

VOLKER PIETERS

# Macht – Zwang – Sinn



Für alle Patientinnen und Patienten, die bereit waren, Auskunft über ihre Erfahrungen mit dem unfreiwilligen oder freiwilligen Psychiatrieaufenthalt zu geben. Ihnen und meinem ehemaligen Nachtwachenkollegen Bernwart Fengler ist diese Arbeit gewidmet.

Von gerichtlichen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen sind Frauen fast ebenso häufig betroffen wie Männer. Auf den Stationen werden die Maßnahmen von Professionellen beider Geschlechter veranlasst und durchgeführt. Mit der Absicht, dies im Bewusstsein zu halten, ohne dabei die Lesbarkeit des Textes zu stören, wurde bei Anwendung der Mehrzahl die Schreibweise PatientInnen, MitarbeiterInnen und ÄrztInnen etc. verwendet. Bei der Einzahl, bei zusammengesetzten Worten und in Zitaten wurde die männliche Form belassen.

VOLKER PIETERS

## **Macht – Zwang – Sinn**

Subjektives Erleben, Behandlungsbewertungen und Therapieerfolge  
bei gerichtlichen Unterbringungen schizophrener Menschen.  
Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie

Mit einem Begleitwort von  
Prof. Dr. Erdmann Fähndrich

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884143506

**Volker Pieters. Macht – Zwang – Sinn.** Subjektives Erleben, Behandlungsbewertungen und Therapieerfolge bei gerichtlichen Unterbringungen schizophrener Menschen. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie.  
ISBN 3-88414-350-6  
Zugel.: Univ.-Diss., 2003.

**Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2003

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Dortmund

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck:

Psychiatrie-Verlag im Internet: [www.psychiatrie.de/verlag](http://www.psychiatrie.de/verlag)

# Inhalt

<b>Danksagung</b>	9
<b>Begleitwort</b>	10
<b>1 Einleitung</b>	12
<b>2 Macht: Recht und Psychiatrie</b>	15
2.1 Historische Aspekte	15
2.2 Psychiatrische Grundlagen der Schizophreniebehandlung	25
2.3 Rechtliche Grundlagen gerichtlicher Unterbringungen	28
2.3.1 Verfassungsrechtlicher Rahmen	28
2.3.2 Betreuungsrechtliche Unterbringungen	29
2.3.3 Öffentlich-rechtliche Unterbringungen	31
<b>3 Zwang: Stand der empirischen Forschung</b>	34
3.1 Gewalttätigkeit bei psychischen Erkrankungen	34
3.2 Regionale Ungleichverteilung gerichtlicher Unterbringungen	39
3.3 Häufigkeiten und Anlässe von Zwangsmaßnahmen	42
3.4 Erleben von Zwangsmaßnahmen	47
3.5 Behandlungszufriedenheit bei unfreiwilligen PatientInnen	49
3.6 Behandlungserfolge bei gerichtlichen Unterbringungen	52
<b>4 Sinn: Erklärungsansätze und Handlungsmöglichkeiten</b>	55
4.1 Ordnungsmacht Psychiatrie	56
4.2 Gewalttätige Kommunikation	59
4.3 Medizinisches Krankheitsmodell	63
4.4 Subjektives Krankheitsverständnis	66
4.5 Stigmatisierung	69
4.6 Ethische Standpunkte	73
4.7 Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen	77

<b>5 Design und Durchführung der eigenen Studie</b>	85
5.1 Rahmenbedingungen und Projektentwicklung	85
5.2 Fragestellung und Hypothesen	88
5.3 Studiendesign	90
5.4 Erhebungsinstrumente	92
5.5 Stichprobenerhebung	97
5.6 Durchführung der Untersuchung	99
5.7 Auswertungsmethodik	101
<b>6 Stichprobenbeschreibung</b>	103
6.1 Soziodemographische Angaben	103
6.2 Diagnosen und Krankheitsverläufe	105
6.3 Psychopathologische Symptomatik	106
6.4 Aufnahmemodus	109
6.5 Vorgeschichte der gerichtlichen Unterbringungen	110
<b>7 Subjektives Erleben von Zwangsmaßnahmen</b>	114
7.1 Polizeieinsätze	114
7.2 Unterbringungsverhandlungen	125
7.3 Geschlossene Türen	131
7.4 Indirekter Druck zur Medikamenteneinnahme	136
7.5 Zwangsmedikationen und Fixierungen	140
7.5.1 Deeskalation bei Personalaufgebot	141
7.5.2 Zwangsinjektionen ohne Fixierungen	142
7.5.3 Fixierungen	146
7.5.4 Zwangsmaßnahmen bei früheren Aufenthalten	156
<b>8 Bewältigungsstrategien und Selbstkonzepte</b>	164
8.1 Verleugnen der Behandlungssituation	164
8.2 Ohnmacht, Wut und Traumatisierung	166
8.3 Anpassung und Passivität	171
8.4 Verteidigung der Autonomie	173
8.5 Suche nach Schutz und Geborgenheit	176

<b>9</b>	<b>Behandlungsbewertungen</b>	180
9.1	Interviewergebnisse	180
9.1.1	Angenehme oder hilfreiche Behandlungsaspekte	180
9.1.2	Unangenehme Aspekte und Beschwerden	181
9.1.3	Wünsche und Verbesserungsvorschläge	185
9.2	Ergebnisse der Fragebögen	187
9.2.1	Akzeptanz der Behandlung während des stationären Aufenthalts	187
9.2.2	Behandlungszufriedenheit während des Aufenthalts	190
9.2.3	Behandlungsbewertungen sechs Monate nach Entlassung	194
<b>10</b>	<b>Behandlungserfolge</b>	200
10.1	Rechtsstatuswechsel vor Entlassung	200
10.2	Zustandsveränderung bei Entlassung	202
10.3	Reguläre Entlassung in ambulante Weiterbehandlung	205
10.4	Compliance sechs Monate nach Entlassung	207
10.5	Wiederaufnahmen innerhalb von 18 Monaten	209
<b>11</b>	<b>Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse</b>	211
11.1	Auswahl der Stichproben	211
11.2	Gründe für gerichtliche Unterbringungen	213
11.3	Patientenberichte zu Zwang in der Psychiatrie	216
11.4	Bewältigungsstrategien bei gerichtlichen Unterbringungen	221
11.5	Akzeptanz der unfreiwilligen Behandlung und Zufriedenheitsurteile	223
11.6	Kurz- und längerfristige Behandlungserfolge	227
11.7	Fazit und Ausblick	230
	<b>Literaturverzeichnis</b>	233
	<b>Anhang</b>	250
A.	Problemzentriertes Interview	250
B.	Fragebogen zur Akzeptanz der Unterbringung	251
C.	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit	254
D.	Einschätzung des Behandlungserfolgs	255
E.	Lebenslauf des Verfassers	256



## Danksagung

Die vorliegende Schrift wäre in dieser Form wohl nicht zustande gekommen, wenn nicht einige günstige Umstände zusammengekommen wären. Mein Dank gilt zunächst Herrn Prof. Max Steller, der die Forschungsarbeit als Promotionsvorhaben betreut und von Anfang an mit viel Interesse und wohlwollender Unterstützung begleitet hat. Besonderen Dank schulde ich Herrn Prof. Erdmann Fähndrich, der mir erst den Weg zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie geebnet hat, die alltagsnahe Auseinandersetzung damit ermöglichte, und die Gestaltung der Arbeit durch viele Anregungen maßgeblich beeinflusst hat. Hinzu kam ein Arbeitsumfeld, das – für eine psychiatrische Abteilung im Allgemeinkrankenhaus nicht selbstverständlich – die Gelegenheit zur Verbindung praktisch-therapeutischer und wissenschaftlicher Aufgaben geboten hat, wie ein multiprofessioneller Mitarbeiterkreis, der sich in vielen Gesprächen offen und in der Praxis engagiert mit der Thematik auseinandersetzte. Den behandelnden ÄrztInnen und insbesondere auch den ambulanten BehandlerInnen danke ich für die außerordentlich hohe Bereitschaft, zur Erfassung der Ergebnisqualität bei gerichtlichen Unterbringungen beizutragen. Zum Gelingen der Arbeit hat in nicht unerheblicher Weise die Arbeitsgruppe Dokumentation und Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie mit Kollegen aus Bielefeld, Bremen und Karlsruhe beigetragen. Hier möchte ich insbesondere Christian Zechert für vielfältige Unterstützung und Ermutigung danken. Ferner geht mein Dank an meine Freunde Dr. Karl Küpfer, Dr. Stephan Fuchs und Dr. Andreas Kosir für ihren Beistand sowie an Dr. Hasso Klinitz, Prof. Manfred Zaumseil und Prof. Hans-Ludwig Kröber, die mir wertvolle Hinweise und zum Teil auch kritische Rückmeldungen gegeben haben. Die sorgfältige Durchsicht des Manuskripts wurde freundlicherweise von Klaus Kochmann übernommen. Die Veröffentlichung wurde von York Bieger vom Psychiatrie-Verlag begleitet und finanziell von meinen Eltern unterstützt. Hierfür vielen Dank.

## Begleitwort

Ohnmacht, Zwangsanwendung, Ausgeliefertsein an eine »totale Institution« sind einige der Attribute stationärer Psychiatrie. Auch wenn heutzutage psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern fast schon die Regel im Versorgungsalltag sind, bleibt die Tatsache, dass die Psychiatrie neben ihrem Behandlungsauftrag auch eine Ordnungsaufgabe von der Gesellschaft zugewiesen bekommen hat. Daraus resultiert die Janusköpfigkeit der Psychiatrie, wie A. Finzen es einmal nannte. Diese zwei Seiten der Psychiatrie sind von den gesellschaftlichen Verhältnissen nicht zu trennen. Es ist deshalb kein Zufall, dass dieses Thema in der psychiatrischen Publizistik kaum vorkommt, sind doch die Psychiater erst in letzter Zeit darangegangen, ihre Rolle im Nationalsozialismus aufzuarbeiten.

Volker Pieters hat nun ein Buch vorgelegt, das sich mit der Frage von Macht, Gewalt und Zwang im psychiatrischen Alltag beschäftigt, und es fragt auch noch nach deren Sinn! Er greift damit ein Thema auf, das sich mit Vorurteilen, ja Klitsches, gegen »die Psychiatrie« auseinandersetzt. Filme wie »Einer flog über das Kuckucksnest« oder die reißerische Darstellung der Medien nach spektakulären Angriffen psychisch Kranker auf Prominente fallen offenbar auf fruchtbaren Boden in der Bevölkerung und tragen bei zur Verfestigung von Vorurteilen gegen psychisch Kranke und »die Psychiatrie«. Wenn ein Buch dagegen aufklärerisch wirken kann, ist es dieses Buch von Volker Pieters.

Dem Leser wird deutlich gemacht, wie fließend die Grenzen sind, wenn der Verfasser doch bereits die Gabe von Medikamenten ohne ausreichende Aufklärung eine »indirekte Zwangsmaßnahme« nennt. Pieters beschreibt geradezu nüchtern, warum, wie und auf welcher rechtlichen Grundlage Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden. Der Leser bekommt so eine ungeschminkte aber auch unaufgeregte Darstellung des Ablaufes z. B. einer Fixierung oder von Zwangsmedikationen. Erst durch diese nüchterne – plastische Schilderung erhalten die Zahlen ihren Wert und sind die Schilderungen der Betroffenen so eindrucksvoll.

Hier schreibt jemand, der selbst im psychiatrischen System arbeitet, also das »Innenleben« psychiatrischer Kliniken bestens kennt, der als klinischer Psychologe dennoch auf einer anderen Ebene als Ärzte mit den Patienten umgehen kann, der z. B. nicht in die Situation gerät, selbst Zwangsmaßnahmen anordnen zu müssen, da dies allein eine ärztliche Aufgabe ist. Es verwundert deshalb nicht, dass die Patienteninterviews zum Erleben von Zwang wie z. B. der polizeilichen Vorführung beim Gesundheitsamt, der Einweisung in die Klinik usw. von hoher

Sensibilität geprägt sind. Beeindruckend die differenzierte Betrachtung der psychisch Kranken zu der aus ihrer Sicht meist unnötigen oder gar ungerechten Behandlung mit Zwang.

Das Buch gibt einen tiefen Einblick in die Verhältnisse. Es zeigt, dass hier Menschen arbeiten, die sich durchaus klar darüber sind, was sie tun, und dass Patienten betroffen sind, die sensibel und sehr unterschiedlich auf erduldeten Zwang reagieren. Hier wird mit dem Vorurteil der Laien genau so aufgeräumt, in der Psychiatrie herrsche noch immer der Geist von autoritärer, bestenfalls paternalistischer Macht, wie auch aufgeräumt wird mit dem Vorurteil der Professionellen, die psychisch Kranken würden, erst einmal wieder gesund, schon einsehen, dass die erlittene Zwangsmaßnahme unumgänglich und in ihrem eigenen Interesse war. Wenn allerdings von 50 Patienten, die eine gerichtliche Unterbringungsverhandlung erlebten, lediglich acht das Gefühl mitnahmen, eine faire Verhandlung gehabt zu haben, sollte das Richtern, Ärzten und Politikern sehr zu denken geben. Wenn die Patienten eine Klinik, in der die Türen grundsätzlich offen sind, noch immer in die Nähe eines Gefängnisses rücken, stimmt dies mit dem Selbstbild der Mitarbeiter dieser Klinik so gar nicht überein und zwingt geradezu zu der Frage, was hier anders werden muss.

Dieses Buch ist deshalb so einzigartig, weil hier nicht nur Zahlen und Fakten genannt werden und weil ein sehr guter geschichtlicher Überblick zum Thema Psychiatrie und Zwang gegeben wird, sondern weil hier die betroffenen Kranken zu einem uns alle immer noch eher peinlich berührenden und deshalb ausgeblendeten Thema sehr klar und nachvollziehbar ihre Ansicht äußern. Ganz besonders deswegen wünsche ich diesem Buch eine weitere Verbreitung vor allem unter Richtern, Politikern, Journalisten und allen in der Psychiatrie Tätigen.

*Prof. Dr. Erdmann Fähndrich  
Berlin, Februar 2003*

# 1 Einleitung

Institutionelle Gewaltanwendungen wie richterliche Unterbringungen, Fixierungen, Isolierungen und Zwangsmedikationen sind nach wie vor relativ häufige Ereignisse in der stationären psychiatrischen Behandlung. In Deutschland erfolgt etwa jede zehnte Klinikeinweisung bei ca. 60.000 PatientInnen jährlich gegen den Willen der Betroffenen und unter juristischer Absicherung durch einen Gerichtsbeschluss. Die hohe Relevanz der Thematik liegt darin begründet, dass die unfreiwillige Behandlungssituation, vergleichbar mit der Intensivmedizin, bei unsachgemäßer Durchführung ein nicht unbeachtliches Risiko schädigender Folgen für die Betroffenen birgt. Die bisherigen wissenschaftlichen Untersuchungen zeigen, dass gerichtlich untergebrachte PatientInnen unabhängig von der diagnostischen Zuordnung in Bezug auf den Behandlungserfolg unter den gegenwärtigen Versorgungsbedingungen am ungünstigsten abschneiden. Die Besonderheit der gerichtlichen Unterbringung liegt auch darin, dass eine relativ kleine Patientengruppe einen sehr hohen Anteil der verfügbaren Leistungen der Institutionen benötigt.

Die Psychiatrie unterscheidet sich von anderen Fächern der Medizin durch eine rechtliche Ausnahmestellung, die eine Behandlung gegen den Willen der PatientInnen unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. Die äußere Repräsentanz und die innere Identität des Faches sind durch die Möglichkeit der Anwendung von Zwang geprägt. Erst vor 30 Jahren wurde die Annahme eines besonderen Gewaltverhältnisses im Vollzug der gerichtlichen Unterbringung vom Bundesverfassungsgericht mit einem Hinweis auf die umfassende Bindung der staatlichen Gewalt an die Grundrechte außer Kraft gesetzt. Von den Professionellen wurden der rechtsstaatliche Schutz psychisch Kranker zunächst als Eingriff in die Therapiehoheit angesehen. Manche Psychiater glauben auch heute noch, im Verhältnis zu ihren PatientInnen über eine »Vernunfthoheit« zu verfügen. In ihrer extremen Form besagt die paternalistische Grundhaltung der ÄrztInnen, dass Zwangsmaßnahmen gegen psychisch Kranke gerechtfertigt seien, weil diese gar nicht im Besitz einer inneren Freiheit seien, die entzogen werden könne. Schutz vor und Befreiung von psychischen Krankheiten und den damit verbundenen Einschränkungen der Lebensqualität sind Argumente für die Verpflichtung zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen.

Trotz des hohen Stellenwertes gerichtlich untergebrachter PatientInnen in der Psychiatrie bleibt die Notwendigkeit der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen in den meisten Lehrbüchern und auch auf Fachkongressen unerwähnt.

Untersuchungen zum subjektiven Erleben der betroffenen PatientInnen sind kaum aufzufinden. Auch innerhalb der Kliniken besteht bis heute eine verbreitete Sprachlosigkeit im Umgang mit Zwangsmaßnahmen (vgl. EINK 1997, 1998). Die psychiatrische Gewalt scheint von den Professionellen so massiv verdrängt oder verleugnet zu werden, weil sie in krassem Widerspruch zum Selbstbild helfender Berufe steht. Nur vereinzelt bekennen MitarbeiterInnen psychiatrischer Institutionen, dass sie sich in einem Wissenskonflikt befinden, wenn sie Zwangsmaßnahmen anwenden. Hinter der Maske eines erfahrenen Profis sind nach EINK (1997) Gefühle wie Zweifel, Scham und Angst ebenso verborgen wie Ressentiments gegenüber psychisch Kranken.

Der theoretische Teil dieses Buches verfolgt das Anliegen, auch einem nicht-professionellen Leser grundlegende Informationen zur historischen Entwicklung in Recht und Psychiatrie, zur aktuellen Rechtslage, zur medizinischen Beschreibung und Behandlung schizophrener Psychosen, zum Stand der Forschung über Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie und zu theoretischen Erklärungsansätzen zu vermitteln. Aufklärung und Informationsvermittlung spielen in der modernen psychiatrischen Behandlung eine wesentliche Rolle. Die Psychoedukation dient dabei nicht nur der Herstellung einer dem medizinischen Krankheitsmodell folgenden Krankheits- und Behandlungseinsicht, sondern auch dem »Empowerment« der PatientInnen und ihrer Angehörigen (vgl. AMERING, GÖSSLER, KAT-SCHNIG & SIBITZ 2002). Je besser sich diese mit der Denk- und Ausdrucksweise der Ärzte und Juristen auskennen, und je mehr sie über erwünschte und unerwünschte Medikamentenwirkungen wissen, desto besser können sie ihre eigenen Interessen im Arztgespräch behaupten. Empowerment (Ermächtigung, Befähigung) ist ein Ansatz aus der psychiatrischen Sozialarbeit, der das Ziel verfolgt, Menschen dabei zu unterstützen, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen. Dabei geht es um die Überwindung des Erlebens von Machtlosigkeit, erlernter Hilflosigkeit, Entfremdung und Kontrollverlust durch die Aktivierung von Kompetenzen, Selbstbestimmung und Selbstgestaltungskräften. Aufgabe der psychiatrisch Tätigen ist es in diesem Ansatz, Bedingungen bereitzustellen, damit Selbsthilfe und Selbstbestimmung möglich ist.

Die empirische Untersuchung zum subjektiven Erleben, Behandlungsbewertungen und Therapieerfolgen bei unfreiwilligen Behandlungen wurde mit dem übergeordneten Ziel konzipiert, die Bedeutsamkeit des subjektiven Erlebens und der individuellen Ressourcen der PatientInnen für die Sicherung und Verbesserung der Behandlungsqualität in psychiatrischen Einrichtungen zu unterstreichen. Das vorrangige Interesse betrifft die Frage, was man von professioneller Seite aus tun könnte, um die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu minimieren. Insbesondere sollte der konkrete Nutzen patientenorientierter Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen unter dem Aspekt der Vermeidbarkeit unerwünschter Folgen demonstriert werden. Stellvertretend für die Gesamtgruppe der gericht-

lich untergebrachten PatientInnen einer psychiatrischen Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus beschreibt die Studie die Behandlungssituation schizophrener PatientInnen, die bei gerichtlichen Unterbringungen und bei zusätzlichen Zwangsmaßnahmen deutlich überrepräsentiert sind.

Bei der Planung der Patientenbefragungen wurde deutlich, dass eine rein quantitative Methodik dem zentralen Anliegen der Untersuchung nicht gerecht werden konnte. Quantitative Methoden, die am Paradigma des physikalischen Experiments entwickelt wurden, gehen davon aus, dass die objektive Verallgemeinerbarkeit einer Beobachtung von der strengen Kontrolle verzerrender Randbedingungen abhängt. Sinnverstehende und interpretative Zugänge erschienen aus naturwissenschaftlicher Sicht subjektiv und damit ungeeignet zur Überprüfung von Hypothesen. In der Sozialwissenschaft kommt die quantitative Forschung an eine Grenze, da der Ausschluss subjektiver Daten zu realitätsfremden Ergebnissen ohne Tiefenschärfe führt. In den letzten Jahren hat in der wissenschaftlichen Psychologie ein Paradigmawechsel stattgefunden, der als qualitative Wende bezeichnet wurde. In dem komplexen, wenig überschaubaren und widersprüchlichen Feld der unfreiwilligen psychiatrischen Behandlung erlauben qualitative Methoden einen angemessenen Einstieg. Die Frage, inwieweit die Anwendung von Zwang zu einem auch von den Betroffenen erwünschten längerfristigen Behandlungserfolg führen kann, war allerdings alleine mit qualitativ ausgewerteten Interviews eines einzelnen Befragungszeitpunkts nicht zu beantworten. Deswegen wurden zusätzlich quantitative Vergleiche von Behandlungsbewertungen mit freiwillig behandelten PatientInnen und eine prospektive Verlaufsuntersuchung durchgeführt.

Eine Gefahr bei diesem umfassenden methodenübergreifenden Vorgehen bestand darin, weder den strengen methodischen Ansprüchen der qualitativen noch denen der quantitativen Forschung gerecht zu werden. In praxisnahen, naturalistischen Untersuchungen ergänzen sich allerdings qualitative und quantitative Ansätze in einem Spannungsfeld zwischen Authentizität und Strukturierung. Insgesamt ging es in der Arbeit im Wesentlichen um eine Erkundung und Dokumentation der individuellen Erlebnisverarbeitung im Kontext gerichtlicher Unterbringungen. Die Entwicklung einer tiefgründigen Theorie durch Interpretationen der Interviewergebnisse war nicht beabsichtigt. Ebenso schloss die Funktion des Autors als Mitarbeiter einer psychiatrischen Institution den Anspruch einer unvoreingenommenen Betrachtung aus. Das vorgestellte Material soll vielmehr den Leser befähigen, sich ein eigenes Urteil über die Behandlungssituation gerichtlich untergebrachter PatientInnen zu bilden.

## 2 Macht: Recht und Psychiatrie

### 2.1 Historische Aspekte

Der juristische und medizinische Umgang mit psychisch Kranken beruht von jeher auf der gesellschaftlichen Wahrnehmung abweichender oder unvernünftiger Verhaltensweisen, auf sozialökonomischen Bedingungen und auf Ordnungsinteressen. Die Psychiatrie ist eine relativ junge Wissenschaft, die sich erst vor 200 Jahren als eigenständige medizinische Disziplin entwickelte. Diskussionen darüber, ob es sich bei psychischen Störungen um spirituelle Lebenskrisen, konfliktbedingte Bewältigungsversuche oder um biologisch verursachte Erkrankungen handelt, lassen sich bis in die Antike zurückverfolgen. FINZEN (1998a) bezeichnete die Psychiatrie als ein Kind der Aufklärung, womit er die Verbreitung der Erkenntnis ansprach, dass psychische Störungen Krankheiten sind.

Mythische und naturreligiöse Überlieferungen verstanden Krankheit im Allgemeinen als gestörte Beziehungen zu übernatürlichen Mächten (ACKERKNECHT 1985). Insbesondere psychische Störungen galten als »von Göttern geschickte Strafe für individuelle Verfehlungen«, als »Werk von Zauberern oder Hexen« oder als »Besessenheit durch böse Geister«. Schon ca. 2500 v.Chr. versuchten babylonische Ärzte, die zugleich Priester waren, seelische Erkrankungen mit magisch-religiösen Methoden zu heilen (SCHUHMACHER 1997). In der Antike waren es zuerst die Sophisten (Meister der Weisheit) der athenischen Demokratie, die konsequent von der Erziehbarkeit und Formbarkeit des menschlichen Geistes ausgingen und mit einem empirischen Skeptizismus spirituelle Erklärungen psychischer Erkrankungen in Zweifel zogen (FRIEDLEIN 1984). Nach Protagoras waren nicht mehr die Götter, sondern die Menschen das Maß aller Dinge. Sokrates berühmter Wahlspruch »Erkenne dich selbst« forderte vom aufgeklärten Menschen ein ständiges Sich-Besinnen auf die Urgründe der Seele als Quelle der Welterkenntnis. In einer Vorwegnahme tiefenpsychologischer Erklärungen stellten die Tragiker des fünften vorchristlichen Jahrhunderts (Aischylos, Euripides, Sophokles) den »Wahnsinn« als Folge unlösbarer Konflikte dar.

In den medizinischen Schulen der Antike (Hippokrates, Galen) wurden somatische Konzepte in Form einer »Säftelehre« vertreten. Asklepiades und Soranus behandelten seelische Störungen vorwiegend mit diätetischen und physiotherapeutischen Maßnahmen, befürworteten aber bereits körperliche Zwangsmaßnah-

men für den Fall, dass keine anderen Mittel zum Schutz des Patienten zur Verfügung stehen (ACKERKNECHT 1985; WAHL 1997). In der Auseinandersetzung griechischer Ärzte und Philosophen mit der Unheilbarkeit körperlicher oder seelischer Leiden zeigte sich bereits das Spannungsfeld zwischen einem möglichst humanen Umgang mit den Schwachen und der Beseitigung »nutzloser Existenzen« (WAHL 1997). Platon bewertete ein Menschenleben nach dem Nutzen für die Gemeinschaft und empfahl den Ärzten, Menschen zu töten, die »an der Seele missraten und unheilbar« waren (Politeia, S. 410). Auch bei Aristoteles findet sich der Entartungsbegriff in Zusammenhang mit Geisteskrankheiten. Viele Stoiker hielten bei Menschen, die durch Alter, körperliche Gebrechen und Geisteskrankheiten für die Gemeinschaft unnütz geworden sind, den Freitod für naturgemäß (CHRISTE 1989).

Das römische Recht stellte die Freiheit des Menschen erstmals ausdrücklich unter staatlichen Schutz (SCHUHMACHER 1997; WAHL 1997). Die Sorge um Geistesranke und geistig Behinderte unterlag nach dem Zwölftafelgesetz primär den Angehörigen, oder wenn es solche nicht gab, einem Vormund. Die gesellschaftliche Verpflichtung der Familien hatte oft zur Folge, dass die Kranken zu Hause eingesperrt, gefesselt oder angekettet wurden. Zum Schutz der Familien vor Verarmung konnte den Geisteskranken die Geschäfts- und Testierfähigkeit aberkannt werden. Die Kranken waren aber auch von staatsbürgerlichen Pflichten befreit und gingen straffrei aus, da sie als vom Schicksal genug bestraft galten (WAHL 1997). Durch eine byzantinische Gesetzesnovelle Justinians 529 n. Chr. wurden Schutz, Versorgung und Pflege Kranker und Behinderter im Sinne eines Vormundschaftsrechts staatlich verankert. Auch im germanischen Stammesrecht gab es die Vormundschaft für Personen mit verminderter oder fehlender Rechtsfähigkeit (SCHUHMACHER 1997). Die Hausgemeinschaft oder die Sippe übernahm die Mundgewalt und den Schutz des Mündels. Diejenigen, die keiner Gemeinschaft angehörten, unterstanden der Königsgewalt des Herrschers, der diese auf einen »Freien« übertrug. Auch im mittelalterlichen Recht gab es die Vormundschaft sowie eine Aufsichts- und Unterhaltspflicht der Verwandten und des Vormunds.

Im frühmittelalterlichen Christentum standen psychisch Kranke unter einem besonderen Schutz der Kirche (DÖRNER & PLOG 1984). Alle Menschen, auch die geistig Schwachen, gehörten zu »der einen Welt Gottes«. Das »Narrentum« wurde als angeborener Teil der menschlichen Natur anerkannt. Abseits eines medizinischen Anspruchs betrieben Ordensgemeinschaften Hospitäler, in denen psychisch Kranke Zuflucht und Fürsorge fanden. Klösterliche Tugenden wie Weltflucht, Gehorsam, Arbeit und Keuschheit stellten wesentliche Behandlungsprinzipien dar. Antike Traditionen lebten in den Spitälern vor allem im arabischen Kulturraum fort, wo um 800 n. Chr. erste Spezialanstalten für Geistesranke gegründet wurden (ACKERKNECHT 1985). Als im 14. Jahrhundert die bis dahin bestehende Welt-

ordnung zerbrach, und weltliche Fürsten ihre Macht in der Form des staatlichen Gewaltmonopols ausdrückten, entstand in Konkurrenz dazu die kirchliche Inquisition, der viele psychisch Kranke als »Besessene« oder »Hexen« zum Opfer fielen. Einer der letzten großen Hexenprozesse fand 1696 in Salem (Massachusetts) statt.

In den aufblühenden Städten des 14. und 15. Jahrhunderts wurden psychisch Kranke als unsozial, gefährlich oder störend angesehen (DÖRNER & PLOG 1984). Die freien Bürger entledigten sich der Kranken, indem sie diese der Stadt verwiesen, an Händler verkauften oder aussetzten. In den größeren Städten gab es »Narrenkäfige«, »Tollkästen« oder »Narrentürme«. Manche Städte verliehen spezielle Holzkästen an Familien mit tobsüchtigen und gefährlichen Angehörigen, in denen die Kranken zu Hause eingesperrt lebten (PANSE 1964). In der Peinlichen Gerichtsordnung Karls V. von 1532, dem ersten gesamtdeutschen Strafgesetzbuch, setzte sich die Vorstellung von der Schuldlosigkeit des Geisteskranken wieder durch (SCHROEDER 1997). In der Praxis wurden die Kranken weiterhin aus Sicherheitsgründen im Gefängnis verwahrt oder »auf andere Weise unschädlich gemacht«. Aus dem ursprünglichen Königschutz entwickelte sich eine hoheitliche Aufgabe des Landesherren, die von ihm auf Gerichte und Behörden übertragen wurde. Die Vormundschaft bekam den Inhalt eines vom Staat verliehenen Amtes und wurde so Bestandteil einer öffentlichen Aufgabe (SCHUHMACHER 1997). In den Jahren 1548 und 1577 fand das Vormundschaftsrecht Eingang in die jeweiligen Reichspolizeiordnungen.

Mit dem Absolutismus des 17. Jahrhunderts gelangten psychisch Kranke in die Gewalt staatlicher Institutionen (DÖRNER & PLOG 1984). Die neue Philosophie, in der die Vernunft und freie Selbstentfaltung das Menschenbild prägte, führte zu einer Ausgrenzung der Unvernünftigen. Im zeitgleich entstandenen Merkantilismus wurden nützliche von schädlichen Gesellschaftsmitgliedern unterschieden. Die absolutistischen Regierungen beschlossen, die soziale Krise durch das Einsperren der Armen zu beseitigen. In den zahlreichen Bettlergefängnissen Europas wurden Geistesgestörte an Ketten gelegt und nur in seltenen Fällen von Ärzten konsultiert. August der Starke ließ 1716 in Sachsen ein »Armen-, Waysen-, Zucht- und Tollhaus« eröffnen, dessen erklärter Zweck es war, das Fürstentum von »diebischem und räuberischem Gesindel« zu befreien (JETTER 1986). Für die unruhigen Insassen gab es neben den Ketten spezielle fensterlose Verließe, käfigartige Zellen, Zwangsstühle und Zwangsriemen.

Mit der Aufklärung und dem Umsturz der Gesellschaftsordnung in der Französischen Revolution setzte sich wieder ein medizinisches Erklärungsmodell psychischer Krankheiten durch. In England entstand bereits 1751 mit dem St. Luke's Hospital ein Gegenmodell zu den vorherrschenden Bettlergefängnissen (DÖRNER & PLOG 1984). In Frankreich befreite Pinel 1793 die Insassen der Pariser Irrenanstalt Bicêtre von den Ketten. Er forderte nicht nur Bürgerrechte, sondern auch

eine angemessene Behandlung der psychisch Kranken (HÄFNER 2001). Die Behandlungsmethoden Pinels, die denen der alten Griechen ähnlich waren, beinhalteten Leibesübungen und Arbeitstherapie (ACKERKNECHT 1985). Bei erregten Kranken verwendete auch Pinel Zwangsmittel wie Zwangsjacken und Zwangsstühle (PANSE 1964).

Da die Ursachen der psychischen Krankheiten im 19. Jahrhundert noch ebenso unbekannt waren wie wirksame Behandlungsmöglichkeiten, entstanden in ganz Europa Asyle zur Verwahrung der unheilbar Kranken. Zum Vorbild vieler Anstaltsgründungen im England, Frankreich und Amerika wurde das 1796 von einer Quäkergemeinde gegründete York Retreat. Das Behandlungskonzept wurde »Moral Treatment« genannt und sah für die Erkrankten ein möglichst normales, durch Beten und Arbeiten ausgefülltes Leben in der Gemeinschaft vor (FINZEN 1998a). Die Pfleger des York Retreats hatten die Anweisung, auf den Prügelstock ganz zu verzichten und Zwangsjacken selten zu benutzen (PANSE 1964). Menschen ohne Selbstkontrolle brachte man zur Beruhigung in dunkle Räume. In den USA wurden die Ideen einer humanen Behandlung psychisch Kranker von Rush verbreitet, der ebenfalls zur Glaubensgemeinschaft der Quäker gehörte und als Vater der amerikanischen Psychiatrie bezeichnet wird (SCHUHMANN 1997). Rush studierte die Verhaltensweisen erregter PatientInnen und entwickelte verschiedene Zwangsmaßnahmen, z. B. einen Beruhigungsstuhl (»tranquilizer«), auf dem die Kranken festgebunden wurden.

In Deutschland wurde zur Zeit der Anstaltsgründungen die von Reil 1808 erstmals so benannte Psychiatrie im Wesentlichen als eine pädagogisch-philosophische Angelegenheit betrachtet (FINZEN 1998a). In der neuen Disziplin standen idealistische Weltanschauungen der »Psychiker« denen der naturwissenschaftlich orientierten »Somatiker« gegenüber (ACKERKNECHT 1985). Die Hauptthese der Psychiker (Ideler, Heinroth) bestand darin, dass psychische Krankheiten Folge der Sünde und »reine Erkrankungen der körperlosen Seele« seien. Gott bestrafe den Sünder mit dem Verlust der Willensfreiheit. Es handle sich damit letztendlich um selbstverschuldete Störungen der Person und ihres Lebenslaufs. Ausgehend von Kant, der psychische Erkrankungen als eine »Entordnung der Vernunft« betrachtete, lehrte der Heidelberger Psychiater Roller, die Ursache der Seelenstörungen liege in unordentlichem sozialem Umgang oder in einer fehlgeleiteten Erziehung (HÄFNER 2001). Dementsprechend sollten die Kranken ganz bewusst in abgelegenen Gegenden untergebracht werden, möglichst in vollständiger Isolation von ihrer gewohnten Umgebung und von der Familie. Zu den Grundprinzipien der Behandlung der von Roller 1840 gegründete Heil- und Pflgeanstalt Illenau gehörte ein an die Klöster des Mittelalters erinnernder erzieherische Impuls (MÜLLER 1993). Der Anstalt gegenüber standen die völlig entrechteten psychisch Kranken in einem besonderen Gewaltverhältnis, das Ärzte und Pfleger dazu nutzten, dem Krankhaften durch einen patriarchalisch-fürsorglichen Behand-

lungsstil entgegenzutreten (DÖRNER & PLOG 1984). In seinem bodenlosen Idealismus sah Roller sich selbst als »allgegenwärtigen Gott der Kranken« (HÄFNER 2001). Erregte Kranke wurden in Illenau wie auch in den anderen Anstalten regelmäßig abgesondert und in besondere Abteilungen eingeschlossen (PANSE 1964). Als zusätzliche Zwangsmaßnahmen erfolgte entweder die Isolation in fensterlosen Tobzellen oder Fixierungen mit Gurten und Fußringen am Bett, auf Zwangsstühlen oder mit Zwangsjacken. Zu den Maßnahmen zählten auch warme oder kalte Dauerbäder (HÄFNER 2001). Die Anstaltsordnung von Illenau enthielt bereits Leitlinien zur Anordnung und Durchführung der Zwangsmaßnahmen (SCHUHMACHER 1997).

Der englische Psychiater Conolly vertrat 1856 die Ansicht, dass auf Zwangsmittel völlig verzichtet werden müsse, und er forderte die Verkleinerung der bestehenden Anstalten (SCHUHMACHER 1997). Als Leiter des Hanwell-Asyls behandelte er seine Patienten mit Geduld, Gerechtigkeit und Güte (PANSE 1964). Für alle Insassen strebte er einen Behandlungsplan an, der auch die Nachsorge umfasste (SCHMITT 1969/1997). Außerdem sorgte Conolly mit seinem ambulanten Team schon dafür, dass psychisch Kranke vor Aufnahme in sein Asyl zu Hause untersucht und behandelt wurden. Da er nicht über Sedativa verfügte, ließ Conolly gelegentlich erregte PatientInnen für kurze Zeit fixieren (PANSE 1964). In Deutschland setzte sich Griesinger für die »No-Restraint« Bewegung ein. Er entwickelte nach dem englischen Vorbild die Idee einer zweistufigen psychiatrischen Versorgung mit Stadtasylen in Form kleiner stationärer Einheiten in Wohnortnähe für die kurzfristigen Aufnahmen heilbar Kranker (DÖRNER & PLOG 1984; FINZEN 1998a). Für die Unheilbaren, die weiterhin in abgelegenen Pflegeanstalten verwahrt werden sollten, schlug Griesinger eine Begrenzung der Aufenthaltsdauer auf ein Jahr vor (HASELBECK 1985). Griesinger vertrat als überzeugter Somatiker bereits 1845 den Standpunkt, dass die Geisteskrankheiten und ihre Symptome im Gehirn zu lokalisieren seien (ACKERKNECHT 1985). In Abgrenzung zur vorherrschend moralischen Verklärung der Geisteskrankheiten forderte er, die Psychiatrie zu einer selbständigen medizinischen Disziplin zu entwickeln. Die »Gehirnpsychiatrie« Griesingers wurde an den Universitäten weiterentwickelt, wo sich das Fach in den folgenden Jahrzehnten als naturwissenschaftlich orientierte medizinische Disziplin etablierte. Auch wenn die Auseinandersetzung um die Behandlung psychisch Kranker zunächst zugunsten der Anstaltspsychiatrie ausging, entwickelte sich aus einem wiedererstarkten sozialen Bewusstsein am Ende des 19. Jahrhunderts eine sozialpsychiatrisch orientierte Reformpsychiatrie und eine »offene Irren-Fürsorge« (HASELBECK 1985).

Nach dem Preußischen Allgemeinen Landrecht von 1794 (ALR) war die beständige Aufsicht über »Wahn- und Blödsinnige« Sache des Vormunds, der sein Mündel auch einer staatlichen Anstalt zur Verwahrung übergeben durfte (WEBER 1995). Der Vormund wurde vom Beauftragten des Staates zum Stellvertre-

ter des Mündels. Die Aufsicht über die Handlungen des Vormunds wurde vom Vormundschaftsgericht ausgeübt. Eine dem französischen Code Napoléon ähnliche Unterscheidung zwischen Vormundschaft und Pflegschaft wurde 1875 in das preußische Recht aufgenommen. Polizeirechtlich wurde das Recht zu Eingriffen gegenüber Kranken in der Generalklausel des ALR begründet (BAUMANN 1966). Danach bestand die Aufgabe der Polizei darin, die nötigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung zu treffen und Gefahren für die Öffentlichkeit oder den einzelnen Bürger abzuwenden. Dem preußischen Recht fehlte eine besondere Ermächtigungsgrundlage zum Vorgehen gegen psychisch Kranke. Es entsprach aber der damaligen Rechtsauffassung, dass in einer gesetzlichen Zuweisung einer Aufgabe auch die Ermächtigung für die Durchführung liege (BERGENER, HEILIGER & HOLZSCHNEIDER 1988). Der preußische Staatsrat legte 1803 mit einer Verordnung ausdrücklich fest, dass die Ortspolizeibehörde das Recht und die Pflicht habe, die Allgemeinheit gegen »Ausbrüche von Wahn- und Blödsinnigen« zu schützen (BERGENER et al. 1988). Als Maßnahme war die Verbringung des Kranken in eine »Irrenanstalt« vorgesehen. Allerdings musste zur Verhinderung ungerechtfertigter Zwangsunterbringungen eine gerichtliche »Wahn- und Blödsinnigkeitserklärung« vorausgehen. Nach der gescheiterten bürgerlichen Revolution von 1848 nahm der restaurierte monarchistische Staat Einfluss auf die Aufrechterhaltung der patriarchisch-autoritären Struktur der Anstalten (HASELBECK 1985). Das preußische Innenministerium kontrollierte als oberste Polizeibehörde die Einweisung und Entlassung psychisch Kranker (BRUNS 1993). Die Medizin wurde damals noch zu den Polizei- und Staatswissenschaften gerechnet, da sie mit für die innere Ordnung und Sicherheit zuständig war (DÖRNER & PLOG 1984). In der ständigen Rechtsprechung des preußischen Oberverwaltungsgerichts erlangte der Begriff des »gemeingefährlichen Geisteskranken« als Voraussetzung der Unterbringung eine große Bedeutung (BAUMANN 1966). Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) trat 1900 in Kraft. Das Vormundschaftsrecht sah die Möglichkeit einer Entmündigung wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht vor. Rechtsfolge der Entmündigung war bei Geisteskrankheit eine Geschäftsunfähigkeit, sonst die beschränkte Geschäftsfähigkeit. Das Verfahren der Entmündigung war in der Zivilprozessordnung geregelt und konnte nur auf Antrag eines dazu Berechtigten, nicht durch den Betroffenen selbst eingeleitet werden. Für psychisch Kranke, die nicht entmündigt waren, konnte eine Gebrechlichkeitspflegschaft für einzelne Angelegenheiten bestellt werden.

