten betreute PatientInnen als auch seine offiziellen BetreuerInnen müssen ihre Zustimmungen zu dem beschriebenen Vorgehen gegeben haben.

Um dieses zu berücksichtigen, wurden regelmäßige Supervisionstreffen (mit Beteiligung des Pflegedienstleiters und des leitenden Arztes) angesetzt; im Rahmen der ganz individuellen Planung wurden einem Patienten mit hohem Betreuungsbedarf mehrere Krisenassistenten zur Seite gestellt, deren Vermittlung im Rahmen der Delegiertenarbeit unter Absprache mit professionellen HelferInnen entstand. In einer abschließenden Reflexion einer ersten Krisenbegleitung konnte festgehalten werden:

Die Perspektive der Krisenassistenten:

Durch die Betreuung eines besonders verhaltensauffälligen Klienten im Rahmen der Arbeit der Krisenassistenten änderte sich das Verhältnis zu diesem Patienten auch auf der Station: Während sein Verhalten zuvor überwiegend als störend empfunden wurde, prägte sich durch die Zusammenarbeit mit den Krisenassistenten überraschenderweise eine Betonung der Fertigkeiten des Patienten aus; so wurde die versierte Form seines Skatspiels hervorgehoben. Einer der Krisenhelfer berichtete, daß ihm die Verantwortlichkeit für den ihm anvertrauten Menschen geholfen habe, einen akuten Angstzustand beim gemeinsamen Besuch einer Eisdiele durchzustehen, was für ihn selbst ein nachhaltiger Eindruck gewesen sei. In einer gemeinsamen Reflexion hielten die Krisenhelfer fest („Zeitung“ Nr. 582, 25. März 1997):

„Gewaltfreie Psychiatrie: - ein weiterer Schritt!!!!

Bei der Delegiertensitzung am 24.02.1997 wurde die Idee geboren, im Rahmen von Solidarität unter Patienten für Mitpatienten, die intensiver Zuwendung und Hilfe bedürfen, ein Krisenteam zu bilden. Es fanden sich 5 Delegierte, die bereit waren, die einzelnen Aktivitäten mit einem bedürftigen Patienten durchzuführen. Nach jeder Aktion gab es eine Nachbesprechung, in der Profis und Krisenhelfer ihre Erfahrung austauschten. Es wurden Aktivitäten im Hause und außerhalb durchgeführt.

Die Krisenhelfer stellten fest, daß auch bei uns Veränderungen im positiven Sinne eintraten. Die Tätigkeit mit dem Krisenpatienten hat uns sehr viel gebracht in der Hinsicht, Hilfestellung und Verantwortung für einen Mitpatienten zu übernehmen. Nach Abschluß der Maßnahme hatten wir mehr Verständnis für die Arbeit der Profis. Zwischen den Krisenhelfern und den Patienten entstand ein herzliches Verhältnis.“

Beeindruckend wird in diesem Dokument die Identifikation der NutzerInnen mit ihrer Institution deutlich, indem das gemeinsame Ziel – die gewaltfreie Psychiatrie – hervorgehoben wird.

Die Perspektive der professionellen Helfer:

Neben den erfolgreich zu bewertenden Punkten werfen neue Arbeitsweisen auch immer neue Fragen auf; insbesondere die Frage des Datenschutzes, aber auch die einer etwaigen Ausbeutung. Neben dem ökonomischen Aspekt (z.B. Erstattung der Fahrtkosten) muß hierbei insbesondere bedacht werden, daß auch die KrisenassistentInnen therapeutischen Nutzen aus ihrem Einsatz ziehen. Bei einer gelingenden Kooperation steht allerdings eindeutig fest, daß

- der betreute Patient von dem Vorgehen profitiert, indem er im Rahmen der Interaktion mit den KrisenassistentInnen vielfältige Übungsfelder zum Training sozialer Kompetenzen erhält, die auf einer quasi kollegialen Ebene eingeübt und dementsprechend auch leicht akzeptiert werden;

- die KrisenhelferInnen durch die Erfahrung, anderen helfen zu können, in ihrem Selbstwertgefühl und auch bei Sinnfindungsprozessen bestärkt werden; YALOM (1989, S. 28 f.) bezeichnet diese Wirkvariable als „Altruismus“: „Die Erfahrung, daß sie anderen wichtig sein können, hebt ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbstachtung. Natürlich helfen Patienten sich auch gegenseitig im gruppentherapeutischen Prozeß. Sie bieten einander Unterstützung, Beruhigung, Vorschläge und Einsichten an und teilen es anderen mit, wenn sie ähnliche Probleme haben“.
- ein milieuthérapeutisch nachhaltig positiver Effekt erzielt wird, indem ein „Strahlungseffekt“ der sich positiv entwickelnden Beziehung zwischen den betreuten PatientInnen und den KrisenassistentInnen auf die Stationsatmosphäre festzustellen ist;
- ein weiteres gewaltverhinderndes Moment institutionell verankert wird, da das Miteinander zwischen KrisenassistentInnen und der betreuten PatientInnen auf der Seite der PatientInnen einerseits als relativ machtfrei erlebt wird und zum anderen keine Vorgeschichte an belasteter Interaktion hat; so zeigt sich von vornherein eine breitere Akzeptanz in gemeinschaftlichen Aktionen.

Die gemeinsamen Erfahrungen von Delegierten, KrisenassistentInnen und professionellen HelferInnen implizieren auch Aspekte, die für die Bedeutung des Dialogs zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und professionellen HelferInnen von Bedeutung sind.

So werden Ideen, Anliegen und Bewertungen im Kontext der jetzigen oder eines zurückliegenden Aufenthaltes in der Klinik seitens der NutzerInnen vorgenommen, damit stehen sie in einem recht unmittelbaren Verhältnis zur persönlichen Lebenslage während einer Krise oder Erkrankung und haben somit eine große Chance, wirklich „nutzerInnenorientiert“ zu sein. Aufgrund der gemeindepsychiatrischen Strukturen (offene Tür, Heterogenität, keine Aufnahmestation) sind verschiedene Delegierte in einer für Professionelle oft erstaunlich subtilen Art und Weise in der Lage, eine Unmittelbarkeit des Erlebens auch schwer bis nicht artikulationsfähiger MitpatientInnen anzusprechen und somit differierende Interessenlagen zu vertreten. In diesem Kontext sehen wir diese neue Begegnungsform als eine sehr authentische Form der unmittelbaren und direkten Vertretung der Interessen psychisch kranker Menschen vor Ort an. Die Interessenvertretung findet im aktuellen institutionellen Raum, in welchem über Bemächtigung oder Ohnmacht, Entwicklung von Autonomie oder Abhängigkeit entschieden wird, statt. Die aktuelle Lebenslage „vermittels sozialer Partizipation“ liefert die Basis für die Interessenvertretung der Delegierten; sie sind nicht „gruppenangehörige Führer, indem sie einen Beruf aus ihrem Stigma machen“ und solcher Art aufgefordert haben, „repräsentativ zu sein für die Menschen, die sie repräsentieren“ (GOFFMAN 1994, S. 39).