Im Deutschen Reich kam es nach hohen Geburtenraten und dem sozialem Wandel zur Industriegesellschaft zu einem rasanten Anstieg der Anzahl hospitalisierter psychiatrischer PatientInnen (FINZEN 1998a; HÄFNER 2001). Die Kranken wurden in den zunehmend überfüllten und vernachlässigten Anstalten meist viele Jahre oder lebenslang gegen ihren Willen untergebracht. Der größte Anteil der

Insassen war an progressiver Paralyse erkrankt, einer Spätfolge der Syphilis. In vielen Anstalten herrschte, aufgrund der Wirkungsarmut der zur Verfügung stehenden medizinischen Methoden, bei den damals als unheilbar geltenden schweren psychischen Erkrankungen ein therapeutischer Nihilismus (DÖRNER & PLOG 1984; HÄFNER 2001). Nach Entdeckung der Erbllichkeit einiger der schweren psychiatrischen Erkrankungen breiteten sich sozialdarwinistische Theorien aus, nach denen die Zunahme der psychiatrischen Erkrankungen als »Entartungszeichen« gewertet und auf eine »Degeneration des Volkskörpers« zurückgeführt wurde (DÖRNER & PLOG 1984). Die enormen Sterberaten in psychiatrischen Anstalten während des ersten Weltkrieges markierte nicht nur in Deutschland das vorläufige Ende der Solidarität mit den psychisch Kranken (FAULSTICH 1998). Die weitverbreitete Einstellung, psychiatrische PatientInnen als »Ballastexistenzen« ans unterste Ende der sozialen Randordnung zu stellen, wurde 1920 in der Schrift von Binding und Hoche »Die Freigabe lebensunwerten Lebens zur Vernichtung« unmissverständlich benannt (DÖRNER & PLOG 1984).

Die Notverordnung des Reichspräsidenten Hindenburg vom 28.2.1933 hob die in der Weimarer Reichsverfassung garantierten Grundrechte und die rechtsstaatliche Kontrolle bei Grundrechtseingriffen weitgehend auf. In der Zeit des nationalsozialistischen Regimes bestand das innenpolitische Programm nicht nur in der »Rassenreinheit«, sondern auch in der »Erbgesundheit«. Am 14.7.1933 wurde mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das die Zwangssterilisierung sogenannter Erbkranker vorsah, ein erster Schritt in diese Richtung getan (MÜLLER 1987). Jedes zweite der etwa 350.000 Verfahren wurde wegen »angeborenen Schwachsinn« eingeleitet, bei einem Viertel lautete die Diagnose Schizophrenie. Ohne den Schutz eines förmlichen Gesetzes begann dann mit dem Beginn des zweiten Weltkrieges im September 1939 die schon lange zuvor als »Euthanasie« propagierte Vernichtungsaktion T4. Auf Initiative staatlicher Stellen und leitender Ärzte wurden die als unheilbar geltenden Insassen der Landeskliniken in getarnte Anstalten überwiesen und dort mit Spritzen oder in Gaskammern getötet. Nachdem über 70.000 Menschen ermordet worden waren, führten zahlreiche Beschwerden der Angehörigen im August 1942 zu einer Beendigung der Aktion. Der weiterhin betriebenen wilden Euthanasie, sowie der Ermordung psychisch Kranker in Polen und der Sowjetunion fielen dann noch einmal rund 150.000 Menschen zum Opfer (DÖRNER & PLOG 1984; HÄFNER 2001).

Die Entrechtung und Vernichtung psychisch Kranker durch die NS-Justiz führte nach 1945 zu einer Verschärfung der Formalien (BAUMANN 1966). Am 23.5.1949 wurde das Grundgesetz (GG) der Bundesrepublik Deutschland verabschiedet, das im Artikel 104 Abs. 1 und 2 für jede Freiheitsbeschränkung eine gesetzliche Regelung, und für jede Freiheitsentziehung ein gerichtliches Verfahren fordert. Die Gesetzgebung zu Freiheitsentziehung und Unterbringung wurde in der Bundesrepublik wesentlich durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts

geprägt (BAUMANN 1966). Die zwangsweise Unterbringung psychisch Kranker wurde von der juristischen Seite zunächst unter dem Aspekt der Gefahrenabwehr gesehen und daher ganz allgemein als polizeirechtliche Aufgabe betrachtet. Hilfsangebote wurden als Aufgabe des Sozialrechts angesehen. Daher fiel das Unterbringungsrecht in die Zuständigkeit der Landesgesetzgeber. In der ersten Generation der Unterbringungsgesetze, die zwischen 1951 und 1969 von den einzelnen Bundesländern erlassen wurden, mussten zwei Hauptvoraussetzungen erfüllt sein, damit eine Unterbringung durch den zuständigen Amtsrichter angeordnet werden konnte: der Betroffene musste erstens psychisch krank sein und zweitens musste eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung vorliegen. Das alte Vormundschafts- und Pflschaftsrecht des BGB erlaubte aus heutiger Sicht unverhältnismäßige Rechtseingriffe und wies eine Vernachlässigung der Personensorge auf (JÜRGENS, KRÖGER, MARSCHNER & WINTERSTEIN 1999). Mit einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts wurde 1960 der Richtervorbehalt auch für die zivilrechtlichen Freiheitsentziehungen festgestellt (BVerfGE 10, S. 302 ff., zitiert nach SAAGE & GÖPPINGER 1994). Die Unterbringung eines entmündigten Kranken in einer geschlossenen Anstalt war bis dahin als schlichte Ausübung des Aufenthaltsbestimmungsrechts des gesetzlichen Pflegers angesehen worden, ohne dass es einer richterlichen Entscheidung bedurfte. Die Annahme eines besonderen Gewaltverhältnisses im Vollzug der Unterbringung in einer Klinik wurde erst 1972 durch eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts gekippt (BVerfGE 33, S. 1ff., zitiert nach SAAGE & GÖPPINGER 1994). Unter einem besonderen Gewaltverhältnis verstand man in der Praxis eine eigenständige, implizite Beschränkung der Grundrechte untergebrachter Personen.

Ermutigt von der Malaria-Therapie bei der progressiven Paralyse begann in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts eine Suche nach biologischen Therapieverfahren (FINZEN 1998a). Unter der mittlerweile widerlegten Annahme, dass sich die Krankheiten Epilepsie und Schizophrenie ausschlossen, kam es in den 30er und 40er Jahren zu einer breiten Anwendung der Insulin- und Elektroschockbehandlung, mit denen bei den Behandelten künstliche Krampfanfälle ausgelöst wurden. Obwohl diese Methoden gefährlich und schwer steuerbar waren, führte der therapeutische Optimismus zu einer drastischen Verminderung der Aufenthaltszeiten in den Kliniken. Ab 1952 gab die Einführung der ersten Neuroleptika und Antidepressiva den Psychiatern ein ambulant und stationär breit anwendbares Instrumentarium zur Behandlung psychischer Erkrankungen in die Hand (HÄFNER 2001). Der ersten Phase der neuroleptische Ära war mit der Diskussion um langfristige Therapierisiken eine Phase der Verunsicherung gefolgt (GELMAN 1999). In den 80er Jahren wurden die Bedenken gegen Neuroleptika weitgehend fallengelassen, nicht zuletzt wegen gesundheitspolitischer Bestrebungen, psychisch Kranke zu enthospitalisieren. In den 90er Jahren gaben die atypischen Neuroleptika, die ein anderes Nebenwirkungsspektrum aufweisen als die

älteren Mittel, Anlass zu neuem Optimismus. Selbstbewusst erklärten Forscher die Psychiatrie zur führenden medizinischen Fachrichtung in der »Dekade des Gehirns«.

Während die Auflösung der Großkrankenhäuser in Großbritannien und den USA bereits 1954 begonnen hatte, war die Lage der psychisch Kranken in Deutschland nach dem zweiten Weltkrieg lange Zeit aus dem Blickfeld der Öffentlichkeit geraten (FINZEN 1985; KULENKAMPFF 1984/1997). Eine Auseinandersetzung der Anstaltspsychiatrie mit der NS-Vergangenheit hatte in den 50er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts nicht stattgefunden (FINZEN 1985; HASELBECK 1985; SCHMITT 1969/1997; TRENCKMANN 1997). Die stationäre Versorgung psychisch Kranker lag noch fast ausschließlich in Händen der psychiatrischen Landeskrankenhäuser, die in der Wirtschaftskrise zu reinen Verwahranstalten heruntergekommen waren. Jedenfalls blieb die Stellungnahme von Häfner, der 1965 die psychiatrische Krankenversorgung als einen nationalen Notstand bezeichnete, ohne öffentliche Resonanz (HÄFNER 2001). Ein erschreckendes Bild von den Sozialprozessen einer typischen psychiatrischen Station der 60er Jahre vermittelten HEMPRICH und KISKER (1968/1997) als Ergebnis einer teilnehmend-verdeckten Beobachtung. Demnach war die Stationsatmosphäre von Langeweile und Sprachlosigkeit bestimmt. Wegen der geringen ärztlichen Präsenz wurden die Pfleger, die zum überwiegenden Teil direkte Patientenkontakte mieden, als heimliche »Herren der Klinik« bezeichnet.

Die »Antipsychiatrie« formierte sich 1965 in London um die Psychiater Laing und Cooper, die in der Praxis Wohngemeinschaften für schizophrene Menschen vorantrieben, sich aber vor allem durch gut verkäufliche Schriften hervortaten (FINZEN 1998b). Die Antipsychiater vertraten die Überzeugung, dass psychische Erkrankungen nicht als Krankheit einer einzelnen Person, sondern als sozialer Prozess zu verstehen seien. In einem »Nachruf« auf die Antipsychiatrie stellte KISKER (1979) als zentrale Argumentation der Bewegung heraus, dass die bürgerliche Lebensform ein Wahn sei, in dem auf Ekstase verzichtet und damit Verzicht an den wahren Möglichkeiten des Menschen verübt werde. Sogenannte psychische Krankheiten seien gesunde Reaktion eines noch nicht degenerierten Ichs auf die unerträgliche soziale Welt. Beim Versagen des Versuchs, aus den familiären Terrorzusammenhängen auszubrechen, gerate ein sensibler Mensch in die Gefahr, als schizophren klassifiziert und der Psychiatrie überantwortet zu werden, die nichts anderes sei als die ins System gebrachte Bewusstseinspaltung.

Mit den Rodewischer Thesen war in der ehemaligen DDR bereits 1963 die Abschaffung der Verwahrspsychiatrie, die soziale Integration der psychisch Kranken und der Aufbau ambulanter Dienste gefordert und in der Folge auch zum Teil umgesetzt worden (RICHTER 2001). Die Psychiatriereform der BRD kam mit der 68er Bewegung, einer Reihe von psychiatriekritischen Publikationen, der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und der Initiative

des Bundestagsabgeordneten Picard (HÄFNER 2001). Im Oktober 1970 veranstaltete der Bundestagsausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit die erste von zwei öffentlichen Anhörungen zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik. Eine vom Deutschen Bundestag eingesetzte Expertenkommission unter Vorsitz des Psychiaters Kulenkampff stellte 1973 in einem Zwischenbericht fest, »dass eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen« leben mussten (FINZEN & SCHÄDLE-DEININGER 1979). Die Mehrzahl der Insassen psychiatrischer Institutionen waren seit mehr als zwei Jahren dort hospitalisiert, bis zu 70 Prozent gegen ihren Willen. Etwa 80 Prozent der PatientInnen waren auf geschlossenen Stationen untergebracht. Die Landeskliniken galten als Sonderkrankenhäuser, deren Tagessatz weniger als die Hälfte desjenigen der Allgemeinkrankenhäuser betrug. Die Unzulänglichkeiten der stationären psychiatrischen Versorgung zeigten sich am deutlichsten in der Verfügbarkeit von therapeutischem Personal. In den Fachkrankenhäusern kamen ein Arzt auf 60 Betten, ein Sozialarbeiter auf 540 Betten, ein Psychologe auf 506 Betten und ein Beschäftigungstherapeut auf 695 Betten. Beim Pflegepersonal hatten weniger als die Hälfte eine staatliche Anerkennung.

Die Expertenkommission veröffentlichte im Oktober 1975 Leitlinien zur Reform der Psychiatrie, die sogenannte Psychiatrie-Enquête (FINZEN & SCHÄDLE-DEININGER 1979). Die wichtigsten Reformziele waren die Sicherstellung bedarfsgerechter Versorgung aller psychisch Kranker und Behinderten, das Prinzip der gemeindenahen Behandlung und die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken. Die Expertenkommission, die den Auftrag erhalten hatte, das Bundesmodellprogramm Psychiatrie auszuwerten, legte dem Bundestag 1988 Empfehlungen vor, bei denen die verbesserte Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen durch den Aufbau gemeindenaher komplementärer Dienste im Mittelpunkt stand (BÜHRING 2001). Die bestehenden Fachkrankenhäuser wurden in der Folge schrittweise saniert, umstrukturiert und verkleinert. Gleichzeitig wurden psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern aufgebaut. Mittlerweile gibt es rund 160 solcher Fachabteilungen mit regionalem Versorgungsauftrag, die knapp 40 Prozent der psychiatrischen Betten stellen und in die weit mehr als die Hälfte der psychiatrischen Aufnahmen erfolgen (BÜHRING 2001; HÄFNER 2001). Die Zahl der Betten wurde insgesamt mehr als halbiert, die durchschnittliche Verweildauer ist von über 200 auf unter 30 Tage gesunken.

## 2.2 Psychiatrische Grundlagen der Schizophreniebehandlung

Die Diagnose der Schizophrenie hat sich mehrfach erheblich verändert. Das Störungsbild wurde zuerst von Kraepelin unter dem Namen »Dementia praecox« beschrieben. Für Kraepelin galten ein früher Beginn und ein chronisch sich verschlechternder Verlauf als typisch. BLEULER (1911/1988) erkannte, dass diese Verlaufsformen längst nicht bei allen PatientInnen vorliegen. Er verwarf daher das Kraepelinsche Konzept der Einheitspsychose und ging von einer Gruppe schizophrener Störungen mit einheitlichen Grundsymptomen (Denkzerfahrenheit, Affektstörung, Antriebsstörung, Autismus und Ambivalenz) aus. Der aus dem Griechischen hergeleitete Begriff Schizophrenie bedeutet wörtlich spalten (schiz) und Seele, Gemüt, Zwerchfell (phren). Im Bleulerschen Krankheitskonzept ging es um die Spaltung der verschiedenen psychischen Funktionen und um einen dadurch bedingten Verlust der Einheit der Persönlichkeit. SCHNEIDER (1992) beschrieb bereits vor dem ersten Weltkrieg einige typische Aspekte der schizophrenen Störungen als »Erstrangsymptome« (Wahnwahrnehmungen, dialogische oder kommentierende Stimmen, körperliche Beeinflussung, Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Gedankenlautwerden, »gemachte« Gefühle) und befürwortete eine rein deskriptive Psychopathologie. Der angloamerikanische Sprachraum verfolgt ein etwas anderes Diagnosekonzept, bei dem sogenannte positive und negative Symptome einander gegenübergestellt werden (ANDREASEN 1990). Bei einer Positivsymptomatik treten unerklärliche Verhaltens- und Erlebensweisen zum üblichen Verhaltensmuster der Erkrankten hinzu (z. B. Halluzinationen, formale Denkstörungen, Wahnideen, bizarres Verhalten), während es bei einer Negativsymptomatik zu einem Verlust von psychischen Funktionen kommt (z. B. Konzentrationsminderung, Denkverarmung, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Affektarmut).

Nach der zehnten Fassung der Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (deutsche Fassung: DILLING, MOMBOUR & SCHMIDT 1993) sind schizophrenen Störungen im Allgemeinen durch charakteristische Beeinträchtigungen von Denken, Wahrnehmung und Affektivität gekennzeichnet. Nach der Beschreibung des ICD-10 betreffen akute Formen der Schizophrenie oft die Grundfunktionen, die dem normalen Menschen das Gefühl eines inneren Zusammenhalts der Ich-Funktionen geben. Weiter heißt es, die Betroffenen erleben die Ich-Störungen subjektiv oft so, als ob ihre Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen von außen gemacht würden. Als subjektiv schlüssiges Erklärungsmuster könne ein Wahn entstehen, wobei aus Sicht der Betroffenen natürliche oder übernatürliche Kräfte im Spiel sein können. Der Erkrankte betrachte sich dabei selbst oft als Schlüsselfigur allen Geschehens oder als Ziel von Feindseligkeiten. Im formalen Denken können Brüche, Einschleibungen und Entgleisungen den Gedankenfluss derart stören, dass die Äußerungen

des Betroffenen einen verständlichen Zusammenhang verlieren. Die Wahrnehmungen können durch Reizoffenheit oder Sinnestäuschungen gekennzeichnet sein. Häufig werden kommentierende, dialogische oder befehlende Stimmen gehört. Die Affekte sind sehr häufig flach, übersteigert oder unangemessen. Aus praktischen Überlegungen wurden im ICD-10 neun Symptomgruppen zusammengestellt, die besondere Bedeutung für die Diagnose haben und die oft gemeinsam auftreten. Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie ist mindestens ein eindeutiges Symptom der ersten vier Gruppen (Gedankenlautwerden, Kontrollwahn, Stimmenhören, anhaltender Wahn) oder mindestens zwei Symptome der übrigen Gruppen (Halluzinationen ohne Affektbeteiligung, Gedankenabreißen, katatone Erregung oder Starre, negative Symptome, umfassende Verhaltensänderung). Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden sein. Es gibt im ICD-10 vier Unterformen der Schizophrenie (paranoid, hebephren, kataton, undifferenziert). Die paranoide Form tritt mit Abstand am häufigsten auf, und ist durch Wahnerlebnisse oder Halluzinationen charakterisiert. Bei den schizoaffektiven Störungen handelt es sich um episodische Schizophrenien, bei denen zusätzlich Symptome einer Depression oder Manie auftreten.

Schizophrene Psychosen sind keine seltenen Erkrankungen (vgl. BÄUML 1994; HAHLWEG 1998; WIENBERG 1995). In Deutschland liegt die Häufigkeit der schizophrenen Störungen im Querschnitt (Punktprävalenz) bei ca. 0,5 %, d. h. derzeit leiden in unserem Land über 400.000 Menschen an dieser Krankheit. Die Wahrscheinlichkeit für eine einzelne Person, im Laufe ihres Lebens an einer Schizophrenie zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), liegt unabhängig vom Geschlecht und dem Kulturkreis bei etwa 1 %. Die Ersterkrankungen treten am häufigsten im frühen Erwachsenenalter auf (bei Männern etwas früher als bei Frauen) und behindern so den Prozess des Erwachsenwerdens und die berufliche Entwicklung. Der Verlauf der Erkrankung ist sehr variabel und reicht von einmaligen Erkrankungen (10–20 %), über episodische Verläufe (40–60 %), bis hin zu chronischen Verläufen (20–30 %). Die Schwere der Störung zeigt sich daran, dass der Anteil schizophrener Störungen bei den stationären PatientInnen in psychiatrischen Kliniken je nach Staat bei 30–70 % liegt. Die Suizidrate bei Schizophreniekranken liegt bei 10 % (FINZEN 1997). Eine besondere Suizidgefahr besteht im Anschluss an eine stationäre Behandlung, wenn den Betroffenen die Tragweite ihrer Erkrankung bewusst wird.

Die Suche nach der Ursache der Schizophrenie ist trotz intensivster Anstrengungen bis heute erfolglos geblieben (GAEBEL 1996). Die Forschung geht daher heute von einer multifaktoriellen Genese der Erkrankung aus. Wie aus der familiären Häufung der Störung herzuleiten ist, hat die Erkrankung vermutlich eine genetische Komponente. Schwangerschaftskomplikationen und Geburtsschäden tragen zum Erkrankungsrisiko bei. Mit bildgebenden Verfahren wurden zum Teil

funktionale und anatomische Hirnveränderungen in bestimmten Regionen gefunden. Elektrophysiologische Auffälligkeiten ergaben Hinweise auf Störungen der Aufmerksamkeits- und Informationsverarbeitungsprozesse. Biochemische Abweichungen deuten auf eine gestörte Regulation der Neurotransmitter hin (Dopaminhypothese). Eine psychosoziale Verursachung durch die familiären Entwicklungsbedingungen konnte nicht nachgewiesen werden. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (LIBERMAN et al. 1986) erkennt eine starke biologische Komponente in der Ätiologie der Schizophrenie an, geht aber davon aus, dass nicht die Krankheit selbst, sondern eine Erkrankungsbereitschaft biologisch angelegt ist. Eine schizophrene Episode wird danach ausgelöst, wenn ungünstige Umweltbedingungen oder physischer Stress hinzukommen, z. B. emotional belastendes Familienklima, überstimulierende soziale Umgebung, kritische Lebensereignisse, Drogenkonsum, Schwangerschaft.

Die Behandlung der Schizophrenie besteht aus einer Therapie der akuten Episode und einer Nachbehandlungsphase (HAHLWEG 1998). Im Zentrum der ersten Therapiephase, die meist unter stationären Bedingungen stattfindet, steht die medikamentöse Behandlung mit Neuroleptika. Diese Medikamente besitzen eine antipsychotische und eine dämpfende Wirkkomponente (BÄUML 1994). Sogenannte hochpotente Neuroleptika haben eine geringe beruhigende Wirkung, während niederpotente Neuroleptika stark dämpfend und gering antipsychotisch wirken. In der Aufnahmephase wird häufig ein hochpotentes Neuroleptikum gewählt, weil es schnell ohne Kreislaufisiken aufdosiert werden kann. Typische Nebenwirkungen von hochpotenten Neuroleptika sind Veränderungen des Gangbildes, Muskelsteifigkeit, Zittern, Krämpfe und Bewegungsunruhe. Hierzu gibt es medikamentöse Abhilfemöglichkeiten. Problematischer ist das Auftreten von unwillkürlichen Bewegungen im Gesichtsbereich (Spätdyskinesien) nach länger-dauernder Einnahme konventioneller Neuroleptika. Die in den letzten Jahren entwickelten atypischen Neuroleptika weisen kaum noch motorische Nebenwirkungen und ein geringes Risiko von Spätfolgen auf. Sie sind allerdings noch sehr teuer und belasten das Budget der niedergelassenen Ärzte übermäßig. Je nach Präparat ist als unerwünschte Wirkung mit erheblicher Gewichtszunahme, Sedierung, vegetativen Nebenwirkungen, Milchfluss und sexuellen Funktionsstörungen zu rechnen (OTTE & NABER 2001).

Zum stationären Therapieprogramm gehören Milieugestaltung, Ergotherapie und stützende psychotherapeutische Angebote. In der Nachbehandlungsphase stehen vor allem die Reduktion negativer Symptome, die Bewältigung der Erkrankung, der Aufbau von Kompetenzen, die soziale Wiedereingliederung und der Rückfallschutz im Vordergrund. Eine längerfristige, niedrig dosierte Neuroleptikaeinnahme wirkt rückfallverhütend. Im Durchschnitt kann die Rückfallquote im ersten Jahr nach Entlassung von etwa 70 % auf 30 % gesenkt werden, wenn Medikamente eingenommen werden.

## 2.3 Rechtliche Grundlagen gerichtlicher Unterbringungen

### 2.3.1 Verfassungsrechtlicher Rahmen

Die Freiheit der Person steht gemäß Artikel 2 Abs.2 Satz 2 GG unter einem besonderen Schutz des Grundgesetzes. Dieses Grundrecht meint »die Freiheit der körperlichen Bewegung, die Freiheit in der Wahl und im Aufsuchen des Aufenthaltsortes« (BAUMANN 1966, S. 7). In diese Freiheit darf nur auf der Grundlage eines förmlichen Gesetzes eingegriffen werden (Art. 2 Abs. 2 Satz 3 GG), auch wenn es sich nicht um Freiheitsentziehung, sondern um Freiheitsbeschränkung handelt (Art. 104 Abs. 1 Satz 1 GG). Weiterhin sieht Artikel 104 Abs. 2 Satz 1 vor, dass über die Zulässigkeit und Fortdauer der Freiheitsentziehung nur der Richter zu entscheiden hat. Bei jeder nicht auf richterlicher Anordnung beruhender Freiheitsentziehung ist unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen (Art. 104 Abs. 2 Satz 2 GG). Die Eingriffsmöglichkeit ist weiter dadurch beschränkt, dass auch durch förmliche Gesetze der Wesensgehalt des Grundrechtes nicht angetastet werden darf (Art. 19 Abs. 2 GG).

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes ist die Freiheit der Person ein so hohes Rechtsgut, dass sie nur aus besonders gewichtigem Grund angetastet werden darf (SAAGE & GÖPPINGER 1994). Der hohe Rang der Freiheit der Person verlangt, eine Einschränkung dieser Freiheit stets der strengen Prüfung der Verhältnismäßigkeit zu unterziehen. Staatliche Gewalt darf nur zu bestimmten Zwecken, in bestimmten Formen und in bestimmten Grenzen erfolgen. Grundrechtseingriffe sind nur zulässig, wenn sie geeignet und erforderlich sind, einen höherrangigen Zweck zu erfüllen. Die Erforderlichkeit bezieht sich stets auf den Einsatz des mildesten Mittels. Für den Einsatz von Staatsgewalt fordert die Verfassung detaillierte Verfahrensvorschriften. Dem Betroffenen ist nach Artikel 19 Abs. 4 GG ein umfassender Rechtsschutz zu gewähren.

Zur Frage des legitimen Zwecks einer Unterbringung hatte das Bundesverfassungsgericht 1967 in alter polizeirechtlicher Diktion den Schutz der Allgemeinheit vor einem »gemeingefährlichen Geisteskranken« genannt (BVerfGE 22, S. 180 ff., zitiert nach SAAGE & GÖPPINGER 1994). Die Freiheitsentziehung dürfe daher nur angeordnet und aufrechterhalten werden, wenn überwiegende Belange des Gemeinwohls dies zwingend gebieten. Im Streit um die Zulässigkeit einer fürsorglichen Unterbringung hatte das Bundesverfassungsgericht in einer Entscheidung zur Unterbringung nach dem Bundessozialhilfegesetz festgestellt, der Staat habe nicht die Aufgabe, seine Bürger zu bessern, und damit auch nicht das Recht, ihnen zum Zwecke der Besserung die Freiheit zu entziehen. Auch psychisch Kranke können demnach allein zum Zweck der Behandlung nicht untergebracht werden. Unter der Herrschaft des Grundgesetzes stehe es jedermann

frei, Hilfe zurückzuweisen, sofern dadurch nicht Rechtsgüter anderer oder der Allgemeinheit in Mitleidenschaft gezogen würden.

Mit dem Unterbringungsgrund der Selbstgefährdung beschäftigte sich das Bundesverfassungsgericht 1981 bei der Überprüfung des baden-württembergischen Unterbringungsgesetzes (BVerfGE 58, S. 208 ff., zitiert nach SAAGE & GÖPPINGER 1994). Nach Ansicht des Gerichts schließt die Fürsorge der staatlichen Gemeinschaft auch die Befugnis ein, einen psychisch Kranken vor sich selbst in Schutz zu nehmen und ihn zu seinem eigenen Wohl in einer geschlossenen Einrichtung unterzubringen. Die Unterbringung sei dann berechtigt, wenn der Kranke infolge seines Krankheitszustands und der damit verbundenen fehlenden Einsichtsfähigkeit die Schwere seiner Erkrankung und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen nicht zu beurteilen vermag, oder sich trotz einer solchen Erkenntnis nicht zu einer Behandlung entschließen kann. Weiterhin müsse sich die Zwangsunterbringung in einer geschlossenen Anstalt als unumgänglich erweisen, um eine drohende gewichtige gesundheitliche Schädigung von dem Kranken abzuwenden. Es dränge sich nach Ansicht des Gerichts auf, dass dies nicht ausnahmslos gelte, weil schon im Hinblick auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz bei weniger gewichtigen Fällen eine derart einschneidende Maßnahme unterbleiben muss, und somit auch dem psychisch Kranken in gewissen Grenzen die Freiheit zur Krankheit belassen bleibe.

In einer weiteren Entscheidung zur Selbstgefährdung sprach das Bundesverfassungsgericht 1983 eine verfassungsrechtliche Anerkennung des Prinzips »in dubio pro libertate« aus (BVerfGE NJW, S. 2627 ff., zitiert nach SAAGE & GÖPPINGER 1994). Freiheitsentziehungen dürften vom Richter nur dann angeordnet werden, wenn kein Zweifel am Vorliegen sämtlicher gesetzlicher Voraussetzungen besteht. Bei dem Grundsatz, im Zweifel für die Freiheit zu entscheiden, handelt es sich um eine Ausprägung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes, die verhindern soll, dass die psychisch Kranken die Last einer Unsicherheit im tatsächlichen oder rechtlichen Zusammenhang tragen müssen (SAAGE & GÖPPINGER 1994). Bei zweifelhaften Gesetzesformulierungen ist der Grundsatz ein Kriterium für verfassungskonforme Auslegung. Bei Zweifeln im Tatsachenbereich, bei Ermessens- und Prognoseentscheidungen sowie bei der Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe ist eine restriktive Anwendung der Eingriffsnormen angezeigt.

### 2.3.2 Betreuungsrechtliche Unterbringungen

Am 1.1.1992 löste das neue Betreuungsgesetz das bis dahin geltende Vormundschaftsrecht ab. Die Voraussetzungen der gesetzlichen Betreuung sind in § 1896 BGB geregelt. Ein Betreuer kann auf Antrag des Betroffenen oder von Amts wegen bestellt werden. Die Voraussetzungen für eine Betreuerbestellung sind zweistufig

aufgebaut. Zunächst muss das Vorliegen einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung festgestellt werden. Zweite Voraussetzung ist, dass der Betroffene infolge seiner Krankheit oder Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht regeln kann. Eine Unterbringung des Betreuten nach § 1906 BGB setzt die Anordnung des Aufgabenkreises »Aufenthalt und Heilbehandlung« bei der Betreuerbestellung voraus.

Das Wohl des Betroffenen als Voraussetzung der Unterbringung wird im § 1906 BGB mittels zweier ausformulierter Tatbestände konkretisiert, und zwar entweder eine erhebliche Selbstgefährdung des Betreuten oder eine notwendige Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen. Die Selbstgefährdung muss ihre Ursache in der psychischen Krankheit oder geistigen bzw. seelischen Behinderung haben. Die Unterbringung zur Heilbehandlung hat drei Voraussetzungen. Erstens müssen die ärztlichen Maßnahmen notwendig sein, zweitens können sie ohne Unterbringung nicht durchgeführt werden und drittens ist der Betreute aufgrund seiner psychischen Störung nicht in der Lage, die Behandlungsnotwendigkeit zu erkennen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

Die Zuständigkeit für die Unterbringung liegt zunächst ausschließlich beim gesetzlichen Betreuer. Die Freiheitsentziehung des Betreuten muss er nach § 1906 Abs. 2 BGB allerdings vorher vom Vormundschaftsgericht genehmigen lassen. Genehmigungspflichtig sind nach § 1904 BGB auch die mit der Unterbringung verbundenen ärztlichen Maßnahmen, insbesondere eine beabsichtigte Psychopharmakabehandlung gegen den Willen des Betreuten. Durch ein ärztliches Gutachten ist in jedem Einzelfall festzustellen, inwieweit die Verweigerung der Medikamenteneinnahme zu einer erheblichen und unmittelbaren Gesundheitsschädigung führen würde. Hier ist ebenso wie bei der Unterbringung zu berücksichtigen, dass zunächst zu versuchen ist, die Einwilligung des Betroffenen herbeizuführen. Eine Unterbringung zur Erzwingung der Krankheits- und Behandlungseinsicht ist unzulässig. Grundsätzlich wird anerkannt, dass es PatientInnen gibt, die das Durchleben einer psychotischen Krise der Behandlung mit Psychopharmaka vorziehen.

Ein drohender erheblicher Gesundheitsschaden wird angenommen, wenn die Verweigerung der Medikamenteneinnahme zu einem derart chronifizierten Krankheitsbild führen würde, dass der Betreute auf Dauer auf eine stationäre Behandlung angewiesen wäre. Eine derartige Prognose ist angesichts der heutigen Behandlungsmöglichkeiten im Langzeitbereich der psychiatrischen Krankenhäuser nicht mehr vertretbar (SAAGE & GÖPPINGER 1994). Die drohende Verfestigung eines Wahnsystems rechtfertigt alleine nicht die Annahme einer Gefahr, die keinen Aufschub duldet. Nicht ausreichend für eine Unterbringung ist weiterhin die drohende Verwahrlosung, da diese nicht notwendigerweise mit der Gefahr der erheblichen Gesundheitsschädigung einhergeht.

### 2.3.3 Öffentlich-rechtliche Unterbringungen

In allen Bundesländern wurden seit 1969 reformierte Unterbringungsgesetze (UBG) oder Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) verabschiedet, in denen neben der Gefahrenabwehr auch Fürsorgegedanken Eingang fanden. Die wichtigste Voraussetzung für eine Unterbringung nach den Ländergesetzen ist eine aus einer psychischen Krankheit hervorgehende Gefahr für die Allgemeinheit, für bestimmte Dritte oder für den Kranken selbst (Fremd- oder Selbstgefährdung). In den unterschiedlichen Formulierungen der Ländergesetze ist eine zunehmende Eingrenzung auf eine persönliche Gefährdung der Betroffenen, anstelle des Schutzes von Sachgütern Dritter oder der allgemeinen Ordnung erkennbar. Das Berliner PsychKG nennt in § 8 als Unterbringungsvoraussetzungen die Gefahr für das Leben, eine ernsthafte Gesundheitsgefahr und eine erhebliche Gefährdung besonders bedeutender Rechtsgüter anderer.

Die Unterbringung ist nach der Formulierung des Berliner PsychKG nur zulässig, wenn die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann, und nur solange die Gefährdung besteht. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt für sich alleine keine Unterbringung. Einige andere Bundesländer verzichten auf die eindeutige zeitliche Begrenzung und lassen Raum für die Fortdauer von Unterbringungen, auch wenn die Gefährdung inzwischen nicht mehr besteht. Ein untergebrachter Patient kann sogar beurlaubt werden, zwischen zwei Wochen in Berlin (§ 37) und drei Monaten oder länger in Hessen. Das klingt human, passt aber nicht zur Voraussetzung einer gegenwärtigen Gefahr und verlängert die Unterbringungen über das notwendige Maß hinaus (MÜLLER 1999).

Das neue Betreuungsgesetz bestimmte 1992 die bundeseinheitliche Regelung des Verfahrensrechts für alle Unterbringungsarten im Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG). Dort wird in § 70 h die reguläre Dauer einer vorläufigen Unterbringung auf sechs Wochen festgelegt, allerdings mit einer Verlängerungsmöglichkeit auf insgesamt drei Monate. Die Gesamtunterbringungsdauer nach PsychKG ist in § 70 f FGG auf ein Jahr begrenzt, kann aber bei offensichtlich langer Unterbringungsbedürftigkeit auch zwei Jahre betragen. In Berlin, dessen PsychKG ebenfalls dem FGG angepasst werden musste, bedeutete die neue Fristenregelung einen deutlichen Nachteil für die Betroffenen. Ursprünglich war im Berliner PsychKG die vorläufige Unterbringung durch einstweilige Anordnung auf eine Woche, und die endgültige Unterbringung auf zwei Monate begrenzt. Im Unterschied zu allen anderen Bundesländern war in Berlin eine langfristige Unterbringung psychisch Kranker nicht vorgesehen.

Die sofortige Einweisung wird in fast allen Ländern gemäß Art. 104 Abs. 2 Satz 3 GG bis zum Ende des nächsten Tages begrenzt. Lediglich Baden-Württemberg ermöglicht eine dreitägige fürsorgliche Aufnahme und Zurückhaltung. In Berlin wird die vorläufige behördliche Unterbringung nach § 26 PsychKG in

dringenden Fällen von der Verwaltungsbehörde ohne vorherige Richtereinschaltung durchgeführt. Sie darf längstens bis zum Ablauf des auf den Beginn der Unterbringung folgenden Tages dauern, also 24 bis 48 Stunden, falls sie nicht inzwischen durch eine Gerichtsanordnung abgelöst worden ist. Die Unterbringung nach § 26 Abs. 1 Berliner PsychKG wird vom Sozialpsychiatrischen Dienst (SPsD) des Bezirksamts angeordnet. Im Falle des § 26 Abs. 2 erfolgt die Anordnung durch die Polizei oder durch eine dazu befugte Einrichtung. Ärzte der psychiatrischen Kliniken sind in Berlin zur behördlichen Unterbringung befugt.

Die vorläufige gerichtliche Unterbringung nach § 25 Berliner PsychKG erlaubt dem Gericht, eine Unterbringung für längstens eine Woche ohne vorherige Anhörung des Betroffenen anzuordnen. Die endgültige Entscheidung über den Antrag auf Unterbringung fällt das Gericht in der mündlichen Verhandlung nach Anhörung des Betroffenen, eines ärztlichen Sachverständigen und ggf. weiterer Beteiligter. Der ärztliche Gutachter, meist der behandelnde Klinikarzt, sollte nach den Regeln des FGG Facharzt, mindestens ein Arzt mit Erfahrung in der Psychiatrie sein. Bei Entlassung erfolgt eine Meldung an den SPsD nach § 45 Berliner PsychKG nur im Einverständnis mit dem Patienten, eine Berichtspflicht besteht nicht.

Das Berliner PsychKG bietet durch die Integration der Unterbringung in eine Versorgungsstruktur für psychisch kranke Menschen bereits Ansätze eines modernen Gesundheitsstrukturgesetzes. Das Vollzugsrecht ist geprägt durch den Grundsatz der Anerkennung der Persönlichkeit des Patienten und der Achtung seines Willens. Die Unterbringung wird unter Berücksichtigung therapeutischer Gesichtspunkte den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit wie möglich angeglichen (§ 28). Hierzu gehört auch der regelmäßige Aufenthalt im Freien. Um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen, soll die Unterbringung nach Möglichkeit aufgelockert und in freien Formen durchgeführt werden, unter bestimmten Bedingungen auch in offener Form (§ 36).

Die Unterbringung erfolgt prinzipiell geschlossen in Einrichtungen, die durch geeignete Maßnahmen gegen das Entweichen des Patienten gesichert sind. Eine geeignete Maßnahme kann auch darin bestehen, dem Untergebrachten zu untersagen, die Einrichtung zu verlassen (§ 10). Besondere Sicherungsmaßnahmen sind nur zulässig, wenn die gegenwärtige erhebliche Gefahr besteht, dass der Patient sich selbst tötet, sich ernsthaft verletzt, gewalttätig wird oder die Einrichtung ohne Erlaubnis verlassen wird (§ 29a). Besondere Sicherungsmaßnahmen sind die Beschränkung des Aufenthalts im Freien, die Wegnahme von Gegenständen, die Absonderung in einem besonderen Raum und die Fixierung. Der zwangsuntergebrachte psychisch Kranke besitzt das Recht zur Zurückweisung einer aufschiebbaren oder gesundheitsgefährdenden Behandlungsmaßnahme (§ 30). Nur unaufschiebbare Behandlungsmaßnahmen hat der Untergebrachte zu dulden, soweit sie sich auf die Erkrankung, die zur Unterbringung geführt hat, be-

ziehen. Die Zwangsbehandlung ist demnach auf Not- und Krisensituationen beschränkt.

In einer Notfallsituation besteht für einen Arzt grundsätzlich eine Behandlungspflicht (BERZEWSKI 1999). Wegen unterlassener Hilfeleistung kann nach § 323c Strafgesetzbuch (StGB) bestraft werden, wer bei Unglücksfällen nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und zumutbar ist. Wenn die Hilfe zur Verhütung schwerer gesundheitlicher Schäden oder bei Todesgefahr des Patienten unaufschiebbar ist, besteht sogar eine Garantenpflicht des Arztes. Eine Handlung gegen den Willen des Patienten ist in diesem Fall durch den rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB) gedeckt. Obwohl der behandelnde Arzt in einer Notfallsituation oft unter Zeitdruck steht und umgehend handeln muss, ist die Klärung der Einwilligungsfähigkeit (§§ 104–108 BGB) des Patienten erforderlich. Liegen Geschäfts- und Einwilligungsfähigkeit vor, so hat der Arzt die Ablehnung einer Behandlung auch bei vitaler Gefährdung zu akzeptieren. Liegen quantitative oder qualitative Störungen der Bewusstseinslage vor, so ist eine Einwilligung nicht wirksam.

Bei akuten psychiatrischen Erkrankungen und bei suizidalen Krisen muss immer mit der Möglichkeit gerechnet werden, dass die Fähigkeit zur klaren Urteilsbildung und zur Beurteilung der Tragweite gefällter Entscheidungen vermindert oder aufgehoben sein kann (BERZEWSKI 1999). Einwilligungsfähigkeit ist solange gegeben, bis der Beweis des Gegenteils vorliegt. Aus dem Befund allein, dass ein Patient psychisch gestört, hilflos oder sehr alt ist, eine notwendige Behandlung ablehnt oder Arzt und Pflegepersonal beschimpft, kann nicht die Annahme einer Einwilligungsunfähigkeit hergeleitet werden. Ein freier Wille ist dann anzunehmen, wenn der Patient über den nötigen Verstand, eine erhaltene Kritik- und Urteilsfähigkeit und über die Fähigkeit verfügt, Umfang, Bedeutung und Konsequenzen seines Entschlusses sachgerecht zu würdigen.

### 3 Zwang: Stand der empirischen Forschung

Wie FINZEN, HAUG, BECK und LÜTHY (1993) in ihrem richtungsweisenden Buch »Hilfe wider Willen« bemerkten, hat es für die deutschsprachige Psychiatrie in den ersten Nachkriegsjahrzehnten keine Notwendigkeit gegeben, das Wissen über Art und Umfang von Zwangsmaßnahmen zu erweitern, weil kein Problembewusstsein vorgelegen habe. Der Arzt habe im Rahmen des besonderen Gewaltverhältnisses einfach unabhängig vom Willen des Betroffenen über die Behandlung entschieden, wobei er allenfalls darauf zu achten hatte, dass die Rechtsgrundlage stimmte. Publikationen zum Thema Zwangsmaßnahmen waren bis vor 20 Jahren eine Rarität. SCHMIED und ERNST (1983) stellten dazu treffend fest, dass jedermann seit alters her lieber über sein No-Restraint berichte als über sein Restraint. In den letzten zehn Jahren wurden dann auffällig viele Studien publiziert, die sich mit Gewalttätigkeiten von Patientenseite befassten. Zu strukturellen und personellen Rahmenbedingungen von Gewaltereignissen in psychiatrischen Institutionen liegen im deutschen Sprachraum keine empirischen Erkenntnisse vor, obwohl internationale Studien die Bedeutsamkeit gerade dieser Faktoren bei der Eskalationen von Gewalt und Zwang nachgewiesen haben. Einen Hinweis darauf, dass gerichtliche Unterbringungen über die juristisch vorgegebenen Indikationsbereiche hinaus angewendet werden, ergibt sich aus der enormen regionalen Ungleichverteilung gerichtlicher Unterbringungen. Ein Bild über die Häufigkeiten und Anlässe von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie lässt sich aus Veröffentlichungen einer begrenzten Anzahl in diesem Bereich besonders engagierter Kliniken gewinnen. Über das subjektive Erleben der Betroffenen und über Behandlungserfolge liegen bislang nur wenige empirisch fundierte Erkenntnisse vor.

#### 3.1 Gewalttätigkeit bei psychischen Erkrankungen

Die erste und lange Zeit einzige empirische Arbeit zu Zwangsmaßnahmen in der deutschen Psychiatrie, die 1956 von Stierlin unter dem Titel »Der gewalttätige Patient« vorgelegt wurde, erfolgte im zeitlichen Zusammenhang mit einer öffentlichen Diskussion, die Befugnisse der Psychiater so weit wie möglich einzuschränken. STIERLIN (1956) erklärte, dass der Psychiater, indem er täglich mit den Gewalttaten Geisteskranker konfrontiert werde, die geeigneten Fähigkeiten besäße, über Entmündigungen und Anstaltsunterbringungen zu entscheiden. Seine Monographie, die sich mit von PatientInnen ausgehenden aggressiven Handlungen

und den Gegenmaßnahmen des Personals befasste, enthielt Schilderungen von 773 Gewaltvorfällen in 92 Anstalten. Fast alle Gewaltvorfälle waren gegen das Pflegepersonal gerichtet, nur 7 % gegen ÄrztInnen. Mit 60 % waren Schizophrene unter den gewalttätigen PatientInnen am häufigsten vertreten, gefolgt von Epileptikern mit 12 %. Die aufgeführten Handlungen waren meist Schläge (34 %), Fußtritte (15 %) und Beißen (10 %), was in der überwiegenden Zahl der Fälle (61 %) nicht zu Verletzungen des Personals geführt hatte. Zu leichten Verletzungen (z. B. Hämatome) war es bei 22 % der Fälle, zu mittleren Verletzungen (z. B. ausgeschlagene Zähne) bei 12 %, zu schweren Verletzungen bei 4 % und zu Todesfällen bei 2 % der Vorfälle gekommen.

Neben der Aufzählung von Gewalthandlungen der PatientInnen stellte die Studie von Stierlin auch die Frage nach der Verursachung von Aggressionen und den Reaktionen des Personals. Als situative Auslöser ergaben sich an erster Stelle Einschränkungen der persönlichen Freiheit, gefolgt von Behinderungen der individuellen Lebensgestaltung, Versagung von Sonderwünschen, Widerstand gegen Behandlungsmaßnahmen, Verhinderung eines erotischen Kontaktes und schließlich Schwierigkeiten der Beziehung zwischen Patient und Pflegepersonal. Die Aggressionshandlungen waren nur selten geplant, meist handelte es sich um Impulshandlungen. Unter den Gegenmaßnahmen des Personals wurde mit 34 % am häufigsten die Zwangsmedikation genannt. Es erfolgten aber auch in absteigender Häufigkeit Isolierungen, Bettruhe, Verlegungen in eine besser gesicherte Abteilung, Elektrokrampfbehandlungen, Fixierungen, Insulinkuren und Leukotomien. Das Gespräch mit dem Patienten wurde nur in zwei Prozent der Fälle gesucht. Am Schluss bemerkte Stierlin, dass ein großer Teil der Aggressionshandlungen der PatientInnen aus der inadäquaten therapeutischen Situation resultierten und durch eine freiheitlichere, großzügigere und humanere Behandlung vermeidbar gewesen wären.

Erst 25 Jahre später wurde von BOSCH (1971, 1974) die nächste größere Untersuchung zu Zwang in der Psychiatrie durchgeführt. Bosch untersuchte im Rahmen einer Aktenanalyse 1100 Aufnahmen in die Sozialpsychiatrischen Abteilung der Universität Frankfurt aus der Zeit zwischen 1962 und 1968. Dabei stellte er fest, dass eindeutige und objektivierbare Aggressivität nur bei einem geringen Teil der gerichtlich untergebrachten PatientInnen zu finden war. Psychopathologisch bedeutsam für Gewalttaten waren Persönlichkeitsstörungen, häufig kombiniert mit Suizidalität, und in geringerem Ausmaß die Erstmanifestation eines paranoiden Wahns. Für die Zwangseinweisung spielte insgesamt die spezifische Psychopathologie eine geringere Rolle als die sozialen Bedingungen, unter denen die PatientInnen lebten. Bei Personen aus einem bescheidenen Herkunfts-, Ausbildungs-, Berufs- und Sozialmilieu bestand eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, bei einer schweren akuten psychiatrischen Erkrankung auch gegen ihren Willen in die Psychiatrie zwangseingewiesen zu werden. Im Verlauf einer

Erkrankung erhöhte ein akutes Auftreten der Störung und eine kurze Gesamtdauer der Erkrankung die Wahrscheinlichkeit einer Zwangseinweisung. Einen entscheidenden Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Zwangseinweisung hatte die Person oder Instanz, von der die Initiative zur Krankenhausaufnahme ausgegangen war. War es der Patient selbst, erfolgte eine Unterbringung nur in 2 % der Fälle, bei Angehörigen in 9 %, bei ÄrztInnen in 18 % und bei Behörden in 92 %. Einen weiteren Faktor stellten die spezifische Arbeitsweise und der Behandlungsstil der aufnehmenden Institution dar.

Die Unterstellung von Gefährlichkeit psychisch Kranker als allgemeine Grundlage von Unterbringungsentscheidungen wurde in Frage gestellt, als Böker und Häfner im Jahr 1973 eine epidemiologische Studie zu »Gewalttaten Geistesgestörter« vorlegten, und zu dem Schluss kamen, dass »Geisteskranke und Geisteschwache insgesamt nicht häufiger, aber auch nicht wesentlich seltener zu Gewalttätern werden als sogenannte Geistesgesunde« (S. 94). Die Autoren hatten nach Auswertung polizeilicher Kriminalstatistiken für den Zeitraum von 1955 bis 1964 ermittelt, dass der Anteil der psychisch Kranken an der Gesamtheit der Gewalttäter knapp unter 3 % lag. Dieser Wert stimmte in etwa mit den damals zugänglichen Prävalenzraten für psychische Erkrankungen überein. Die Zahlen bezogen sich auf Personen mit Psychosen, Epilepsien und Intelligenzstörungen. Genauer betrachtet ergaben sich aber aus den Daten auch Hinweise darauf, dass das Risiko einer Gewalttat bei schizophrenen Kranken etwa dreimal so hoch war wie in der Allgemeinbevölkerung (ANGERMEYER & SCHULZE 1998).

Neuere epidemiologische Studien haben moderate Zusammenhänge zwischen psychiatrischen Diagnosen und dem statistischen Risiko von Gewaltausübung bestätigt (ANGERMEYER & SCHULZE 1998; STEINERT 2002). Entgegen dem Stereotyp des gemeingefährlichen Geisteskranken ist das höchste Gewaltisiko jedoch eindeutig mit Substanzmissbrauch (insbesondere Alkohol) und antisozialen Persönlichkeitszügen verbunden. Bei Schizophrenien besteht in der Lebenszeit ein etwa 5fach erhöhtes Gewalttatenrisiko im Vergleich zu psychisch Gesunden. Bei affektiven und schizophrenen Psychosen steigt das Risiko, wenn eine Komorbidität mit Substanzmissbrauch oder einer Persönlichkeitsstörung besteht (LINDQUIST & ALLERBECK 1989; ERONEN, HAKOLA & TIIHONEN 1996; RÄSÄNEN et al. 1998). Insgesamt ist das von psychischen Krankheiten ausgehende Gewaltisiko in seinem Ausmaß vergleichbar mit der Gefährlichkeit einer jungen männlichen Person mit geringem Bildungsabschluss (LINK, ANDREWS & CULLEN 1992; SWANSON, HOLZER, GANJU & IONO 1990).

Eine systematische Metaanalyse zur Vorhersage gewalttätigen Verhaltens wurde von BONTA, LAW und HANSON (1998) publiziert. Die Untersuchung schloss 58 Studien aus 25 Jahren ein, und kam zu dem Ergebnis, dass die kriminelle Vorgeschichte mit Abstand die größte Effektstärke aufwies. Bedeutsam waren aber auch die Gesamthospitalisierungsdauer, das Vorliegen einer dissozialen Persönlichkeits-

störung, psychische Erkrankungen und jüngerer Alter. Die vorliegenden Befunde erlauben den Schluss, dass psychiatrische Erkrankungen im engeren Sinne nur wenig zur Erklärung von Gewalttätigkeit in der natürlichen sozialen Umgebung beitragen. STEINERT (2002) merkte dazu an, dass Befunde aus epidemiologischen Studien keineswegs auf die Situation einer psychiatrischen Akutstation übertragbar seien.

Aggressive Handlungen von PatientInnen gegenüber MitarbeiterInnen wurden von STEINERT, VOGEL, BECK & KEHLMANN (1991) über ein Jahr in vier psychiatrischen Landeskrankenhäusern dokumentiert. Als Ergebnis wurde berichtet, dass es bei ca. 2 % aller Aufnahmen zu aggressiven Angriffen von Patientenseite gekommen war. Unter den Opfern befanden sich überwiegend junge Pflegekräfte mit vergleichsweise wenig Berufserfahrung. Männliche Patienten griffen überwiegend Männer, weibliche überwiegend Frauen an. Hinsichtlich des Zeitpunktes fand sich eine Häufung in den frühen Abendstunden, wenn die Therapeuten ihren Dienst beendet hatten. Ein Zusammenhang zwischen Gewalttätigkeit und Unfreiwilligkeit der Behandlung wurde nicht gefunden. Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer zeigten erst kürzlich Aufgenommene und LangzeitpatientInnen mit Aufenthaltsdauern über einem Jahr besonders häufig aggressives Verhalten. Als Gegenmaßnahmen, die den aggressiven Handlungen folgten, berichteten STEINERT et al. (1991) in 52 % der Fälle eine Isolierung, bei 39 % Fixierungen und bei 35 % Zwangsmedikationen. Als mangelhaft bewerteten die Autoren, dass nur in 28 % der Fälle ein aufarbeitendes Gespräch nach Gewalt durch die PatientInnen bzw. nach der Zwangsmaßnahme stattfand. Sie interpretierten die geringe Gesprächsbereitschaft als Neigung des Personals, Aggressionen eher auszublenden als zu bearbeiten.

Zu Gewalttätigkeiten hospitalisierter PatientInnen liegen weltweit inzwischen unübersehbar viele Studien vor, wobei überwiegend davon ausgegangen wurde, dass die Psychiatrie mit zunehmender Patientengewalt konfrontiert sei und dass Zwangsmaßnahmen durch aggressive Handlungen auf Patientenseite begründet seien (STEINERT 2002). Untersuchungen aus den USA dokumentierten innerhalb der letzten Jahre einen Anstieg der Gewaltvorfälle in psychiatrischen Institutionen auf das fünf- bis zehnfache (DAVIS 1991; DORNWART 1988; MONAHAN 1997). Für andere Länder wurde allerdings keine derart ausgeprägte Zunahme von Zwischenfällen berichtet. Zu den Besonderheiten der stationären psychiatrischen Versorgung in den Vereinigten Staaten gehören große regionale Strukturunterschiede und eine insgesamt drastisch reduzierte Verweildauer (im Durchschnitt neun Tage). Mit der Deinstitutionalisierung und der gleichzeitigen Einstellung vorher durchgeführter spezieller Therapieprogramme kam es zu einer Konzentration von wenigen, aber immer schwierigeren PatientInnen in den staatlichen Kliniken (DORNWART 1988; SNYDER 1994).

Ein erklärtes Anliegen vieler Studien zur Gewalt von Patientenseite war es, sich

gegen den Vorwurf der Medien zu wehren, dass Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie mehr oder weniger willkürlich erfolgen, als Strafmaßnahmen eingesetzt und ohne klare medizinische Indikation angeordnet würden (STEINERT & GEBHARDT 2000). Die methodisch oft fragwürdigen und schwer vergleichbaren Untersuchungen erbrachten widersprüchliche Ergebnisse (DAVIS 1991; MULLEN 1984; SHAH, FINEBERG & JAMES 1991; STEINERT 2002). Als wichtigster Faktor für eine personenbezogene Vorhersage von gewalttätigem Verhalten auf der Station erwies sich wieder die Vorgeschichte von Gewalt. Die Studien bestätigten insbesondere die Bedeutung von gewalttätigem Verhalten bei Voraufenthalt, Gewalt in der Herkunftsfamilie, Gewaltkriminalität und Gewalt vor der stationären Aufnahme (ARANGO, BARBA, GONZÁLES-SALVADOR & ORDÓNEZ 1999; BLOMHOFF, SEIM & FRIIS, 1990; MC NIEL, BINDER & GREENFIELD 1988; STEINERT, HERMER & FAUST 1996; SPIESSL, KRISCHKER & CORDING 1998). Gewalttätigkeit korrespondierte außerdem mit der Anzahl vorangegangener Klinikaufenthalte und der Gesamthospitalisierungsdauer (GREENFIELD, MC NIEL & BINDER 1989; ROSSI et al. 1985; STEINERT, WIEBE & GEBHARDT 1999). Entgegen den üblichen Stereotypen ließen sich Gewalttätigkeiten nicht eindeutig aus dem Alter, dem Geschlecht und der Herkunft der PatientInnen vorhersagen (STEINERT 2002).

Die Vorstellung von der besonderen Gefährlichkeit schizophrener PatientInnen muss nach den vorliegenden Befunden deutlich relativiert werden. Entsprechend der Tatsache, dass die Diagnose einer schizophrenen Störung in psychiatrischen Institutionen überwiegt, finden sich zwar in den absoluten Häufigkeiten vermehrt Gewaltvorfälle, die von schizophren Erkrankten ausgehen. Nach Berechnung der relativen Häufigkeit fanden SPIESSL et al. (1998) aber nur noch ein leicht erhöhtes Risiko gegenüber dem Durchschnitt aller Diagnosegruppen. Als diagnostisch bedeutsamer erwiesen sich in verschiedenen Studien das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, organischen Psychosen, Demenzen und Intelligenzminderungen (GENZ, KRÜGER & DOST 1988; MC NIEL & BINDER 1995; RABINOWITZ & MARK 1999; RICHTER & BERGER 2001; SPIESSL et al. 1998; WAY & BANKS 1990). Meist waren nur wenige PatientInnen für die Mehrzahl von Übergriffen verantwortlich, und in der überwiegenden Anzahl der Fälle entstand nur geringer Schaden (EDWARDS, JONES & REID 1988; NOBLE & RODGER 1989; SHERIDA, HENRION, ROBINSON & BAXTER 1990). Die Gefährlichkeit schizophrener PatientInnen relativiert sich noch weiter, wenn Komorbiditäten und das Stadium der Erkrankung berücksichtigt werden (DAVIS 1991). Bei akuten Psychosen mit schweren formalen Denkstörungen und bestimmten Formen wahnhaften Erlebens ergibt sich hingegen ein deutlich erhöhtes Aggressionspotenzial (MULLEN 1984; SCHANDA & TAYLOR 2001; STEINERT & GEBHARDT 2000). Kein Zusammenhang scheint dabei mit akustischen Halluzinationen zu bestehen, selbst wenn die Stimmen zu Gewalthandlungen auffordern (GOODWIN, ALDERSON &

ROSENTHAL 1971; HELLERSTEIN, FROSCHE & KOENIGSBERG 1987). Nach den ersten Behandlungstagen lässt sich mit Abklingen der Symptomatik ein deutlicher Rückgang der Gewalttätigkeit schizophrener Erkrankter feststellen (GENZ et al. 1988; MC NIEL et al. 1988; PALMSTIERA & WISTEDT 1987; STEADMAN et al. 1998; STEINERT, SIPPACH & GEBHARDT 2000). Bei chronischen Schizophrenien verhalten sich die Betroffenen außerhalb von akuten Exacerbationen in der Regel angepasst und affektarm (GENZ et al. 1988; MODESTIN & AMMANN 1996).

Ein in der internationalen Literatur durchgehend bestätigter Befund ist, dass die Diagnose Schizophrenie bei den gerichtlich untergebrachten PatientInnen deutlich überrepräsentiert ist (ISOHANNI & NIEMINEN 1990; POULSEN 1997; RIECHER, RÖSSLER, LÖFFLER & FÄTKENHEUER 1991; SANGUINETI, SAMUEL, SCHWARTZ & ROBESON 1990). Als weitere Risikofaktoren wurden männliches Geschlecht, jüngeres Alter, fehlende familiäre Bindungen und schlechte Initialwirkung der medikamentösen Therapie genannt. Bei empirischen Prüfungen der Anlässe von Unterbringungen zeigte sich, dass lediglich bei einem Drittel der Zwangseinweisungen selbst- oder fremdgefährdende Handlungen vorlagen (BERGENER et al. 1988; BRUNS 1993). Eine tatsächliche Fremdgefährdung legte BRUNS (1993) zugrunde, wenn es im Vorfeld der Unterbringung überhaupt zu irgendeiner noch so leichten Tötlichkeit gegen andere Personen gekommen war oder wenn Dritte unmittelbar mit Gegenständen oder Waffen bedroht wurden. Bei der Untersuchung aller Zwangseinweisungen in Bremen aus den Jahren 1984 und 1985 war dies nur in 16 % der Unterbringungen der Fall. Bei knapp der Hälfte der Zwangseinweisungen wurde weder in den ärztlichen oder polizeilichen Berichten, noch in den Gerichtsbeschlüssen das Vorliegen einer Eigen- oder Fremdgefährdung beschrieben.

### 3.2 Regionale Ungleichverteilung gerichtlicher Unterbringungen

Gerichtliche Unterbringungen sind nach epidemiologischen Untersuchungen in verschiedenen Versorgungsregionen Deutschlands und im internationalen Vergleich extrem ungleich verteilt. Die regionalen Unterschiede legen die Vermutung nahe, dass Zwangseinweisungen, in Abhängigkeit von gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen, über das zur Gefahrenabwehr notwendige Maß hinaus durchgeführt werden. Verlässliche Zahlen hinsichtlich der Häufigkeit von Unterbringungen fehlten lange Zeit völlig, so dass nur Schätzungen aufgrund von Einzeluntersuchungen möglich waren. Der Anteil der Zwangseinweisungen an den psychiatrischen Klinikaufnahmen lag 1974 laut Psychiatrie-Enquête in den einzelnen Bundesländern zwischen 6 % und 50 %, in einzelnen Kliniken erreichte er 70 % (FINZEN & SCHÄDLE-DEININGER 1979). Bei einer bundesweiten Umfrage in pflichtversorgenden Kliniken fand BRUNS (1989) Zwangseinweisungsraten zwischen 1 % und 27 %. Zur Prävalenzrate sofortiger Unterbringungen in ver-

schiedenen Bundesländern berichteten SPENGLER und BÖHME (1989) für das Jahr 1984 Schwankungen zwischen acht (Baden-Württemberg) und 108 (Berlin) Zwangseinweisungen pro 100.000 Einwohner. Im Vergleich verschiedener Versorgungsgebiete ergaben sich für 1987 Prävalenzraten zwischen fünf und 199 (BRUNS 1993). Auch im internationalen Vergleich zeigte sich für die 80er Jahre eine enorme Spannbreite des Anteils gerichtlicher Unterbringungen zwischen 5 % in Dänemark und 50–93 % in der Schweiz (RIECHER-RÖSSLER & RÖSSLER 1992). Für die Schweiz veröffentlichten LOPEZ, JAKOB, HOFFMANN-RICHTER und FINZEN (1998) eine Unterbringungsrate von insgesamt 115 pro 100.000 Einwohner mit regionalen Schwankungen zwischen 16 und 590.

Im Rahmen der Vorbereitung des Betreuungsgesetzes wurden von der deutschen Bundesregierung erstmals offizielle Statistiken zu Unterbringungsverfahren bekannt gegeben (JÜRGENS et al. 1999; SAAGE & GÖPPINGER 1994). Daraus ergab sich für die Jahre zwischen 1977 und 1987 eine starke Verschiebung von der öffentlich-rechtlichen zur zivilrechtlichen Unterbringung. Der deutsche Vormundschaftsgerichtstag berichtete 1996 bei einer ersten Auswertung des neuen Betreuungsrechts mit Sorge einen drastischen Anstieg der bürgerlich-rechtlichen Unterbringungsverfahren von rund 40.000 im Jahr 1992 auf über 52.000 im Jahr 1995 (BRILL 1997; SEIBT 1997). Entgegen des Eindrucks in einzelnen Versorgungsgebieten, dass mit der Einführung des Fürsorgegedankens in die reformierten Ländergesetze die Zahlen für Einweisungen nach PsychKG deutlich angestiegen sind (BRUNS 1993; CREFELD 1997; DARSOW-SCHÜTTE & MÜLLER 2001), fand sich in den offiziellen Statistiken für die Jahre zwischen 1977 und 1991 nur ein leichter Anstieg der Unterbringungsverfahren nach PsychKG von 37.172 auf 41.505 (SAAGE & GÖPPINGER 1994). Im Jahr 1996 gab es nach der Geschäftsübersicht der Amtsgerichte im Bundesgebiet 61.581 Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB und 56.865 Verfahren nach den Landesunterbringungsgesetzen (JÜRGENS et al. 1999). Auffällig sind die geringen Zahlen für Unterbringungsverfahren in den neuen Bundesländern (in 1996 BGB: 2533, PsychKG: 2785). Die Quote der tatsächlich angeordneten Unterbringungen, bezogen auf die anhängigen Verfahren, liegt nach einer Erhebung in Schleswig-Holstein bei etwa 90 % (SAAGE & GÖPPINGER 1994).

Einen wichtigen Einfluss auf die Häufigkeiten von Zwangseinweisungen scheinen die unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen zu haben (BRUNS 1993; RIECHER-RÖSSLER & RÖSSLER 1992). In der Schweiz reichen für eine Unterbringung alleine das Vorliegen einer psychischen Krankheit und der Eindruck, dass dem Betroffenen die nötige Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann. Ein ordentliches Verfahren mit richterlicher Anhörung erhalten nur knapp 10 % der Eingewiesenen, ansonsten genügt anscheinend der Hinweis auf »Gefahr im Verzug« (LOPEZ et al. 1998). In Deutschland ist eine Unterbringung ohne rechtliches Gehör nur in Baden-Württemberg bis zu drei Tagen erlaubt, in den übrigen Bundeslän-

dern maximal bis zum Ende des auf die Aufnahme folgenden Tages. Die geringen Unterbringungsraten in Baden-Württemberg können so interpretiert werden, dass bei den meisten Betroffenen bereits am vierten Tag nach Aufnahme keine Unterbringungsgründe mehr bestehen (MÜLLER 1997). Die unterschiedlichen Unterbringungsraten einzelner Bundesländer erklärte BRUNS (1993) für die 80er Jahre damit, dass in Süddeutschland länger an den alten Unterbringungsgesetzen festgehalten wurde als im übrigen Bundesgebiet. Auch im Hinblick auf Gesetzesänderungen in Italien und verschiedenen US-Bundesstaaten stellte BRUNS (1993) zusammenfassend fest, dass die Häufigkeit von Zwangseinweisungen durch Erschweren oder Erleichtern der Voraussetzungen gesteuert werden können. Durch die deutsche Psychiatriereform sind gesetzliche und organisatorische Voraussetzungen für eine erweiterte soziale Kontrolle durch die Psychiatrie geschaffen worden. Andererseits wurde als Ursache für das Ansteigen der zivilrechtlichen Unterbringungsverfahren, neben der Zunahme von Betreuungen insgesamt, die Tatsache angesehen, dass im Bereich der Alten- und Behindertenheime Freiheitsentziehungen zunehmend häufiger vorkommen oder bekannt gegeben werden (JÜRGENS et al. 1999).

Bei der regionalen Verteilung der Zwangseinweisungen kommt es offensichtlich auch auf die Sozialstruktur der Versorgungsgebiete an. In großstädtischen Regionen fanden sich generell höhere Zwangseinweisungsraten als in ländlichen Gebieten (SPENGLER & BÖHME 1989). BRUNS (1993) erklärte dies mit einer soziologischen Annahme, wonach in Großstädten ein erhöhter Bedarf an formalisierter sozialer Kontrolle bestehe, da informelle Kontrollsysteme kaum noch existent seien. WALLER (1976) interpretierte die von ihm gefundene Häufung von Zwangsmaßnahmen bei Personen der unteren Sozialschicht im Sinne eines sozialstrukturellen Deprivationsmodells. Danach entwickeln Angehörige der sozialen Unterschicht aufgrund mangelnder Ressourcen und Versorgungschancen gehäuft psychische Krankheiten.

Ein dritter Erklärungsansatz der unterschiedlichen Zwangseinweisungsraten bezieht sich auf die psychiatrische Versorgungsstruktur der betroffenen Regionen. Bei BRUNS (1993) stand eine besonders verdünnte ambulante nervenärztliche Versorgung in ländlichen Regionen mit geringen Unterbringungszahlen in Zusammenhang. Die Unterschiedlichkeit stationärer Versorgungssysteme könnte erklären, warum es zwischen benachbarten Städten innerhalb ein und desselben Bundeslandes zum Teil erhebliche Differenzen der Zwangseinweisungsraten gab (z. B. Düsseldorf: 39, Köln: 157). Für die Landesklinik Köln hatten BERGENER et al. (1988) berichtet, dass Indikationen für Zwangseinweisungen von den einweisenden Behörden großzügig gestellt wurden, und vermehrt Personen mit sozial unangemessenem Verhalten betrafen. SPENGLER & BÖHME (1989) stellten fest, dass die von großen Fachkrankenhäusern versorgten Gebiete im Unterschied zur Versorgung in Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser höhere Unterbrin-

gungsraten und niedrigere Hospitalisierungsraten aufwiesen. FÄHNDRICH & EICHLER (1995) konnten nachweisen, dass der Anteil der Zwangseinweisungen von Bürgern aus Berlin-Neukölln mit der Übernahme der Versorgungsverpflichtung durch eine Fachabteilung von 29 % auf 13 % zurückging. Aus den dargestellten Befunden ergibt sich, dass die Häufigkeit von Zwangseinweisungen von der Erreichbarkeit psychiatrischer Hilfe, der Akzeptanz einer Versorgungseinrichtung und der Strenge der Indikationsstellung abhängt.

### 3.3 Häufigkeiten und Anlässe von Zwangsmaßnahmen

Untersuchungen über Zwangsmedikationen und Isolierungen liegen für den deutschsprachigen Raum fast ausschließlich aus der Schweiz vor, wo auf die Anwendung von Fixierungen vollständig verzichtet wird. SCHMIED und ERNST (1983) ließen in der Züricher Klinik Burghölzli für einen Zeitraum von drei Monaten alle Zwangsmaßnahmen dokumentieren. Die Zählung ergab, dass 10 % der aufgenommenen PatientInnen isoliert und 13 % zwangsmediziert worden waren. Beide Arten der Zwangsmaßnahme wurden zumeist in den ersten Tagen der Klinikbehandlung als Reaktion auf grob störendes, bedrohliches oder tätliches Verhalten der PatientInnen durchgeführt. Die Zwangsmaßnahmen betrafen überwiegend schizophrene und manische PatientInnen, aber auch akut alkoholisierte und chronisch hirnkranken Personen.

FINZEN et al. (1993) befragten in der Universitätsklinik Basel PatientInnen darüber, ob sie aktuell oder während einer früheren Behandlung eine Zwangsmedikation erhalten hatten. In einer Querschnittsuntersuchung von 199 stationär behandelten PatientInnen gaben 19 % an, während ihres aktuellen Klinikaufenthalts gegen ihren Willen medikamentös behandelt worden zu sein. Weitere 12 % berichteten Zwangsmedikationen bei Voraufenthalten. Die zwangsmedizierten PatientInnen litten häufiger an einer Schizophrenie, sie waren jünger und häufiger hospitalisiert als die anderen PatientInnen. Ein Großteil der von Zwangsmedikation betroffenen PatientInnen (63 %) war freiwillig in die Klinik gekommen. Für den Fall einer Medikamentenverweigerung waren 59 % der später zwangsbehandelten PatientInnen als Konsequenzen Ausgangssperren, Isolierungen oder Zwangsinjektionen angekündigt worden. Als Grund für die Medikamentenverweigerung gaben 37 % der von Zwangsmedikationen betroffenen PatientInnen an, sie hätten sich nicht krank gefühlt, 31 % fühlten sich vom Behandler unverstanden und 30 % schilderten Angst vor Nebenwirkungen. Die Zwangsmedikation erhielten 67 % der Betroffenen als Spritze, 56 % wurden während der Injektion festgehalten und 52 % wurden zusätzlich isoliert. Die Zwangsmaßnahmen hätten aus der Sicht von 76 % der Betroffenen vermieden werden können, entweder durch ein Gespräch mit dem Arzt oder einer Bezugs-

person, durch spazieren gehen, Entspannungsübungen oder andere Rückzugsmöglichkeiten.

In derselben Klinik wurden 1989 und 1992 Daten zur Isolierungspraxis erhoben (ROSENTHAL, HAUG, HOFFMANN-RICHTER & FINZEN 1994; BÉNAYAT-GUGGENBÜHLER, HAUG, FINZEN & HOFFMANN-RICHTER 1998). Zu beiden Erhebungszeitpunkten fanden etwa 25 Isolierungen pro Monat statt, überwiegend waren schizophrene PatientInnen betroffen. In beiden Untersuchungen wurden einem Drittel der PatientInnen anlässlich der Isolierung zusätzliche Medikamente verordnet. Reizabschirmung wurde in beiden Stichproben mit 42 % als häufigste Begründung angegeben. An zweiter Stelle folgte 1992 die Begründung »Tätlichkeiten« mit 38 % gegenüber 16 % in der Voruntersuchung. Die Isolierungen waren 1992 in 64 % der Fälle innerhalb von 24 Stunden beendet, 1989 waren nur 5 % kürzer als einen Tag.

In der Universitätsklinik Tübingen befassten sich LÄNGELE, KAISER, RENNER und WASCHULEWSKI (2000) kürzlich mit der Frage, ob eine veränderte Dokumentation zur Reduktion von Zwangsinjektionen führt. Je einen Monat vor und nach der Einführung eines gesonderten Dokumentationsblattes für Zwangsmedikationen sowie ein Jahr später wurden Aktenanalysen durchgeführt. Zu allen Messzeitpunkten waren PatientInnen mit einer Schizophrenie mit 63 %–74 % am häufigsten von Zwangsmedikationen betroffen. Vor Einführung der Dokumentation waren 12 % der aufgenommenen PatientInnen zwangsmediziert worden, kurz nach Einführung hatte sich der Anteil halbiert. Ein Jahr später war es bei einem Anteil von 7 % geblieben. Zur Anwendung kam in nahezu allen Fällen Haloperidol oder Lorazepam, in 69 % als kombinierte Gabe. Als Grund der als Notfall deklarierten Vorfälle wurde in 18 % entweder »Selbst- oder Fremdgefährdung« oder »Fluchtgefahr« angegeben, bei ca. 80 % wurde schlicht auf eine »Behandlungsbedürftigkeit bei Weigerung, die Medikamente einzunehmen« verwiesen.

Die Praxis der Fixierung wurde im deutschen Sprachraum von FRITZ, MACK und RAVE-SCHWANK (1991) erstmals untersucht. Die Autoren hatten im Psychiatrischen Krankenhaus Riedstadt über den Zeitraum eines Jahres Fixierungen dokumentiert, und im Hinblick auf Dauer und Gründe der Maßnahmen ausgewertet. Insgesamt waren 718 Fixierungen von 159 verschiedenen PatientInnen erfasst worden. Die fixierten PatientInnen stellten 7,8 % aller aufgenommenen Personen dar. Die angeordnete Fixierungsdauer reichte von einem Zeitraum von weniger als einer Stunde bis zu mehr als einer Woche. Nur die Hälfte der Fixierungen wurde während der regulären Dienstzeit der StationsärztInnen angeordnet. Die Auswertung der dokumentierten Fixierungsgründe ergab nur bei 40 % das Vorliegen eines aggressiven und gewalttätigen Verhaltens. In den übrigen Fällen waren ausgeprägte Bewegungsunruhen (überwiegend SuchtpatientInnen), medizinisch notwendige Behandlungen (überwiegend in der Gerontopsychiatrie),

autoaggressive Handlungen oder der eigene Wunsch der PatientInnen Anlass von Fixierungen gewesen. In der Diskussion erklärten FRITZ et al. (1991), dass die Mehrzahl der Fixierungen aufgrund drohenden fremdgefährdenden Verhaltens angeordnet wurden, bevor es zu gewaltsamen Handlungen kommen konnte. Als gewaltauslösende Faktoren hoben die Autoren Merkmale des Stationsmilieus hervor. Aufgrund des Aufnahmedrucks, der Überbelegung, einer Häufung schwer gestörter PatientInnen, schlechter personeller Besetzung und Diskontinuität der Behandler waren Fixierungen auf den Aufnahmestationen proportional häufiger. Die geschlossenen Stationen glichen nach Darstellung der Autoren zeitweise einem »Hexenkessel« mit einem explosiven Gewaltpotential.

Im Landeskrankenhaus Weissenau führten STEINERT, HACKENBRUCH und FAUST (1993) eine Untersuchung über die Anwendung von verschiedenen Zwangsmaßnahmen durch. Im Verlauf von 18 Wochen wurden 120 Isolierungen und 17 Fixierungen aus akutem Anlass sowie zehn Isolierungen und 19 Fixierungen aufgrund von ärztlichen Daueranordnungen registriert. In den letzteren Fällen hatten die ÄrztInnen offensichtlich Zwangsmaßnahmen schon vorsorglich für definierte Anlässe angeordnet und die Entscheidung im Einzelfall dem Pflegepersonal überlassen. Bei den akuten Maßnahmen lag als Grund der Anordnung in 39 % der Fälle eine manifeste Fremdgefährdung vor. Bei 20 % galt eine drohende Fremdgefährdung, bei 18 % eine Eigengefährdung und in 19% der Fälle ein störendes Verhalten ohne unmittelbare Selbst- oder Fremdgefährdung als Indikation für die Zwangsmaßnahmen. Die Maßnahmen der letztgenannten Kategorie wurden ausschließlich im Nachtdienst des Personals durchgeführt und verstießen offensichtlich gegen bestehende gesetzliche Regelungen.

Aus der offenen Herner Gemeindepsychiatrie berichtete PFANNKUCH (1997) ausgesprochen niedrige Häufigkeiten von Zwangsmaßnahmen. In den Jahren von 1990 bis 1995 wurden zwischen 0,5 % und 1,4 % der aufgenommenen PatientInnen fixiert und zwischen 0,8 % und 1,0 % erhielten eine Zwangsinjektion. Im Jahr 1995 wurde von 28 der 1300 aufgenommenen Personen (2,1 %) insgesamt 52-mal im weitesten Sinne Gewalt gegen Personen oder Sachen ausgeübt.

In der psychiatrischen Abteilung im Krankenhaus Neukölln untersuchten KLIMITZ, UHLEMANN und FÄHNDRICH (1997) in einer prospektiven Studie über einen Zeitraum von zehn Monaten alle Fixierungen und versuchten dabei, relevante Randbedingungen festzustellen. Bei den 148 Fixierungen von 67 PatientInnen (4,4 % aller aufgenommenen Personen) war der Anteil von Persönlichkeitsstörungen viermal so hoch und der von schizophrenen Erkrankungen doppelt so hoch wie bei den Gesamtaufnahmen der Abteilung. Die Fixierungen wurden zu 70 % wegen fremdgefährdenden Verhaltens angeordnet und dauerten in 81 % der Fälle weniger als zwei Stunden. Sie erfolgten zu 41 % in den ersten drei Aufnahmetagen, überwiegend in der Spätschicht des Pflegepersonals und außerhalb der regulären Dienstzeit der ÄrztInnen. Die klinisch plausiblen Vermutungen, dass

Fixierungen bei Unterbesetzung der Pflegeschicht oder bei angespannter Stationsatmosphäre häufiger würden, ließen sich nicht bestätigen. Weitere Zahlen zu Zwangsmaßnahmen in der Neuköllner Klinik veröffentlichte FÄHNDRICH (2000). Danach schwankte die Zahl der Fixierungen der Jahre 1996 bis 1999 zwischen 98 (3,2 % der Aufnahmen) und 250 (9,9 % der Aufnahmen).

Aus der Medizinischen Hochschule Hannover berichteten BASTIAAN, DEBUS und HALTERHOF (1998) von einer retrospektiven Einjahresstudie über Fixierungen auf den psychiatrischen Stationen. In den Kliniken erfolgten 81 % aller Aufnahmen freiwillig, 6 % nach Betreuungsrecht und 13 % nach PsychKG. Es stellte sich heraus, dass 6,5 % der aufgenommenen PatientInnen, das entsprach 52 Personen, insgesamt 120-mal fixiert worden waren. Hinsichtlich der Diagnosen waren Schizophrenien, organische Psychosen und Manien im Vergleich zu den Gesamtaufnahmen überrepräsentiert. Knapp 70 % der Betroffenen wurden nur einmal fixiert, maximal kam es bei einer Person zu 19 Fixierungen. Mehr als die Hälfte der erstmaligen Fixierungen erfolgten in den ersten vier Behandlungstagen. Die Fixierungsdauer betrug in 45 % der Fälle bis zu sechs Stunden, die längste Fixierung dauerte 82 Stunden. Bei fast drei Vierteln der Fixierungen wurden zusätzlich Medikamente verabreicht, meist gegen den Willen der Betroffenen. Tageszeitlich häuften sich Fixierungen am Nachmittag und in der ersten Nachthälfte. Die häufigsten Anlässe für Fixierungen waren psychomotorische Unruhe- und Erregungszustände (43 %), Tötlichkeiten gegenüber Personal (21 %) und verbal-aggressives Verhalten (21 %).