Wir halten die selbstverständlich auch hier auftretenden Entfremdungsphänomene recht gut für korrigierbar, da zunehmend ein Dialog zwischen den Delegierten und den professionellen MitarbeiterInnen entsteht, der durch eine Sensibilisierung für die mitunter auch abweichenden Perspektiven der NutzerInnen

der Institution und ihrer MitarbeiterInnen getragen wird. Zudem bedingt die relative Fluktuation bei den Delegierten, daß unmittelbar problem involvierte „Nachrücker“, d.h. neue, mitunter erstmalig aufgenommene PatientInnen, die sich dann bei den Delegierten engagieren, für eine angemessene „Problemnähe“ sorgen.

2.3.4 Die Aufhebung der Beschäftigungstherapie in der Gemeinde

Die konsequenteste Anwendung des Heterogenitätsprinzips sowie der Erfahrungen aus der Atelierarbeit und den Delegiertenaktivitäten für das Angebotspektrum in den „klassisch-therapeutischen Bereichen“ fand früher in der Beschäftigungstherapie statt, indem die Angebote, die überflüssigerweise in der Beschäftigungstherapie inszeniert wurden heute, zu einem wesentlichen Teil in der Gemeinde wahrgenommen werden, somit ein wesentlicher Teilbereich stationärer Psychiatrie veröffentlicht und dem Normalitätsprinzip entsprechend gesellschaftsorientiert angebunden wird.

In einer Vorbereitungsphase wurden zunächst einzelne Angebote in der Gemeinde „aufgehoben“:

Dazu gehörte ein Sportkurs, an dem Herner BürgerInnen – mit und ohne Psychiatrieerfahrung – teilnahmen ebenso wie eine Literaturwerkstatt, die zunächst ihren Ausgangspunkt in den Räumen der Herner Gemeindepsychiatrischen Klinik hatte, dann aber ebenfalls in die örtliche VHS ausgelagert wurde. Insbesondere bei der Literaturwerkstatt wurde deutlich, wie sehr die TeilnehmerInnen zu motivieren sind, ein Angebot zur Interessens- und Sinnfindung extern selbständig anzubinden. Innerhalb eines knappen halben Jahres wurde die externe Anbindung ohne Hilfe professioneller HelferInnen dann realisiert; die regelmäßige Mitarbeit in der Literaturwerkstatt führte dazu, daß seitens der dort teilnehmenden (ehemaligen) PatientInnen kaum noch Atelier- und Zeitungsangebote in der hiesigen Klinik angenommen werden mußten. Das Selbstwertgefühl wurde dabei besonders durch die Erfahrung stabilisiert, in eigener Initiative einen VHS-Kurs initiiert zu haben; dies wurde noch einmal deutlich, als sich die Schreibwerkstatt der VHS im Rahmen des Ateliers in den Räumen der Klinik präsentierte, um durch eine Lesung eigener Werke für sich zu werben.

Auf der Ebene der theoretischen Reflexion bleibt dabei festzuhalten, daß die naheliegende Ausdehnung des Heterogenitätsprinzips in die Gemeinde – indem Ressourcen (Volkshochschulen, Kirchenkreise, Vereinswesen, zahllose tagesstrukturierende Angebote) in der Gemeinde genutzt werden – sich als stringente Notwendigkeit ergibt und gleichzeitig eine „offene“ Psychiatrie voraussetzt, um in der Gemeinde akzeptiert zu werden. Das Heterogenitätsprinzip, „offene“ Psychiatrie und die Akzeptanz der Gemeinde stehen somit in einem sich wechselseitig bedingenden und verstärkenden Geflecht.

Unter gewaltpräventivem Aspekt muß betont werden, daß die im Rahmen des erweiterten Heterogenitätsprinzips festgestellte Ausdünnung problematischen und

angespannten Verhaltens weiter kultiviert wird und somit einem „Hochschaukeln“ auffälliger und sozial sanktionierter Verhaltensweisen begegnet wird.

Auch für weitere „beschäftigungstherapeutische“ Angebote gilt seit gut zwei Jahren, sie möglichst weitgehend in die Gemeinde zu integrieren. Seidenmalereien, Stretching- und Kochkurse u.a. werden ebenfalls im Rahmen von VHS-Kursen oder anderen Trägern neben unserer Klientel auch sonstigen interessierten Her-ner BürgerInnen angeboten und zunehmend allgemein akzeptiert. Die Bedeutung dieser Arbeitsweise läßt sich wie folgt festhalten:

- Mehr Subjektorientierung (vgl. KRISOR 1997), indem die Spielräume zur Gestaltung eigener Interessen in die Lebenswelt „Gemeinde“ verlegt werden und demnach eine erheblich größere Anzahl von Impulsen, Angeboten und Freizeitsegmenten zur Teilnahme zur Auswahl stehen, die ihre Bedeutung nach einem stationären Aufenthalt beibehalten können.
- Möglichst unentfremdete Sozialbeziehungen in natürlichen Kontexten (wie z.B. beim gemeinsamen Sporttreiben) lassen die Psychopathologie in den Hintergrund treten, indem die eigene Rolle über das Medium, um das es gerade geht, definiert wird; sie wirken demnach chronifizierungsvermeidend, indem sie über die Psychopathologie definierte Selbstkonzeptionen erschwe-
ren oder gar verhindern.
- Durch die „Aufhebung“ von therapeutischen Bemühungen in eher informel-
len Netzwerken und alltagsweltlichen Angeboten der Gemeinde konstituiert
sich ein individuell sinnvolles soziales Gefüge, welches geeignet ist, auch in
wiederkehrenden Krisensituationen tagesstrukturierend und haltgebend zu
wirken, somit auch eine prophylaktische Bedeutung hat.
- Es entstehen neue Kooperationsverflechtungen zwischen der psychiatrischen
Klinik und Trägern des öffentlichen Gemeindelebens, was wiederum zu ei-
nem positiveren Bild von „Psychiatrie“ in der Öffentlichkeit führt und damit
ihre Inanspruchnahme erleichtert.