In einem Vergleich der Fixierungshäufigkeiten zwischen drei pflichtversorgenden psychiatrischen Kliniken, bei dem Daten aus dem Jahr 1998 zugrunde lagen, fielen vor allem Abweichungen hinsichtlich der Dauer von Fixierungen auf (KETELSEN, ZECHERT, KLIMITZ & RAUWALD 2001). Im Krankenhaus Neukölln wurden bei 2622 Behandlungsfällen 103 Fixierungen bei 53 Personen dokumentiert. Im Zentralkrankenhaus Bremen-Ost waren es bei 5802 Behandlungsfällen 254 Anordnungen bei 121 Personen. Die Psychiatrische Klinik Gilead in Bielefeld berichtete bei 4252 Aufnahmen 621 Anordnungen bei 120 Personen. Die Zahl der fixierten Personen bezogen auf die Aufnahmezahlen lag zwischen 2,0 % und 2,8 %. Mit 5,2 Fixierungsanordnungen je betroffener Person lag die Häufigkeit in Bielefeld mehr als doppelt so hoch als bei den beiden anderen Kliniken. In Berlin-Neukölln entfielen knapp die Hälfte aller Fixierungsanlässe auf Angriffe gegen MitarbeiterInnen, in Bremen 38 % und in Bielefeld nur 20 %. Demgegenüber wurde die Kategorie Selbstgefährdung in Bremen mit 40 % und in Bielefeld mit 29 % häufiger angegeben als in Berlin-Neukölln (15 %). Extrem deutlich unterschied sich die über das Jahr kumulierte Dauer der Fixierungen aller PatientInnen mit Spannweiten zwischen 158 Stunden (Berlin) und 6415 Stunden (Bielefeld). In Berlin waren 89 % aller Fixierungen nach längstens zwei Stunden beendet, in Bremen 55 % und in Bielefeld nur 1 %. Selbst unter Abzug der zwölf

problematischsten PatientInnen, auf die in Bielefeld 64 % aller Fixierungen mit einem zeitlichen Volumen von 4174 Stunden entfielen, waren die betroffenen PatientInnen in Bielefeld mit durchschnittlich 21 Stunden noch siebenmal länger fixiert als die fixierten PatientInnen in Berlin (drei Stunden) und zweieinhalb mal länger als in Bremen (acht Stunden). Bei der Diskussion der erheblich zwischen den Kliniken abweichenden Zahlen für die Fixierungsanordnungen und die Dauer der Fixierungen wurde die Hypothese aufgestellt, dass eine Begrenzung der höchstzulässigen Dauer der Anordnung und eine strenge Sitzwachenpflicht zu kürzeren Fixierungszeiten führen. Anzunehmen ist weiter, dass die Überprüfung der Fixierungen durch den Chefarzt und das Heterogenitätsprinzip bei der Belegung der Stationen zu einer Reduzierung der Zwangsmaßnahmen beiträgt.

Aus dem Zentrum für Psychiatrie Weißenau berichtete STEINERT (in Vorb.) für das Jahr 2001 insgesamt 2041 dokumentierte Zwangsmaßnahmen bei 465 Personen (15 % der Behandlungsfälle). Am häufigsten betroffen waren demente PatientInnen, die mit einem Bauchgurt wegen nächtlicher Sturz- und Verletzungsgefahr fixiert wurden. Bei den schizophren Erkrankten erfolgten bei jeder fünften Aufnahme Zwangsmaßnahmen, davon zu 44 % Fixierungen. Dokumentierter Anlass war bei dieser Personengruppe in 55 % der Fälle ein bedrohliches Verhalten, bei 30 % Tötlichkeiten gegen MitarbeiterInnen, bei 28 % Selbstgefährdungen, bei 21 % drohende Selbstbeschädigungen, bei 19 % Sachbeschädigungen und bei 11 % Selbstbeschädigungen (Mehrfachnennungen waren möglich).

Die weitgehende Vernachlässigung von Umgebungsfaktoren bei den vorliegenden Studien zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie erklärte STEINERT (2002) damit, dass personenbezogene Variablen leichter zu erheben und zu operationalisieren seien als Milieufaktoren. Studien in den USA ergaben, dass die Anwendung von Zwangsmaßnahmen mehr von der Einstellung und der persönlichen Werthaltung des Personals abhängen als von medizinischen Indikatoren (FISHER 1994). Als gewaltfördernd wurden insbesondere eine autoritäre Einstellung und ein starkes Abgrenzungsbedürfnis beim Personal, eine gesteigerte Empfindlichkeit in Konfliktsituationen, wenig Kommunikation im Team und »burn-out« Erscheinungen angesprochen (HALTENHOF 1997; SHAH et al. 1991). Empirisch belegte situative Entstehungsbedingungen gewalttätiger Eskalationen sind mangelnde Erfahrung des anwesenden Personals (JAMES, FINEBERG, SHAH & PRIEST 1990; RASMUSSEN & LEVANDER 1996) und Restriktionen bzw. Grenzsetzungen seitens der KlinikmitarbeiterInnen (BJORKLY 1999; HARRIS & VARNEY 1986; OWEN, TARANTELO, JONES & TENANT 1998; POWELL, CAAN & CROWE 1994). In mehreren Studien wurde festgestellt, dass die Schulung des Personals in Deeskalationstechniken zu einer Verminderung von Gewalt auf der Station führt (HUBSCHMID 1991; LEHMANN, PADILLA, CLARK & LOUCKS 1983; STIELS-GLENN 1996). Ob situative Bedingungen wie die Überbelegung von Stationen, ungenügende Per-

sonalbesetzung oder eine Konzentration schwer gestörter PatientInnen auf geschlossenen Stationen insgesamt vermehrt zu Zwangsmaßnahmen führen, bleibt nach bisherigem Erkenntnisstand noch offen.

### 3.4 Erleben von Zwangsmaßnahmen

In der erwähnten Studie von SCHMIED und ERNST (1984) wurden die von Zwangsmaßnahmen betroffenen PatientInnen am darauf folgenden Tag und 30 Tage nach dem Ereignis nach ihrer Meinung bezüglich der Maßnahme befragt. Die Isolierungen wurden von den Betroffenen insgesamt positiver beurteilt als die Zwangsinjektionen. Nur eine Minderheit der isolierten PatientInnen verurteilte die Maßnahme eindeutig, allerdings akzeptierten auch nur wenige diese Maßnahme uneingeschränkt. Nach den Gründen für die Anwendung der Isolierung befragt, gab eine Mehrzahl der männlichen Befragten »unklare« Antworten, während ein Großteil der betroffenen Frauen ihr eigenes Verhalten als Ursache für die Einsperrung angab. Die Zwangsinjektionen wurden einen Tag nach dem Ereignis von zwei Dritteln der PatientInnen abgelehnt. Zum zweiten Befragungszeitpunkt nahm die ablehnende Haltung noch deutlich zu. Die Zwangsmedikation wurde von Betroffenen als »perfide« erlebt, weil sie die PatientInnen über einen längeren Zeitraum »kampfunfähig« macht. ERNST (1988) wies darauf hin, dass eine Zwangsinjektion von den weiblichen Patientinnen auch deswegen als entwürdigend erlebt wurde, weil ihnen dabei häufig die Kleider vom Leib gerissen wurden, um das Gesäß für die Injektion frei zu machen. Ein solches Vorgehen näherte sich in ihrem Erleben einer Vergewaltigung.

Auch in der Untersuchung von FINZEN et al. (1993) hatten die Betroffenen eine Zwangsinjektion überwiegend negativ erlebt, 39 % als schwere Demütigung und 31 % sogar als Strafe. Im Nachhinein beurteilten 44 % die Maßnahme als sinnlos, 33 % als kurzfristig schrecklich, aber erleichternd und 18 % als nötig. Im Rahmen einer zweiten Studie zum Erleben von Zwangsmedikationen, die als prospektive Untersuchung angelegt war, wurden nach der Entlassung Interviews mit betroffenen PatientInnen, ÄrztInnen und pflegerischen MitarbeiterInnen geführt. Von 62 PatientInnen, die insgesamt 121 Zwangsinjektionen erlebt hatten, konnten noch 30 befragt werden. Die Interviews mit den PatientInnen wurden halbstrukturiert geführt, wodurch eine quantitative sowie eine qualitative Analyse möglich wurde. Zum Grund für die Zwangsmedikation meinten elf der Betroffenen, man habe sie beruhigen, betäuben oder entmachten wollen. Neun PatientInnen berichteten, man habe etwas gegen sie gehabt, man wollte sie töten oder vergiften. Ein Drittel der PatientInnen konnte sich nicht erinnern und nur sechs sahen den Grund darin, dass sie verwirrt, aufgeregt oder nervös waren, unter Stimmen und Bildern litten. Dennoch gaben mehr als 40 % der Befragten an, die

Zwangsmedikation sei nötig oder hilfreich gewesen, ein Drittel erlebte sie als demütigend, ein Fünftel als sinnlos und ein Achtel als Strafe. Die Arbeitsgruppe von Finzen befragte auch die beteiligten MitarbeiterInnen zu ihrem Erleben der Zwangsmaßnahmen. Die überwiegende Mehrheit der MitarbeiterInnen empfand die Zwangsmaßnahmen als nicht vermeidbar. Ihr eigenes Erleben während der Zwangsmaßnahme wurde von einem Drittel der Professionellen als nervös oder gestresst beschrieben und von einem weiteren Drittel als mühsam, unangenehm oder schrecklich. Gleichzeitig gab die Hälfte der MitarbeiterInnen an, die Entscheidung sei leicht gefallen und nicht als schlimm erlebt worden, da die Indikation zur Zwangsmaßnahme eindeutig gewesen sei.

NABER, KIRCHER und HESSEL (1996) führten im Universitätsklinikum München eine Befragung von 40 PatientInnen durch, die entweder eine Fixierung oder eine Zwangsmedizierung erlebt hatten. Die Befragung erfolgte in Form eines semistrukturierten Interviews zwei bis fünf Tage vor der Entlassung. Angst und Hilflosigkeit waren die häufigsten Reaktionen auf Zwangsmaßnahmen, Fixierungen wurden als schlimmer empfunden als Zwangsmedikationen. Zwölf PatientInnen konnten sich teilweise nicht an die Zwangsmaßnahmen erinnern, insbesondere nicht an Zeiträume von mehreren Stunden bis drei Tagen davor und danach. Insgesamt beurteilten die Betroffenen die Zwangsmaßnahmen zu 48 % als notwendig, 30 % waren indifferent und 23 % negativ eingestellt. Nur PatientInnen mit Krankheitseinsicht konnten die Zwangsmaßnahmen akzeptieren. Als Gründe für die Behandlungsverweigerung wurde Unangemessenheit der Maßnahme (58 %), negative Vorerfahrungen mit Neuroleptika (47 %) und allgemeines Misstrauen gegen das Versorgungssystem genannt.

Bei einer Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrieerfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung (PEECK, VON SECKENDORFF & HEINECKE 1995) ergab sich, dass 10 % der Befragten über Fixierungen oder Zwangsmedikationen berichteten. Klagen bezogen sich auf autoritäres oder teilnahmsloses Personal und auf Überheblichkeit statt Einfühlungsvermögen. Fixierung, Zwangsmedikationen, Isolierungen und Prügel ließen nach Ansicht der Autoren fast überall auf eine demütigende Behandlung der PatientInnen schließen. Auf die Frage, wie die Qualität in der Psychiatrie verbessert werden könne, antworteten die meisten Betroffenen mit dem Wunsch, als Person ernst genommen zu werden.

Studien aus den USA zum Erleben von Zwangsmaßnahmen ergaben ein ähnliches Bild. WADESON und CARPENTER (1976, zitiert nach FISHER 1994) ließen 62 PatientInnen einer Klinik mit einer Isolierate von 66 % Bilder zu ihrer Behandlungserfahrung malen. Ein Drittel der PatientInnen wählte die Situation der Isolierung. Die Bilder enthüllten negative Gefühle (Furcht, Entfremdung, Feindseligkeit, Vergeltung, Schuld, Paranoia, Bitterkeit) ebenso wie sadomasochistische Konflikte. BINDER und MCCOY (1983, zitiert nach FISHER 1994) führten halb-

strukturierte Interviews mit 24 zuvor isolierten PatientInnen durch und stellten fest, dass mehr als die Hälfte der Befragten »falsche« Ideen über den Anlass der Isolierung äußerten, und nichts Gutes an dieser Schutzmaßnahme finden konnten. HARRIS, RICE und PRESTON (1989) benutzten Illustrationen verschiedener Zwangsmaßnahmen, um bei einer Befragung in einer forensischen Klinik die relative Rangfolge der subjektiven Belastung zu ermitteln. Betroffene und Professionelle kamen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass eine Fixierung den größten Eingriff darstellt, in absteigender Intensität gefolgt von Isolierung, Zwangsinjektion, Wegnahme der Kleidung, oraler Medikation und Festhalten. GREENBERG, MOORE und HERRON (1995) befragten nach der Entlassung 30 PatientInnen, die während eines stationären Aufenthalts gegen ihren Willen mediziert worden waren. Für 40 % war die Maßnahme ärgerlich, 33 % fühlten sich hilflos, 23 % ängstlich, 17 % fühlten sich vergewaltigt und 13 % beschämt. Für 23 % war die Medikamentengabe eine Erleichterung und 60 % erklärten sich im Nachhinein damit einverstanden. Mehr als die Hälfte der Befragten begründeten ihre Medikamentenverweigerung mit Angst vor Nebenwirkungen und 53 % berichtete eine bessere Compliance nach Abschluss der Behandlung. Bei SAGDUYU, HORNSTRA, MUNRO und BRUCE-WOLFE (1995) wurden PatientInnen, die eine Fixierung oder eine Isolierung erlebt hatten, innerhalb von zwei Tagen nach der Zwangsmaßnahme befragt. Die meisten Betroffenen äußerten eine negative Einstellung gegen beteiligte MitarbeiterInnen und teilten deren Einschätzung der Intensität auslösender Bedrohungssituationen nicht. Positive Aspekte der Zwangsmaßnahmen sahen nur 40 % der isolierten und 20 % der fixierten PatientInnen. JOHNSON (1998) erfasste das subjektive Erleben von zehn PatientInnen, die mit Ledergurten fixiert worden waren. Den Maßnahmen waren oft Konflikte um Stationsregeln und von den PatientInnen nicht nachvollziehbare Grenzsetzungen durch das Personal vorangegangen. Die Fixierungssituation erzeugte bei den Befragten Hilflosigkeit und Angst. Die Absonderung von anderen, der Kontaktabbruch zum Personal und die eigene Machtlosigkeit waren für einige Betroffene schwer zu ertragen.

### 3.5 Behandlungszufriedenheit bei unfreiwilligen PatientInnen

Vergleichende Studien, in denen die Zufriedenheitsurteile gerichtlich untergebrachter und freiwilliger PatientInnen nach Abschluss der Behandlung erhoben wurden, kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Aus methodischer Sicht war bei den retrospektiven Untersuchungen problematisch, dass die Zufriedenheitsurteile aus der Erinnerung abgerufen wurden, und unklar blieb, wie die Befragten sich während der Zwangsunterbringung oder nach zusätzlichen Zwangsmaßnahmen gefühlt haben. Die amerikanischen Autoren Spensley, Edwards und

WHITE (1980) fanden zwischen 35 untergebrachten und 14 freiwilligen PatientInnen einen Monat nach Entlassung keine signifikanten Unterschiede in der Bewertung der Behandlungsqualität. HANSSON (1989) befragte in Schweden retrospektiv einen ganzen Behandlungsjahrgang zur Behandlungszufriedenheit und stellte fest, dass zwangsweise Untergebrachte deutlich weniger zufrieden waren als freiwillige PatientInnen. Bei SVENSSON und HANSSON (1994) waren unfreiwillig behandelte schizophrene PatientInnen mit höheren Werten in den Persönlichkeitsdimensionen »Aggressivität« und »Nonkonformismus« eine Risikogruppe für Unzufriedenheit mit der Behandlung. ADAMS und HAFNER (1991) kamen in Australien bei einer Befragung von 79 gesetzlich betreuten PatientInnen zu dem Ergebnis, dass 60 % der zwangsweise behandelten PatientInnen im Nachhinein die Behandlung als hilfreich erlebten, obwohl 70 % von ihnen eine Behandlung gegen ihren Willen grundsätzlich ablehnten. Unfreiwillig behandelte dänische PatientInnen, die von SIMONSEN (1992) bei Entlassung befragt wurden, wovon sie in der Klinik profitierten, nannten besonders häufig das Essen, Sozialkontakte und Verbesserung der Wohnsituation. VARTIAINEN, VOURIO, HALONEN und HAKOLA (1995) stellten bei derselben Fragestellung in Finnland fest, dass Freiheiten, Interaktionen, Bezugsbetreuung und auch die medikamentöse Behandlung als sehr hilfreich erlebt wurden. Nach WESTRIN (1997) bestand in Schweden bei 100 untergebrachten im Vergleich zu 99 freiwilligen PatientInnen eine erheblich größere Unzufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung. In der US-amerikanischen Studie von CASCARDI und POYTHRESS (1997) trugen der Rechtsstatus, das Unterbringungsverfahren, die Durchführung zusätzlicher Zwangsmaßnahmen und negativer Druck von Angehörigen entscheidend zum negativen Erleben der Unterbringung bei, während die Psychopathologie davon unabhängig war. CALLAN und LITTLEWOOD (1998) fanden in Großbritannien, dass die Einschätzung der Behandlungsqualität durch zwangsweise behandelte PatientInnen in engem Zusammenhang mit der Krankheitseinsicht und der Übereinstimmung mit dem Krankheitskonzept des Behandlers steht.

In der Universitätsklinik Tübingen führte RENNER (1998) retrospektive Befragungen mit PatientInnen durch, die zwischen 1992 und 1996 gerichtlich untergebracht waren. Von 109 PatientInnen, die in die Untersuchung aufgenommen wurden, nahmen letztendlich 47 an einem semistrukturierten Interview teil. Etwa die Hälfte der Befragten betrachtete die Unterbringung rückblickend als zum damaligen Zeitpunkt notwendig. Trotzdem gaben fast zwei Drittel an, sie hätten die Unterbringung als ungerechtfertigten Eingriff in ihre persönlichen Rechte bzw. als Zwangsmaßnahme gegen ihren ausgesprochenen Willen erlebt. Für nur knapp 20 % war die Unterbringung eine Erleichterung, weil ihnen die Entscheidung abgenommen wurde. Über zwei Drittel der Befragten waren rückblickend der Meinung, die richterliche Unterbringung wäre irgendwie vermeidbar gewesen. Als besondere Belastungen wurden in absteigender Häufigkeit das

Eingesperrtsein auf einer geschlossenen Station, die Medikamenteneinwirkungen und Nebenwirkungen, die Beziehungsgestaltung von Seiten der KlinikmitarbeiterInnen und zu Mitpatienten und das Erleben von Zwangsmaßnahmen genannt. Etwa die Hälfte der PatientInnen gab an, während der Behandlung zwangsmedizinisiert worden zu sein, drei Personen (6 %) berichteten von einer Fixierung. Die Gruppe der zwangsbehandelten PatientInnen zeigte im Vergleich zu den Nicht-Zwangsbehandelten eine geringere Akzeptanz der Unterbringung, eine geringere Behandlungszufriedenheit und eine geringere Bereitschaft, im Falle einer erneuten Erkrankung die Klinik freiwillig aufzusuchen.

Eine Reihe von Untersuchungen hat sich mit der Frage beschäftigt, inwieweit sich die Einstellung zwangsweise untergebrachter PatientInnen im Laufe der stationären Behandlung verändert. In eine älteren Studie fanden KANE et al. (1983) bei zwangsuntergebrachten PatientInnen zwischen dem Zeitpunkt kurz nach Aufnahme und bei Entlassung eine signifikante Änderung der Einstellung in Richtung auf eine Akzeptanz der Unterbringung. SPENCE, GOLDNEY und COSTAIN (1988) berichteten, dass bereits zwei Wochen nach der Aufnahme keine Unterschiede der Behandlungszufriedenheit mehr zwischen freiwilligen und unfreiwilligen PatientInnen festzustellen waren. Bei BECK und GOLOWKA (1988) akzeptierten nur 15 der 60 befragten Personen bei Entlassung die erfolgte Unterbringungsmaßnahme. Die Akzeptanz korrespondierte mit einer schizophrenen Erkrankung, einem guten Behandlungserfolg und jüngerem Lebensalter.

ULLRICH, ULMAR und STARINSKI (1995) untersuchten in der Landesklinik Nord-schwarzwald den Einstellungswandel schizophrener PatientInnen in Bezug auf Krankheitseinsicht, Krankheitsmodell und Therapieerwartung. Bei 28 untergebrachten und 31 freiwillig behandelten PatientInnen wurden zwei strukturierte Interviews geführt, das erste kurz nach der Aufnahme und das zweite gegen Ende der stationären Behandlung. Bei der ersten Befragung zeigten nur 18 % der Zwangseingewiesenen Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit (Kontrollgruppe: 68 %). Das Medikamentenvertrauen war gering, und als Erklärungsmodell favorisierten die unfreiwilligen PatientInnen medizinisch-somatische und metaphysische Aspekte. Bei den freiwillig behandelten PatientInnen fanden das medizinisch-psychologische und das psychosoziale Krankheitsmodell mehr Zustimmung. Zum Entlassungszeitpunkt ließ sich bei den untergebrachten PatientInnen ein Einstellungswandel in allen Bereichen, außer für das Krankheitsmodell feststellen. Am Ende der Behandlung stimmten 61 % dieser Gruppe der Frage nach Behandlungsbedürftigkeit überwiegend oder voll zu. Obwohl eine deutliche Zunahme der positiven Erwartung an Medikamente, Arzt und Klinik zu verzeichnen war, hatten zwangsweise untergebrachte PatientInnen im Vergleich zu freiwillig behandelten größere Zweifel an der ärztlichen Kompetenz aufrechterhalten. PatientInnen, die während des Aufenthalts den Rechtsstatus gewechselt hatten, wiesen im Vergleich zu den durchgängig Untergebrachten eine größere Zustimmung in den Skalen »Krankheitsgefühl

bei Aufnahmen«, »Belastung für andere«, »Berechtigung der Unterbringungsmaßnahme« und »Medikamentenvertrauen« auf.

SMOLKA, KLIMITZ, SCHEURING und FÄHNDRICH (1997) verglichen in der psychiatrischen Abteilung im Krankenhaus Neukölln mit einem ähnlichen Studiendesign 36 PatientInnen, die im Laufe eines halben Jahres Zwangsmaßnahmen erlitten hatten, mit einer Kontrollgruppe. Die gerichtlich untergebrachten PatientInnen erlebten sich sowohl zum Aufnahme- als auch zum Entlassungszeitpunkt in einem wesentlich geringeren Maße als psychisch krank, und waren weniger zufrieden mit der Behandlung als PatientInnen der Kontrollgruppe. Am Ende der Behandlung schätzten sich alle PatientInnen rückblickend als deutlich kränker und gefährdeter ein als zu Beginn. Dabei erreichten die untergebrachten PatientInnen allerdings noch nicht einmal das Ausgangsniveau der freiwilligen PatientInnen. Vor der Entlassung bewerteten die Untergebrachten die Behandlung positiver als anfangs, abgesehen von der Zufriedenheit mit dem Arzt, die gering blieb. Mehr als 50 % der gerichtlich Untergebrachten waren zusätzlich gegen ihren Willen mediziert oder fixiert worden. Ein beachtlicher Anteil dieser Untergruppe (42 %) verleugnete dieses Erlebnis im zweiten Interview. Zwangsmaßnahmen, inklusive gerichtliche Unterbringung, wurden von der Untersuchungsgruppe überwiegend abgelehnt. Im Verlauf des stationären Aufenthalts verstärkte sich die ablehnende Haltung noch. Wie bereits in der Studie von ULLRICH et al. (1995) berichtete die Mehrzahl der gerichtlich untergebrachten PatientInnen trotz der erlebten Einschränkungen am Ende der Behandlung eine Verbesserung der seelischen Gesundheit.

### 3.6 Behandlungserfolge bei gerichtlichen Unterbringungen

Die Effektivität psychiatrischer Behandlung gegen den Willen der Betroffenen ist bislang nur ansatzweise untersucht. Erfolgskriterien wechselten von Studie zu Studie, meist lagen keine expliziten Kontrollbedingungen vor.

Mehrere internationale Studien beschäftigten sich mit dem Behandlungserfolg bei ursprünglich untergebrachten PatientInnen, die im Laufe der Behandlung den Rechtsstatus wechselten. CUFFEL (1992) stellte in einer prospektiven Studie fest, dass in den ersten Behandlungstagen eher PatientInnen mit schweren Erkrankungen und rascher Besserung zur Erklärung der Freiwilligkeit bereit waren, während später die Wohnsituation und familiäre Unterstützung bedeutsamer wurden. NICHOLSON (1988) kam zu dem Ergebnis, dass nicht weiter Untergebrachte im Vergleich zu durchgängig gegen ihren Willen Behandelten mehr von der Behandlung profitierten und dabei kürzere Verweildauern aufwiesen. Im Vergleich waren die Rechtsstatuswechsler jünger, besser gebildet, eher erwerbstätig und weniger psychotisch. In der Studie von ULLRICH et al. (1995) unterschieden sich

die PatientInnen, die den Rechtsstatus wechselten von den bis zur Entlassung Untergebrachten durch eine größere Zustimmung in den Skalen »Krankheitsgefühl bei Aufnahmen«, »Belastung für andere«, »Berechtigung der Unterbringungsmaßnahme« und »Medikamentenvertrauen«.

Zur Einschätzung der längerfristigen Effektivität gerichtlicher Unterbringungen rekonstruierten McEvoy et al. (1989) den Krankheitsverlauf für insgesamt 52 schizophrene PatientInnen, von denen 24 unfreiwillig behandelt worden waren. Die untergebrachten PatientInnen blieben im Verlauf von drei Jahren schwerer krank, weniger krankheitseinsichtig und weniger behandlungsbereit als die freiwilligen PatientInnen. Sie erlebten im Langzeitverlauf auch mehr Wiederaufnahmen. ISOHANNI und NIEMINEN (1990) verglichen die Behandlungsergebnisse von 838 PatientInnen zehn Jahre nach der stationären Behandlung und fanden keine Unterschiede zwischen ursprünglich freiwilligen und unfreiwilligen PatientInnen. COURNOS, MCKINNON und STANLEY (1991) untersuchten die Behandlungserfolge bei 51 PatientInnen mit Zwangsmedikationen, und stellten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ein Jahr nach dem Ereignis keine Unterschiede in der Weiterbehandlung und der Rehospitalisierung fest. Von den mittlerweile entlassenen PatientInnen nahmen 30 Prozent der Untersuchungsgruppe und 40 Prozent der Kontrollgruppe weiter Medikamente. MCFARLAND, BRUNETTE, STEKETEE und FAULKNER (1993) stellten Erkundigungen über 72 Personen an, die sechs Jahre zuvor unter der Diagnose einer Schizophrenie unfreiwillig behandelt worden waren. Die Wiederaufnahmerate lag für diese Gruppe bei 28 %, in ambulanter psychiatrischer Behandlung befanden sich noch 39 %, und 12 % der PatientInnen waren inzwischen verstorben. Die Todesrate unfreiwillig behandelter PatientInnen war nach ENGBERG (1994) ein Jahr nach Entlassung etwa fünfmal höher als in der Normalbevölkerung. Risikopatienten für Suizide waren Männer über 35 Jahren, die nicht unter einer Psychose litten, wegen Selbstgefährdung eingewiesen worden waren und nach kurzer Zeit die Behandlung abbrachen. MONAHAN et al. (1995) fanden nur geringe Korrelationen zwischen erlebtem Zwang und Rechtsstatus. Erlebter Zwang während einer stationären Behandlung führte in Abhängigkeit von Persönlichkeit und Lebenserfahrung der Betroffenen zu Entfremdung, Angst und Depression. In der Untersuchung von NICHOLSON, EKENSTAM und NORWOOD (1996) hatte die Anwendung von Zwang bei Aufnahme keinen Einfluss auf das spätere Behandlungsergebnis. KJELLIN et al. (1997) sahen einen Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und dem Erleben einer respektvollen Behandlung.

In einem Cochrane-Review zur Wirksamkeit von Isolierung und Fixierung (SAILAS & FENTON 2002) wurden insgesamt 2155 relevante Zitate gefunden, die diese Themen berührten. Darunter waren nur 24 empirische Untersuchungen, meist zu Zwangsmaßnahmen in geriatrischen Einrichtungen. Keine einzige Studie erfüllte die minimalen Einschlusskriterien der Evidence Based Medicine.

Angesichts dieser Datenlage kam STEINERT (in Vorb.) zu dem Schluss, dass Fixierung und Isolierung keine Zulassung erhielten, wenn es sich dabei um neu einzuführende Behandlungsmethoden handeln würde. Bereits 1991 wurde bei einer Konferenz in London festgestellt, dass Zwangsmaßnahmen als therapeutisches Mittel abzulehnen sind und daher nie therapeutisch gebraucht werden sollten (VRIJLAND 1997). Die verbreitete Anwendung von Zwangsmaßnahmen spricht hingegen dafür, dass in vielen psychiatrischen Problemsituationen nicht vollständig auf die Anwendung von Gewaltmitteln verzichtet werden kann (FISHER 1994).

## 4 Sinn: Erklärungsansätze und Handlungsmöglichkeiten

Das in der Vergangenheit von Gerichten und Psychiatern gerne angeführte Stereotyp des »gemeingefährlichen Geisteskranken« hat lange Zeit dazu beigetragen, dass die Frage nach der theoretischen Begründung von Zwangseinweisungen erst gar nicht gestellt wurde. Die Gewaltanwendung gegen psychisch Kranke wurde durch drei Mechanismen legitimiert: die Wahrnehmung psychisch Kranker als Gefahr für die öffentliche Sicherheit, die Einhaltung eines legitimen Verfahrens und die Verbindung der Unterbringung mit einer Maßnahme der Hilfe. Ein erster Schritt, Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen, besteht in der Anerkennung der Tatsache, dass die psychiatrisch Tätigen unter rechtsstaatlichen Bedingungen eine gesellschaftlich legitimierte Gewalt ausüben. Es ist wichtig zu verstehen, dass es sich bei Zwang und Gewalt um kommunikative Prozesse handelt, die auf beiden Seiten durchaus traumatische Folgen haben oder frühere Traumata wiederbeleben. Die einseitige Stellungnahme eines medizinischen Modells, nach dem in einer Psychose die innere Freiheit der erkrankten Person verloren gehe, so dass die Zwangsmaßnahmen geradezu eine Konsequenz der Krankheit seien, blendet die Sichtweise der Betroffenen vollständig aus und fördert somit Gewalt in der Psychiatrie. Kein Wunder, dass die Kritik an der Psychiatrie vor allem am medizinischen Krankheitsmodell angesetzt hat. Eine noch relativ neue und noch nicht allzu weit verbreitete Entwicklung in der Psychiatrie ist die Gestaltung eines Dialogs zwischen Professionellen, Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen. »Verhandeln statt Behandeln« könnte der Leitsatz einer gewaltarmen Psychiatrie lauten (BOCK 1997). Gemeinsam leiden die dialogischen Partner an dem negativen Bild der psychischen Krankheit und der Psychiatrie in der Öffentlichkeit, das vor allem für die Erkrankten stigmatisierend wirkt, und diese möglicherweise von einer Akzeptanz der Krankheit und einer angemessenen Behandlung fern hält. Unter ethischen Gesichtspunkten lassen sich vor allem subjektorientierte Abwägungen überzeugend vertreten. Absolute moralische Standpunkte, die eine Einbeziehung der jeweilige Sicht des anderen ausschließen, sind hingegen gewaltfördernd. Ebenso wirkt sich die bisherige Vernachlässigung von Zwangsmaßnahmen als zentraler Aspekt von Qualitätssicherung in der Psychiatrie aus.

## 4.1 Ordnungsmacht Psychiatrie

Unbestreitbar hat die Psychiatrie auch heute eine gesellschaftliche Ordnungsfunktion. Diese Funktion wird ihr von den bestehenden Unterbringungsgesetzen zugeschrieben. Was in der Psychiatrie mit unfreiwillig behandelten PatientInnen geschieht, ist deshalb immer auch Ausdruck und Konsequenz des gesellschaftlichen Auftrags (WIENBERG 1997). Entsprechend hat GOFFMAN (1961/1973) die Angehörigen, Nachbarn, Polizisten und Richter als die wahren Klienten der Psychiatrie bezeichnet. Die Anerkennung der Doppelfunktion der Psychiatrie als therapeutische Institution und als Ordnungsmacht darf nach WIENBERG (1997) nicht dazu führen, dass Zwang und Gewalt als Therapie ausgegeben werden. Therapie setzt voraus, dass die betreffende Person selbst ein Ziel formuliert, zu dessen Erreichen sie die Hilfe eines anderen in Anspruch nehmen möchte (ROTT-HAUS 1996).

Der psychisch kranke Mensch verletzt, aus welchen Gründen auch immer, zwischenmenschliche Regeln seiner sozialen Gemeinschaft. In der Systemtheorie von LUHMANN (1973) dienen Regeln der Strukturierung und Bewältigung einer ständig komplexer werdenden Lebenswelt. In jedem regelgesteuerten System bilden sich Meta-Regeln, wie das Nichtbefolgen von Regeln geahndet wird. Anders als ein Straftäter durchbricht ein psychisch Kranker nicht einfach eine gesellschaftliche Regel, sondern vor allem das Vertrauen, dass bestimmte Menschen bestimmte Regeln einhalten (SIMON 1982). Wo das Vertrauen als Mechanismus zur Reduktion von Komplexität versagt, bietet sich die Möglichkeit, mit Hilfe von Machtausübung eine analoge Wirkung zu erreichen. Nach DÖRNER und PLOG (1984) ist eine psychische Störung als Lösungsversuch eines Lebensproblems deswegen problematisch, weil diese Lösung Gewalttätigkeit gegen sich oder andere beinhaltet. »Dem entsprechen die Gewalt-Anteile psychiatrischen Handelns. Nur wenn wir die Gewalt auf allen Seiten nicht leugnen, können wir verhindern, dass sie missbraucht wird« (S. 10).

Gewaltausübung und Ausgrenzung gibt es im Umgang mit psychisch Kranken auch außerhalb des psychiatrischen Kontextes. WIENBERG (1997) betrachtet als Vorteil institutionell legitimerter und normierter Gewaltausübung, dass Gewalt gegen psychisch Kranke aus dem »Dunkel des Privaten und Subkulturellen« heraus in einen potentiell transparenten und kontrollierbaren öffentlichen Raum geholt wird. Solange die Ausgliederung störend andersartiger Menschen zu den Meta-Regeln unserer Gemeinschaft gehört, besteht nach KNOLL (1985) der gesellschaftliche Auftrag der Psychiatrie in stellvertretenden Normalisierungsbemühungen, insbesondere durch das Zwingen in eine »Wieder-Regelhaftigkeit«. Für WIENBERG (1997) ist die gewaltfreie Psychiatrie schon deshalb eine Fiktion, weil sie bestimmte gesellschaftliche Aufträge zurückgeben müsste, um diesem Anspruch gerecht zu werden. Dann müssten und würden wohl andere Instituti-

onen diesen Auftrag übernehmen. Da zum psychiatrischen Handeln unabwendbar auch Gewaltanteile gehören, könne man diesem Dilemma auch nicht entgehen, indem man schlicht nicht handelt. Das Unterlassen einer Zwangsmaßnahme kann auch Gewalt bedeuten und Schaden zufügen, im Falle eines Suizids sogar einen nicht wiedergutzumachenden.

MAX WEBER (1980) definierte Macht als die Chance, »innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel, worauf diese Chance beruht« (S. 28). Als Soziologe beschäftigte sich Weber mit dem Phänomen der Herrschaft, welche er als wichtigste Konkretisierung von Macht betrachtete. Der moderne Rechtsstaat beanspruche für sich die Hoheit über gesellschaftliche Gewalt und regle die Gewaltverhältnisse. Gewaltverhältnisse kennzeichnen sich durch die Asymmetrie der Gewaltressourcen, also durch eine ungleiche Verteilung von Macht.

LUHMANN (1975) beschrieb Macht als einen kommunikativen Vorgang, der zur Reduktion einer prinzipiell unbegrenzten und damit unbewältigbaren Komplexität von Informationen dient. Innerhalb eines größeren Ganzen erhöhe ein Machtgefälle zwischen Zellen oder Subsystemen die Wahrscheinlichkeit der Annahme einer Reaktionsmöglichkeit. Die Ausübung der Macht bezeichnete Luhmann als Gewalt, was bedeute, dass die alternative Wahl des schwächeren Teils unterdrückt oder bestraft werde. Der Einsatz von Gewalt stelle den Konsens innerhalb eines Systems und damit die Legitimität der Macht in Frage. Die Konstellation, in der die Wahlmöglichkeit eines Subsystems durch Gewalt auf Null reduziert wird, nennt Luhmann Zwang. Das Erleben von Zwang ist auf der Seite des Bezwungenen mit dem Gefühl der Ohnmacht verbunden.

Für Hannah Arendt waren Macht und Gewalt Gegensätze: »Wo die eine absolut herrscht, ist die andere nicht vorhanden. Gewalt tritt auf den Plan, wo Macht nicht vorhanden ist« (zitiert nach WIENBERG, 1997, S.15). Macht wird hier als Kontrolle und Gewalt als Kontrollverlust verstanden. Tatsächlich reduzieren sich auch für den Machthabenden die vorhandenen Wahlmöglichkeiten, wenn er Gewalt oder Zwang anwendet. Eine Gewalttat geschieht häufig als Fortsetzung der Kommunikation mit anderen Mitteln, um die durch die Kommunikation nicht erreichten Anliegen zu erzwingen (RAUWALD & RUPP, in Vorb.).

Entsprechend der Meta-Regel, dass körperliche Gewalt zur Konfliktlösung unangemessen ist, entstand eine Diskussion darüber, ob die Psychiatrie »gewalttätig« genannt werden sollte. Gewalt ist in der deutschen Sprache ein vielschichtiger Begriff, der etymologisch mit Alleinherrschaft, Grundbesitz, Reichtum, Kraft, Fähigkeit und Können in Verbindung gebracht wird (PLOG 1998). In den Diskussionen um öffentliche Gewalt und Gewaltfreiheit vermischten sich immer wieder zwei Bedeutungsebenen, einerseits die hoheitliche Gewalt (podestas), andererseits die schädigende Gewalt (violentia). Das Reichsgericht definierte 1885 Gewalt als »Einwirkung auf den Körper eines anderen, die schädigende oder

schmerzhafte Wirkung hat« (zitiert nach WESEL 1989; S. 8). Zugleich wurde festgestellt, dass nicht nur der unmittelbare körperliche Zugriff als Gewalt zu werten war. Schon das Einschließen in einen Raum erfüllt im juristischen Sinn den Tatbestand der Nötigung. Im Gegensatz dazu sah man in einer bloßen Einwirkung auf den Willen noch keine Gewalt.

Psychiatrisch Tätige bevorzugen für ihre Form der Gewaltausübung den Begriff des Zwangs, während Aggressionen der PatientInnen als Gewalt bezeichnet werden. WIENBERG (1997) stellte fest, dass die Psychiatrie keine Gewalt im eigentlichen Sinne ausübe, weil die Schädigung und Beherrschung von PatientInnen bei Zwangsmaßnahmen nicht beabsichtigt sei. Zwang werde vielmehr ausschließlich im Interesse des Betroffenen und zu seinem Besten angewendet, wobei die erklärte Absicht sei, Schaden abzuwenden und Selbstbestimmung bzw. Selbstverfügbarkeit zu stärken. Dabei beruft er sich auf die Definition des Brockhaus, wo es heißt, Gewalt sei ein »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« (WIENBERG 1997, S.14). Um nicht der Gefahr einer Bagatellisierung zu erliegen, entschloss sich Wienberg dennoch, weiter den Gewaltbegriff für Zwangsmaßnahmen zu verwenden.

Eine Ausweitung erfuhr der Gewaltbegriff im psychiatrischen Kontext durch die typologische Unterscheidung zwischen personellen, strukturellen und kulturellen Gewaltfaktoren (GALTUNG 1993; HIRSCH & VOLLHARDT 2001). Personelle Gewalt umfasst neben physisch schädigenden Handlungen (z. B. Einsperren, Fesseln, Zwangsmedizieren, Überdosieren) auch psychisch schädigende Handlungen oder Unterlassungen (z. B. Bedrohen, Ausbeuten, Kränken, Vernachlässigen, sozial Isolieren). Als Beispiele für strukturelle Gewalt gegen psychisch Kranke in psychiatrischen Einrichtungen werden mangelnde Personalausstattung, mangelhafte Qualifizierung des Personals, unzureichende Kontrollinstanzen, Mangel an Supervision, Überbetonen des Sicherheitsbedürfnisses und unnötige Einrichtung von Betreuungen genannt. Mit kultureller Gewalt sind abwertende und schädigende Strukturen in Sprache, Ideologie und Glaubenssystemen gemeint (z. B. Ungleichheit psychisch und körperlich Kranker, Vorurteile gegen psychisch Kranke, Akzeptanz von Gewalt, Sendungsbewusstsein der Professionellen). Aus diesem Verständnis heraus definierte GALTUNG (1993) Gewalt umfassend als eine vermeidbare Beeinträchtigung von grundlegenden menschlichen Bedürfnissen (Wohlbefinden, Überleben, persönliche Identität und Freiheit).