2.3.5 Das Jakobusweg-Projekt

Bei einem Visitengespräch Ende 1994 kam die Rede auf den mittelalterlichen Pilgerweg nach Santiago de Compostela. Der Patient war an diesem Thema interessiert, er nahm bald Kontakt mit einer ihm bekannten Ordensfrau auf, die als versierte Kennerin der Jakobuswallfahrt gilt. In der „Zeitung“ Nr. 525, die wöchentlich in der Klinik erscheint und gemeinsam von MitarbeiterInnen und PatientInnen erstellt wird, wird berichtet:

“(…) Obwohl ich mich schlecht konzentrieren konnte, war mein Interesse so stark, daß ich in meiner Gemeinde die Schwester Gaudenzia aufsuchte und mir von ihr ein Buch zu diesem Thema auslieh und es zur Hälfte las. Das war für mich der erste Schritt, daß ich mich mit was anderem beschäftigte, als mit mir selber, d.h. mit meiner Erkrankung.”

Nach zwei Ateliervorstellungen zu diesem Thema bildete sich ein zunächst kleiner Kreis von Interessierten, die sich mit dem Thema „Jakobsweg“ beschäftigen. In den Sommern 1996, 1997 und 1998 hat sich mittlerweile jeweils eine Gruppe von knapp 20 PilgerInnen, die von je drei MitarbeiterInnen der Klinik begleitet wurde, zunächst von Köln nach Trier, dann von Trier nach Toul (Frankreich) und schließlich von Toul nach Dijon auf den Weg begeben. Die einzelnen Wegstrecken, die zu Fuß zurückgelegt wurden, betrugen gut 20 km pro Tag; die Pilgerreisen insgesamt je 12 Tage. Die Pilgergruppe setzte sich im wesentlichen aus aktuellen stationären Patienten im St.Marien-Hospital Eickel zusammen, darüber hinaus aber auch aus tagesklinisch und ambulant betreuten.

Im 14tägigen Rhythmus wurden im Verlaufe der Jahre zwischen den Etappen der Pilgerwanderung Planungsarbeiten (z.B. Übernachtungsplanungen, Wegstreckenbestimmungen, kulturelle Sehenswürdigkeiten etc.), aber auch „Probewanderungen“ auf regionalen Teilstrecken des Jakobus-Weges sowie Exkursionen zu Wallfahrtsorten vorgenommen. Das Projekt zeichnete sich dabei insbesondere dadurch aus, daß sämtliche Planungsarbeiten und Gestaltungsvorschläge in eigener Regie der Gruppe vorgenommen wurden.

In Abweichung zu den bisher beschriebenen vier anderen institutionellen Bausteinen weist das Jakobus-Projekt eine sensible und potentielle Problemzone auf: Der noch weitergehende Verzicht auf institutionelle Macht erfordert bei den professionellen BegleiterInnen des Projektes Rollenmuster jenseits der vorgegebenen, um weiterhin therapeutischen, aber auch den erforderlichen persönlichen Respekt zu gewinnen, damit die Gruppenprozesse auch während der 12tägigen Pilgerwanderung geordnet ablaufen können. Dies ist unbedingt erforderlich, da ansonsten in auch diesen heterogen zusammengesetzten Gruppen insbesondere akut erkrankte Personen Schaden nehmen könnten.

Die institutionell vorgegebene und – wenn auch bereits reduziert – machtbetsetzte Rolle der professionellen HelferInnen muß durch eigene, für das Gruppengeschehen relevante Kompetenzen ergänzt werden, die wesentlich auf die eigene Persönlichkeit rekurrieren. Dabei stehen sicherlich Eigenschaften wie „Sicherheit vermitteln“, „Erkennen und Verändern von Gruppendynamiken“, „eigene Begeisterung für das Jakobus-Projekt“ und „flexibles, standhaftes Auftreten“ an vorderster Stelle. Wie ein derartig abweichendes Professionsbild zu fassen ist, wird in einer ausführlicheren Auswertung des Projektes beschrieben (vgl. KRISOR, PFANNKUCH 1999).

Unter gewaltpräventivem Aspekt ist besonders das völlig veränderte Miteinander von professionellen HelferInnen und PatientInnen zu sehen, das durch wechselseitiges Kooperieren und Betonen von Fertigkeiten der einzelnen (z.B. Kompaß lesen, Wandererfahrung, Sprachkenntnisse, kulturelles Wissen) bestimmt ist. In diesem Klima kam es bisher zu keinen aggressiven Äußerungsformen - und dies, obwohl auch akut erkrankte Menschen an diesem Angebot teilnehmen.

2.4 Ein modifiziertes Krankheitsverständnis auf der Grundlage von Subjekt-, Bedürfnis- und Gesellschaftsorientierung

Soll in der Psychiatrie die Rede von der Würde des Menschen keine Leerformel bleiben, so erfordert eine nach humanistischen Gesichtspunkten gestaltete psychiatrische Versorgungsstruktur das Anstreben von Gewaltfreiheit. Es kann also nicht sein, lediglich technokratische Umgangsregeln im „Management“ von Gewalt zu erstellen (so wichtig diese selbstverständlich als Anwendungsgrundlage und -sicherheit auch sind – vor allem für unerfahrene MitarbeiterInnen), vielmehr müssen darüber hinaus konkrete Ansätze entwickelt werden, die – ähnlich wie für die Gestaltung der Institution – die Ebene unserer Haltungen beeinflussen können, um diesem Ziel näherzukommen. Dabei halten wir es für grundlegend, daß sich der Therapeut/die Therapeutin nicht ausschließlich an einem biologisch-medizinisch geprägten und eingegengten Krankheitsbegriff orientiert, sondern die Person unter dem Aspekt des handelnden Subjektes sieht. So fördert ein subjektorientiertes Menschenbild, welches durch Autonomie-, Bedürfnis-, Ressourcen- und Interaktionsorientierung gekennzeichnet ist, eine partnerschaftliche Begegnung in der therapeutischen Beziehung. Gleichzeitig kann die partnerschaftliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung nicht ohne ein subjektorientiertes Menschenbild gelingen. Eine differenzierte Darstellung dieses Zusammenhangs findet sich bei KRISOR (1997).