## 4.2 Gewalttätige Kommunikation

Obwohl ausgiebige Untersuchungen über die Folgen von Zwangsmaßnahmen auf die PatientInnen bisher fehlen, deutet vieles darauf hin, dass ein großer Teil der Betroffenen sie traumatisch erlebt (BRUNS 1997). Dabei liegt die Hypothese nahe, dass Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie die subjektive Zufriedenheit bei einem Teil der PatientInnen in entscheidendem Maß beeinträchtigen und dazu führen, dass Kranke bei erneuter Exacerbation die Behandlung scheuen. Hieraus kann sich eine erneute Zwangseinweisung ergeben.

Aus sozialpsychologischer Sicht sind zwei psychologische Reaktionen möglich, wenn die persönliche Freiheit oder die Kontrollmöglichkeit über Situationen eingeschränkt wird: Reaktanz und Hilflosigkeit. Die Gegenwehr gegen eine unangemessene Einengung der Wahlfreiheit wurde von BREHM (1966) als Reaktanz bezeichnet. Experimente haben gezeigt, dass dieser Kognitionsprozess in verschiedene Reaktionen münden kann. Reaktanz zeigte sich als Ärger gegenüber dem Urheber der Freiheitsbeschränkung, als Bemühen um eine Wiederherstellung der bedrohten Freiheit oder in der Erhöhung der Attraktivität der eingeschränkten Wahlmöglichkeit. Die andere mögliche Reaktion auf das Erleben einer mangelnden Situationskontrolle ist Hilflosigkeit (SELIGMAN 1975). Im Gegensatz zur Reaktanz ruft Hilflosigkeit keinen Ärger oder Bemühungen zur Verteidigung der Autonomie hervor, sondern Depression, Angst und die Aufgabe von Versuchen, die aversive Situation zu verlassen. Wenn Hilflosigkeit aus erfolglosen Anstrengungen zur Änderung belastender Umgebungsbedingungen resultiert, wird sie »erlernte Hilflosigkeit« genannt, die sich die negative Erfolgserwartung leicht auch Situationen generalisiert, in denen Kontrolle möglich wäre. WORTMAN und BREHM (1975) nahmen an, dass geringe Vorerfahrungen mit Freiheitseinschränkungen in einer aktuellen Frustrationssituation zur Reaktanz führen würde, während ein hohes Ausmaß an zuvor erlebten Kontrollverlusten zur Hilflosigkeit führt.

Eine traumatische Situation ist ein Ereignis, das jenseits der normalen Lebenserfahrung liegt. Eine traumatische Erfahrung wurde von FISCHER (1999, S. 79) definiert als »vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit dem Gefühl von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt«. GUNKEL (1993) wies darauf hin, dass schizophrene erkrankte PatientInnen aufgrund der psychotischen Symptomatik sowie aufgrund restriktiver Bedingungen der psychiatrischen Behandlung (Zwangsunterbringung, Fixierung, medikamentöse Nebenwirkungen) oftmals schweren psychischen Belastungen ausgesetzt sind.

Inwieweit PatientInnen, die unter einer schizophrenen Erkrankung leiden, durch die damit verbundenen permanenten oder situativen Belastungen auch

Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ausbilden, wurde von PRIEBE, BRÖKER und GUNKEL (1998) untersucht. Von 105 befragten PatientInnen einer Tagesklinik hatten 51 % in der Vergangenheit eine gerichtliche Unterbringung erlebt, und 57 % erfüllten die Kriterien einer PTBS. Die Symptome der Belastungsstörung (Wiedererleben des Traumas in Form sich aufdrängender Erinnerungen, Vermeidungstendenzen, verminderte Reagibilität, erhöhtes Erregungsniveau) waren allerdings nicht mit den Berichten über Zwangseinweisungen korreliert. Ein statistischer Zusammenhang bestand zwischen Beeinträchtigungen in der Behandlungszufriedenheit und Erinnerungen an Zwangsmaßnahmen (GUNKEL, BRÖKER & PRIEBE 1996). Zu den Maßnahmen, die gegen den Willen der PatientInnen angewendet wurden, gaben die Betroffenen differenzierte Bewertungen. Neben den negativen, traumatischen Aspekten wurden auch positive, hilfreiche Aspekte früherer Zwangsbehandlungen genannt.

In Untersuchungen zum sexuellen oder physischen Missbrauch in der Kindheit ist deutlich geworden, dass diese Traumata mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit zu einer schweren psychischen Störung im Erwachsenenalter führen (MACMILLAN et al. 2001; NELSON et al. 2002). Sexueller Missbrauch ist bei weiblichen Opfern mit frühen psychiatrischen Behandlungen, erhöhtem Substanzmissbrauch und häufigen Suizidversuchen verbunden (DARVES-BORNOZ, LEMPÉRIERE, DEGIOVANNI & GAILLARD 1995). Umgekehrt wurde bei PatientInnen mit schweren psychischen Störungen eine hohe Prävalenz von kindlichem Missbrauch festgestellt (GOODMAN et al. 2001; KÖHLER 1991). BECK und KOLK (1987) fanden bei 46 % hospitalisierter Frauen mit chronischen Psychosen Berichte über Inzest in der Kindheit. BRIERE und ZAIDI (1989) erhielten bei der Befragung von Patientinnen einer Notfall-Ambulanz in 70 % der Fälle Berichte von sexuellem Missbrauch. Die Untersuchung von Akten derselben Einrichtung ergab, dass nur bei 6 % aller Patientinnen ein Missbrauch dokumentiert war.

Aus den vorliegenden Daten kann gefolgert werden, dass ein nicht unerheblicher Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen PatientInnen eine Traumatisierung in der Vorgeschichte erlebt haben und in Gefahr sind, durch die Behandlung retraumatisiert zu werden. Hinweisreize, die in Verbindung mit der erlebten Traumatisierung stehen, können Ausgangspunkte einer gewalttätigen Eskalation sein, die im ungünstigsten Fall in eine Zwangsmaßnahme mündet (KETELSEN & PIETERS, in Vorb.).

Bei der Darstellung der Psychodynamik von Zwangseinweisungen hebt BRUNS (1997) hervor, dass es bei vielen psychiatrischen PatientInnen ein störungsbedingtes Bedürfnis nach Gewalterfahrung in Form eines »unbewussten Wiederholungszwangs« gebe. Zwangsmaßnahmen würden so zu szenischen Darstellungen der inneren Welt dieser PatientInnen, in die Angehörige, Polizei, Gericht und die Institution Psychiatrie eingewoben würden. Schließlich befänden sich die Helfer in einer Situation, in der ihnen nur noch Gewaltanwendung bleibe. Auf der Seite des

Patienten könne die Provokation von Zwangsmaßnahmen als Abwehr dissoziativer Zustände oder von unerträglicher Angst verstanden werden, wobei er sich einer ihm bekannten, bereitstehenden Institution der kontrollierten Gewaltanwendung bediene. Für die gewaltausübende Institution gehe es um eine kompromisshaften Befriedigung und Kontrolle aggressiver Bedürfnisse der Gesellschaft. Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie seien oft Höhepunkt einer eskalierenden Wiederholungspirale traumatischer früher Objektbeziehungen der PatientInnen. Wenn dieser Charakter nicht erkannt werde, wiederholten sich missbräuchliche, gewalthafte, bedrohliche und vernachlässigende Beziehungen zwischen PatientInnen und Personal.

In der Beziehung zwischen psychiatrisch Tätigen und Patienten sind auch retraumatisierende Situationen vom Typus des »double-bind« oder des »looping« leicht zu übersehen. Die Kybernetik kommunikativer Traumatisierung wurde von BATESON (1972/1985) in seinem double-bind-Konzept dargestellt, das ursprünglich zur Erklärung der Schizophrenie konzipiert wurde. Eine double-bind-Situation charakterisiert sich nach Bateson durch drei Merkmale. Erstens steckt das Individuum in einer intensiven und nicht ohne weiteres auflösbaren Beziehung. Zweitens ist die Person in einer Situation gefangen, in der sein Gegenüber zwei Arten von Mitteilungen ausdrückt, und eine davon die andere leugnet. Und drittens ist das Opfer der Beziehungsfalle unfähig, sich mit den geäußerten Meinungen so auseinander zu setzen, dass es unterscheiden kann, auf welche Art der Mitteilung es reagieren soll. Ein ähnliches Gefüge in sich widersprüchlicher Forderungen beschrieb GOFFMAN (1961/1973) als looping (Rückkopplung im Regelkreis): »Jemand ruft beim Insassen eine Abwehrreaktion hervor und richtet seinen nächsten Angriff gerade gegen diese Reaktion« (S. 43). Das Opfer ist sowohl beim double-bind als auch beim looping überrascht und hilflos, erschreckt und desorganisiert. Die Situationen lösen bei den Opfern Gefühle der Hilflosigkeit, Furcht, Erbitterung und Wut aus (BATESON 1972/1985).

Im Fall von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen ist nach KNOLL (1985) auf den ersten Blick und ohne genaue Kenntnis des Ablaufs der Kommunikationsprozesse schwer festzustellen, wer das Opfer und wer der Täter ist. Der strukturelle Widerspruch zwischen der erklärten Pflicht des Arztes zu helfen und der unterbewusst erspürten Hilflosigkeit erzeuge im Therapeuten eine »double-bind-Wut«. Diese aggressive Gegenübertragungsreaktion könne dazu führen, dass psychiatrisch Tätige unreflektiert aus der Helferrolle zur extremen Gegenposition des Vertreters gesellschaftlicher Ordnungs- und Gesundheitsvorstellungen wechseln. Letztendlich gefährde hierbei die uneingestandene Angst der professionellen Helfer um ihre eigene Integrität die Sicherheit der PatientInnen. Die vermeintliche Neutralität der biologischen Psychiatrie führe daher in ihrer »irrationalen Abwehr aller Irrationalität« geradewegs in die Gewaltsamkeit (z. B. Zwangsmedikationen, maximale Dosierungen, vermeidbare schwere Nebenwirkungen).

KNOLL (1985) wies weiter auf die Möglichkeit hin, dass Gewalt in der Psychiatrie mit Hilflosigkeit auf beiden Seiten korrespondiere. Ausgangspunkt seiner Überlegung war eine Studie von Devereux, der eine Reihe von unnötig brutalen Tierversuchen untersucht hatte und zu dem Ergebnis kam, dass es die vorweg eingeleitete Hilflosigkeit der Tiere sein müsse, die beim Experimentator die Hemmschwellen für eine grausame Behandlung auflöse. Aus den Statistiken des Kinderschutzbundes sei ersichtlich, dass selbst die Hilflosigkeit von Säuglingen nicht mit 100%iger Sicherheit vor ganz offensichtlich aggressivem Durchbruchverhalten der Eltern schützt. In der akutpsychiatrischen Behandlung bestehe ein Bedingungsgefüge von durch schwierige PatientInnen hilflos gemachten TherapeutInnen und durch ärztliche Anordnungen hilflos gemachten PatientInnen. Die Hilflosigkeit von Erwachsenen, die vorher andere Erwachsene hilflos gemacht haben, mündet nach KNOLL (1985) quasi automatisch in einen verdeckten Mechanismus von Gewalt und Gegengewalt.

Symmetrische Eskalationsprozesse mit fortgesetzten positiven Feedback-Schleifen (Gewalt erzeugt Gegengewalt) sind nach WIENBERG (1997) grundsätzlich ein Zeichen dafür, dass im Behandlungsteam etwas nicht stimmt. Ein qualifizierter Umgang mit dem stationären Gewaltpotential sei hingegen ein komplementärer Ablauf nach dem Prinzip der negativen Rückkopplung (Deeskalation von Gewalt). Dabei sei zu beachten, dass unterschiedliche Formen psychiatrischer Gewalt in Wechselwirkung zueinander stehen. Die Reduktion von Gewaltanteilen in einem Teil des Systems könne zu einer Erhöhung solcher Anteile in anderen Bereichen des Systems führen. Es lasse sich beobachten, dass die humane und freizügige Behandlung der Mehrheit zu einer Verschärfung der Situation für eine kleine Gruppe extrem gewalttätiger PatientInnen führe, die mit Öffnung von Stationstüren häufiger und länger fixiert oder übermäßig hoch mediziert würden. Zeiler (1993) nimmt als Folge der Liberalisierung stationär-psychiatrischer Einrichtungen eine Verschiebung Schwerstgestörter in den Maßregelvollzug an.

Eine andere These von WIENBERG (1997) lautet, dass sowohl PatientInnen als auch Helfer im Kontext von gewaltsamen Eskalationen zur »Spaltung« neigen. Der Patient habe eine Tendenz, sich und sein eigenes Verhalten zu idealisieren (gutes Opfer), und die Gewalt anwendenden Professionellen abzuwerten (böse Täter). Beim Personal bestehe die Spaltung zwischen »guter Therapie« und »böser Gewalt«. Eine wesentliche therapeutische Aufgabe sei es, psychisch kranke Menschen dabei zu unterstützen, ihre gewalttätigen und gewaltauslösenden Anteile in ihr Ich zu integrieren. Das setze voraus, dass auch die Helfer erkennen, dass sie in einer professionellen Behandlung versorgende und versagende, gewährende und zwingende Anteile realisieren müssen.

Wichtig zum Verständnis gewalttätiger Eskalationen ist nach WIENBERG (1997) die Einsicht, dass gewaltsames Handeln auf Patientenseite grundsätzlich einen Ausdruckscharakter hat. Man habe nach Dörner davon auszugehen, dass Angst

und Furcht bei gewalttätigen PatientInnen fast nie fehle. Gewaltsamkeit könne in jedem Einzelfall Unterschiedliches bedeuten, zum Beispiel Kampf um Unabhängigkeit, Rache, Enttäuschung, Wunsch nach Liebe und Zuwendung. Die zentrale Frage in diesem Zusammenhang laute: »Was wolltest du eigentlich mit deiner Gewalttätigkeit ausdrücken?« (DÖRNER 1986, zitiert nach WIENBERG, S. 24). Erst nach der Entschlüsselung der Botschaft der Gewalt sei es möglich, gemeinsam mit dem Patienten nach alternativen Ausdrucksmöglichkeiten zu suchen.

### 4.3 Medizinisches Krankheitsmodell

Das medizinische Krankheitsmodell ist die in der psychiatrischen und juristischen Praxis herrschende Theorie der Zwangseinweisung. Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen ergeben sich nach dem medizinischen Modell im Wesentlichen daraus, dass psychische Krankheiten die persönliche Freiheit und Selbstverfügbarkeit mehr oder weniger stark einschränken können. Die medizinische Erklärung der Zwangsbehandlung setzt nicht bei der äußeren Freiheitsentziehung als sozialem Akt an, sondern bei einer als krankheitsbedingt angenommenen Einschränkung der inneren Freiheit. Nach der »Thank you theory« (STONE 1975) ändern ein bis zwei Drittel der unfreiwillig behandelten PatientInnen nach einer erfolgreichen Behandlung ihre ursprünglich ablehnende Haltung und beurteilen rückblickend die Einschränkung ihrer Freiheit und die gesamte stationäre Behandlung als positiv.

Das medizinische Krankheitsverständnis sieht einen gesunden Zustand durch Krankheit außer Kraft gesetzt. Nach WALLER (1982) geht das Krankheitspostulat davon aus, dass unterschiedliche Krankheiten aufgrund ihrer spezifischen Symptome identifizierbar und voneinander abgrenzbar sind (Nosologie), dass der Erkrankungsprozess eine überdauernde schädliche Wirkung auf normale Funktionen ausübt (Pathologie), dass sich eindeutige, notwendige und hinreichende Ursachen finden lassen (Ätiologie), dass ein voraussagbarer Krankheitsverlauf vorliegt (Verlauf) und dass ein bewährtes einheitliches Behandlungskonzept vorliegt (Therapie).

Recht und Psychiatrie gehen davon aus, dass es sich bei schizophrenen Störungen um schwere psychische Erkrankungen handelt, die inzwischen medizinisch gut zu behandeln sind. Ohne eine angemessene medizinische Behandlung besteht eine, wenn auch nicht immer unmittelbare und zwingende Gefahr des wiederholten Auftretens akuter Eigen- oder Fremdgefährdungen und die Gefahr der Chronifizierung mit den Folgen eines sozialen Abstiegs bis hin zur Verwahrlosung. Die für Zwangseinweisungen relevante Pathologie betrifft die Willensbildung und die Kontrolle über das Verhalten. Die für die Legitimation der Zwangsbehandlung besonders relevanten Merkmale der Selbst- und Fremd-

gefährdung sowie eine »fehlende Krankheitseinsicht« wurden im medizinischen Modell bereits als Symptome psychiatrischer Krankheiten angesehen (WALLER 1982).

Der Vernunftthoheit des Arztes über den Patienten und einer umfassenden staatlichen Gesundheitsvormundschaft begegnet das Unterbringungsrecht, in dem die medizinischen Krankheitsbegriffe nur Ausgangspunkte für die juristischen Krankheitsbegriffe darstellen. Die juristischen Begriffe klammern leichte geistige und seelische Störungen und bloße Abweichungen von einem angenommenen Durchschnittsverhalten aus (SAAGE & GÖPPINGER 1994). RichterInnen sind bei psychischen Krankheiten zu einer besonders sorgfältigen Prüfung aufgerufen, ob den festgestellten Störungen Krankheitswert im Sinne des Gesetzes zukommt.

Ein innerer Freiheitsverlust werde nach HELMCHEN (1986) im abnormem Verhalten deutlich, und sei insofern krankheitsbedingt, als der betreffende Mensch sich aufgrund einer Krankheit nicht anders verhalten könne. Die Feststellung einer zugrunde liegenden Erkrankung und auch die Einschätzung der noch erhaltenen Selbstverfügbarkeit sei zuallererst eine psychiatrische Fachfrage. Dem Patienten werde für sein abnormes Verhalten weder Schuld noch Verantwortung zugeschrieben. Die Krankenversicherung übernehme die Kosten und der Arzt die Verantwortung seiner Behandlung und Versorgung (HELMCHEN 1986).

Zweifel an der ärztlichen Fähigkeit, psychische Störungen korrekt zu diagnostizieren, wurde mit einem berühmten Experiment des amerikanischen Sozialpsychologen ROSENHAN (1973) popularisiert, der sich selbst und eine Gruppe von Psychologiestudenten in die Psychiatrie aufnehmen ließ. Bei Aufnahme gaben die psychisch gesunden Untersuchungsteilnehmer an, Stimmen zu hören. Sofort nach der Einweisung täuschten sie jedoch keine psychiatrischen Symptome mehr vor. Alle acht Versuchspersonen schafften die Aufnahme, mit nur einer Ausnahme unter der Diagnose einer Schizophrenie. Zum Teil hatten sie dann erhebliche Schwierigkeiten, wieder herauszukommen.

Die Kritik am vorherrschenden medizinischen Krankheitsverständnis hat KEUPP (1972) unter vier Gesichtspunkten zusammengefasst. Erstens gebe es keine allgemeingültigen und anerkannten Definitionen von psychischen Krankheiten, alle bisherigen Definitionsversuche enthielten soziale Wertungen. Die Krankheitsbegriffe seien zweitens historisch bedingt und unterlägen dabei einerseits dem wechselnden medizinischer Erkenntnisstand, andererseits dem gesellschaftlichen Produktionsprozess. Drittens führe die naturwissenschaftliche Sichtweise zu einer Vernachlässigung sozialer und anderer nicht-biologischer Faktoren. Und viertens würden die Individuen mit der Diagnosestellung aus dem sozialen Kontext herausgenommen, in dem das Problemverhalten eine funktionale Bedeutung hatte. Damit würden sie der sozialen Kontrolle einer Institution unterstellt, die das abweichende Verhalten ausschließlich als Hinweis auf eine dahinter liegende Krankheit sehe.

Der Labeling-Ansatz geht davon aus, dass psychiatrische Störungen im Rahmen von Etikettierungsprozessen sozial hergestellt werden (KEUPP 1979). Wenn ein gegebenes Verhalten von der Umwelt als auffällig oder regelverletzend wahrgenommen werde, komme es darauf an, ob die zugeschriebenen Handlungsmotive als tolerierbare Rechtfertigung betrachtet (primäre Abweichung) oder aber als sanktionswürdig angesehen würden. Mit der Sanktion erfolge eine soziale Rollenzuschreibung (sekundäre Abweichung), die den Status einer Person als »abweichend« festlege, und die deren Identität um das abweichende Merkmal organisiere. Nachdem ein solches Etikett erste einmal vergeben sei, präge es den Menschen aufgrund seiner verhaltenssteuernden Kraft. Das Label definiere eine Rolle, die der etikettierten Person durch die Erwartung der anderen aufgezwungen werde und der entsprechend sie sich schließlich auch verhalten müsse.

In der kritischen Auseinandersetzung mit der traditionellen kustodialen Psychiatrie ging die Kritik so weit, dass die gesamte Psychiatrie als Ausdruck der Machtausübung über Menschen verstanden wurde. Der amerikanischen Psychiatriekritiker SZASZ (1970/1978) verstand psychische Störungen als bloße Metapher für Lebensprobleme, mangelndes persönlichen Glück und sozial abweichendes Verhalten. Psychiatrisches Klassifizieren sei eine gesellschaftliche Strategie der Persönlichkeitsknebelung, womit Menschen daran gehindert würden, ihre Probleme selbst zu lösen. Psychisch Kranke bräuchten keine Fürsorge und seien für alles, was sie täten selbst verantwortlich. Auch vor Gericht seien sie deshalb als voll strafmündig zu beurteilen. Die Institution der Psychiatrie stellte SZASZ (1963/1980) als eine »verschleierte Macht« dar, mit der die Gesellschaft auf den Weg zum therapeutischen Staat gebracht würde. Die gerichtliche Unterbringung verglich SZASZ (1970/1978) mit der Versklavung der Schwarzen durch die Weißen, und er bezeichnete Zwangsmaßnahmen als Verbrechen gegen die Menschlichkeit. Jeglicher Zwang in der psychiatrischen Behandlung sei daher radikal abzulehnen. Als medizinischen Beweis seiner These führte er an, dass »Geisteskrankheit« keine Krankheit sei, und dass es daher auch keine medizinische Rechtfertigung für eine unfreiwillige Behandlung gebe.

In der Auseinandersetzung mit den Angehörigen psychisch Kranker wurde deutlich, dass die radikale Parteinahme für PatientInnen und ihre Freiheit zu kurz greift (SIMON 2000). In den USA kämpft die Angehörigenorganisation NAMI für die Anerkennung biologischer Krankheitsmodelle und gegen das Recht auf Behandlungsverweigerung, in Italien wehrten sich Angehörigengruppen gegen die Schließung der staatlichen Kliniken (SCHAUB-RÖMER 1997). Im psychiatrischen Alltag wird deutlich, dass viele »freiwillige« Behandlungen psychisch Kranker auf Überzeugungsarbeit und auch Druck der Familie beruhen. Mangelnde Krankheits- und Behandlungseinsicht der Betroffenen bereiten den Angehörigen große Probleme. In der Angehörigengruppe wird oft geklagt, dass die Autonomie des Kranken in den gesetzlichen Regelungen zu sehr in den Vordergrund gestellt werde.

Die Angehörigen sind oft die einzigen Menschen, mit denen ein schwer und chronisch psychisch Kranker überhaupt noch Kontakt hat. Schizophren Erkrankte verbleiben häufig in ihren Altfamilien oder ziehen im Verlauf der Erkrankung zurück zu ihren Eltern. In zahlreichen Forschungsarbeiten wurde dokumentiert, dass Angehörige psychisch Kranker mit erheblichen Einschränkungen und Problemen konfrontiert sind (JUNGBAUER, BISCHKOPF & ANGERMEYER 2001). Zur Entlastung der Angehörigen, aber auch zur Förderung eines günstigeren Familienklimas, werden Angehörige heutzutage möglichst weitgehend in die Behandlung einbezogen, zum Beispiel in Familiengesprächen und Angehörigenvisiten (FÄHNDRICH, KEMPF, KIESER & SCHÜTZE 2001). Angehörigengruppen mit psychoedukativen Inhalten oder in Form einer angeleiteten Selbsthilfegruppe gehören mittlerweile zum Standardangebot vieler Kliniken.

Die Behauptung, die »schizophrenogene« Familie sei Schuld an der Erkrankung, wurde zwar inzwischen als unwissenschaftlich widerlegt, bildet aber immer noch ein weitverbreitetes Vorurteil (FINZEN 2001). Moderne Familienuntersuchungen zeigen, dass emotional hoch aufgeladene Äußerungen von Angehörigen nicht einfach Ursache, sondern zum Teil auch Folge der erlebten Ohnmacht gegenüber der Erkrankungsentwicklung des Familienmitglieds sein kann. Wenn schließlich eine Zwangseinweisung auf Initiative der Familie erfolgt, müssen sich die Angehörigen häufig mit dem Vorwurf auseinandersetzen, sie seien »Komplizen der Zwangspsychiatrie« (OBERMÜLLER, zitiert nach SCHAUB-RÖMER 1997). Dabei leiden Angehörige selbst oft unter Schuldgefühlen, und fürchten eine negative Auswirkung des »Vertrauensbruches« auf die Beziehung zum kranken Familienmitglied. Letztendlich erleben die Angehörigen eine Zwangseinweisung meist als entlastend (SCHAUB-RÖMER 1997). Bei erfolgreichen Therapien können Zwangseinweisungen die Beziehungen der Kranken zu ihrer Familie längerfristig entspannen.

#### 4.4 Subjektives Krankheitsverständnis

Mit der Hinwendung zur subjektorientierten, anthropologischen Erforschung psychischer Erkrankungen und deren Behandlung entstanden Erklärungsansätze, die sich damit beschäftigten, warum sich psychisch Kranke häufig nur unter Zwang in der Psychiatrie behandeln lassen. Bei seiner Definition von psychischer Krankheit hat JASPERS (1973) darauf hingewiesen, dass Krankheit weniger vom Urteil der ÄrztInnen, als vom Urteil der PatientInnen und von den herrschenden Auffassungen der jeweiligen Kulturkreise abhängt. Die Entscheidung eines Patienten zur Einwilligung oder Ablehnung einer Behandlung basiert demnach wesentlich auf seinen subjektiven Krankheitskonzepten.

Im Bereich der Psychosomatik wurden in den letzten Jahren vermehrt die

Meinungen, Einschätzungen und Glaubenssysteme von PatientInnen bezüglich ihrer Erkrankung untersucht (WAGNER 1998). Als wichtigste Variable hat sich dabei das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen erwiesen, das auf ROTTER (1966) zurückgeht. Kontrollüberzeugungen kennzeichnen das Ausmaß der erlebten Selbst- versus Fremdbestimmung der eigenen Handlungen. Je nachdem, ob der Patient annimmt, auf seinen Gesundheitszustand selbst Einfluss nehmen zu können (Internalität), bzw. inwieweit er ihn von unbeeinflussbaren äußeren Faktoren oder von anderen Personen wie beispielsweise dem Arzt abhängig sieht (Externalität), wird er sich in der Behandlung eigeninitiativ, passiv oder folgsam (bzw. abwehrend) verhalten (WALLSTON, WALLSTON & DEVELLIS 1978).

Psychiatrische PatientInnen, insbesondere solche des schizophrenen Formenkreises, haben häufig keine Krankheitseinsicht. In der internationalen Pilotstudie zu Schizophrenien der WHO (WORLD HEALTH ORGANISATION 1973) erwies sich »lack of insight« als eines der Merkmale, die statistisch am engsten mit der Schizophrenie verbunden sind. Das medizinische Krankheitsmodell betrachtet mangelnde Einsicht als Symptom, das sich aus neuropsychologischen Ausfällen aufgrund von Aufmerksamkeitsstörungen ergebe (AMADOR, STRAUSS, YALE & GORMAN 1991). Nach dem AMDP-System (ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR METHODIK UND DOKUMENTATION IN DER PSYCHIATRIE 1995) bedeutet ein Mangel an Krankheitseinsicht, dass der Patient seine krankhaften Erlebens- und Verhaltensweisen nicht als Krankheit erkennt. Davon wird das mangelnde »Krankheitsgefühl« abgegrenzt, wobei der Patient sich nicht krank fühlt, obwohl er krank ist. LINDEN (1982) stellte an einer großen Stichprobe bei 33 % aller psychiatrischen und bei 49 % aller schizophrenen PatientInnen eine mangelnde Krankheitseinsicht fest. Ein geringes Krankheitsgefühl wiesen 19 % aller PatientInnen und 29 % der schizophrenen PatientInnen auf. Fast alle Personen mit einem Mangel an Krankheitsgefühl hatten auch einen Mangel an Krankheitseinsicht. Die PatientInnen, die eine Behandlung ablehnten, hatten zu 80 % eine mangelnde Krankheitseinsicht.

In der Literatur besteht mittlerweile Einigkeit darüber, dass es sich bei der Krankheitseinsicht nicht um einen normativen medizinischen Begriff, sondern um ein mehrdimensionales Konstrukt handelt (WIENBERG 1995). Zu unterscheiden sind dabei der Eindruck, selbst irgendwie gestört zu sein, die Fähigkeit, psychotische Symptome wahrzunehmen und sich von ihnen zu distanzieren, Vorstellungen über die Ursachen und die Behandlungswilligkeit.

Aus der Sicht des Coping-Paradigmas von LAZARUS (1966) ist mangelnde Krankheitseinsicht als Form der Bewältigung zu verstehen. Zum Coping gehören aktive Strategien der Auseinandersetzung und Problemlösung ebenso wie Vermeidung, Verleugnung und Rationalisierung. Bereits MAYER-GROSS (1920, zitiert nach LEFERINK 1997) beschrieb vier grundlegende Möglichkeiten, die Erfahrung einer akuten Psychose zu verarbeiten: Verleugnung der Zukunft (Ver-

zweiflung), Verleugnung des psychotischen Erlebens, Schaffung eines neuen Lebensstils und Einschmelzen der Psychoseerfahrung in das weitere Leben. Das tiefenpsychologische Verständnis der mangelnden Krankheitseinsicht geht davon aus, dass die Betroffenen ihre Krankheit nicht wahrhaben wollen und mit der Verleugnung kränkende Selbstabwertungen abwehren (LEFERINK 1997).

Unter einem Krankheitskonzept verstehen LINDEN, NATHER und WILMS (1988) »die Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen eines Menschen hinsichtlich Störungen seines Gesundheitszustandes« (S. 35). Krankheitskonzepte sind eingebettet in den kulturellen Hintergrund des Patienten, sie sind Ausdruck seiner Weltanschauung, seines Wertsystems und seines Lebensstils. Medizinische und subjektive Krankheitskonzepte können erheblich voneinander abweichen. Die Art, wie ÄrztInnen auf die subjektiven Konzepte der PatientInnen eingehen, haben einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis und die Compliance. LINDEN et al. (1988) entwickelten unter Zugrundelegen verschiedener Theorien eine Krankheitskonzeptskala für schizophrene PatientInnen. Die Skala erlaubt die Messung des Krankheitskonzepts in sieben Dimensionen: Medikamentenvertrauen, Arztvertrauen, Negativerwartungen, Schuld, Zufallskontrolle, Anfälligkeit und idiosynkratische Annahmen.

Erste explorative Vergleiche deuteten darauf hin, dass die Behandlungsbereitschaft umso höher war, je höher das Medikamentenvertrauen, das Arztvertrauen und die Erwartung der persönlichen Krankheitsanfälligkeit ausfiel. Die Compliance war umso geringer, je mehr die Krankheit als eigene Schuld angesehen wurde und je höher Negativerwartungen waren.

Ein subjektives Krankheitsverständnis umfasst nach LEFERINK (1997) über verbale, explizierbare Formen hinaus die Gesamtheit symbolischer Praktiken. Es sei nicht nur wichtig, was jemand über eine Krankheit denkt oder wie er sie bewertet, sondern auch wie er darüber spricht. In den Jahren 1993 bis 1995 führte Leferink eine qualitative Studie zur biografischen Entwicklung und Lebenswirklichkeit chronisch schizophrener Menschen in zwei Berliner Bezirken durch. Bei insgesamt 57 Betroffenen, 24 Angehörigen und 35 Professionellen wurde mindestens ein Interview durchgeführt. Die Interviews mit den Betroffenen zeigten zunächst, dass Krankheit und Krankheitsbewusstsein keine akademische Frage, sondern ein Thema mit erheblicher persönlicher und emotionaler Relevanz ist. Darüber hinaus erwies es sich, dass die Betroffenen in der Befragungssituation keine zweckfreie Selbsterforschung betrieben (sich etwas erklären wollen), sondern dass ihre Aussagen eine sozial vermittelnde Qualität hatten (sich jemand erklären wollen). Viele der Befragten verfügten über mehrere Erklärungsalternativen, die zwischen gegensätzlichen Positionen schwankten. Ein zentrales Problem in den Darstellungen bezog sich auf die Freiwilligkeit der Medikamenteneinnahme und auf freiwillige Klinikaufenthalte. Nach Ansicht von LEFERINK

(1997) vermittelt die Freiwilligkeit der Behandlung als »symbolische Handlung« die Botschaft »du hast ein Problem« oder »du bist krank«. Es erschien ihm keine zu gewagte Hypothese, dass manche Betroffene eigene Handlungen als erzwungen darstellten oder sogar Zwangsmaßnahmen provozierten, um diesem Konflikt zu entgehen. Die Arbeit kommt am Ende zu dem Schluss, dass weder kognitive Defizite noch Etikettierungsprozesse für sich allein das Phänomen der mangelnden Krankheitseinsicht erklären. Die Schizophrenie sei eine »Krankheit der Person«, die sich von anderen Krankheiten dadurch unterscheidet, dass sie unmittelbar die Bedeutung betreffe, die eine Person habe. Schizophrene Menschen, so Leferink's These, sehen die Krankheit nicht deshalb nicht, weil sie zu weit von ihnen weg ist, sondern weil sie ihnen zu nahe ist.

## 4.5 Stigmatisierung

In den letzten Jahrzehnten ist das Bewusstsein dafür gewachsen, dass die Stigmatisierung eine schwere Last für schizophren erkrankte Menschen und deren Angehörige ist. Das Leiden unter dem Stigma, unter Vorurteilen der Allgemeinheit, unter Diffamierungen und Schuldzuweisungen wurde von FINZEN (2001) als eine »zweiten Krankheit« bezeichnet. Für Psychiatriebetroffene können die Diagnose einer Schizophrenie und offensichtliche Vorgänge der Behandlung (z. B. Medikamentenbehandlung, Psychiatrieaufenthalte, Zwangseinweisungen) zu Kennzeichen einer Stigmatisierung werden. Das Anliegen, sich keiner offensichtlichen Stigmatisierung auszusetzen, kann bei dem Wunsch eines Menschen, trotz Psychoseerfahrung unbehandelt zu bleiben, eine Rolle spielen (BOCK 1999).

Als ein »Stigma« bezeichnete GOFFMAN (1963/1994) »die Situation des Individuums, das von einer vollständigen sozialen Akzeptierung ausgeschlossen ist« (S. 7). Die Griechen, so Goffman, schufen den Begriff des Stigmas als Verweis auf körperliche Zeichen, die in den Körper geschnitten oder gebrannt wurden, um damit kundzutun, dass eine derart rituell für unrein erklärte Person in der Öffentlichkeit gemieden werden soll. In christlichen Zeiten bezog sich ein Stigma auf körperliche Zeichen göttlicher Gnade. In der Medizin wurde als Stigma ein körperliches Zeichen physischer Unstimmigkeiten benannt. Heute wird der Begriff nach Goffman »weitgehend in einer Annäherung an seinen ursprünglichen wörtlichen Sinn gebraucht, aber eher auf die Unehre selbst als auf deren körperliche Erscheinungsweise angewandt« (S. 9).

Laut der Stigmatheorie von GOFFMAN (1994/1963) erleichtert sich die Gesellschaft die Routine im sozialen Verkehr, indem sie Mittel zur Kategorisierung von Personen und deren Eigenschaften bereitstellt. Durch die Zuschreibung schaffe sie »soziale Identitäten«, die im Widerspruch zur tatsächlichen Identität der be-

troffenen Person stehen können. Die Diskrepanz habe den Effekt, das Individuum von der Gesellschaft und sich selbst zu trennen. Folge sei eine Beschädigung der tatsächlichen sozialen Identität. Wenn eine derart beschädigte Person das authentische Feedback des täglichen sozialen Umgangs entbehre, könne sie argwöhnisch, depressiv, feindselig, ängstlich und verworren werden. Schließlich könne der beschämend andersartige Mensch sich isolieren und mit dem, was Realität genannt wird, brechen und eigensinnig versuchen, eine unkonventionelle Auffassung der Eigenart seiner sozialen Identität durchzusetzen.

Die Art und das Ausmaß eines Stigmas hänge von der Offensichtlichkeit bestimmter Attribute, vom Bewusstsein des Stigmas und von der Erwartung einer verachtenden Reaktion der anderen ab. GOFFMAN (1994/1963) unterscheidet in der Sozialisation eines Stigmas die Bewusstheit des allgemeinen Stigmas und Bewusstheit des eigenen Stigmas: »Eine Phase dieses Sozialisationsprozesses ist die, in welcher die stigmatisierte Person den Standpunkt der Normalen kennen lernt und in sich aufnimmt und dabei den Identitätsglauben der weiteren Gesellschaft und eine allgemeine Vorstellung davon erwirbt, wie es sein würde, ein bestimmtes Stigma zu besitzen. Eine andere Phase ist die, in welcher sie lernt, dass sie ein bestimmtes Stigma besitzt, und diesmal im Detail die Konsequenz davon, es zu besitzen« (S. 45).

Die weitere Entwicklung des Stigmas hängt nach Goffman insbesondere von den sozialen Zusammenhängen der stigmatisierten Person ab, von ihren Gruppenanschlüssen. Die Akzeptierung durch die Außengruppe sei oft an die Bedingung geknüpft, das Stigma nicht zu offenbaren, und damit einen bestimmten sozialen Rahmen der Nähe nicht zu überschreiten. Bei dieser »Scheinakzeptanz« komme es für die stigmatisierte Person darauf an, die Umwelt durch eine »Scheinnormalität« zu täuschen. Erst eine vollständige soziale Akzeptanz des Stigmas ermögliche es der betroffenen Person, das eigene Stigma selbstbewusst zu vertreten.

Das Bild des psychisch Kranken in der Allgemeinbevölkerung ist und war schon immer von starken Vorurteilen geprägt (BHUGRA 1989). Forschungsarbeiten aus der Zeit vor der Psychiatriereform charakterisierten das Image psychisch Kranker mit den Attributen »Unverständlichkeit«, »Unberechenbarkeit« und »Gefährlichkeit« (JAECKEL & WIESER 1970). Die Arbeitsgruppe um Angermeyer führte 1990 und 1993 repräsentative Befragungen der Allgemeinbevölkerung in den alten und neuen Bundesländern durch, und kam zu dem Ergebnis, dass psychisch Kranken am ehesten »Hilfsbedürftigkeit« zugeschrieben wird, gefolgt von »Fremdartigkeit« und »Bedrohlichkeit« (ANGERMEYER & SIARA 1994; ANGERMEYER, MATSCHINGER & HOLZINGER 1999). Nach oberflächlicher Akzeptanz wurde schnell eine ablehnende Haltung aktiviert, wenn der persönliche Lebensbereich der Befragten berührt wurde. Die Mehrheit war zwar durchaus bereit, Psychosekranken als Nachbarn oder Arbeitskollegen zu akzeptieren, aber nur die Hälfte konnte sich eine Bekanntschaft oder ein Untermietverhältnis mit einem

psychisch Kranken vorstellen. Sehr deutlich wurde die Distanzierung gegenüber den Kranken bei der Vorstellung einer Einheirat in die Familie und einer Kinderbetreuung. Überwiegend ablehnend reagierten die Befragten auch auf die mögliche Eröffnung eines Wohnheims oder einer Wohngemeinschaft für psychisch Kranke in ihrer Nachbarschaft.

Vorurteile von heute beruhen nach FINZEN (2001) auf Lehrmeinungen von gestern. Wissenschaftliche Erkenntnisse schlagen sich in »sozialen Repräsentationen« nieder, in inneren Bildern, die in einer Mischung von Wissen und Gefühlen im Laufe des Lebens erworben werden und sich, wenn überhaupt, nur ganz allmählich ändern. Soziale Repräsentationen dienen dazu, etwas Unvertrautes oder das Unvertraute selbst vertraut zu machen (MOSCOVICI 1984; FLICK 1997). Sie erlauben den Individuen einerseits eine Orientierung in einer unverständlichen Welt und geben der Gemeinschaft andererseits einen Code für die Kommunikation der verschiedenen Aspekte ihrer Welt. Dabei spielen die Reduktion ungewöhnlicher Gedanken auf gewöhnliche Kategorien und Bilder (Verankerung) und die Konkretisierung abstrakter Ideen oder Konzepte (Objektivierung) eine Rolle.