Daß diese Sichtweise des Menschen eine strukturelle Veränderung der Klinik nahelegt, ist ausführlich beschrieben worden. Für das „Krankheitsverständnis“ bedeutet dies, daß sowohl der sozial definierte Behandlungsauftrag der psychiatrischen Institution (Senkung des subjektiven Leidensdrucks, soziale Ordnungsfunktion durch Initiierung von Anpassungsleistungen einzelner Menschen zwischen dem individuell realisierten Ist-Zustand und dem sozial erwünschten Soll-Zustand) als auch ein salutogenetisch definierter Arbeitsauftrag (Nutzung der lebensgeschichtlich-individuellen Konstellationsbedingungen von Gesundheit für den therapeutischen Prozeß wie z.B. persönliche Ressourcen, Neigungen, Skurrilitäten, Hoffnungen, Wünsche und Sehnsüchte) wahrgenommen werden. Vor diesem Hintergrund kann man sich dem psychiatrischen Dilemma, „den Kranken sowohl in seiner Krankheit – in der reinen Subjektivität seines Irrsinns – als auch als Gesunden – in seiner Teilhabe an der gemeinsamen Welt – respektieren zu müssen“ (WULFF 1972, S. 215), stellen. Der Versuch einer Lösung des psychiatrischen Dilemmas rekurriert dabei auf den Empowerment-Ansatz, der in einer „Gewinnung oder Wiedergewinnung von Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen“ (KEUPP 1993) zu sehen ist. Entsprechend wird der Adressat sozialer Dienstleistungen nicht als primär hilfloser Empfänger psychiatrischer oder psychotherapeutischer Hilfestellungen gesehen; vielmehr geht es darum, seine Stärken und Ressourcen auch im Moment der Schwäche zu erkennen, um ihm auch in akuten Krisen ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung zu erhalten bzw. zu ermöglichen – und dies weniger im klinikbezogenen, sondern im sozialen Raum der Gemeinde.

Das folgende Interdependenzschema faßt die sich wechselseitig verstärkenden Einflußfaktoren der verschiedenen Bereiche zusammen und hilft, die bisherigen Erläuterungen in ihrem Gesamtzusammenhang zu betrachten:

Abb. 1

Indem man stets die Achtung vor der Person des Anderen in den Vordergrund stellt – was sich in einer professionellen Distanz zu eigenen Bewertungen von Bedürfnissen und auch Skurrilitäten der NutzerInnen der Institution äußert um deren Selbstverantwortung, aber auch Orientierung an alltagsbezogenen Beziehungs- und Rollenmustern beizubehalten – wird ein weitgehendes gleichberechtigtes Austauschprinzip betont. Damit umgeht man der häufig festzustellenden Gefahr, die einzelnen Verhaltensweisen einem Krankheitsparadigma unterzuordnen und somit das Gegenüber von vornherein auf psychopathologische Besonderheiten zu reduzieren und eigene Verhaltensschemata zu kultivieren, die in Erwartungshaltungen des Besonderen begründet sind. Hierhinter verbirgt sich nichts anderes als das Phänomen der „Self-fulfilling-prophecy“ (MERTON 1948), die sich in allzu vielen Selbstverständlichkeiten im psychiatrischen Klinikalltag spiegeln. Thematisch gehören zu ihnen:

1. *Gewalt gehört als notwendiges Übel zur Psychiatrie und*
2. *Gewalt in der Psychiatrie geht in der Regel vom Patienten aus.*

Beispielhaft formuliert FLOETH (1991, S. 108): „Leben und Arbeit innerhalb des heutigen Psychiatriesystems hat auch eine ‘gewalttätige’ Dimension. Über das Klima einer Psychiatriestation zu sprechen, zumal bei einer geschlossenen Akutstation, bedeutet also immer auch die Berücksichtigung einer dort wirksamen Sphäre von ‘Gewalt’. Auf Stationen findet sich Gewalt besonders bei Aktivitäten mancher Patienten im Akutstadium ihrer Krankheit und bei Gegenmaßnahmen von Mitarbeitern gegen dergleichen Patientenhandeln“. Genau diese Spirale der Selbstverständlichkeit gilt es zu durchbrechen, um provokative Elemente der Institution zu erkennen, selbstkritisch analysieren und ggf. abstellen zu können. Dies belegt die Studie von SOLOFF et al. (1985), der nach Auswertung von 15 US-amerikanischen Studien herausfand, daß die Häufigkeit der Anwendung von Gewalt direkt von der Einstellung der Verantwortlichen der Klinik und insbesondere des Pflegepersonals abhing. Ein gelungener Parameter dieser Einstellung scheinen uns die insbesondere in psychosomatischen und Fachkliniken für abhängigkeiterkrankte Menschen häufig anzutreffenden Hausordnungen zu sein, die – analysiert auf ihren repressiven Gehalt und deren notwendige Formulie-

rung – ein bisweilen erschütterndes Bild unsinniger Regelwerke liefern (vgl. PFANNKUCH 1997). In diesem Zusammenhang ist zu betonen, daß ein Übertreten von Regeln immer den Beginn einer bereits gebahnten Gewaltspirale initiieren kann, häufig auch initiiert. Daher ist gerade dieser sensible Bereich von Hausordnungen und Behandlungsverträgen auf jegliche provozierende Elemente, die Regelübertretungen begünstigen, zu prüfen.

3. Gewaltvermeidung in der Psychiatrie

Das Zusammenspiel und den synergetischen Effekt von Haltungen, institutionellen Strukturen, fachlichen Qualitätsstandards, aber auch ethischen Prinzipien im Rahmen der Gewaltvermeidung in der Psychiatrie veranschaulicht das obenstehende Schema: „Gewaltvermeidung in der Psychiatrie“ (siehe Abb. 2).

4. Gewaltaufkommen in der Herner Gemeindepsychiatrischen Klinik

Nachdem in früheren Jahren in der Herner Gemeindepsychiatrischen Klinik von PatientInnen ausgehendes wie gegen sie gerichtetes gewalttätiges Verhalten sehr selten war (besonders erfreulich waren die Jahre 1985: Ein Patient wurde ein Stunde lang „fixiert“ und 1986: Keine sogenannte „Fixierung“, bei jeweils ca. 1.000 Neuaufnahmen jährlich), kam es im Laufe des Jahres 1990 zu einem deutlichen Anstieg aggressiven Verhaltens in der Klinik; in diesem Zusammenhang dokumentierten wir seit diesem Zeitpunkt sämtliche Vorkommnisse, bei denen im weitesten Sinne Gewalt gegen Personen oder Sachen ausgeübt wurde.

Insbesondere zu Beginn dieser Dokumentation waren wir erstaunt, in welchem Maße subjektive Bewertungen der beteiligten Professionellen in die Datenerhebung einfließen und sie fast unmöglich machten; schließlich einigten sich die beteiligten ÄrztInnen und PsychologInnen, daß auch rein verbale Drohungen und „angespannte“ Situationen, in denen es nicht zu Tätlichkeiten kam, die aber die beteiligten MitarbeiterInnen eine aggressive Eskalation befürchten ließen, auch erfaßt werden sollten; die Aufgabe, jedem Vorfall akribisch nachzugehen und ihn entsprechend bei beteiligten PatientInnen, evtl. dem diensthabenden Arzt der vorangegangenen Nacht, bei MitpatientInnen und der Nachtschwester zu recherchieren und schließlich zusammenfassend zu dokumentieren, wurde schließlich in die Verantwortlichkeit der jeweiligen Stationsleitung (Arzt/Ärztin, PsychologIn) gegeben; unter diesem Modus konnte die „Dunkelziffer“, so hoffen wir, relativ gering gehalten werden.