Unter der psychiatrischen Diagnose Schizophrenie verstanden bei einer kürzlich durchgeführten repräsentativen Umfragen bei der ostdeutschen Allgemeinbevölkerung die meisten Befragten eine »Spaltung der Persönlichkeit« (HOLZINGER, ANGERMEYER & MATSCHINGER 1998). Medizinstudenten aus Wien und Leipzig, die von derselben Arbeitsgruppe befragt wurden, brachten den Begriff Schizophrenie noch häufiger mit irgendeiner Form von »Spaltung« in Verbindung. Dabei wurde oft davon ausgegangen, dass in einer Person zwei (oder mehrere) Personen existieren, etwa im Sinne von Dr. Jekyll und Mr. Hyde. Für die Autoren lag der Schluss nahe, dass es im Zuge der Popularisierung des Bleulerschen Schizophreniekonzepts zu einer Konkretisierung in Richtung »multiple Persönlichkeit« kam. Die Metapher von der Spaltung in zwei Persönlichkeiten, von denen eine das Böse verkörpert, wurde u.a. als Grund dafür angesehen, dass sich in der Bevölkerung das Stereotyp vom unberechenbaren und gefährlichen psychisch Kranken so hartnäckig hält.

In einer anderen Untersuchung stellte ANGERMEYER (1994) fest, dass die Allgemeinbevölkerung die von vielen PatientInnen geäußerte Skepsis und Zurückhaltung gegenüber Psychopharmaka teilt. Für mehr als die Hälfte der Befragten war Psychotherapie bei der Behandlung von Schizophrenien die Behandlungsmethode der ersten Wahl, dicht gefolgt von Entspannungsübungen. Die medikamentöse Therapie landete auf dem fünften Platz, noch hinter Naturheilverfahren und Meditation/Yoga, und nur knapp vor Akupunktur. Das Stereotyp zu Neuroleptika entsprach in etwa dem Wirkprofil von Tranquilizern, die abhängig machen und nur die Symptome beseitigen, nicht die Krankheitsursache. Besonders im Bewusstsein der Bevölkerung sind die schweren Nebenwirkungen der Neuroleptika, weniger die therapeutischen Aspekte.

Subjektive Krankheitstheorien und die Akzeptanz einer Behandlung sind nach FINZEN (2001) unauflöslich mit dem Bild der psychischen Krankheit in der Öffentlichkeit verbunden. Im Basler Medienprojekt wurden sechs deutschsprachige Tages- und Wochenzeitschriften im Hinblick auf Schlüsselbegriffe wie Psychiatrie und Schizophrenie untersucht (HOFFMANN-RICHTER 2000). Schizophrene Menschen tauchen danach am häufigsten im Zusammenhang mit Gewalt und schweren Straftaten in den Medien auf. Die Beschreibung von Nebenwirkungen ist einer der häufigsten Anlässe, auf Psychopharmaka Bezug zu nehmen. Als Metapher wird »schizophren« fast ausschließlich negativ konnotiert, und bedeutet dabei einerseits »paradox« oder »widersprüchlich«, andererseits »unberechenbar« »unheimlich«, »bedrohlich« oder »gefährlich«.

ZECHERT (2000) wies in diesem Zusammenhang auf den gemeinsamen Medienkrieg von Psychiatrie und Öffentlichkeit zur Propagierung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in der Zeit von 1925 bis 1935 hin. Damals war die gesamte Gesellschaft in die Idee der Trennung zwischen heilbaren und unheilbaren Krankheiten, zwischen produktiven und unproduktiven Menschen, zwischen therapeutisch nützlicher und unnützer Behandlungen verstrickt worden. Eine direkte Auswirkung der Medienberichterstattung auf die öffentliche Meinung konnten ANGERMEYER und SIARA (1994) nachweisen, von denen die Einstellung gegenüber psychisch Kranken in der Bevölkerung vor und nach den Attentaten auf die Politiker Lafontaine und Schäuble im Jahr 1990 untersucht worden war. Infolge der tendenziösen Berichterstattung in den Medien hatten Vorurteile gegenüber psychisch Kranken deutlich zugenommen.

Um eine Anti-Stigma-Kampagne, zu der die World Psychiatric Association im Jahr 1999 unter dem Titel »Together Against Stigma« aufrief, entbrannte eine Diskussion, die an die Auseinandersetzung zwischen Psychikern und Somatikern des vorletzten Jahrhunderts erinnert. Tenor des von der Pharmaindustrie unterstützten offiziellen Programms »Open the doors« war eine Darstellung des medizinischen Krankheitsmodells mit einer Befürwortung atypischer Neuroleptika. Die Botschaft der Anti-Stigma-Kampagne »von unten« war hingegen, dass die Möglichkeit, psychotisch zu werden, tief in jedem Menschen verankert sei (BOCK 2000).

Im anthropologischen Krankheitskonzept von BOCK (1997, 1999) stellt der Realitätsverlust in einer Psychose eine Bewältigungs- und Anpassungsstrategie innerhalb einer Identitätskrise dar. Auf dem Hintergrund eines allgemein-menschlichen Potenzials und einer spezifischen Dünnhäutigkeit sei die Psychose Ausdruck einer tiefen Ambivalenz. Somatische Aspekte werden von Bock nicht geleugnet, die Wirksamkeit einer medikamentösen Behandlung nicht prinzipiell bestritten. Veränderungen des Hirnstoffwechsels werden allerdings mit Hinweis auf die Plastizität neuronaler Strukturen als Ausdruck der seelischen Krise und nicht als deren Ursache verstanden.

Als Handlungskonsequenz für den psychiatrisch Tätigen entwirft BOCK (1997) das Bild eines »idealtypisch gelassenen, tatsächlich aber ständig verwickelten und um Balance ringenden Therapeuten (welcher Berufsrolle auch immer), der neben dem Patienten steht, um gemeinsam die Situation zu entwirren, die Botschaften der Psychose zu entschlüsseln und neue Wege zu entwerfen, auszuprobieren und zu begleiten (S. 204)«. Beide würden eine prinzipiell gleichberechtigte unterschiedliche Erfahrung einbringen und glauben, dass »es normal ist, verschieden zu sein«. Die therapeutische Beziehung sei günstigenfalls so tragfähig, dass sie im möglichst vorher bedachten und ausgehandelten Not- und Sonderfall auch Maßnahmen gegen den Willen des anderen vertrage. Unter Krankheitseinsicht versteht Bock die eigene Einsicht in die biographischen Zusammenhänge des anderen und die Grenzen des eigenen Verstehens.

Einen frühen und gerade in seinem Scheitern lehrreichen Vorstoß auf dem Gebiet der »Entstigmatisierung« stellt der Versuch von CUMMING und CUMMING (1957) dar, die Bevölkerung einer kanadischen Kleinstadt durch eine halbjährige Aufklärungskampagne zu einer mildereren Einstellung psychisch Kranken gegenüber zu bewegen. Inhalt der Aufklärung war vor allem, dass das Spektrum normaler Verhaltens breiter sei als meist angenommen werde, dass prinzipiell jeder Mensch psychisch krank werden könne und dass menschliches Versagen Ursachen habe, die tiefenpsychologisch zu verstehen und zu ändern seien. Um den Einfluss der Aufklärungsaktion zu ermitteln, wurde die Einstellung der Bevölkerung vorher und nachher in Interviews mittels entsprechender Skalen gemessen. An den gemessenen Größen »Kontaktbereitschaft« und »Verantwortungsgefühl« änderte sich so gut wie gar nichts. Darüber hinaus entwickelte sich gegenüber den Untersuchern nach anfänglicher Verwunderung ein vorgebliches Desinteresse und dann sogar eine gewisse Feindseligkeit. Bei ihren nachträglichen Überlegungen kamen die Cummings zu dem Schluss, dass es ihre programmatischen Prinzipien selbst gewesen waren, die dem »gesunden Menschenverstand« der Bevölkerung zuwiderliefen. Offen bleibt, ob der Widerstand durch das behauptete tiefenpsychologische Krankheitsmodell ausgelöst wurde, oder durch die Feststellung, jeder Mensch könne psychisch krank werden.

## 4.6 Ethische Standpunkte

Die zentrale ethische Frage bei der gerichtlichen Unterbringung psychisch Kranker lautet, inwieweit es moralisch vertretbar ist, Personen, die keine Gesetze verletzen, in einer Institution unterzubringen und zu einer Behandlung gegen ihren Willen zu zwingen. Der Respekt vor der Patientenselbstbestimmung (Autonomie), das Nichtschadensgebot, das Handeln zum Wohl des Kranken und Gerechtigkeit (Fairness) sind grundlegende medizinethische Prinzipien, die im Fall der

gerichtlichen Unterbringung durchaus in Konflikt miteinander kommen (HELMCHEN & VOLLMANN 1999). Das zentrale ethische Spannungsfeld bei der Beurteilung gerichtlicher Unterbringungen psychisch Kranker ist das zwischen einer Ethik der Autonomie und einer paternalistischen Ethik.

In einer Ethik der Autonomie wird nach NEEDHAM (1997) der Standpunkt vertreten, die Psychiatrie habe prinzipiell nicht das Recht, Menschen gegen ihren Willen zu helfen. In einer freien Gesellschaft sei das körperliche und persönliche Selbstbestimmungsrecht ein fundamentales Menschenrecht. Prinzipiell sei jeder für seine Gesundheit und sein persönliches Glück selbst verantwortlich. Insgesamt entspricht die Ethik der Autonomie dem in den westlichen Kulturen verbreiteten Individualismus, wonach jeder Mensch das Recht und die Pflicht hat, vor allem seine eigene Persönlichkeit zu größtmöglicher Vervollkommnung zu entwickeln (AUSTEDA 1981). Das Sonderdasein des Einzelnen stellt aus dieser Perspektive einen Eigenwert dar, der den Werten der sozialen Gemeinschaft nicht untergeordnet werden dürfe. Unter der Herrschaft des Grundgesetzes steht es jedermann frei, Hilfe zurückzuweisen, sofern dadurch nicht Rechtsgüter anderer oder der Allgemeinheit in Mitleidenschaft gezogen werden. Niemand würde auf die Idee kommen, einen uneinsichtigen körperlich Kranken, der sich ärztlichen Anordnungen widersetzt, gegen seinen Willen zu behandeln. Dies würde selbst dann gelten, wenn seine Gesundheit unmittelbar gefährdet ist. Deswegen kann es nicht so sein, dass psychisch Kranke alleine aufgrund ihrer Uneinsichtigkeit anders behandelt werden als körperlich Kranke (FINZEN et al. 1993).

Paternalismus bedeutet wörtlich eine väterliche Bevormundung. Weniger negativ besetzt ist die Formulierung: »fürsorgliche Bestimmung über einen anderen Menschen« (NEEDHAM 1997, S.212). Der paternalistische Standpunkt geht davon aus, dass es ethisch gut und richtig ist, über Menschen zu bestimmen, die nicht imstande sind, selbst vernünftige Entscheidungen zu fällen. Die Prämisse der paternalistischen Psychiatrie besteht in der Annahme eines krankheitsbedingten Freiheitsverlustes. HELMCHEN (1986) meint, dass die innere Freiheit eines Menschen eingeschränkt ist, wenn er Selbstidentität, Authentizität und Selbstverfügbarkeit verliert. Ein krankheitsbedingter Freiheitsverlust sei dann gegeben, wenn der Patient infolge einer Störung nicht mehr in der Lage ist, sich so zu verhalten, wie es der Idee seiner prämorbidem Persönlichkeit entsprechen würde. Das fachliche Problem des Psychiaters liege nun darin, die Grenzen der noch erhaltenen Autonomie festzustellen und dementsprechend über die Anwendung von Zwang zu entscheiden.

In paternalistischen Kulturen wird dem harmonischen Funktionieren der Familie ein höherer Stellenwert zugeordnet als der Autonomie des individuellen Familienmitglieds. Das Konzept des Paternalismus ist mit der Idee der geteilten Verantwortung verknüpft (OKASHA 2000). In traditionellen Kulturen ist der Umgang mit Krankheiten eine Sache der Familie, und die damit verbundenen

Entscheidungen werden innerhalb der Familie getroffen. Für den Erkrankten kann damit der Vorteil verbunden sein, nicht alleine mit Entscheidungen belastet zu werden, die Auswirkungen auf den Verlauf seines gesamten Lebens haben können. Eine von der kollektiven Haltung abweichende individuelle Entscheidung lässt das Individuum die Verantwortung für die Folgen selber tragen und entzieht ihm möglicherweise die Unterstützung der Gemeinschaft. Entscheidungen über gerichtliche Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen beruhen in der heutigen Praxis fast immer auf geteilter Verantwortung zwischen Betroffenen, Angehörigen, Betreuern, Richtern, Ärzten und dem übrigen Behandlungsteam. Einsame Entscheidungen, von welcher Seite auch immer, bedeuten in diesem sensiblen Feld, in dem es um das Leben des Betroffenen und die Sicherheit Dritter gehen kann, die Übernahme einer großen Verantwortung mit möglicherweise weitreichenden persönlichen oder rechtlichen Konsequenzen.

Auch wenn immer wieder darauf hingewiesen wird, dass ethische Probleme per definitionem ungelöst bleiben müssen (BERNAL Y DEL RIO 1980, zitiert nach KOLBINGER et al. 1992), erleichtert es die Diskussion, wenn zwischen absoluten und relativen ethischen Standpunkten unterschieden wird (NEEDHAM 1997). Relativismus ist ein erkenntnistheoretischer Standpunkt, dem zufolge alle Erfahrungsaussagen nur relativ gelten (AUSTEDA 1981). Das bedeutet, dass ein wirkliches Verständnis einer Handlung oder einer Absicht die Kenntnis und unparteiische Bewertung des Gesamtzusammenhangs voraussetzt. Eine bestimmte Handlung kann in einem gegebenen Kontext demnach ethisch richtig sein, in einem anderen Zusammenhang aber falsch. Unabhängig davon, ob eine ethische Bewertung vom Standpunkt der Autonomie oder der Fürsorge ausgeht, würde eine relative Ethik die Besonderheiten der speziellen Umstände einbeziehen. Eine absolute Ethik geht hingegen davon aus, dass es hinsichtlich der menschlichen Natur gut und schlecht oder gesund und krank gibt, und dass eine Entscheidung nur richtig oder falsch sein kann. Für den Paternalismus würde eine absolute Ethik bedeuten, dass Recht und Medizin aus Gründen der Fürsorge immer über psychisch Kranke zu bestimmen haben, weil diese dazu selbst nicht in der Lage sind. Diese Position wird von niemandem mehr vertreten. Die absolute Ethik der Autonomie würde besagen, dass die persönliche Freiheit psychisch Kranker in keinem Fall angetastet werden darf, außer vielleicht als Konsequenz einer Straftat. Radikale Vertreter einer Ethik des Widerstands gehen davon aus, dass die Psychiatrie ein Ort sozialer Kontrolle ist, wo PatientInnen unterdrückt werden. Befreiungsversuche der Betroffenen werden aus dieser Sicht als gesunde, natürliche Reaktion auf die psychiatrische Unterdrückung angesehen, selbst wenn sie mit Aggression und Gewalt gegenüber KlinikmitarbeiterInnen einhergeht. NEEDHAM (1997) fasst die absolute Ethik der Autonomie folgendermaßen zusammen: »Es ist ethisch richtig, sich gegen eine unterdrückende Institution wie die Psychiatrie zu wehren oder sich autonom zu verhalten« (S.213).

Das Bundesverfassungsgericht hat mehrfach klargestellt, dass der Staat nicht das Recht hat, den Bürgern die Freiheit zu entziehen, ohne dass sie sich selbst oder andere gefährden. Dabei bezog sich das Gericht immer auf unmittelbare und schwerwiegende Gefahren, und nicht auf eine bloße Behandlungsnotwendigkeit zum mutmaßlichen Wohl des Betroffenen. Wenn eng gefasste Unterbringungsgründe nicht vorliegen, muss demnach auch dem psychisch Kranken die Freiheit zur Krankheit belassen werden. Auch das Betreuungsrecht und die Psychisch-Kranken-Gesetze sind nach dem Grundsatz »im Zweifel für die individuelle Freiheit« formuliert. Das Unterbringungsrecht sieht sich dem Schutz des Individuums und der Gesellschaft zugleich verpflichtet. Außer in Notfallsituationen hat der Staat den Ärzten das Recht zur Freiheitsentziehung und zur Anwendung von Zwang aus der Hand genommen und in die Hände der richterlichen Gewalt gelegt. Sowohl die Abwehr eines medizinischen oder familiären Sonderrechts als auch die Minimierung von Sicherheits- und Ordnungskomponenten im Umgang mit psychisch Kranken ist ein angemessener Ausdruck des freiheitlichen Rechtsstaates.

Bei psychischen Krankheiten kann die Fähigkeit zur Selbstbestimmung in der Tat so erheblich beeinträchtigt sein, dass ein fürsorgliches Eingreifen auch dort erlaubt ist, wo beim körperlich Kranken Halt geboten wäre. Der Respekt vor dem Willen psychisch Kranker trägt in einer relativen Ethik dann nicht mehr, wenn es die Krankheit selbst ist, die den Betroffenen in seiner Urteilsfähigkeit so verändert, dass er nicht mehr wahrnehmen und beurteilen kann, was richtig für ihn ist und was er wirklich will. »Es gibt Situationen, in denen psychisch Kranke ein Recht darauf haben, dass ihnen gegen ihren erklärten Willen geholfen wird« (FINZEN et al. 1993, S. 149). So sieht es auch die Menschenrechtsdeklaration des psychiatrischen Weltverbandes, die 1996 in Madrid beschlossen wurde. Die Deklaration verbietet eine psychiatrische Behandlung gegen den Willen der Betroffenen, soweit sie nicht für das Wohl und die Sicherheit des Patienten oder Dritter notwendig ist (HELMCHEN & OKASHA 2000).

Das Relativieren sowohl der Ethik der Autonomie als auch der paternalistischen Ethik bedeutet vor allem eine Subjektivierung der Psychiatrie. Der Subjektivismus geht davon aus, dass alle Erkenntnisse nur subjektiv, das heißt für den Erkennenden selbst gelten (AUSTEDA 1981). Das individuelle Bewusstsein des Subjekts werde aber nicht aus sich selbst heraus, sondern im Austausch mit anderen als eine gemeinsame Anerkennung der subjektiven Realität geformt. Aus ihrer Rolle heraus ist verständlich, dass Angehörige und ÄrztInnen eher auf der paternalistischen Seite stehen, während PatientInnen und RichterInnen mehr die Autonomie betonen. Von Bedeutung im Umgang miteinander ist nicht die einseitige Festlegung auf eine ethische Position, sondern das offene und öffentliche Gespräch und ein konsequentes Enttabuisieren des Themas Gewalt in der Psychiatrie (WIENBERG 1997).

## 4.7 Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen

Die Medizin ist nicht nur ethisch, sondern auch gesetzlich dazu verpflichtet, dem Patienten eine bestmögliche Behandlung anzubieten und ihn vor jeglichem Schaden durch die Behandlung zu bewahren. Das gilt insbesondere für Behandlungen, die gegen den Willen und ohne Einverständnis der Betroffenen durchgeführt werden. Der Umgang mit Zwang und Gewalt ist daher ein notwendiger Bestandteil der Qualitätssicherung in der Psychiatrie.

Qualitätssicherung ist ein Konzept, das ursprünglich in der nordamerikanischen und der japanischen Industrie zur Kontrolle und Optimierung von Produktionsprozessen und der dabei entstehenden Produkte entwickelt wurde (SPÖRKE, RUCKRIEGEL, JANSSEN & EIBNER 1997). Erste umfassende Programme zur Qualitätssicherung entstanden in der Medizin in der Mitte des letzten Jahrhunderts, von Politik und Kostenträgern vor allem zur Eindämmung der als zu hoch empfundenen Kosten der medizinischen Versorgung veranlasst (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1996). In Deutschland besteht seit der Gesundheitsreform des Jahres 1989 die gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung. Insbesondere der § 137 SGB V sieht vor, dass Krankenhäuser sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung beteiligen. Nach dem Gesetzestext sind die Maßnahmen auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen ermöglicht werden.

Eine spezifische Grundlage für Qualitätsverbesserung in der Krankenhauspsychiatrie stellt die 1991 erlassene Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) dar (KUNZE & KALTENBACH 1994; KUNZE 1997). Mit der Psych-PV war die Forderung verbunden, den aus ihr resultierenden Personalzuwachs in eine Verbesserung der Behandlungsqualität umzusetzen. Weitere Qualitätsanforderungen sind in der Psych-PV nur indirekt genannt. Die der Psych-PV zugrunde liegende therapeutische Prinzipien beinhalteten ein mehrdimensionales Krankheitskonzept, die daraus abgeleiteten Forderung nach multiprofessioneller Teamarbeit und die Forderung nach einer bedarfsorientierten Versorgung (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1996; KUNZE & KALTENBACH 1994). Die verbesserte Personalausstattung wurde bis Ende 1995 umgesetzt. Beim therapeutischen Personal führte die Psych-PV zu einem durchschnittlichen Anstieg der Personalstellen von 20 Prozent, einzelne psychiatrische Kliniken erhielten bis zu 40 Prozent mehr Stellen (HÄRTER & STIEGLITZ 1999; KUNZE 1999). Die Krankenkassen haben nach der Psych-PV das Recht nachzuprüfen, ob das aufgestockte Personal tatsächlich zur Verbesserung der Behandlungsqualität bei einer bestimmten Patientengruppe eingesetzt wird. Andererseits können die Kassen keine Personalkürzungen verlangen, ohne dass sie die Verantwortung für die damit wegfallenden Aufgaben und Leistungen übernehmen.

Qualitätssicherung erfolgt über einen fortlaufenden Prozess, in dem mit Hilfe verschiedener Ansätze und Maßnahmen konkrete Routinehandlungen systematisch beobachtet, bewertet und verbessert werden (HÄRTER & BERGER 1999). Im Prozess der Sicherung und Verbesserung von Qualität wird zwischen Maßnahmen der externen und internen Qualitätssicherung unterschieden. Bei der externen Qualitätssicherung werden die Standards weitgehend von außen bestimmt, oder es wird explizit ein Vergleich zwischen Institutionen angestrebt. Interne Qualitätssicherung dient dazu, innerhalb der besonderen Gegebenheiten eines Unternehmens Ansatzpunkte für eine Qualitätsverbesserung zu finden. Wichtige Instrumente dabei sind die sogenannte »Schwachstellenanalyse«, die Suche nach »Qualitätsressourcen« und die Herstellung einer »Corporate Identity«.

Im medizinischen Behandlungsprozess wird zwischen Ergebnis-, Prozess-, und Strukturqualität unterschieden (HÄRTER & BERGER 1999). Strukturqualität bezeichnet die Gesamtheit gesundheitspolitischer, organisatorischer, finanzieller, räumlicher, apparativer und personeller Mittel für den gezielten Einsatz medizinischer Maßnahmen. Die Prozessqualität umfasst die sachgerechte Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen (technische Qualität) und die Gestaltung der Beziehung zwischen Patient und therapeutischem Team (interpersonelle Qualität). Die Ergebnisqualität wird als Verhältnis zwischen Behandlungsziel (Soll) und Behandlungsergebnis (Ist) beschrieben. Das Behandlungsergebnis beinhaltet neben der Heilung oder Besserung des Zustands auch die subjektive Zufriedenheit der PatientInnen mit der Behandlung, die erhaltene Lebensqualität, die Verminderung von Risikoverhalten und Verbesserung der Compliance. In einem vereinfachten Modell beruht eine gute Ergebnisqualität auf einer guten Prozessqualität, die wiederum durch eine gute Strukturqualität ermöglicht wird (GAEBEL 1995).

Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung war in der Medizin zunächst auf Bedenken und Widerstände gestoßen (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1996). Die Kritik bezog sich darauf, dass der Ansatz aus der Industrie stammt und eine unternehmerisches Vorgehen in der Medizin impliziert. Weiterhin wehrten sich die Ärzte gegen einen unausgesprochenen Vorwurf, die Medizin habe sich bisher nicht genügend um die Qualität ihrer Arbeit gekümmert. Widerstände gegen ein systematisches Qualitätsmanagement lassen sich auch so verstehen, dass die Philosophie der Transparenz, die Einbeziehung aller MitarbeiterInnen und die Nutzerorientierung dem ärztlichen Standesethos widersprechen.

In der deutschsprachigen Literatur sind seit 1995 mehrere Bücher und Übersichtsartikel zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie erschienen, bei denen es vornehmlich noch um theoretische Grundlagen, Begrifflichkeiten, Prinzipien und Methoden des relativ neuen Ansatzes ging (BERGER & GAEBEL 1997; CORDING 1999; GAEBEL 1995, 1999; HÄRTER, GROSS-HARDT & BERGER 1999; HAUG & STIEGLITZ 1995). Bislang stellten vor allem die Einführung und Weiterentwick-

lung operationaler Diagnosesysteme, die Evaluation der psychiatrischen Pharmakotherapie und die Entwicklung von Dokumentationssystemen die Ausgangspunkte qualitätssichernder Aktivitäten dar. Erste empirische Untersuchungen richteten sich auf die Frage nach der externen Qualitätssicherung durch Klinikvergleiche (JANSSEN, JÄNNER, SCHNEIDER et al. 1998; WOLFERSDORF, STIEGLITZ, METZGER et al. 1997). Die Fragestellung lautete dabei nach CORDING und KRISCHKER (1999) vereinfacht ausgedrückt: »Wird diese oder jene Patientengruppe in einem bestimmten Krankenhaus besser oder schlechter behandelt als im Durchschnitt der übrigen Krankenhäuser?« (S. 76).

Im Hinblick auf so genannte Problempatienten formulierten Cording und Krischker das Anliegen der Qualitätssicherung folgendermaßen:

Welches sind die Patienten, die unter den gegenwärtigen Versorgungsbedingungen am ungünstigsten abschneiden – wodurch sind diese charakterisiert, wie lassen sie sich möglichst frühzeitig erkennen, und was könnte man tun, um die Versorgung speziell dieser »Problempatienten« zu verbessern?« (1999, S. 76 f.).

Der hohe Stellenwert von Problempatienten liege in der psychiatrischen Versorgung in Zeiten knapper Ressourcen auch darin begründet, dass eine relativ kleine Patientengruppe einen sehr hohen Anteil der verfügbaren Leistungen einer Institution benötige. Zu den Kriterien für Problempatienten in psychiatrischen Institutionen zählen unfreiwillige Behandlungen, Zwangsmaßnahmen, Aggressionshandlungen, Todesfälle, Suizide bzw. Suizidversuche, Therapieabbrüche, lange Verweildauer, mangelnde Besserung bei Entlassung, ungeplante Wiederaufnahmen und mangelnde Behandlungszufriedenheit.

Mit der Aufgabe, die der Psych-PV implizit zugrunde liegenden Konzepte näher herauszuarbeiten und in einen sowohl für Fachkrankenhäuser als auch für Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern gültigen Katalog von Qualitätsanforderungen zu verwandeln, wurde 1994 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums eine Projektgruppe »Qualitätssicherung im Psychiatrischen Krankenhaus« gebildet.

Aus diesem Projekt entstand ein Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken, der 1996 auf einer Tagung der Aktion Psychisch Kranke vorgestellt wurde (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1996). Den ursprünglichen Auftrag, für den Zweck von Krankenhausvergleichen einen Katalog von möglichst wenigen, aber aussagekräftigen und konsensfähigen Qualitätsindikatoren zu entwickeln, hatte die Arbeitsgruppe abgelehnt, da sie ein solches Anliegen für undurchführbar hielt. Der Leitfaden folgte vielmehr dem Grundgedanken der internen Qualitätssicherung, wonach die MitarbeiterInnen einer Klinik die Qualität ihrer Arbeit anhand bestimmter Kriterien selbst beurteilen, und im Rahmen von Problemlöseprozessen ständig verbessern können. Zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken beschrieb die Arbeitsgruppe eine

Matrix von 23 Anforderungen für 28 Anwendungsbereiche der Qualitätssicherung. Die Anwendungsbereiche betreffen den gesamten Behandlungsprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung, und berücksichtigen auch die Stationskonzepte, die Beziehungsgestaltung, die Vertretung der Patienteninteressen, den Umgang mit Angehörigen und die Handhabung von Zwangsmaßnahmen. Die drei wesentlichen Behandlungsziele psychiatrischer Behandlung sind nach Vorstellung der Autorengruppe die Verminderung psychopathologischer Symptomatik, die Förderung von Verantwortungsfähigkeit im Umgang mit der Erkrankung (Krankheitsverständnis und Compliance) und die Förderung der sozialen Integration. Als vorrangige Absichten psychiatrischen Handelns, die ebenfalls der Ergebnisqualität zuzurechnen sind, nennt der Leitfaden den Schutz der Würde, die Nutzerzufriedenheit, die Schadensvermeidung und soziale Schutzfunktion, die Rechtssicherheit, sowie die positive Wirkung nach außen. Handlungsvorgaben für die Mittel und Organisation der Behandlung betreffen vornehmlich die Prozess, aber auch die Strukturqualität. Im einzelnen aufgeführt werden die Orientierung der Behandlung am Individuum, die beziehungsorientierte Behandlung, die Transparenz der Behandlung, ein mehrdimensionales Krankheitsverständnis, wissenschaftliche Orientierung, multiprofessionelle Behandlung, Außenorientierung, Nachrangigkeit stationärer Hilfen, angemessene Dokumentation und Reflexion der Arbeit. Ein Grenzbereich der Ergebnis- und Strukturqualität umfasst die optimale Nutzung der Ressourcen im Sinne von Wirtschaftlichkeit, Erhaltung und Förderung personeller Ressourcen, aufgabenorientierterem Einsatz der MitarbeiterInnen, Regelung der fachlichen Zuständigkeit und ausreichender Ausstattung mit Sachmitteln.

In den Konzepten vieler psychiatrischer Abteilungen und Kliniken stellen Türöffnung und Gewaltvermeidung bereits wesentliche Eckpfeiler der Behandlungsphilosophie dar (FÄHNDRICH 2000; KRISOR 1993; PÖRKSEN 1998). Zur Schaffung einer gewaltarmen Atmosphäre in psychiatrischen Institutionen gehört die Bereitschaft zum offenen partnerschaftlichem Umgang unter allen MitarbeiterInnen und in der Zusammenarbeit mit PatientInnen und Angehörigen. Für die Reduktion von Zwangsmaßnahmen ist zusätzlich eine Bereitschaft zur vorbehaltlosen Auseinandersetzung mit den tatsächlichen Gegebenheiten auf den Stationen vorausgesetzt. Alle MitarbeiterInnen, vor allem die Mitglieder der Leitungsebene müssen wissen, wie die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Alltagspraxis aussieht (PÖRKSEN 1998). Jeder psychiatrisch Tätige muss die Regeln und das abgestufte Konzept der Gewaltprävention kennen und bereit sein, sich kritisch mit der eigenen Gefühlslage auseinander zu setzen.

Ein offenes, alle entlastendes Klima im Umgang mit Zwangsmaßnahmen setzt zunächst voraus, dass die klinikinterne Verantwortlichkeit geklärt wird. PÖRKSEN (1998) schlägt vor, unter den MitarbeiterInnen jemanden zu benennen, der innerhalb der Abteilung oder Klinik diesen Themenkomplex wach hält. Falls die

Organisation des Qualitätsmanagements für diesen Bereich nicht gleich zur »Chefsache« erklärt wird, sollte mit der Benennung eines Mitarbeiters aus der Leitungsebene (OberärztInnen, Pflegedienstleitung, Stationsleitung) jedenfalls der hohe Stellenwert des Anliegens unterstrichen werden.

Die interne Qualitätssicherung beginnt mit der Bildung eines Qualitätszirkels interessierter MitarbeiterInnen verschiedener Berufsgruppen, die sich in einer Art Wächterfunktion für den Umgang mit Zwang und Gewalt verstehen. Ein Qualitätszirkel dient zur Beschreibung der eigenen Arbeit, der Bewertung der aktuellen Qualität, zur Aneignung von Kompetenzen, als Diskussionsforum bei der Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen und als Organisationsplattform für Schulungen und Fortbildungen (HÄRTER, GROSS-HARDT & BERGER 1999). Der Erfolg qualitätssichernder Aktivitäten hängt entscheidend davon ab, dass sämtliche Maßnahmen im Konsens verabschiedet und von der Klinikleitung mitgetragen werden.

Als Grundlage der Arbeit eines Qualitätssicherungszirkels hat sich als sinnvoll erwiesen, für eine ereignisbezogene Dokumentation aller Zwangsmaßnahmen und besonderer Vorkommnisse zu sorgen (FÄHNDRICH 2000). Wegen des damit verbundenen Mehraufwandes kann die Einführung einer Dokumentation nur dann gelingen, wenn bei allen MitarbeiterInnen die gemeinsame Überzeugung hergestellt wird, etwas Sinnvolles zu tun. Mit Zahlen belegen zu können, gute Arbeit zu leisten, die Entwicklung der eigenen Station oder der eigenen Abteilung über die Zeit zu beobachten oder sich im Wettbewerb mit anderen zu messen, ist eine nicht zu unterschätzende Motivation. Ein weiterer überzeugender Grund für die statistische Dokumentation ist die Durchsetzung von Personalforderungen. Ein wesentliches Element bei der Prävention von Gewaltvorfällen und Zwangsmaßnahmen ist die Personalausstattung einer Station. Gerade in Zeiten der Mittelknappheit braucht man gegenüber der eigenen Klinikleitung, Kostenträgern und politischen Gremien, neben dem Hinweis auf die Psych-PV, überzeugende Zahlen, um den Forderungen nach Personal- und Sachmitteln Nachdruck verleihen zu können (FÄHNDRICH 2000).

Auf jeden Fall müssen die qualitätssichernden Maßnahmen in den Arbeitsalltag der Stationen gebracht werden. Auf der Station trägt der anordnende Behandler die Verantwortung für die Indikationsstellung und Dokumentation der Zwangsmaßnahmen. Die Stationsleitung ist verantwortlich für die praktische Durchführung der Maßnahmen. Jede Station sollte eine Person benennen, die das Thema wach hält, das Team über neue Entwicklungen informiert und Nachbesprechungen organisiert. Die Ansprechpartner der einzelnen Stationen können sich zur Intervision und Fortbildung im Qualitätssicherungszirkel oder in einem »Beraterteam« zusammenschließen. Die Diskussion über Zwangsmaßnahmen sollte jeden Mitarbeiter erreichen, wobei es auch um ein Offenlegen von aktuellen Unzulänglichkeiten und potenziellen Schwachstellen geht.

Eine wesentliche Aufgabe der internen Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen besteht in der Formulierung von Standards. Das Fehlen von klaren und für alle MitarbeiterInnen verbindlichen Richtlinien für die Durchführung von Zwangsmaßnahmen ist nach wie vor in den meisten Kliniken eine der wesentlichen Schwachstellen der Behandlungsqualität (STEINERT et al. 1998). Bislang wurden weder allgemeingültige Lehrbuchartikel noch national konsensfähige Leitlinien zu diesem Thema formuliert, da die Strukturen und Behandlungsphilosophien der einzelnen Kliniken zu unterschiedlich sind.

Bei der Durchführung von Zwangsmaßnahmen handelt es sich um ein ausgesprochen interdisziplinäres und potenziell jeden Mitarbeiter betreffendes Problem, das nicht durch eine Dienstanweisung »von außen« oder »von oben« gelöst werden kann, sondern innerhalb jeder einzelnen Klinik in einem Qualitätszirkel verschiedener Berufsgruppen quasi »von unten« erarbeitet werden muss. Die nach längerem Diskussionsprozess und vielfältigen Überarbeitungen entwickelten Standards zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen bilden im Ergebnis die derzeitige Realität einer Institution oder Behandlungseinheit ab. Veränderungen einzelner Faktoren oder eine fortgesetzte Schwachstellenanalyse können jederzeit zu einer Ergänzung oder Veränderung von Standards führen.

Standards sind schriftlich zu formulieren und jedem Mitarbeiter zugänglich zu machen. Ein guter Standard sollte übersichtlich und klar gegliedert sein und vom Umfang her nicht zu knapp, aber auch nicht zu ausführlich gehalten werden. Es empfiehlt sich, den jeweiligen Standard, nach einer kurzen Definition der Zwangsmaßnahme, mit einem allgemeinen Hinweis auf die Schwere des Eingriffs in persönliche Grundrechte des Betroffenen einzuleiten, die nur ausnahmsweise durch das Vorliegen einer nicht anders abwendbaren Eigen- oder Fremdgefährdung gerechtfertigt ist. Zur Einleitung gehört es auch, mögliche Indikationen der Zwangsmaßnahme zu nennen, Kontraindikationen aufzuführen und die Ziele der Durchführung einer Zwangsmaßnahme anzugeben.

Im Vorfeld jeder Zwangsmaßnahme ist zu prüfen, ob alle verfügbaren präventiven Maßnahmen im Sinne eines Stufenplans voll ausgeschöpft sind. Im Fall eskalierender Konflikte sollte grundsätzlich geprüft werden, ob es verantwortet werden kann, das Behandlungsverhältnis durch eine Beurlaubung zu unterbrechen oder durch eine Entlassung zu beenden. Es muss klar formuliert sein, welche Regeln für die Entscheidungsfindung, die Anordnung, die Dokumentation und die Informationspflicht gelten.

Fachgerecht durchgeführte Zwangsmaßnahmen erfordern eine klar besprochene Aufgabenverteilung der Beteiligten. Eine erfahrene Pflegekraft sollte den gesamten Ablauf organisieren und koordinieren. Sie hat dafür zu sorgen, dass die Zwangsmaßnahme technisch vorbereitet ist, dass die übrigen PatientInnen betreut sind, dass Gefahrenquellen beseitigt sind und dass ausreichend Personal zur Verfügung steht. Der Koordinator oder der behandelnde Arzt nimmt das zur Hilfe

gerufene Personal in Empfang und informiert dieses kurz über den betroffenen Patienten, über die Gründe der Zwangsmaßnahme und über das geplante Vorgehen. Um ein Gerangel zu vermeiden, ist für den Fall der Anwendung von direktem Zwang vorab genau abzusprechen, wer welches Körperteil des Patienten festhält. Zwangsmaßnahmen sollten möglichst in einem ruhigen Rahmen und geschützt vor den Blicken von MitpatientInnen durchgeführt werden.

Mindestens eine Pflegekraft und nach Möglichkeit der Arzt sollten vor der Zwangsmaßnahme mit dem Patienten in Kontakt bleiben. Die Pflegekraft sollte auch während und nach der Zwangsmaßnahme als Bezugsperson zuständig sein. Sie informiert den Patienten über die bevorstehende Zwangsmaßnahme und bittet ihn, die Maßnahme ohne Widerstand zu erdulden. Wird dies abgelehnt, erklärt die Pflegekraft, wie die Zwangsmaßnahme genau ablaufen wird, wie lange sie voraussichtlich dauern wird und unter welchen Umständen sie aufgehoben wird. Bei einer Zwangsmedikation ist dem Patienten vom Arzt immer vorher mitzuteilen, welches Medikament er in welcher Dosierung erhält und was die Medikamentengabe bewirken soll (z. B. Beruhigung, Entspannung, Angstmilderung). Bis zum Moment der Durchführung einer Fixierung oder Isolierung muss es möglich sein, von der Maßnahme Abstand zu nehmen, falls der Patient von aggressiven Handlungen absieht.

Während der gesamten Dauer einer Fixierung oder Isolierung ist eine Einzelbetreuung erforderlich, die von einer Bezugsperson geleistet wird. Bei Fixierungen sollte grundsätzlich eine Sitzwachenpflicht bestehen. Auch nach einer Zwangsmedikation ohne Fixierung ist eine Bezugsperson für die Nachbetreuung zuständig. Notwendige Pflegemaßnahmen bei Fixierungen oder Isolierungen werden nach Möglichkeit von einem gleichgeschlechtlichen Mitarbeiter durchgeführt. Eine zwangsbehandelte Person ist immer respektvoll zu behandeln (nie unbedeckt im Bett liegen lassen, angemessene Ansprache, nicht über sie in ihrem Beisein sprechen) und vor neugierigen Blicken von Unbeteiligten abzuschirmen. Besuche müssen prinzipiell möglich sein und werden individuell abgesprochen. Je nach Zustand kann ein beruhigendes Beschäftigungsangebot gemacht werden.

Die Bezugsperson bespricht mit dem Patienten fortlaufend die Notwendigkeit und Dauer einer Zwangsmaßnahme. In festgelegten und möglichst kurzen Abständen (z. B. alle zwei Stunden) muss der anordnende Arzt die Indikation zur Fortführung der Zwangsmaßnahme prüfen und ggf. eine Verlängerung anordnen. Immer ist zu prüfen, ob nicht eine Einzelbetreuung anstelle der Fixierung oder Isolierung ausreicht. Jede Zwangsmaßnahme ist so kurz wie möglich zu halten.

Unmittelbar nachdem der Patient zwangsbehandelt wurde, sollte eine Nachbesprechung mit den beteiligten MitarbeiterInnen erfolgen, die von der koordinierenden Pflegekraft geleitet wird. Nach massiven Eskalationen ist die Möglichkeit einer Patientenrunde zu berücksichtigen. Eine Nachbesprechung mit dem

Patienten sollte sobald wie möglich nach Beendigung der Zwangsmaßnahme erfolgen. Dabei sind die Gründe für die erfolgte Zwangsmaßnahme, die Überlegungen auf therapeutischer Seite und mögliche Alternativen anzusprechen und mit dem Patienten zu diskutieren. Der Patient sollte in jedem Fall die Gelegenheit haben, sein subjektives Erleben der Zwangsmaßnahme zu schildern. Ein wichtiger Aspekt dieser Nachbesprechung ist es, mit dem Betroffenen eine Einigung über das Vorgehen im Falle künftiger ähnlicher Situationen zu erzielen. Falls mit sich wiederholenden Situationen zu rechnen ist, sollte erwogen werden, eine entsprechende Vereinbarung mit dem Patienten schriftlich festzuhalten (vgl. DIETZ, PÖRKSEN & VOELZKE 1998).

## 5 Design und Durchführung der eigenen Studie

### 5.1 Rahmenbedingungen und Projektentwicklung

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Vivantes Klinikum Neukölln, in der die Untersuchung durchgeführt wurde, ist eine noch relativ junge psychiatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses, in der von Anfang an eine engagierte Auseinandersetzung mit dem Thema Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie stattfand. Bereits in der Aufbauphase der Abteilung war die Reduktion von Zwangseinweisungen und der Umgang mit Zwangsmaßnahmen zu einem wesentlichen Qualitätskriterium erklärt worden (FÄHNDRICH & EICHLER 1995). Beim Übergang der Pflichtversorgung vom bislang zuständigen Fachkrankenhaus (Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik) zur psychiatrischen Abteilung des Allgemeinkrankenhauses ging die Anzahl gerichtlicher Unterbringungen im Bezirk Neukölln deutlich zurück. Alleine die Tatsache, dass psychisch Kranke die Klinik durch dieselbe Türe betreten wie somatisch Erkrankte trug offensichtlich zu einer größeren Akzeptanz der Behandlung bei. Schon aufgrund der geringeren Stigmatisierung durch die Behandlung in psychiatrischen Abteilungen wird ein großer Teil der Zwangseinweisungen überflüssig (vgl. WALLER 1982).

Grundlage der Arbeit in der Abteilung ist die Versorgungsverpflichtung für einen großstädtischen Bezirk mit mehr als 310.000 Einwohnern. Jeder Neuköllner Bürger, der einer stationären psychiatrischen Behandlung bedarf, hat das Recht auf eine gemeindenahe Versorgung. Die Abteilung verfügt über insgesamt 210 Behandlungsplätze, die sich auf sechs alltagspsychiatrische Stationen, zwei Tageskliniken und eine Kriseninterventionsstation verteilen. Zum sozialpsychiatrischen Selbstverständnis gehört eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen und dem komplementären Versorgungssystem. Im Konzept der Abteilung sind das »Heterogenitätsprinzip«, das »Heimatstationsprinzip« und die »offenen Türen« wesentliche Grundlagen für die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Heterogenität bedeutet, dass alle Stationen ohne Spezialisierung alle Patientengruppen, also auch gerichtlich untergebrachte PatientInnen aufnehmen. Es gibt demnach keine Aufnahmestation oder geschlossene Station, in der sich akut Erkrankte zusammenfinden und gemeinsam mit dem überforderten Personal ein Klima der Gewalt hervorrufen. Stattdessen werden gerichtlich Untergebrachte wie alle anderen PatientInnen auch nach Möglichkeit auf die

Station aufgenommen, zu der sie von Voraufenthalten bereits einen Bezug haben (Heimatstation). Erfahrungen haben gezeigt, dass es sehr zur Deeskalation von Gewaltvorfällen beiträgt, wenn erregte oder verängstigte Personen in eine ihnen vertraute ruhige Umgebung mit bekannten Bezugspersonen gebracht werden. Das Prinzip der Durchmischung erlaubt selbst bei Belegung mit mehreren gerichtlich untergebrachten PatientInnen eine weitgehende Öffnung der Stationstüren. Jeder Mitarbeiter, der eine Tür schließt, ist verpflichtet zu dokumentieren, wann und warum vom Konzept der offenen Tür abgewichen wird.

Die Dokumentation von Basisdaten für jeden aufgenommenen Patienten und die Dokumentation besonderer Ereignisse (Gewaltvorfälle, Entweichungen, Suizidhandlungen etc.) hat einen besonderen Stellenwert in der internen Qualitätssicherung der Abteilung (FÄHNDRICH 2000). Die Dokumentationssysteme für Zwangsmaßnahmen (Türschließungen, Fixierungen, Zwangsmedikationen) wurden vor allem aus dem Bedürfnis heraus entwickelt, »Schmuddelecken« im psychiatrischen Alltag auszuleuchten und Personalforderungen durchzusetzen (FÄHNDRICH 2000). Jede Fixierung und jede Zwangsmedikation wird ausnahmslos vom anordnenden Arzt dokumentiert und vom zuständigen Oberarzt geprüft. Der Beleg geht unmittelbar zum Chefarzt und wird von ihm persönlich in das EDV-System eingegeben. Ergebnisse der Dokumentationen werden regelmäßig in Abteilungskonferenzen und im Jahresbericht für alle MitarbeiterInnen zugänglich gemacht, und mittlerweile auch im Internet veröffentlicht ([www.knk-berlin.de/psychiatrie](http://www.knk-berlin.de/psychiatrie)). Damit soll die Qualität der Arbeit sichtbar gemacht und weitgehende Transparenz für die Öffentlichkeit geschaffen werden. Gesetzlich geregelte Unterbringungen werden in der Basisdokumentation erfasst, und dies nicht nur für die Eingangssituation, sondern auch für Unterbringungen während des Aufenthaltes.

Im Jahr 2000, auf das sich diese Untersuchung bezieht, waren nach Angaben des Jahresberichtes 12,7 % aller aufgenommenen PatientInnen einige Zeit gegen ihren Willen in der Abteilung. Mehr als 40 % aller Unterbringungen dauerten allerdings nicht länger als 24 Stunden. Zu gerichtlichen Unterbringungen im engeren Sinne kam es bei 6,7 % aller Aufnahmen. Die Anzahl der Fixierungen lag bei 143, wovon 71 PatientInnen betroffen waren (3,5 % aller behandelten Personen). Zwangsmedikationen in dem Sinne, dass die Betroffenen »jetzt keine andere Wahl mehr haben«, wurden für 91 PatientInnen (4,4 % aller behandelten Personen) dokumentiert. Die Auswertung der Türschließungsprotokolle ergab, dass an über 80 % aller Tage alle Türen immer offen waren.

Impulse für die Entwicklung eines eigenen Forschungsprojekts zur Situation gerichtlich untergebrachter PatientInnen kamen einerseits aus der abteilungsinternen Wissenschaftsgruppe, andererseits aus der klinikübergreifenden Arbeitsgemeinschaft »Dokumentation und Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen«. Die interne Wissenschaftsgruppe war ursprünglich zur Erarbeitung und Weiterentwick-

lung der Dokumentationssysteme gegründet worden. Darauf aufbauend beschäftigt sich die Gruppe im Rahmen praxisnaher Studien mit verschiedenen Aspekten der Qualität stationär psychiatrischer Behandlungen, u. a. auch mit Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Alltag. Innerhalb des klinikübergreifenden Kooperationsmodells zur Dokumentation und Qualitätssicherung von Zwangsmaßnahmen finden bereits seit 1995 regelmäßige Treffen von MitarbeiterInnen psychiatrischer Kliniken aus Bremen, Bielefeld, Karlsruhe und Berlin statt (vgl. KETELSEN et al. 2001). Nachdem es zunächst darum ging, festzustellen, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den verschiedenen Kliniken im Umgang mit Zwangsmaßnahmen bestanden, hat sich die Gruppe unlängst die Aufgabe gestellt, einen praxisnahen Leitfaden zur Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen zu erstellen (KETELSEN, SCHULZ & ZECHERT, in Vorb.). Hierbei wurde der Einbeziehung der Betroffenenperspektive eine große Bedeutung zugemessen.

Eine konkrete Grundlage für die Projektentwicklung war die in der eigenen Abteilung durchgeführte Untersuchung zu Zwangsmaßnahmen aus der Sicht der Betroffenen (SMOLKA et al. 1997). Übernommen wurde ein an quantitativer Methodik orientiertes Studiendesign mit Fragebögen zur Behandlungsbewertung, einer Messwiederholung und einer Vergleichsgruppe freiwillig behandelter PatientInnen. Anders als bei der früheren Studie wurde in der eigenen Untersuchung die zweite Befragung nicht am Ende der stationären Behandlung, sondern erst ein halbes Jahr nach Entlassung durchgeführt. Das prospektive Design sollte Aussagen über längerfristige Konsequenzen der Zwangsmaßnahmen auf den globalen Krankheitsverlauf und die Compliance erlauben. Eine genauere Eingrenzung der Stichprobe auf PatientInnen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis diente zudem der besseren Verallgemeinerbarkeit und Vergleichbarkeit der Befunde. Geachtet wurde weiterhin auf eine Unterscheidung zwischen gerichtlichen Unterbringungen und behördlichen Unterbringungen nach § 26 Berliner PsychKG. Bei Letzteren handelt es sich um freiwillig behandelte PatientInnen, die nach ärztlicher Anweisung für maximal 24 Stunden am Verlassen der Station gehindert oder aus formellen Gründen bei Zwangsmedikationen bzw. Fixierungen ärztlich untergebracht wurden.

Ein wesentliches eigenes, über die Studie von Smolka et al. hinausgehendes Anliegen betraf die Erfassung des subjektiven Erlebens der Betroffenen. Mit Hilfe von ausführlichen problemzentrierten Interviews sollten die Betroffenen die Gelegenheit haben, in möglichst freier Form selbst zu Wort zu kommen. Die weitgehend offene Befragung sollte insbesondere ermöglichen, individuelle und nicht vorhergesehene Reaktionen auf die Situation einer unfreiwilligen psychiatrischen Behandlung festzustellen. Das Untersuchungsdesign charakterisierte sich somit durch eine Kombination von quantitativen Elementen für die Vergleichs- und Verlaufsmessungen und qualitativen Elementen zur möglichst freien Erhebung von Erlebnisgehalten.

Wer wann was in welchem Kontext fragt, ist besonders in sozialwissenschaftlichen Untersuchungen von großer Relevanz für das Ergebnis. Abgesehen davon, dass schon alleine eine Beobachtung den beobachteten Gegenstand verändert, begegnete der Autor dieser Studie als Mitarbeiter der Abteilung dem Untersuchungsgegenstand und auch den befragten Personen nicht unvoreingenommen. Obwohl der Untersucher für keinen der Befragten eine Einzelbehandlung übernommen hatte, war er für einen Teil der PatientInnen als Mitglied des Stationsteams und als Gruppentherapeut ein in die Behandlung einbezogener Gesprächspartner. Auch bei den PatientInnen der übrigen Stationen gab er sich als Mitarbeiter der Klinik zu erkennen. Die Vergleichbarkeit der Befragungssituation mit einer patientenorientierten Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen durch einen Mitarbeiter der Klinik war ein durchaus beabsichtigtes Anliegen.

## 5.2 Fragestellung und Hypothesen

Im Rahmen einer naturalistischen Untersuchung zur Situation gerichtlich untergebrachter PatientInnen betraf die übergeordnete Zielsetzung eine Klärung der Fragen, welche Erfahrungen die Betroffenen mit der erzwungenen Behandlung berichten, wie sie insgesamt die Behandlungssituation bewerten und in welcher Weise das spätere Gesundheitsverhalten durch eine erzwungene Behandlung beeinflusst wird. Stellvertretend für die Gesamtgruppe der gerichtlich Untergebrachten wurden Personen befragt, die unter einer akuten schizophrenen Psychose litten und sich mindestens drei Wochen in stationärer Behandlung befanden.

Es folgt eine Auflistung der Fragestellungen, die in einem problemzentrierten Interview zum Erleben der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und zur Bewertung der Gesamtbehandlung geklärt werden sollten.

1. *Wie erleben die untergebrachten PatientInnen die Krankenhausbehandlung?*  
Gibt es etwas, was die unfreiwilligen PatientInnen auf der Station als angenehm oder hilfreich erleben? Was erleben die PatientInnen als unangenehm? Was würden sie nach ihren Wünschen verändern wollen? Wie wird die Arzt-Patient-Beziehung geschildert? Inwieweit können sie bei der Behandlung mitentscheiden? Fühlen sich die PatientInnen einem indirekten Druck ausgesetzt, Behandlungsmaßnahmen zuzustimmen? Welche Strategien setzen sie ein, um mit der unfreiwilligen Behandlung zurecht zu kommen? Gibt es PatientInnen, die subjektiv von der Behandlung profitieren und die gerichtliche Unterbringung trotz erlebter Einschränkungen akzeptieren?
2. *Wie erleben PatientInnen die Anordnung und den Vollzug freiheitsbeschränkender Maßnahmen?*  
Inwieweit besteht bei den Betroffenen eine Einsicht in die Notwendigkeit der

Behandlung? Wer sorgt letztendlich für die Klinikaufnahme? Welche Rolle spielen dabei die Angehörigen? Wie werden die einweisenden ÄrztInnen oder gerichtlichen BetreuerInnen wahrgenommen? Welche Erfahrungen machen PatientInnen, die mit der Polizei gebracht werden? Wie erleben PatientInnen eine Unterbringungsverhandlung? Wie gehen PatientInnen auf der Station mit der geschlossenen Tür um? Inwieweit fühlen sich PatientInnen in ihren Bürgerrechten eingeschränkt? Wie erleben PatientInnen zusätzliche Zwangsmaßnahmen (Fixierungen oder Zwangsmedikationen)? Welche Maßnahmen werden am wenigsten eingreifend erlebt? Erleben PatientInnen die Zwangsbehandlung traumatisch, fühlen sie sich davon gekränkt, entwertet und verletzt? Beeinflussen Zwangsmaßnahmen die Bereitschaft von PatientInnen zur Kooperation in der Behandlung?

Hypothesengeleitet sollte dann untersucht werden, inwieweit sich gerichtlich Untergebrachte in der Behandlungsbewertung und in den Behandlungserfolgen von freiwillig Behandelten unterscheiden. Dabei wurde angenommen, dass freiwillig behandelte PatientInnen im Vergleich zu den Untergebrachten sowohl während der stationären Behandlung als auch im Rückblick zufriedener mit der Behandlung sein würden und dass freiwillig Behandelte bessere Behandlungserfolge aufweisen würden als die gerichtlich Untergebrachten. Als Ergebniskriterien, die auf einen Behandlungserfolg hinweisen, wurden die folgenden sechs Merkmale ausgewählt:

1. Akzeptanz der Behandlung und Zufriedenheit in der dritten Behandlungswoche.
2. Rechtsstatuswechsel in Richtung einer freiwilligen Weiterbehandlung.
3. Besserung der Symptomatik zum Entlassungszeitpunkt.
4. Reguläre Entlassung mit Planung einer ambulanten Weiterbehandlung.
5. Compliance in der ambulanten Behandlung sechs Monate nach Entlassung.
6. Vermiedene Wiederaufnahmen innerhalb von 18 Monaten nach Entlassung.

Zwischen einzelnen Erfolgskriterien wurden bedeutsame korrelative Zusammenhänge angenommen, wobei die Hypothesen dahin gingen, dass frühe Behandlungsergebnisse zur Vorhersage der längerfristige Behandlungserfolge beitragen. Innerhalb der Gruppe gerichtlich untergebrachter PatientInnen wurde angenommen, dass sich patientenbezogene Merkmale wie das Erleben zusätzlicher Zwangsmaßnahmen, die Rechtsgrundlage der Unterbringung, Alter und Geschlecht, Schwere der Erkrankung, Krankheitseinsicht und Coping-Strategien auf die Behandlungsergebnisse niederschlagen würden. Die Hypothesen besagten, dass zusätzliche Zwangsmaßnahmen, PsychKG-Unterbringungen, jüngerer Alter, männliches Geschlecht, schwere Erkrankungen, fehlende Krankheitseinsicht und Mangel an bewältigungsorientierten Strategien mit einem geringeren Behand-

lungserfolg verknüpft sind. Abschließend sollte untersucht werden, welches Gewicht diese und weitere Faktoren in Bezug auf die Behandlungsergebnisse haben.

### 5.3 Studiendesign

Befragt werden sollten alle gerichtlich untergebrachten PatientInnen mit der Diagnose einer schizophrenen Psychose, die in einem Halbjahreszeitraum ab dem 1. Januar 2000 in die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Krankenhaus Neukölln aufgenommen wurden. Personen, die lediglich vom Arzt für maximal 24 Stunden gegen ihren Willen zurückgehalten wurden (behördliche Unterbringung nach § 26 Berliner PsychKG), bildeten eine Nebengruppe.

Die gesetzlich untergebrachten PatientInnen wurden während des stationären Aufenthalts mit Hilfe eines problemzentrierten Interviews ausführlich zu ihren Erfahrungen mit der Aufnahmesituation und mit der bisherigen Krankenhausbehandlung befragt. Ergänzend zum Interview wurde jedem Teilnehmer ein Fragebogen zur Akzeptanz der Behandlung und zur Behandlungsbewertung vorgelegt. Die Fragebogendaten dienten dem Vergleich der Befunde mit bereits vorliegenden Studien (RENNER 1998; SMOLKA et al. 1997; ULLRICH et al. 1995), dem Vergleich der Behandlungsbewertungen im zeitlichen Verlauf sowie dem Vergleich mit einer Gruppe freiwillig behandelter Personen.

Freiwillig Behandelte wurden auf denselben Stationen angesprochen, auf denen sich die gerichtlich Untergebrachten befanden. Es konnte zwar kein strenges »matched pairing« durchgeführt werden, dennoch wurde darauf geachtet, dass die Personenkreise in Diagnose, Alter und Geschlecht weitgehend übereinstimmten. Da dies nicht immer möglich war, blieb die Anzahl der befragten freiwilligen PatientInnen geringer als die der gerichtlich Untergebrachten. Bei der Vergleichsgruppe musste aufgrund der begrenzten Befragungs- und Auswertungskapazität auf die Durchführung der problemzentrierten Interviews verzichtet werden.

Als Zeitpunkt der Erstbefragung wurde die dritte bis vierte Woche nach Unterbringung (W3–4) gewählt, da die Betroffenen zu diesem Zeitpunkt noch mitten in der Behandlung stehen und somit authentische und erlebnisnahe Berichte zu erwarten waren. Es wurde kein früherer Befragungszeitpunkt gewählt, weil aus früheren Untersuchungen bekannt war, dass ein beträchtlicher Teil der Betroffenen in den ersten beiden Behandlungswochen nicht bereit oder in der Lage ist, an einer wissenschaftlichen Befragung teilzunehmen. Ein späterer Befragungszeitpunkt hätte eine ganze Reihe bereits aus der Behandlung entlassener PatientInnen ausgeschlossen. Die Klinikärzte wurden bei Entlassung (ENT) zu den Behandlungsergebnissen befragt. Zur Feststellung des Entlassungszeitpunktes galt

die Regel, bei Wiederaufnahmen innerhalb von vier Wochen von einer gescheiterten Entlassung und damit von einer Behandlungskontinuität auszugehen. Auch bei Verlegungen in die Tagesklinik galt als Entlassungszeitpunkt der endgültige Austritt aus der Klinik. Alle Studienteilnehmer wurden ein halbes Jahr nach Entlassung (M6) angeschrieben und um die Rücksendung eines Fragebogens zur Behandlungsbewertung gebeten. Der Halbjahreszeitraum für die Nachbefragung war bewusst recht kurz, damit eine möglichst große Zahl der Betroffenen noch erreichbar war und möglichst wenig Überlagerungen der Behandlungsbewertung mit Erlebnissen bei Wiederaufnahmen stattfanden. Da es für die prospektiven Fragestellungen wichtig war, Verlaufsdaten von möglichst vielen PatientInnen zu erhalten, wurden die an der Studie beteiligten PatientInnen bereits während der ersten Befragung gebeten, ihren weiterbehandelnden Arzt von der Schweigepflicht bezüglich bestimmter Fragen nach Behandlungserfolg und Compliance zu entbinden. Die Wiederaufnahmen in die Klinik konnten bis zu einem Zeitpunkt von 18 Monaten nach Entlassung (M18) anhand der Aufnahmebücher und der Basisdokumentation verfolgt werden. Im Einzelnen wurden die im folgenden Abschnitt genauer erläuterten Untersuchungsinstrumente gemäß dem in Abbildung 1 wiedergegebenen Design eingesetzt:

Zeitpunkt	Selbsteinschätzungen	Fremdeinschätzungen
<b>W 3-4</b>	<p><b>untergebrachte PatientInnen:</b> Problemzentriertes Interview</p> <p><b>alle TeilnehmerInnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebogen zur Akzeptanz der Behandlung</li> <li>• Fragebogen zur Behandlungsbewertung (modifizierter KlibB)</li> </ul>	<p><b>Untersucher:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontextprotokoll</li> <li>• GAF-Skala</li> </ul> <p><b>KlinikärztInnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fixierungsprotokolle</li> <li>• Zwangsmedikationsprotokolle</li> <li>• Besondere Vorkommnisse</li> </ul>
<b>ENT</b>		<p><b>KlinikärztInnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CGI-Skala</li> <li>• Arztbrief</li> <li>• BADO</li> </ul>
<b>M6</b>	<p><b>alle TeilnehmerInnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachbefragungsbogen zur Akzeptanz und zum Erfolg der Behandlung</li> <li>• Fragebogen zur Behandlungsbewertung (modifizierter KlibB)</li> </ul>	<p><b>ambulante ÄrztInnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebogen zum Behandlungserfolg</li> </ul>
<b>M18</b>		<p><b>Dokumente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahmebücher</li> <li>• BADO</li> </ul>

Abb. 1: Erhebungszeitpunkte, Datenquellen und Untersuchungsinstrumente

## 5.4 Erhebungsinstrumente

### Problemzentriertes Interview

Das problemzentrierte Interview stellt eine Form der offenen, halbstrukturierten Befragung dar und gilt als besonders gut geeignet, subjektive Erfahrungen von Personen zu erfragen, von denen man weiß, dass sie eine ganz konkrete Situation erlebt haben (vgl. MAYRING 1996; MERTON & KENDALL 1993; STRAUSS 1994). Die Fragen werden möglichst offen gestellt, da bei geschlossenen Fragen oder vorgegebenen Antwortalternativen die Gefahr besteht, spontane Antworten zu verhindern und damit wichtige Informationen zu verlieren. Das Interview war auf das Erleben einer unfreiwilligen psychiatrischen Krankenhausbehandlung zentriert. Der Ablauf der Interviews sollte den von MAYRING (1996) vorgeschlagenen Schritten folgen: (1) Definition des Erzählgegenstandes, (2) Stimulierung der Erzählung, (3) Aufrechterhalten des roten Fadens und (4) Nachfragen in Richtung der intendierten subjektiven Bedeutungsstruktur. Bestimmte Fragen, die in einem Interviewleitfaden (siehe Anhang A) zusammengestellt waren, wurden im Gesprächsverlauf vom Interviewer gestellt. Im Unterschied zu einem standardisierten Interview bestimmt der Leitfaden eines problemzentrierten Interviews nicht verbindlich den Verlauf und die Richtung des Gesprächs. Ein Interviewleitfaden ist vielmehr als flexibel handhabbares Instrument zu verstehen, mit dem das Hintergrundwissen und die vorläufig formulierten Kategorien des Untersuchers systematisch eingebracht werden. Zum Gesprächseinstieg konnte eine von zwei offene Fragen gewählt werden:

1. Wie ist es aus Ihrer Sicht zur Aufnahme in diese Abteilung gekommen?
2. Wie erleben Sie Ihre Situation als Patient der Abteilung?

Die weiteren Fragen ergaben sich aus den Äußerungen der Gesprächspartner oder aus dem Interviewleitfaden. Die Fragen des Interviewleitfadens wurden jeweils frei gestellt und dabei sprachlich an die Ausdrucksform der PatientInnen angelehnt. Der Umfang und Ablauf der Fragen musste zur Vermeidung von Überforderungen und Gesprächsabbrüchen dem Konzentrations- und Durchhaltevermögen der PatientInnen angepasst werden. Bei den kognitiv beeinträchtigten PatientInnen wurde das Interview relativ kurz gehalten und auf die wesentlichen Punkte begrenzt. Der Fokus der Interviews lag in jedem Fall auf dem Erleben der Zwangseinweisung, dem Erleben der Unterbringungsverhandlung, dem Erleben der geschlossenen Tür, dem Erleben von Autonomieverlust und dem Erleben von Zwangsmaßnahmen. Ergänzend wurde nach der Vorgeschichte der Krankenhauseinweisung und nach Aspekten der Behandlungsbewertung gefragt.

## Kontextprotokoll

Im Kontextprotokoll wurden vorab die Aufnahmediagnose, der Unterbringungsstatus, zusätzlich erfolgte Zwangsmaßnahmen und die den Pflegeberichten entnommene Vorgeschichte der Aufnahme notiert. Nach dem Erstkontakt wurde die Reaktion der Betroffenen auf das Gesprächsangebot beschrieben. Im Anschluss an die Befragung der TeilnehmerInnen erfolgte ein Eintrag zum Gesprächsablauf, zur Gestaltung des Kontaktes und zu kognitiven Beeinträchtigungen bei den befragten Personen.

## Fragebogen zur Akzeptanz der Behandlung

Der Fragebogen zur Akzeptanz der Behandlung entstand aus einer Zusammenstellung von Fragen, die in Voruntersuchungen von SMOLKA et al. (1997), ULLRICH et al. (1995) und RENNER (1998) gestellt worden waren. Alle Items wurden in ein einheitliches Antwortformat gebracht und dabei mit vier Antwortmöglichkeiten ohne »neutrale« Position versehen. Der Fragebogen für den ersten Befragungszeitpunkt (W3–4) bestand aus zwölf Fragen zu zwei Themenbereichen (siehe Anhang B). Im ersten Teil wurde die retrospektive Einschätzung des Vorliegens wichtiger Unterbringungsgründe bei Aufnahme angesprochen (fehlendes Einverständnis, Vorliegen einer seelischen Erkrankung, daraus resultierende Selbst- oder Fremdgefährdung). Zusätzlich wurden die PatientInnen gefragt, wie sie im Allgemeinen die Möglichkeit einer gerichtlichen Unterbringung psychisch Kranker beurteilen. Der zweite Teil befasste sich mit der Akzeptanz der Unterbringung unter den Aspekten des Erlebens der Unterbringung als Zwangs- oder als Schutzmaßnahme, der Stigmatisierung, der Behandlungsnotwendigkeit, des aktuellen Krankheitsgefühls, der Zustandsveränderung und der Bereitschaft zu einer freiwilligen Behandlung bei einer möglichen Wiederaufnahme. Bei der Vergleichsgruppe wurden dieselben Fragen im Hinblick auf die Aufnahme ins Krankenhaus gestellt. Im bei der Nachbefragung angewandte Fragebogen zur Akzeptanz der Behandlung wurden die Fragen zum Vorliegen von Unterbringungsgründen und die Frage nach einer wiederholten Behandlungsbereitschaft beibehalten. Zusätzlich wurde die Gruppe der untergebrachten PatientInnen zur nachträglichen Akzeptanz der Unterbringung und möglicher zusätzlicher Zwangsmaßnahmen, zur Nachbesprechung der Unterbringung, zu einer möglichen Behandlungsvereinbarung und zum Interesse an einer Gesprächsgruppe für ehemalige gerichtlich untergebrachte PatientInnen befragt.

### **Fragebogen zur Behandlungsbewertung (modifizierter KliBB)**

Zur Erfassung der Behandlungszufriedenheit wurden bei verschiedenen Untersuchungen vielfältige und uneinheitliche Erhebungsmethoden angewendet. Meist handelte es sich um selbst entwickelte, wenig überprüfte Instrumente, die von zusammenfassenden Globalbeurteilungen bis hin zur Bewertung ausführlich erhobener Einzelaspekte reichten (vgl. GRUYTERS & PRIEBE 1994; SPIESSL, CORNING & KLEIN 1995). Als wichtigste Zufriedenheitsquellen haben sich zusammenfassend in der Forschung die psychosozialen Versorgungsaspekte, z. B. individuelle Behandlung und Autonomie, positive Beziehungen zum Pflegepersonal und positive Arzt-Patienten-Beziehung herausgestellt (LEIMKÜHLER & MÜLLER 1996). Eine ausgeprägte psychopathologische Symptomatik war in verschiedenen Studien negativ mit der Behandlungszufriedenheit verknüpft.

Der Klientenbogen zur Behandlungsbewertung (KliBB), der von PRIEBE und GRUYTERS (1993; GRUYTERS 1995) speziell für psychiatrische Einrichtungen entwickelt wurde, enthält im Original sieben visuelle Analogskalen und vier offene Fragen zur persönlichen Bewertung der jetzigen Behandlung. Der KliBB wurde für diese Untersuchung ausgewählt, weil er neben einer globalen Bewertung der Behandlung und des bisherigen Behandlungserfolgs auch Fragen zu inhaltlich besonders relevanten Einzelaspekten der Behandlung enthält. Diese Fragen betreffen das patientenorientierte Engagement der KlinikärztInnen, den Umgang mit den sonstigen MitarbeiterInnen, die Richtigkeit der Medikation, die Richtigkeit der sonstigen Angebote und die dem Patienten insgesamt entgegengebrachte Achtung. Als Antwortskalen wurden, in Abweichung zum Originalbogen, vier Wahlmöglichkeiten (z. B. ja, auf jeden Fall – ja, einigermaßen – nein, eher nicht – nein, gar nicht) ohne »neutrale« Position gewählt (siehe Anhang C). Hintergrund der Modifikation war die Annahme, dass visuelle Analogskalen aufgrund von Wahrnehmungsverzerrungen für akut psychotische und hoch medizierte PatientInnen wenig geeignet sind. Die offenen Fragen des KliBB wurden in den Interviewleitfaden aufgenommen. In der Nachbefragung wurden sämtliche Items in die Vergangenheitsform gebracht.

### **Fragebögen zur Compliance in der Nachbehandlung**

Der Nachbefragungsbogen enthielt Fragen nach der Zustandsveränderung seit Aufnahme in die Klinik, zur Inanspruchnahme eines niedergelassenen Arztes und zur Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme. Zusätzlich wurde nach Veränderungen der sozialen und familiären Situation gefragt. Die nachbehandelnden ambulanten ÄrztInnen, für die eine Schweigepflichtsentbindung vorlag, erhielten einen aus lediglich drei Fragen bestehenden Bogen zur Einschätzung des

Behandlungserfolgs (siehe Anhang D). Gefragt wurde nach der Inanspruchnahme der ärztlichen Sprechstunde, nach der Medikamentencompliance und nach der globalen Einschätzung der Zustandsveränderung.

### **Behandlungsergebnisse bei Entlassung (CGI-Skala)**

Zum Entlassungszeitpunkt wurde die Zustandsveränderung mittels der CGI-Skala (Clinical Global Impressions) fremdbeurteilt. Die Skala wurde in der Pharmaforschung zur Nutzen-Risiko-Bewertung bei der medikamentösen Behandlung psychisch Kranker entwickelt (COLLEGIUM INTERNATIONALE PSYCHIATRIE SCALARUM 1977). Die Beurteilung erfolgte durch den behandelnden Arzt, der nacheinander den aktuellen Schweregrad der Krankheit, die Zustandsveränderung und die Wirksamkeit der neuroleptischen Medikation im Verhältnis zu den unerwünschten Wirkungen einzuschätzen hatte. Die Güteeigenschaften des Instruments gelten besonders für das Urteil der Zustandsveränderung aufgrund der medikamentösen Behandlung als unbefriedigend bzw. unzureichend aufgeklärt (BENEKE & RASMUS 1992). Die Skala wurde wegen ihrer Kürze, Einfachheit und hohen Augenscheinsvalidität ausgewählt. Eine exakte Messung der Medikamentenwirkung war nicht Ziel der Untersuchung.

### **Diagnosen und psychopathologische Befunde**

Die Diagnosestellung erfolgt durch den behandelnden Arzt nach ICD-10 Kriterien auf der Grundlage eines systematisch bei Aufnahme erhobenen psychopathologischen Befundes. Die Beurteilung des jeweiligen Merkmals richtet sich nach dem AMDP-Manual (ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR METHODIK UND DOKUMENTATION IN DER PSYCHIATRIE 1995; FÄHNDRICH & STIEGLITZ 1989) und beruht auf Patientenberichten und Verhaltensbeobachtungen. Die Analyse der psychopathologischen Aufnahmebefunde erfolgte mit dem Ziel, einen Überblick zum Vorhandensein bestimmter Symptomgruppen zu erhalten. Die Zuordnung von einzelnen Symptomen zu Symptomgruppen wurde nach dem in Abbildung 2 dargestellten Schema vorgenommen.

### **Globales Funktionsniveau (GAF-Skala)**

Zum Befragungszeitpunkt (W3–4) wurde auf eine erneute systematische Fremdbeurteilung der aktuellen psychopathologischen Symptomatik verzichtet, da eine entsprechende Erhebung den Ablauf der Befragung gestört hätte. Mithilfe der

<u>Funktionsbereiche</u>	<u>Einzelmerkmale</u>
<b>Kognitive Funktionen</b>	Konzentrations-, Gedächtnis- oder Auffassungsstörungen
<b>Formales Denken</b>	Gedankendrängen, ideenflüchtiges Denken, Vorbeireden, Gedankenabreißen oder Inkohärenz/ Zerfahrenheit
<b>Inhaltliches Denken</b>	Beziehungswahn, Beeinträchtigungswahn, Verfolgungswahn oder Größenwahn
<b>Sinnestäuschungen</b>	Dialogisches/ kommentierendes Stimmenhören oder Leibhalluzinationen
<b>Ich-Störungen</b>	Derealisation, Depersonalisation, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug oder Gedankeneingebung
<b>Affektstörungen</b>	Ratlosigkeit, Affektarmut, Gereiztheit, Ambivalenz, Parathymie, Affektlabilität oder Affektstarre
<b>Antriebsstörungen</b>	Antriebsminderung/ depressive Stimmung oder gesteigerter Antrieb/ euphorische Stimmung

Abb. 2: Analyse der psychopathologischen Befunde – Funktionsbereiche und dazugehörige Einzelmerkmale

Skala zum Globalen Psychosozialen Funktionsniveau (GAF) wurde vom Untersucher nach Abschluss der Befragung der Schweregrad der Erkrankung eingeschätzt. Die GAF-Skala hat als Achse V Eingang in das Diagnosesystem DSM-IV der American Psychiatric Association (deutsche Fassung: WITTCHEM, SASS, ZAUDIG & KÖHLER 1989) gefunden. Es handelt sich um eine Skala von 0–100, bei der die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit angeordnet sind. Die Skala wurde für die Untersuchung ausgewählt, weil sie schnell und unkompliziert einsetzbar ist, eine große Zahl von Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Untersuchungen bietet und weil der Schweregrad der Krankheit nicht nur aufgrund der aktuellen Psychopathologie, sondern nach Berücksichtigung aller relevanten sozialen Funktionsbereiche, insbesondere der Kommunikationsfähigkeit, vorgenommen wird. Die Bewertung auf der GAF-Skala bezog sich auf den Zeitpunkt der Befragung, so dass der Skalenwert nicht den Schweregrad der Erkrankung insgesamt, sondern den augenblicklichen Bedarf an Behandlung und Fürsorge widerspiegelte.

### **Basisdokumentation (BADO)**

Der Basisdokumentationsbeleg wird vom behandelnden Klinikarzt beim Abschluss der Krankengeschichte ausgefüllt. Dokumentiert werden u. a. die soziale Einbindung (Wohn- und Lebenssituation, Einkommensquelle), die Anzahl der Voraufenthalte, die Umstände der Aufnahme (Einweisung, Begleitung, Freiwilligkeit etc.), der Rechtsstatus und die Umstände der Entlassung (Entlassungsmodus, geplante Weiterbehandlung).

## **5.5 Stichprobenerhebung**

Entsprechend dem Design der Studie war eine vollständige Erfassung aller im Untersuchungszeitraum untergebrachten PatientInnen mit der Diagnose einer schizophrenen oder schizoaffektiven Psychose (ICD F20 oder F25) vorgesehen. Um dies zu gewährleisten, wurden die allgemeinpsychiatrischen Stationen vom Untersucher mehrmals wöchentlich aufgesucht. Für die Teilnahme an der Untersuchung wurden folgende Ausschlusskriterien festgelegt:

- Entlassung innerhalb von 14 Tagen nach Aufnahme bzw. Unterbringung
- Eine im Vordergrund stehende Suchtproblematik (z. B. Entgiftung, Entzugssyndrom)
- Unzureichende Deutschkenntnisse bei ausländischen PatientInnen
- Eine geistige Behinderung, die sinnvolle Beantwortung der Fragen unmöglich macht

Für untergebrachte PatientInnen, die alle Einschlusskriterien erfüllten, wurde ein Kontextprotokoll angelegt. Zugleich wurde eine Liste freiwillig aufgenommener PatientInnen der entsprechenden Diagnosegruppe angelegt, die etwa zur selben Zeit aufgenommen worden waren. Alle potentiellen StudienteilnehmerInnen wurden zu Beginn der dritten Behandlungswoche bzw. der dritten Woche nach Unterbringung angesprochen, ausführlich über Inhalt und Zweck der Untersuchung aufgeklärt und um eine Teilnahme an der Befragung gebeten. Die PatientInnen wurde auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen, und es wurde ihnen strikte Anonymisierung ihrer Angaben sowie Verschwiegenheit gegenüber dem therapeutischen Personal zugesichert. Einige PatientInnen, die sich nicht sofort zu einer Teilnahme entschließen konnten oder aufgrund ihres psychischen Zustandes noch nicht befragbar waren, wurden einige Tage später ein zweites Mal angesprochen, ohne dass auf sie Druck in Richtung einer Teilnahme ausgeübt wurde.

Im ersten Halbjahr 2000 kam es nach den BADO-Daten in der untersuchten Abteilung bei insgesamt 1535 Aufnahmen zu 119 gerichtlichen Unterbringungen (7,8 % der Behandlungsfälle) und zu 91 ärztlichen Zurückhaltungen für maxi-

mal 24 Stunden nach § 26 des Berliner PsychKG (5,9 % der Behandlungsfälle). Von den 477 Aufnahmen mit der Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F2) mussten bei 96 Aufnahmen (20,1 % der Behandlungsfälle) 78 Personen im Verlauf der Behandlung gerichtlich untergebracht werden, 27 weitere Personen wurden nach § 26 Berliner PsychKG vorübergehend festgehalten.

Vom Untersucher wurden bei regelmäßigem Aufsuchen der allgemeinspsychiatrischen Stationen im Untersuchungszeitraum 103 gerichtlich untergebrachte oder ärztlich zurückgehaltene Personen mit der Einweisungsdiagnose einer schizophrenen oder schizoaffektiven Psychose registriert. Damit gab es eine geringfügige Abweichung von den BADO-Daten, die darauf beruhte, dass Aufnahme- und Entlassungsdiagnose nicht immer übereinstimmte. Von den 103 gesetzlich untergebrachten Personen verließen 17 die Klinik innerhalb von zwei Wochen. Zwei weitere PatientInnen wurden am Anfang der dritten Behandlungswoche entlassen, ohne dass ein Kontakt mit dem Untersucher zustande kam. Bei den PatientInnen, die zum Zeitpunkt der Erstbefragung bereits entlassen waren, war in den allermeisten Fällen lediglich eine ärztliche Unterbringung nach § 26 Berliner PsychKG ausgesprochen worden. Unter den verbliebenen 84 untergebrachten PatientInnen verfügten sechs nicht über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse, bei zwei Personen stand eine Suchtproblematik im Vordergrund der Behandlung und eine Patientin hatte eine geistige Behinderung. Sechs weitere Personen wurden zwar befragt, aber im Nachhinein von der Untersuchung ausgeschlossen, da die Entlassungsdiagnose von der Aufnahmediagnose abwich und nicht in den Bereich der schizophrenen Erkrankungen fiel.

Von den 69 Personen, die schließlich die Einschlusskriterien erfüllten, lehnten elf (16 %) die Befragung ab bzw. konnten sich nicht zur Teilnahme entschließen. Als Gründe für die Ablehnung wurden genannt: eine schlechte momentane Befindlichkeit, ein subjektives Gefühl der Überlastung, ein Unwille, über das Thema zu reden, das Misstrauen gegenüber der Psychiatrie oder eine generelle Ablehnung von Befragungen. In der Stichprobe verblieb eine Hauptgruppe von 50 gerichtlich untergebrachten PatientInnen (19 nach PsychKG und 31 nach BGB) und eine Nebengruppe von 8 durch den Arzt nach § 26 PsychKG untergebrachten PatientInnen.

Für die Vergleichsgruppe wurden insgesamt 41 PatientInnen angesprochen. Von diesen lehnten zwei die Befragung ab, und drei Personen waren aufgrund eines geringen Konzentrationsvermögens nicht in der Lage, die Fragebögen vollständig auszufüllen. Nach Kenntnis der Entlassungsdiagnose wurden drei Personen der Vergleichsgruppe ausgeschlossen. Die Vergleichsgruppe umfasste demnach 33 zum Zeitpunkt W3–4 freiwillig behandelte PatientInnen.

Die Nachuntersuchung betraf 48 zuvor gerichtlich untergebrachte und 29 freiwillig behandelte PatientInnen. Bei einem gerichtlich untergebrachten Pati-

enten konnte der Verlauf nicht beurteilt werden, weil er im Anschluss in eine forensische Abteilung verlegt wurde. Zwei an der Untersuchung beteiligte Personen hatten sich innerhalb weniger Wochen nach der Entlassung suizidiert. Es handelte sich um eine gerichtlich untergebrachte Patientin und einen Patienten der Vergleichsgruppe. Bei beiden war in den Arztbriefen kein Hinweis auf eine erhöhte Suizidalität vermerkt, weder für die Aufnahme- noch für die Entlassungssituation. Die Gruppe der freiwillig Behandelten hatte sich weiterhin dadurch verringert, dass drei PatientInnen nach Ablauf des Untersuchungszeitraums doch noch ärztlich oder gerichtlich untergebracht worden waren.