Generell gilt es sicherlich zu berücksichtigen, daß sich bei Aussagen zu Häufigkeiten und Dauer von Zwangsmaßnahmen erhebliche Abweichungen in den Rahmenbedingungen vorliegender empirischer Dokumentationen der verschiedenen Kliniken finden; so sind z.B. Fragen der Pflichtversorgung, des therapeutischen Angebotes, der vorliegenden Gewalt- und Zwangsdefinitionen, der Zusammensetzung der NutzerInnen, aber auch des Dokumentationsverfahrens zu

berücksichtigen, um RezipientInnen ein brauchbares Instrumentarium an die Hand zu geben, mit dem es möglich wird in der eigenen Alltagspraxis Vergleiche zu ziehen, Fragen zu stellen und Anwendungsmöglichkeiten unterbreiteter Vorschläge zu prüfen.

Die folgende Übersicht verdeutlicht das Gewaltaufkommen in der Herner Gemeindepsychiatrischen Klinik von 1990-1997:

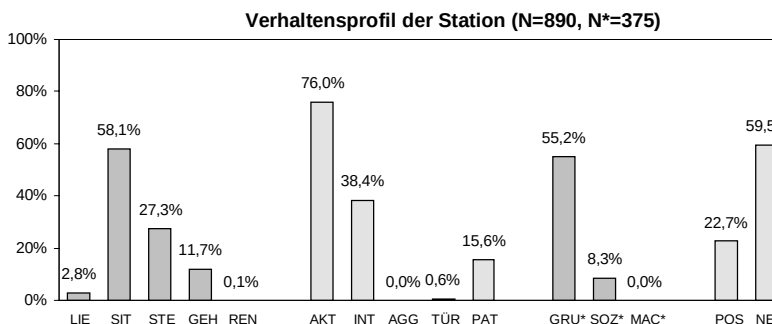
Abb. 3

Vor dem Hintergrund, daß Fixierungshäufigkeiten auf der Grundlage der raren Publikationen zwischen 5 und 15% angegeben werden (Übersicht vgl. HALTENHOF 1997, KRISOR 1995, 1997), sehen wir den eingeschlagenen Weg zu einer gewaltfreien Psychiatrie bestätigt. Auch wenn keine Korrelationswerte zwischen den einzelnen institutionellen Bausteinen und dem niedrigen Gewaltaufkommen zu erstellen sind, wird diese Vermutung durch eine Untersuchung der Universität Trier gestützt:

In einem dreiwöchigen Forschungsprojekt wurde mit Hilfe der computer-gestützten Verhaltenskartographie, „einem Beobachtungsverfahren zur objekti-

ven Erfassung und Beschreibung des Alltags auf psychiatrischen Stationen per Fremdbeobachtung“ (KIRCHER 1996, S. 104), das Geschehen auf unseren Stationen tags und nachts begleitet. Die Ergebnisse „bezüglich der Stationstür weisen auf ein geringes Ausmaß von Kontrolle der PatientInnen durch das Personal und eine geringe funktionale Bedeutung der Stationstür hin. Hierfür spricht das häufige Verlassen und Betreten der Station durch PatientInnen, die Seltenheit von Situationen, in denen ein Patient oder eine Patientin vom Entweichen abgehalten wurde (zweimal verbal, nie körperlich), das Fehlen jeglicher Aggressionen gegen die Stationstür und die lediglich geringe Häufigkeit anderer stationstürbezogener Verhaltensweisen (Beobachten der Stationstür, Prüfen des Zustands der Stationstür)“ (ORTH 1996, S. 78).

Zudem bestätigt das Verhaltensprofil auf einer anderen Station, wie *entspannt* und *aggressionsfrei* sich das Stationsleben während des Beobachtungszeitraums gestaltete (siehe insbes. „Agg“ und „Tür“):



Erläuterungen der Abkürzungen:

Position/Bewegung (LIE = Liegen, SIT = Sitzen, STE = Stehen, GEH = Gehen, REN = Rennen); Aktivität (AKT); Interaktion (INT); Aggression (AGG); Türspezifische Verhaltensweisen (TÜR); Psychopathologie (PAT); Emotion/Stimmung (mit den Kategorien POS = positiv, NEG = negativ, NEU = neutral, AUS = ausdruckslos); Zusätzlich die drei Kategorien, die nur für das Personal gebildet werden:

Grundversorgung durch das Personal (GRU); Sozialtherapeutische Tätigkeiten des Personals (SOZ); Machtausübung durch das Personal (MAC)

(KIRCHER 1996, S. 91ff.)

Abb. 4

5. Nachtrag

Nach unseren Ausführungen zu Theorie und Praxis einer gewaltfreien Psychiatrie noch einmal zu einer Vorhaltung, die unser Zielvorhaben grundsätzlich in Frage zu stellen meint: Gewaltfreie Psychiatrie sei schon deshalb eine Fiktion, weil sie bestimmte gesellschaftliche Aufträge zurückgeben müßte, scheint von der nicht zu hinterfragenden Annahme auszugehen, daß die Aufgabe der Ab-

wehr der Gefahren, die von einem psychisch kranken Menschen ausgehen könnten, nur durch Gewaltanwendung möglich ist. Hierbei wird völlig übersehen, daß wir als in der Psychiatrie tätige Fachleute doch die Freiheit haben, „die Therapieform zu wählen, die... sinnvoll erscheint, um das Innenleben der Psychiatrie humanitärer zu gestalten“ (SIMON 1992, S. 7).

Bezogen auf die Herne Gemeindepsychiatrie kann mittlerweile festgehalten werden, daß deren stationärer Teil seit 20 Jahren die strikte Pflichtversorgung für 180.000 Einwohner bei offenen Türen sämtlicher Stationen und einem Minimum an Gewaltvorkommen (s.o.) wahrnimmt. In diesem Zusammenhang überrascht, daß immer noch ausgeführt wird, „Gemeinwesen und Staat“ ließen eine gewaltfreie Psychiatrie nicht zu (vgl. WIENBERG 1997, S. 17). Im Gegensatz zu solchen pessimistischen Spekulationen findet durchaus eine Würdigung des gemeinsamen Bemühens von psychisch kranken MitbürgerInnen, kommunalen Stellen, Selbsthilfeorganisationen, stationärer Psychiatrie usw. um eine gewaltfreie Psychiatrie sowohl von staatlicher (Berichte der PsychKG-Kommission) wie von kommunaler Seite statt. So betont der Psychiatriekoordinator der Stadt Herne BRANDENBURG (1997): „Von besonderer Bedeutung für alle gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und Dienste unserer Stadt, für die Bürgerinnen und Bürger und für die psychisch Kranken selbst und für deren Angehörigen und Familien ist dabei immer das Bemühen des St.Marien-Hospitals gewesen, das Thema der Gewalt nicht zu tabuisieren, sondern „offensiv“ mit dem Ziel anzugehen, eine gewaltfreie Psychiatrie in Herne zu verwirklichen. Diese Offenheit hat wesentlich dazu beigetragen, daß ein psychiatriefreundliches Klima in Herne existiert, um das uns viele Städte und Kreise beneiden... Dr. Krisor nennt eine wichtige psychiatriepolitische Perspektive, nämlich eine gewaltfreie Psychiatrie zu verwirklichen. Ist diese Zielbestimmung schon wieder so unangenehm und so störend, daß man sie als Fiktion denunzieren muß? In Herne glauben wir indes, daß trotz aller praktischen Schwierigkeiten der Verwirklichung die Zielbestimmung der Gewaltfreiheit ein unerläßliches Kriterium für jede Alltagspraxis in der Gemeindepsychiatrie sein muß“.

Auch durch ständiges Wiederholen der Vorwürfe, die Öffnung geschlossener Stationstüren bewirke, daß Patienten häufiger isoliert oder fixiert werden müssen, wird diese Aussage nicht bewiesener. Hier werden konkrete Erfahrungen (und Veröffentlichungen) nicht zur Kenntnis genommen. So schildert schon WINKLER (1969) die positive Veränderung der Stationsatmosphäre und des Verhaltens der Patienten nach Öffnung der Abteilungstüren bis hin zu den Beobachtungen von WERNER (1994, 1996, 1997) und SCHMIDT (1994, 1995) über die Öffnung der Stationstüren im Landeskrankenhaus Merzig.

Abschließend möchten sich die Autoren den im offenen Brief des Vereins der Freunde und Förderer des Herne Modells gewaltfreier Psychiatrie aufgestellten Forderungen anschließen, die lauteten: „Wir fordern nachdrücklich, daß Gewaltfreiheit als eines der grundlegenden Qualitätsmerkmale psychiatrischer Versorgung definiert wird. Wir halten es für erforderlich, daß psychiatrische Institutionen über Formen und Häufigkeit der von ihnen angewandten Gewalt öffentlich

informieren; nur so kann sich der Nutzer über sein mögliches Risiko informieren, an ein Krankenhausbett gefesselt zu werden bzw. auf einer Krankenhausstation eingeschlossen zu werden.“

Wem es aber nicht möglich ist, sich auf eine Veränderung seiner psychiatrischen Alltagspraxis einzulassen, der kann auch keine eigenen neuen Erfahrungen gewinnen; er bleibt Teil seines bisherigen Theorie-Praxis-Systems: Ohne neue Praxis kein Erkenntnisgewinn und damit keine Einstellungsänderung.

So schreibt WIENBERG 1993 und 1998 den Status quo gewaltförmiger Psychiatrie mit fast identischen Worten fest.

Bedauerlicherweise, da wir über vermeidbares menschliches Leid sprechen, werden solche Statements dann wieder in aktuellen Publikationen, die auch praktische Relevanz haben, weiter verbreitet (vgl. z.B. FUCHS 1998).

Im Widerspruch zu dieser eher nihilistischen Perspektive gehen wir davon aus, daß die veränderte Praxis im Bemühen um eine gewaltfrei gestaltete Psychiatrie viele theoretische Überlegungen zum Menschenbild, Krankheitsbegriff und psychosozialen Strukturen anregt; die theoretischen Ableitungen beeinflussen dann wieder die Praxis, die veränderte Praxis verlangt eine Neufassung der Theorie...; in diesem Sinne bleiben auch die beschriebenen Aspekte zur Theorie und Praxis einer gewaltfreien Psychiatrie 'prekär'.

6. Literatur

BASTIAAN, P., S. DEBUS, H. HALTENHOF (1998). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Fixierung auf den psychiatrischen Stationen der Medizinischen Hochschule Hannover. *Psychiatrische Praxis*, 25, S. 231-234.

BRANDENBURG, A. (1997). Brief an die Aktion psychisch Kranke e.V. „Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie, Kongreß am 24./25.09.1997 in Bonn“.

BRÜCKENSCHLAG, Zeitschrift für Sozialpsychiatrie - Literatur - Kunst (1997). Band 13, Paranus-Verlag, Münster.

BRUNS, G. (1997). Die psychiatrische Zwangseinweisung. In: Eink, M. (Hrsg.), a.a.O., S. 56-70.

CREFELD, W. (1997). Zwangseinweisungen nehmen weiter zu. *Psychosoziale Umschau*, 1, S. 14-15.

EINK, M. (1998). Von Therapiezwang bis Fesselung. *Psychiatrisch Tätige als Gewalt-Tätige. Soziale Psychiatrie*, 1, S. 4-7.

EINK, M. (Hrsg.) (1997). *Gewalttätige Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

FINZEN, A. (1991). Vorwort. In: T. Floeth: Ein bißchen Chaos muß sein. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

FLOETH, TH. (1991). Ein bißchen Chaos muß sein. *Die psychiatrische Akutstation als soziales Milieu*. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

FREUD, S. (1998). „Ein Gespräch mit Sophie Freud, der Enkelin Sigmund Freuds“. Die Zeit, Nr. 40, S. 83.

FUCHS, J.M. (1998). Kontrollierter Umgang mit physischer Gewalt und Aggression in der Psychiatrie? Erfahrungsbericht über ein Praxisseminar. In: SAUTER, D., D. RICHTER (Hrsg.): Gewalt in der psychiatrischen Pflege. Gruber, Bern, S. 59-72.

GOFFMAN, E. (1994). Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation. Suhrkamp, Frankfurt a.M.

GUNKEL, S., M. BRÖKER, S. PRIEBE (1996). Psychiatrische Behandlung aus der Sicht chronisch schizophrener Patienten. Sozialpsychiatrische Informationen, 26, 1, S. 20-33.

HABERMAS, J. (1985). Die neue Unübersichtlichkeit. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt/Main.

HALTENHOF, H. (1997). Die Fixierung - Relikt vergangener Zeiten? In: EINK, M. (Hrsg.), a.a.O., S. 71-86.

HAUG, F. (1995). Editorial. Das Argument, 1, S. 2.

KEUPP, H. (1993). Die (Wieder-)Gewinnung von Handlungskompetenz: Empowerment in der psychosozialen Praxis. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 3, S. 365-381.

KIRCHER, P. (1996). Computergestützte Verhaltenskartographie in der Reformpsychiatrie. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie, Trier.

KRISOR, M. (1993). Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie. Das Herner Modell im Gespräch. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

KRISOR, M. (Hrsg.) (1994). Dem Menschen begegnen. Zur Wiederentdeckung des Subjektes in der Psychiatrie. S. Roderer Verlag, Regensburg.

KRISOR, M. (1995). Auf dem Weg zu einer gewaltfreien Psychiatrie. In: J. KIPP, P.M. WEHMEIER (Hrsg.): Handeln und Atmosphäre im therapeutischen Raum psychiatrischer Abteilungen. S. Roderer Verlag, Regensburg, S. 21-66.

KRISOR, M. (1997). Menschenbild, Krankheitsbegriff und institutionelle Strukturen. In: KRISOR, M., H. PFANNKUCH (Hrsg.), a.a.O., S. 63-95.

KRISOR, M., H. PFANNKUCH (Hrsg.) (1997). Was Du nicht willst, das man Dir tut... Gemeindepsychiatrie unter ethischen Aspekten. S. Roderer Verlag, Regensburg.

KRISOR, M., H. PFANNKUCH (1999). Psychiatrie auf dem Jakobusweg: Theorie - Praxis - Empirie (im Druck).

MERTON, R. (1948). The Self-fulfilling-Prophecy. The Antioch Review, 8, S. 77-80.

MODESTIN, J. (1991). Notwendigkeit geschlossener Stationen im Akutbehandlungsbereich. Krankenhauspsychiatrie, 2, S. 15-19.

ORTH, U. (1996). Computergestützte Verhaltensbeobachtung auf zwei offenen und durchmischten psychiatrischen Stationen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie.

PFANNKUCH, H. (1994). Die Region, ihre sozialen Ressourcen und das Subjekt - Gemeindepsychiatrie in Herne. In: M. Krisor (Hrsg.), a.a.O., S. 253-279.

PFANNKUCH, H. (1997). Suchtkliniken und Hausordnungen - einige Anmerkungen zu einer problematischen Beziehung. Sucht, 43, 2, S. 130-137.

PHILIPZEN, H. (1997). Erfahrungen mit 29 Jahren offener Psychiatrie in Bad Driburg. In: KRISOR, M., H. PFANNKUCH (Hrsg.), a.a.O., S. 327-336.

PÖRKSEN, N. (1998). Wege zur Reduzierung von Gewalt. Die Bedeutung von internem Qualitätsmanagement für das Klima einer psychiatrischen Klinik und den Umgang mit Zwangsmaßnahmen. Soziale Psychiatrie, 1, S. 22-24.

PSYCHIATRISCHE PRAXIS (1998). Heft 5.

SCHMIDT, L.R. (1994). Zur „Befreiung“ psychiatrischer Patienten in Deutschland. Report Psychologie, 19, 5-6, S. 14-21.

SCHMIDT, L.R. (1995). Offene, gemeindenähe Standardversorgung in der stationären Psychiatrie. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 27, 4, S. 509-528.

SIMON, F.B. (1992). Über die Nützlichkeit der sozialpsychiatrischen Theoriearmut. Einige systemtheoretische und -kritische Anmerkungen. Sozialpsychiatrische Informationen, 4, S. 2 - 8.

Soloff, P.H., T.G. Gutheil, D.B. Wexler (1985). Seclusion and restraint in 1985. A review and update. Hosp. Community Psychiatry, 6, S. 652-657.

Soziale Psychiatrie (1998). Heft 1.

STEINERT, T., R.P. GEBHARDT (1998). Wer ist gefährlich? Probleme der Validität und Reliabilität bei der Erfassung und Dokumentation von fremdaggressivem Verhalten. Psychiatrische Praxis, 25, S. 221-226.

STIERLIN, H. (1956). Der gewalttätige Patient. Eine Untersuchung über die von Geisteskranken an Ärzten und Pflegepersonen verübten Angriffe. Karger, Basel, New York.

VOELZKE, W. (1994). Vorstellungen und Forderungen von Psychiatrie-Erfahrenen an eine tatsächliche Reformpsychiatrie. In: M. KRISOR (Hrsg.), a.a.O., S. 123-140.

VOELZKE, W., F. PRINS (1993). Auf dem Weg zum psychiatrischen Krankenhaus der Zukunft aus der Sicht Psychiatrie-Erfahrener. In: K. DOERNER (Hrsg.): Akutpsychiatrie (S. 15-31). Jakob van Hoddiss-Verlag, Gütersloh.

WERNER, W. (1994). Offene Psychiatrie im LKH Merzig. Treffpunkte. Zeitschrift für Gemeindepsychiatrie, 18, 465, S. 8-14.

WERNER, W. (1996). 55 Monate Landeskrankenhaus Merzig (1990-1995): Öffnung und Auflösung. Sozialpsychiatrische Informationen, 26, 3, S. 26-31.

WERNER, W. (1997). Offene Sektorpsychiatrie 1995. Merzig zum Beispiel. In: KRISOR, M., H. PFANNKUCH (Hrsg.), a.a.O., S. 307-326.

WIENBERG, G. (1993). Gewaltfreie Psychiatrie ist eine Fiktion. 11 Thesen über den Zusammenhang von Macht und Gewalt in der sozialen Arbeit. Blätter zur Wohlfahrtspflege, 10, S. 302-304.

WIENBERG, G. (1998). Gewaltfreie Psychiatrie - eine Fiktion. Begriffliches und Grundsätzliches zu Problemen der Gewalt in der Psychiatrie. In: EINK, M. (Hrsg.), a.a.O., S. 14-28.

WINKLER, W.T. (1969). Sozialpsychiatrische Aufgaben der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser. In: KRANZ, H., K. HEINRICH (Hrsg.): Psychiatrie im Übergang. 4. Bad Kreuznacher Symposium am 05. und 6. April 1968. Thieme, Stuttgart.

WULFF, E. (1972). Über den Aufbau einer therapeutischen Gemeinschaft. In: Ders.: Psychiatrie und Klassengesellschaft. Frankfurt, S. 214-226.

YALOM, I. (1989). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. Pfeiffer, München.

ZEILER, J. (1994). Ausgrenzung gewalttätiger Kranker durch eine „friedfertige“ Psychiatrie? Fundamenta Psychiatrica, 8, S. 124-130.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Claudia BRIDGE, Psychiatrieerfahrene, Liedermacherin, Berlin

Georg DODEGGE, Richter am Amtsgericht Essen

Hans-Georg GERBER, Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung Neunkirchen

Susanne HEIM, Angehörige, Rat und Tat e.V., Köln

Volker KAUDER, MdB, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Johann KEBBEL, Arzt für Psychiatrie und Dipl.-Psychologe, Stellv. leitender Arzt der Rheinischen Landeslinik Köln

Regina KETELSEN, Oberärztin, Psychiatrische Klinik der von Bodelschwingschen Anstalten, Bielefeld

Matthias KRISOR, Dr. med. Dipl.-Psych., Klinischer Psychologe, Arzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, Leitender Arzt der Psychiatrischen Abteilung am St.Marien-Hospital Eickel, Herne.

Dr. Helga KÜHNER, niedergelassene Ärztin für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Frankfurt

Dr. Bernhard LONGINUS, Psychiatrisches Krankenhaus Marburg

Dr. Gerhard LÄNGLE, Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen

Dr. Rolf MARSCHNER, Rechtsanwalt, München

Harald PFANNKUCH, Sozialwissenschaftler, Psychiatrische Abteilung am St.Marien-Hospital Eickel, Herne.

Dr. Niels PÖRKSEN, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik der von Bodelschwingschen Anstalten, Bielefeld

Dr. Christiane REDEL, Ministerialrätin, Psychiatriereferentin des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn

Dr. Gerold RENNER, Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen

Dr. Bernhard RIECKE, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Hufeland-Kliniken Weimar

Renate SCHERNUS, Dipl.-Psychologin, Leiterin des Fachbereiches Psychiatrie der von Bodelschwingschen Anstalten, Bielefeld

Dr. Richard SCHMIDMEIER, Chefarzt des Fachbereiches Allgemeine Psychiatrie III, Bezirkskrankenhaus Gabersee, Wasserburg/Inn

Dr. Ralf SEIDEL, Ärztlicher Direktor der Rheinischen Landeslinik Mönchengladbach

PD Dr. Tilman STEINERT, Fachbereichsleiter, Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm, Ravensburg

Ursula TERMEER, Psychiatrieerfahrene, Köln

Dr. Aart Jan VRIJLANDT, Ärztlicher Direktor Psychiatrisch Spectrum Gelderland Oost, Honorary Secretary European Regional Council (ERC) of the World Federation of Mental Health (WFMH), Maastricht

Dr. Angelika WALDMANN, Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes Plauen

Prof. Dr. Klaus-Dieter WALDMANN, Chefarzt für Psychiatrie und Neurologie am Vogtlandklinikum GmbH, Plauen

Hermann WAND, Pflegedienstleiter, Psychiatrische Klinik der von Bodelschwinghschen Anstalten, Bielefeld

Theo WESSEL, Dipl.-Psychologe, Psychiatrische Klinik der von Bodelschwinghschen Anstalten, Bielefeld

Günther WIENBERG, Dipl.-Psychologe, Geschäftsführer der Teilanstalt Bethel in den von Bodelschwinghschen Anstalten, Bielefeld

Klaus-Jürgen WILLE, Lehrer für Pflege, Leiter der Weiterbildungsstätte Fachkrankenpflege in der Psychiatrie am Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Bremen

Veröffentlichungen und Informationstagungen der AKTION seit Übergabe der Psychiatrie-Enquete 1975 bis zum Juni 1998

- Band 1**
vergriffen „**Gemeindenahe Psychiatrie**“
Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 8. und 9.11.1975 in Mannheim,
am 27.11.1975 in Köln-Merheim, am 5. und 6.3.1976 in Berlin
- nicht dokumentiert* „**Was nun nach der Psychiatrie-Enquete**“
Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- nicht dokumentiert* „**Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter**“
Tagung am 2. und 3.12.1976 in München
- nicht dokumentiert* „**Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich**“
Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum
- Band 2**
vergriffen „**Rechtsprobleme in der Psychiatrie**“
Tagung am 7.10.1977 in Hamburg
- Band 3**
vergriffen „**Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht**“
Tagung am 1. und 2.6.1978 in Bonn
- nicht dokumentiert* „**Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?**“
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 4**
vergriffen „**Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter**“
Tagung am 27. und 28.9.1979 in Bonn
- Band 5**
vergriffen „**Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete**“
Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
- nicht dokumentiert* Informationsveranstaltung zum „**Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung**“ am 31.1.1980
- Band 6**
vergriffen „**Ambulante Dienste in der Psychiatrie**“
Tagung am 13. und 14.6.1980 in Hannover
- Band 7**
vergriffen „**Drogenabhängigkeit und Alkoholismus**“
Tagung am 6. und 7.11.1980 in Mannheim

- Sonderdruck** „Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie“
vergriffen Tagung am 25. und 26.6.1981 in Bonn
- Band 8** „Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter“
vergriffen Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Band 9** „Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung“
vergriffen Tagung am 2. und 3.12.1982 in Bonn
- Band 10** „Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern“
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 11** „Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten“
Tagung am 6. und 7.7.1984 in Bonn
- Band 12** „Kinder- und Jugendpsychiatrie - eine Bestandsaufnahme“
vergriffen Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 13** „Psychiatrie in der Gemeinde - die administrative Umsetzung des
gemeindepsychiatrischen Konzepts“
vergriffen Tagung am 5. und 6.12.1984 in Bonn
- Band 14** „Notfallpsychiatrie und Krisenintervention“
vergriffen Tagung am 15. und 16.5.1986 in Bonn
- Band 15** „Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch
Kranker – Ein internationaler Vergleich“
Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
- Band 16** „Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück
der Empfehlungen der Expertenkommission“
Tagung am 22. und 23.6.1989 in Bonn
- Band 17** Die therapeutische Arbeit
vergriffen Psychiatrischer Abteilungen“
Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 18** „Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung
vergriffen – von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen“
Tagung am 20. und 21.6.1990 in Bad Emstal
- Band 19** „Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung
psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und
auf dem Gebiet der ehemaligen DDR“
Tagung am 29./30. 11. und 1. 12.1990 in Berlin

- nicht dokumentiert* **Regionalkonferenzen** über den Bericht
„Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“
im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991
in Neubrandenburg
im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt
im Land Sachsen am 21. und 22.11.1991 in Arnsdorf
im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg
im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
- Band 20**
vergriffen **„Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen“**
Tagung am 3. und 4.6.1992 in Bonn
- Band 21**
„Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung -Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen“
Tagung am 4. und 5.5.1993 in Bonn
- Sonderdruck Selbstverlag* **„Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren“**
Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
- Sonderdruck vergriffen* **„Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation“**
Tagung am 27. und 28.4.1994 in Bonn
- Band 22**
vergriffen **„Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung“**
Tagung am 17. und 18.5.1995 in Bonn
- Band 23**
„Qualität in Psychiatrischen Kliniken“
Tagung vom 8. bis 10.5.1996 in Bonn
- „Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen“**
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn
Tagungsbeiträge dokumentiert in: AKTION PSYCHISCH KRANKE
(Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen.
Lambertus, Freiburg i. Br. 1997
- Band 24**
„Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung“
Tagung am 23. und 24.4.1997 in Bonn
- Band 25**
„Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie“
Tagung am 24. und 25.9.1997 in Bonn