## 5.6 Durchführung der Untersuchung

Die Erstbefragungen wurden bis auf wenige Ausnahmen in der dritten Behandlungswoche und an einem einzigen Termin geführt. Ein gerichtlich untergebrachter Patient war erst in der fünften Behandlungswoche zur Teilnahme bereit. Bei acht PatientInnen der Untersuchungsgruppe wurde ein zweiter Termin angeboten, da Fragen offen geblieben waren. Grund dafür war meist ein geringes Konzentrationsvermögen, leichte Erschöpfbarkeit oder ein Gesprächsabbruch. Bei drei gerichtlich und zwei ärztlich untergebrachten PatientInnen blieben die Befragungen unvollständig. Ein gerichtlich untergebrachter Patient verhielt sich während des Interviews weitgehend mutistisch, füllte jedoch den Fragebogen vollständig aus.

Die Befragungen fanden in der Regel im Dienstzimmer des Untersuchers oder in einem Arztzimmer auf der Station statt, in Ausnahmefällen auch im Zimmer des Patienten. Die TeilnehmerInnen wurden zu Beginn noch einmal über das Anliegen und den Ablauf der Untersuchung informiert. Die Befragung der gerichtlich untergebrachten PatientInnen begann in der Regel mit dem problemzentrierten Interview. Die Ergebnisse des Interviews wurden bei Vorliegen einer Einwilligung auf Tonband aufgezeichnet oder ansonsten möglichst wörtlich mitgeschrieben. Das Einschalten des Tonbandes lehnten 14 der insgesamt 58 interviewten Personen ab.

Nach Beendigung des Interviews bzw. bei der Vergleichsgruppe zu Beginn erfolgte die Vorlage der Fragebögen zur Akzeptanz der Unterbringung und zur Behandlungsbewertung. Sowohl bei den untergebrachten PatientInnen als auch in der Vergleichsgruppe waren nur wenige TeilnehmerInnen in der Lage, den Fragebogen selbständig auszufüllen. Meist wurden die Fragen mit Antwortmöglichkeiten vorgelesen, teilweise noch einmal genauer erklärt. Es kam vor, dass die mutmaßliche Antwort vom Untersucher aus der Reaktion des Befragten geschlossen werden musste. Vier gerichtlich untergebrachte PatientInnen und ein freiwillig behandelte Patient waren nicht bereit oder in der Lage, den Fragebogen auszufüllen.

Im Anschluss wurden die TeilnehmerInnen um Erlaubnis gebeten, sie zur Nachbefragung ein halbes Jahr nach Entlassung anschreiben zu dürfen, und sie wurden um eine Entbindung des weiterbehandelnden Arztes von der Schweigepflicht gebeten. Von den 50 gerichtlich Untergebrachten entschieden 19, die Schweigepflichtsentbindung nicht zu unterschreiben. Zum selben Entschluss kamen sechs der freiwillig Behandelten.

Nach Verabschiedung der TeilnehmerInnen notierte der Untersucher Stichworte zum Ablauf der Befragung im Kontextprotokoll und schätzte das Ausmaß der psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen mit Hilfe der GAF ein. Vor allem beim Erstkontakt und am Anfang des Untersuchungstermins äußerten sich 16 der gerichtlich untergebrachten PatientInnen misstrauisch oder ambivalent gegenüber dem Anliegen der Untersuchung. Der größte Teil der befragten Personen nahm jedoch bereitwillig und offen an der Untersuchung teil. Einige der untergebrachten PatientInnen betrachteten das Interview als willkommene Möglichkeit zur Selbstreflexion und Kritikäußerung und meinten, solche Gespräche seien hilfreich. Insgesamt war die Befragung nach Einschätzung des Untersuchers bei 13 der gerichtlich untergebrachten und bei drei der ärztlich untergebrachten PatientInnen erheblich durch Konzentrationsstörungen, Denkstörungen oder durch psychotisches Erleben gestört.

Der Ablauf der Verlaufsuntersuchung entsprach dem Untersuchungsplan. Die behandelnden KlinikärztInnen, die bereits vor Beginn der Datenerhebung im Rahmen der internen Fortbildung über das Projekt informiert worden waren, füllten die CGI-Bögen vollzählig aus. Sechs Monate nach Entlassung wurde an alle teilnehmenden PatientInnen ein Fragebogen geschickt, ein frankierter Rückumschlag war beigefügt. Der Rücklauf lag sowohl bei den gerichtlich Untergebrachten als auch bei den freiwilligen PatientInnen bei 52 %. Soweit eine Schweigepflichtsentbindung vorlag und der weiterbehandelnde Arzt bekannt war, wurde der ambulante Behandler zum selben Zeitpunkt schriftlich um eine Einschätzung des Behandlungserfolgs gebeten. Alle im Bezirk niedergelassenen FachkollegInnen waren vorab mit einem Brief informiert und um ihre Mitarbeit gebeten worden. Bei den Antworten der weiterbehandelnden ÄrztInnen ergab sich eine Rücklaufquote von knapp unter 90 %, womit sich die inhaltliche Relevanz der Untersuchung bestätigte. Insgesamt lagen zum Zeitpunkt der 6-Monats-Katamnese Daten zu 76 % der in der Stichprobe verbliebenen gerichtlich untergebrachten und 79 % der freiwilligen PatientInnen vor. Hinzu kamen einzelne Verlaufsdaten zu PatientInnen, die sich zwar nicht aktiv an der Katamnese beteiligt hatten, mit denen aber innerhalb der Nachbefragungszeit in sonstiger Weise ein Kontakt bestand. Berücksichtigt wurden dabei Vorstellungen in der Rettungsstelle oder Wieder-aufnahmen.

## 5.7 Auswertungsmethodik

Die Interviews wurden zunächst wörtlich transkribiert. Angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING (1996) wurden die Interviewtexte in Analyseinheiten zergliedert und schrittweise bearbeitet. Im ersten Auswertungsschritt wurden die Inhalte nach Themenbereichen geordnet, die der Struktur des Interviewleitfadens entsprachen. In der weiteren Auswertung ging es vor allem um die Reduktion des recht umfangreichen Interviewmaterials und um die Identifikation bedeutungstragender Textbestandteile.

Bei den Auswertungen zum Erleben von freiheitsentziehenden Maßnahmen wurde zur Veranschaulichung auf zahlreiche wörtliche Zitate der Betroffenen zurückgegriffen. Die große Anzahl befragter Personen ermöglichte es dabei, festzustellen, welche subjektive Erfahrungen mit der gerichtlichen Unterbringung verallgemeinert werden können, und bei welchen Erlebnissen und Reaktionen es sich eher um Einzelfälle handelt.

Eine strukturierende Inhaltsanalyse hatte dann das Ziel, eine bestimmte Struktur aus den Inhalten zu extrahieren. Insbesondere die Auswertung der Kontextinformationen und der Behandlungsbewertungen war als quantitative Inhaltsanalyse angelegt. Dabei sollten Inhaltscluster aus ähnlichen Berichten identifiziert, und induktiv ein detailliertes Kodierungsschema für einzelne Fragestellungen entwickelt werden. Das konnten inhaltliche Aspekte oder auch eine Skalierung sein. Als kleinste Kodiereinheit wurde ein Wort festgelegt, als größte Kodiereinheit durfte maximal die komplette Antwort auf eine Frage herangezogen werden. Kategorien wurden zunächst vorläufig definiert und nach einem Teil des Materialdurchlaufs (etwa 10 bis 50 %) unter logischen und inhaltlichen Gesichtspunkten überarbeitet.

Die quantitativen Daten wurden mit Hilfe des Programmpakets »SPSS for Windows« ausgewertet. Der erste quantitative Auswertungsschritt bestand in der Berechnung von Häufigkeiten. Die Hypothesen zu Gruppenunterschieden wurden bei intervallskalierten Variablen mit Hilfe von Mittelwertvergleichen (T-Test), bei ordinalskalierten Daten mit den mittleren Rangplätzen (Mann-Whitney-U-Test) geprüft. Bei mehreren unabhängigen Stichproben wurden die Unterschiedshypothesen mit dem Kruskal-Wallis-H-Test gerechnet. Bei nominalskalierten Daten kam der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest zur Anwendung. Veränderungshypothesen innerhalb einer Gruppe wurden mit dem T-Test für abhängige Stichproben bzw. mit dem Wilcoxon-Test geprüft. Für Zusammenhangshypothesen wurden in der Regel Rangkorrelationen nach Spearman berechnet, da die meisten Daten ordinalskaliert waren. Korrelationen zwischen einem dichotomen Merkmal und einer Ordinalskala wurden als biserialen Rangkorrelationen bestimmt. Nach einer Formel von BORTZ (1993, S. 213) wurde dabei die Differenz der mittleren Ränge durch die Hälfte des Stichprobenumfangs geteilt. Bei zwei

dichotomen Merkmalen wurde auf den Korrelationskoeffizienten nach Pearson zurückgegriffen (vgl. Voss 1997).

Für die Einschätzung möglicher Vorhersagevariablen wurden auf der Basis einfacher und multipler Korrelationen explorative Datenanalysen durchgeführt. Bei der Berechnung einer großen Zahl von Einzelkorrelationen hat sich die Frage gestellt, ob bei Prüfung der statistischen Signifikanz eine Alphafehlerkorrektur vorgenommen werden müsste. Aufgrund der relativ kleinen Stichprobe hätte dies jedoch zu einer enormen Erhöhung der Teststärke geführt, so dass praktisch kaum noch ein Zusammenhang statistisch signifikant werden könnte. Neben der Auflistung von Einzelkorrelationen der Erfolgskriterien war die Berechnung multipler Korrelationen eine weiterführende Möglichkeit, die Gewichtung einzelner Faktoren für die Kriterien (und umgekehrt) zu bestimmen. Trotz einer hohen Stichprobenabhängigkeit der Ergebnisse und der prinzipiell geforderten Intervallskalensqualität der Kriteriumsvariablen wurde auch bei ordinalskalierten Erfolgsmaßen Regressionsanalysen berechnet, um zumindest einen ungefähren Eindruck von der Bedeutsamkeit einzelner Prädiktoren zu erhalten. In die Berechnungen wurden, unabhängig von sachlogisch-inhaltlichen Überlegungen, jeweils alle hypothetisch bedeutsamen Faktoren und zusätzlich alle signifikanten Einzelkorrelationen einbezogen. Die Regressionsanalysen wurden schrittweise mit der SPSS-Option »Vorwärts« durchgeführt. Bei dichotomen Erfolgskriterien erfolgte die Berechnung einer Diskriminanzanalyse, in die relevante Prädiktoren ebenfalls schrittweise einbezogen wurden. Insgesamt ist bei allen explorativ berechneten Korrelationen zu beachten, dass diese sich nicht ohne weiteres auf eine Grundgesamtheit verallgemeinern lassen. Bei künftigen Forschungsprojekten könnte überprüft werden, ob sich die vorgefundenen Zusammenhänge bestätigen lassen.

## 6 Stichprobenbeschreibung

### 6.1 Soziodemographische Angaben

In der Gruppe der gerichtlich untergebrachten PatientInnen, die an der Studie teilnahmen (N = 50), befanden sich 28 Männer und 22 Frauen. Ihr Alter variierte zwischen 19 und 69 Jahren (M = 39.28, SD = 11.13). Zur Altersgruppe der unter 35-Jährigen zählten 20 Personen. Die Staatsangehörigkeit war bei 41 PatientInnen deutsch, bei fünf türkisch und bei vier eine andere. Der Familienstand war bei 25 Personen ledig, sieben waren verheiratet, zehn geschieden, sechs getrennt lebend und eine verwitwet. Bei einer Person war der Familienstand nicht bekannt. Hinsichtlich der allgemeinen Lebenssituation wohnten 27 alleine in einer eigenen Wohnung, 16 mit Partnern, Familienangehörigen oder Freunden, zwei im betreuten Wohnen und fünf in einer Obdachlosenunterkunft. Der überwiegende Teil der gerichtlich Untergebrachten (84 %) war beschäftigungslos. Nur vier PatientInnen waren berufstätig, zwei waren geringfügig beschäftigt, zwei befanden sich in einer Ausbildung oder Umschulung. Die Haupteinnahmequelle war bei 30 PatientInnen die Sozialhilfe, bei sechs eine Rente, bei sechs Arbeitslosen- oder Krankengeld und bei jeweils vier das eigene Erwerbseinkommen und die Unterstützung der Angehörigen.

Die Vergleichsgruppe freiwillig behandelter PatientInnen bestand aus 18 Männern und 15 Frauen. Ihr Alter variierte zwischen 18 und 61 Jahren (M = 38.61, SD = 11.92), 13 Personen (39 %) waren unter 35 Jahre alt. Alle bis auf drei (91 %) hatten die deutsche Staatsbürgerschaft. Der Familienstand war bei 18 Personen (55 %) ledig, bei acht verheiratet, bei fünf geschieden oder verwitwet und bei einer nicht bekannt. Fünf PatientInnen lebten in betreuten Wohnungen, 17 (52 %) alleine in einer Privatwohnung, sieben mit einem Partner und zwei mit Freunden. Drei Personen waren noch berufstätig, 28 (85 %) ohne Beschäftigung, jeweils eine in Ausbildung und geringfügig beschäftigt. Sozialhilfe bezogen 14 Personen (40 %), berentet waren 12 (36 %), von Arbeitslosen- oder Krankengeld lebten drei Personen. Hinsichtlich der soziodemographischen Angaben unterschieden sich die freiwilligen von den gerichtlich untergebrachten PatientInnen im Wesentlichen dadurch, dass mehr Personen berentet waren ( $\text{Chi}^2 = 5.55$ ;  $\text{df} = 1$ ;  $p < .05$ ) und entsprechend etwas weniger Empfänger von Sozialhilfe waren. Ohne dass dies wegen der Zellenbesetzungen statistisch signifikant werden konnte, lebten

mehr der freiwilligen PatientInnen in betreuten Wohnungen und weniger waren von Obdachlosigkeit betroffen.

Von den acht vom Arzt für maximal 24 Stunden untergebrachten Personen waren sechs weiblich, im Durchschnitt lag das Alter bei 45.63 Jahren (SD = 13.39). Nur eine Person war ledig, drei hatten ein eigenes Erwerbseinkommen und nur eine Person bezog Sozialhilfe. Wegen der geringen Gruppengröße musste auf Berechnung von statistischen Unterschieden zu den gerichtlich Untergebrachten verzichtet werden. Auffällig war allerdings das Überwiegen des weiblichen Geschlechts und die vergleichsweise gute soziale Einbindung der ärztlich Zurückgehaltenen.

Die elf gerichtlich untergebrachten PatientInnen, die eine Teilnahme an der Untersuchung abgelehnt hatten, unterschieden sich in keinem der genannten soziodemographischen Merkmale statistisch signifikant von den gerichtlich untergebrachten Personen, die an der Untersuchung teilnahmen. Es handelte sich um fünf Frauen und sechs Männer im Alter von durchschnittlich 36.91 Jahren (SD = 11.31). Alle waren beschäftigungslos, sieben waren auf die Sozialhilfe angewiesen.

Tabelle 1 bietet einen Überblick zu den soziodemographischen Daten der Gruppen.

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung – Soziodemographische Merkmale

	<b>Untergebracht</b> <b>(N = 50)</b>	<b>Freiwillig</b> <b>(N = 33)</b>	<b>Zurückgehalten</b> <b>(N = 8)</b>	<b>Ablehner</b> <b>(N = 11)</b>
Alter (mean, Jahre)	39.3	38.6	45.6	36.9
Geschlecht männlich	56 %	55 %	25 %	55 %
Staatsangehörigkeit deutsch	82 %	91 %	100 %	91 %
Familienstand ledig	50 %	55 %	13 %	64 %
Alleine lebend	54 %	58 %	50 %	46 %
Betreutes Wohnen	4 %	15 %	0 %	27 %
Obdachlosenunterkunft	10 %	0 %	0 %	9 %
Beschäftigungslos	84 %	85 %	63 %	100 %
Berentet	12 %	33 % *	38 %	9 %
Sozialhilfeempfänger	60 %	42 %	13 %	64 %

\* p < .05:

Unterschiede zwischen Untersuchungsgruppe und Vergleichsgruppen (Chi<sup>2</sup>-Test)

## 6.2 Diagnosen und Krankheitsverläufe

Die Diagnose, die bei Entlassung nach ICD-10 gestellt wurde, war bei 44 der 50 gerichtlich untergebrachten PatientInnen eine Schizophrenie (F20) und bei sechs PatientInnen eine schizoaffektive Störung (F25). Unter den schizophrenen Störungen war bei 40 Personen eine paranoide Form diagnostiziert worden, bei zwei eine hebephrene Form und bei jeweils einem ein schizophreses Residuum bzw. eine nicht näher bezeichnete Schizophrenie. Von den Personen mit einer schizoaffektive Psychose waren drei an einer schizomanischen Störung und je eine an einer schizodepressiven, einer gemischten und einer nicht näher bezeichneten Störung erkrankt. Bei zwölf PatientInnen lag zusätzlich eine Suchterkrankung vor, bei zwei eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die übrigen PatientInnen hatten keine zweite psychiatrische Diagnose. Die Anzahl früherer vollstationärer Aufenthalte in der Abteilung betrug durchschnittlich 4.74 (max = 24, SD = 6.18). Zwölf PatientInnen hatten keinen Voraufenthalt. Nach Einschätzung der behandelnden ÄrztInnen lag die mittlere Erkrankungsdauer bei 10.62 Jahren (max = 45, SD = 8.44). Der Krankheitsverlauf war bei acht episodisch remittierend, bei 28 episodisch mit Residuum, bei acht kontinuierlich und bei sechs nicht beurteilbar. Bei vier PatientInnen handelte es sich um eine Ersterkrankung, bei zwei um eine langjährig unbehandelte Störung.

In der Vergleichsgruppe freiwillig Behandelte wurde bei insgesamt 29 Personen eine schizophrene Störung und bei vier eine schizoaffektive Störung diagnostiziert. Unter den als schizophren diagnostizierten PatientInnen lag bei 25 eine paranoide Form vor, zwei Personen litten unter einer postschizophrenen Depression und in einem Fall wurde eine katatone Schizophrenie festgestellt. Die schizoaffektiven Psychosen hatten in drei Fällen eine schizomanische, in einem Fall eine schizodepressive Form. Zehn PatientInnen (30 %) hatten zusätzlich eine Suchtdiagnose. Die durchschnittliche Anzahl der Voraufenthalte betrug 5.82 (max = 38, SD = 8.07), vier PatientInnen (12 %) wurden erstmals in der Abteilung behandelt. Die mittlere Erkrankungsdauer lag bei 10.00 Jahren (max = 30, SD = 6.95), ein Patient war erstmals erkrankt. Der Verlauf der mehrfach Erkrankten war bei 13 episodisch remittierend, bei 17 episodisch mit Residuum, bei jeweils einem kontinuierlich und nicht beurteilbar. Unterschiede zur Gruppe der gerichtlich untergebrachten PatientInnen zeigten sich in einem etwas günstigeren Verlauf der Erkrankungen. Tendenziell waren weniger der freiwilligen PatientInnen kontinuierlich krank ( $\chi^2 = 3.46$ ;  $df = 1$ ;  $p < .10$ ), und entsprechend mehr episodische Verläufe wurden mitgeteilt ( $\chi^2 = 4.36$ ;  $df = 1$ ;  $p < .10$ ).

Die nach § 26 Berliner PsychKG ärztlich untergebrachten Personen hatten bei einer längeren Krankheitsdauer, die im Mittel bei 14.71 Jahren lag (max = 40; SD = 13.79), im Vergleich zu den gerichtlich Untergebrachten weniger stationäre Voraufenthalte in der Abteilung ( $M = 1.50$ ; max = 4; SD = 1.60). Die geringe-

re Anzahl der Vorbehandlungen war statistisch signifikant ( $t = 3.11$ ,  $df = 44.20$ ;  $p < .005$ ). Sieben Krankheitsbilder waren als paranoide Schizophrenie diagnostiziert, eins als schizoaffektive Störung. Es lagen eine Ersterkrankung, eine kontinuierliche Störung und eine Doppeldiagnose mit einer Suchterkrankung vor.

Die Ablehner hatten im Vergleich zu den gerichtlich untergebrachten Teilnehmern mit durchschnittlich 8.14 Jahren ( $SD = 4.95$ ) eine etwas kürzere Krankheitsdauer und dementsprechend auch weniger stationäre Voraufenthalte in der Abteilung ( $M = 3.00$ ;  $SD = 3.13$ ). Die Unterschiede waren statistisch nicht signifikant. Bei allen Ablehnern lag eine paranoide Schizophrenie vor, bei einer Person als Ersterkrankung, bei vier eine kontinuierlich verlaufende Erkrankungsform. Eine Person hatte zusätzlich eine Suchterkrankung.

Tabelle 2 stellt die Diagnosen und Krankheitsverläufe der Gruppen im Überblick vor.

Tab. 2: Stichprobenbeschreibung – Diagnosen und Krankheitsverläufe

	<u>Untergebracht</u> (N = 50)	<u>Freiwillig</u> (N = 33)	<u>Zurückgehalten</u> (N = 8)	<u>Ablehner</u> (N = 11)
<b>Diagnosen</b>				
Schizophrene Psychose	88 %	88 %	87 %	100 %
Schizoaffektive Störung	12 %	12 %	13 %	0 %
<u>Doppeldiagnose Sucht</u>	<u>24 %</u>	<u>30 %</u>	<u>13 %</u>	<u>9 %</u>
<b>Krankheitsverläufe</b>				
Ersterkrankung	8 %	3 %	13 %	9 %
Episodischer Verlauf	72 %	91 %	75 %	46 %
Kontinuierlicher Verlauf	16 %	3 %	13 %	36 %
Krankheitsdauer (Jahre)	10.6	10.0	14.7	8.1
Voraufenthalte (Anzahl)	4,7	5,8	1,5**	3,0

\*\*  $p < .01$ :

Unterschiede zwischen Untersuchungsgruppe und Vergleichsgruppen (T-Test)

### 6.3 Psychopathologische Symptomatik

Im psychopathologischen Aufnahmebefund des behandelnden Arztes wurden bei 38 der 50 untergebrachten PatientInnen kognitive Funktionsstörungen in Form eingeschränkter Konzentrationsfähigkeit oder Auffassungsgabe berichtet. Schwere formale Denkstörungen (v.a. inkohärentes, zerfahrenes Denken) lagen bei 30

PatientInnen (60 %) vor. Wahnhaftes Erleben wurden ebenfalls bei 30 PatientInnen festgestellt. Bei zehn Personen bestand ein Größenerleben. Sinnestäuschungen in Form von Stimmenhören oder Leibhalluzinationen waren bei 13 Personen festgestellt worden. Ich-Störungen lagen bei acht Personen vor. Bei 34 PatientInnen (68 %) wurden schwere Affektstörungen beschrieben, wobei 28 Personen (56 %) in erheblichem Ausmaß dysphorisch oder gereizt waren. Bei sechs Personen lag ein maniformes Syndrom und bei fünf Personen eine erhebliche depressive Verstimmung vor. Eine erhöhte Suizidalität wurde bei vier PatientInnen berichtet. Zum Zeitpunkt der Befragung lag der Wert für das globale Funktionsniveau (GAF) bei 30 % der gerichtlich untergebrachten PatientInnen zwischen 11 und 20, was für eine grobe Beeinträchtigung der Kommunikation oder Selbst- und Fremdgefährdung spricht. Bei 52 % war das Verhalten der Betroffenen ernsthaft durch Wahnphänomene oder Sinnestäuschungen eingeschränkt oder die Kommunikation ernsthaft beeinträchtigt (GAF: 21–30). Bei 16 % lagen einige Beeinträchtigungen der Realitätskontrolle oder der Kommunikation vor (GAF: 31–40), bei einer Person (2 %) ernste Symptome einer seelischen Erkrankung (GAF: 41–50). Für die Gesamtgruppe ergab sich ein durchschnittlicher GAF-Wert von 24.10 (SD = 7.16).

Im Aufnahmebefund der freiwilligen PatientInnen bestanden in 91 % der Fälle erhebliche Einschränkungen der Konzentration oder Auffassungsgabe. Das formale Denken war bei zwölf Personen (36 %) schwer gestört. Wahnhaftes Denkinhalte lagen bei 17 PatientInnen (52 %) vor, bei drei PatientInnen (9 %) in Form eines Größenerlebens. Halluzinationen wurde bei neun Personen (27 %) sicher festgestellt, Ich-Störungen bei derselben Anzahl. Von schweren Affektstörungen waren 17 PatientInnen (52 %) betroffen, wobei nur eine Person dysphorisch oder gereizt war. Bei elf PatientInnen (33 %) wurde ein schweres depressives Syndrom und bei einer Person ein manisches Syndrom beschrieben. Akute Suizidalität bestand bei drei PatientInnen. In der psychopathologischen Eingangssymptomatik unterschieden sich die freiwilligen PatientInnen von den gerichtlich untergebrachten TeilnehmerInnen durch ein geringeres Ausmaß von schweren formalen Denkstörungen ( $\text{Chi}^2 = 4.44$ ;  $\text{df} = 1$ ;  $p < .05$ ). Die Affektlage war sehr viel seltener dysphorisch-gereizt ( $\text{Chi}^2 = 24.54$ ;  $\text{df} = 1$ ;  $p < .001$ ), stattdessen bestand häufiger ein depressives Zustandsbild ( $\text{Chi}^2 = 6.96$ ;  $\text{df} = 1$ ;  $p < .05$ ). Der mittlere GAF-Score lag in der Vergleichsgruppe freiwillig Behandelte mit 31.67 (SD = 8.58) hochsignifikant über dem der gerichtlich untergebrachten PatientInnen ( $t = -4.19$ ,  $\text{df} = 59.96$ ,  $p < .001$ ). Bei einem Patienten wurden nur mäßig ausgeprägte Einschränkungen (GAF: 51–60), bei drei ernste Beeinträchtigungen (GAF: 41–50), bei zwölf starke Funktionseinbußen oder Kommunikationseinschränkungen (GAF: 31–40), bei 14 weitgehende Leistungsunfähigkeit oder ernste Beeinträchtigungen durch die psychotische Symptomatik (GAF: 21–30) und bei drei Eigen- oder Fremdgefährdung bzw. grobe Kommunikationsstörungen (GAF: 11–20) festgestellt.

Bei den vorübergehend zurückgehaltenen PatientInnen standen schwere formale Denkstörungen (88 %), wahnhaftes Erleben (75 %) mit Größenideen (38 %), Halluzinationen (63 %), schwere Affektstörungen (63 %) und gesteigertem Antrieb (50 %) im Vordergrund der Psychopathologie. Bei einer Person bestand akute Suizidalität. Im Vergleich zu den gerichtlich Untergebrachten fiel im Aufnahmebefund der ärztlich Zurückgehaltenen ein weit höheres Maß an Halluzinationen und ein größerer Anteil manischer Zustandsbilder auf. Signifikanzprüfungen konnten wegen der geringen Erwartungswerte nicht vorgenommen werden. Das globale Funktionsniveau (GAF) lag im Durchschnitt bei 29.50 (SD = 10.03). Der Unterschied zur Gruppe der gerichtlich untergebrachten PatientInnen war nicht signifikant.

Die Eingangssymptomatik der Ablehner war ebenso wie bei den Teilnehmern durch inhaltliche Denkstörungen (73 %), Affektstörungen (73 %) und in höherem Maße noch durch Größenerleben (36 %) und Hostilität (64 %) gekennzeichnet. Depressivität oder Suizidalität bestand bei keinem der Ablehner. Im Vergleich zu den TeilnehmerInnen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Das globale Funktionsniveau wurde nicht erhoben.

In Tabelle 3 sind die Analysen der psychopathologischen Aufnahmebefunde und die Einschätzungen des globalen Funktionsniveaus für die Stichproben zusammengefasst.

## 6.4 Aufnahmemodus

Als Notfall ohne eine ärztliche Einweisung waren 24 der 50 gerichtlich untergebrachten PatientInnen in die Abteilung aufgenommen worden. Bei zwölf Personen lag eine Einweisung des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPsD) vor, vier Personen waren von einer anderen psychiatrischen Abteilung weitergeleitet oder verlegt worden, drei kamen mit nervenärztlicher Einweisung und zwei als interne Verlegung von einer somatischen Station. Bei fünf Personen wurde in der BADO eine andere Einweisungsform kodiert. In Polizeibegleitung kamen 30 Patienten, neun wurden per Krankentransport oder mit der Feuerwehr gebracht, acht von professionellen Helfern begleitet, drei von Angehörigen und vier kamen ohne Begleitung. Bei der Kodierung der Begleitung waren zwei Angaben möglich. Als Aufnahmemodus wurde bei 24 PatientInnen angegeben, sie seien gegen ihren Willen gebracht worden, 22 kamen auf fremde Initiative und sieben aus eigener Initiative.

In der Vergleichsgruppe der 33 freiwilligen PatientInnen waren 16 ohne Einweisung in die Klinik gelangt, sieben kamen mit nervenärztlicher Einweisung, vier als Verlegung oder Weiterleitung, jeweils eine Person mit Einweisung eines anderen Arztes, der eigenen Institutsambulanz und des Sozialpsychiatrischen

Tab. 3: Stichprobenbeschreibung – Psychopathologische Aufnahmebefunde und globales Funktionsniveau

	Untergebracht (N = 50)	Freiwillig (N = 33)	Zurückgehalten (N = 8)	Ablehner (N = 11)
<b>Aufnahmebefund</b>				
Kognitive Störungen	76 %	91 %	88 %	64 %
Halluzinationen	26 %	27 %	63 %	27 %
Formale Denkstörungen	60 %	36 %*	88 %	55 %
Wahnhaftes Denken	60 %	52 %	75 %	73 %
Größenerleben	20 %	9 %	38 %	36 %
Ich-Störungen	16 %	27 %	25 %	9 %
Affektstörungen	68 %	52 %	63 %	73 %
Hostilität	56 %	3 %***	25 %	64 %
Manie	12 %	3 %	50 %	0 %
Depression	10 %	33 %*	13 %	0 %
Suizidalität	8 %	9 %	13 %	0 %
<b>Funktionsniveau</b>				
GAF (mean)	24.1	31.7***	29.5	–

\* $p < .05$ ; \*\*\*  $p < .001$ :

Unterschiede zwischen Untersuchungsgruppe und Vergleichsgruppen (Chi<sup>2</sup>-Test bei psychopathologischen Merkmalen, T-Test bei GAF-Werten)

Dienstes. Drei Personen kamen mit einer anderen Einweisung. Ohne Begleitung kamen 14 PatientInnen, jeweils fünf wurden von Angehörigen oder professionellen Helfern begleitet, vier kamen per Krankentransport oder mit der Feuerwehr und immerhin drei wurden von der Polizei gebracht. Die Aufnahme erfolgte nach retrospektiver Einschätzung des Arztes bei 16 auf eigene Initiative, bei 16 auf fremde Initiative und bei einer Person gegen ihren Willen. Erwartungsgemäß gelangten die freiwillig Behandelten im Vergleich zu den gerichtlich Untergebrachten häufiger aus eigener Initiative (Chi<sup>2</sup> = 10.10; df = 1;  $p < .005$ ) und seltener gegen ihren Willen (Chi<sup>2</sup> = 16.66; df = 1;  $p < .001$ ) in die Behandlung. Zudem kamen sie wesentlich öfter ohne Begleitung (Chi<sup>2</sup> = 13.87; df = 1;  $p < .001$ ) und seltener mit der Polizei (Chi<sup>2</sup> = 21.51; df = 1;  $p < .001$ ) ins Krankenhaus.

Die nach § 26 Berliner PsychKG zurückgehaltenen Personen waren in fünf Fällen ohne Einweisung in die Abteilung gekommen, bei zwei lag eine Einweisung des Sozialpsychiatrischen Dienstes vor, bei einer eine nervenärztliche Einweisung. Ins Krankenhaus begleitet wurden fünf PatientInnen von Angehörigen oder pro-

fessionellen Helfern, zwei kamen mit der Polizei, eine Person mit der Feuerwehr und eine alleine. Eine Person kam aus eigener Initiative, fünf auf fremde Initiative und drei gegen ihren Willen. Die ärztlich Untergebrachten kamen im Vergleich zu den gerichtlich Untergebrachten seltener mit der Polizei und häufiger in Begleitung von Helfern. Die Aufnahme erfolgte häufiger auf fremde Initiative.

Von den elf Studienablehnern waren sechs ohne Einweisung aufgenommen worden, drei kamen mit Einweisung des Sozialpsychiatrischen Dienstes, eine Person als Verlegung und eine mit einer anderen Einweisung. Sechs Ablehner wurden von der Polizei oder der Feuerwehr gebracht, jeweils zwei wurden von Angehörigen oder professionellen Helfern begleitet, eine Person kam ohne Begleitung. Die Aufnahme erfolgte gegen den Willen von fünf PatientInnen, ebenso viele wurden auf fremde Initiative hin gebracht, und eine Person kam selbstständig. Die Ablehner unterschieden sich von den gerichtlich untergebrachten TeilnehmerInnen dadurch, dass sie seltener mit der Polizei kamen, dafür häufiger in Begleitung einer Bezugsperson zur Aufnahme gebracht wurden. Tabelle 4 enthält eine Übersicht zum Aufnahmemodus der an der Studie beteiligten Gruppen.

Tab. 4: Stichprobenbeschreibung – Aufnahmemodus

	Untergebracht (N = 50)	Freiwillig (N = 33)	Zurückgehalten (N = 8)	Ablehner (N = 11)
Ohne Einweisung	48 %	49 %	63 %	55 %
Eigene Initiative	14 %	47 %**	13 %	9 %
Fremde Initiative	32 %	50 %	62 %	55 %
Gegen Willen	44 %	3 %***	25 %	46 %
Ohne Begleitung	8 %	42 %***	13 %	9 %
Mit Polizei	60 %	9 %***	25 %	27 %
Mit Bezugspersonen	20 %	33 %	75 %	55 %

\*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ :

Unterschiede zwischen Untersuchungsgruppe und Vergleichsgruppen (Chi<sup>2</sup>-Test)

## 6.5 Vorgeschichte der gerichtlichen Unterbringungen

Die 50 gerichtlich untergebrachten PatientInnen und die acht ärztlich zurückgehaltenen Personen wurden im Verlauf der Interviews zur Vorgeschichte der Zwangseinweisung befragt. Die Angaben wurden als Kontextinformationen in hochstrukturierter Form zusammengefasst. In die Kontextanalyse wurden auch den Arztbriefen entnommene Informationen einbezogen.

Zur Frage, von wem die Initiative für die Aufnahme ausgegangen war, zeigte sich bei den gerichtlich Untergebrachten, dass professionelle Helfer am häufigsten für die Vorstellung im Krankenhaus gesorgt hatten. Dabei war in 18 Fällen (36 %) die Initiative vom gesetzlichen Betreuer oder von einem anderen professionellen Helfer (meist ÄrztInnen oder WohngruppenbetreuerInnen) ausgegangen. Die Angehörigen folgten mit 26 % an zweiter Stelle. Das nicht verwandte soziale Umfeld (meist Nachbarn oder Hausverwaltung) hatte bei neun später gerichtlich untergebrachten Personen eine Ordnungsbehörde (meist die Polizei) verständigt. Bei sechs Personen waren Ordnungsbehörden von sich aus tätig geworden. Nur fünf PatientInnen berichteten, aus eigenem Antrieb in die Behandlung gekommen zu sein.

Die Unterbringung erfolgte laut Arztbriefen bzw. der BADO bei 31 der 50 gerichtlich untergebrachten PatientInnen nach Betreuungsrecht, davon bei 25 PatientInnen über eine bestehende Betreuung und bei sechs PatientInnen über die Einrichtung einer Eilbetreuung. Von den 19 PatientInnen, die nach PsychKG gerichtlich untergebracht wurden, kam es im weiteren Verlauf der Behandlung bei sechs PatientInnen zu einer Fortführung der Unterbringung nach Betreuungsrecht. Bei zwei PatientInnen war es nach Erklärung der Freiwilligkeit bei einer vorläufigen gerichtlichen Unterbringung geblieben, die ohne eine richterliche Anhörung entschieden worden war. Aus den Arztbriefen ergab sich, dass die gerichtliche Unterbringung bei 19 PatientInnen letztendlich vom gesetzlichen Betreuer veranlasst wurde, bei 13 Personen vom Sozialpsychiatrischen Dienst und bei 18 vom Klinikarzt. Bei zehn zunächst freiwillig aufgenommenen PatientInnen wurde die Unterbringung vom Klinikarzt veranlasst, nachdem die Betroffenen ihre Entlassung gefordert oder entgegen der Absprache die Station verlassen hatten.

Die gerichtliche Unterbringung wurde nach Informationen der Arztbriefe bei 27 der 50 PatientInnen ausschließlich mit einer Eigengefährdung oder unmittelbaren Gesundheitsgefährdung begründet. Von den 23 Personen, die als eigen- und fremdgefährdend eingeschätzt worden waren, hatten 16 eine andere Person direkt bedroht oder angegriffen. In fünf Fällen betraf dies ein Familienmitglied, in acht Fällen professionelle Helfer oder MitpatientInnen und in drei Fällen Passanten oder Nachbarn. Sechs PatientInnen hatten in ihrer eigenen Wohnung »randaliert«, zwei hatten dabei Gegenstände aus dem Fenster geworfen. Bei zwei Personen wurde vermutet, dass sie an Elektro- oder Gasleitungen im Haus manipuliert haben könnten. Ein Patient war wegen Distanzlosigkeit und Exhibitionismus in der Öffentlichkeit aufgefallen, und eine Patientin hatte ihr eigenes Kind aus einer Pflegefamilie entführt und dessen Gesundheit gefährdet. Von einem ausschließlich wegen Eigengefährdung untergebrachten Patienten war tatsächlich eine dritte Person verletzt worden, und zwar ein Polizeibeamter bei Vollzug der Zwangseinweisung.

Die Auswertung der Interviews und Arztbriefe ergab, dass 68 % der gericht-

lich untergebrachten PatientInnen im letzten halben Jahr vor der Aufnahme in irgendeiner Form eine nervenärztliche Behandlung in Anspruch genommen hatten. Insgesamt 18 % der Befragten gaben an, die verordnete Medikation bis zuletzt regelmäßig wie verordnet eingenommen zu haben, 30 % hatten die verordnete Medikation selbständig abgesetzt, 18 % hatte sie ohne Absprache mit dem Arzt reduziert oder unregelmäßig eingenommen. Nur in einem Fall war die Medikation vom Arzt abgesetzt worden.

Zur Frage, welche Probleme und Belastungen zur Klinikaufnahme beigetragen haben könnten, nahmen im Interview 45 der 50 gerichtlich Untergebrachten Stellung. Bei der Auswertung wurden Mehrfachantworten berücksichtigt und Kategorien gestrichen, die nur von einem Betroffenen erwähnt wurden. Mit 59 % wurden am häufigsten zwischenmenschliche Konflikte genannt, die etwa je zur Hälfte innerfamiliäre Konflikte und Auseinandersetzungen mit nicht verwandten Personen betrafen. Wohl auch wegen der regelmäßigen Nachfrage zu diesem Punkt wurde mit 33 % am zweithäufigsten das Absetzen oder die Reduktion der verordneten Medikation als möglicher auslösender Faktor genannt. Der Konsum von Alkohol oder illegalen Drogen hatten nach Einschätzung der PatientInnen bei 27 % mit zur Aufnahme beigetragen. Als spezifische Probleme nannten 27 % Wohnungsprobleme, 20 % Einsamkeit und soziale Isolation, 18 % finanzielle Probleme, 12 % die Trennung oder den Verlust von Angehörigen, 12 % eine fehlende oder überfordernde Arbeit und 6 % ein unbewältigtes Trauma. Nur sieben der 50 Befragten gaben an, überhaupt keine Probleme im Vorfeld der Aufnahme gehabt zu haben.

Befragt, wie eine Aufnahme bzw. die Unterbringung hätte vermieden werden können, benannten nur 26 % der gerichtlich Untergebrachten konkrete Maßnahmen. Mehr als ein Viertel (28 %) sahen keine Alternative zur Krankenhausbehandlung, da diese notwendig gewesen sei, 26 % empfanden die Aufnahme als willkürlich und 20 % machten keine Angaben zu diesem Punkt. Von den Personen, die nicht genutzte Schutzmöglichkeiten erwähnten, nannten jeweils fünf die Einnahme von Medikamenten, die Unterstützung durch Angehörige oder professionelle Helfer und die Änderung der Lebenssituation. Vier der Betroffenen meinten, die Unterbringung wäre vermeidbar gewesen, wenn sie rechtzeitig in die Klinik oder zum Arzt gegangen wären. Ein Patient erklärte, die Aufnahme hätte verhindert werden können, wenn er in seiner Angst vor Verfolgern den von ihm eingeforderten Polizeischutz erhalten hätte.

Spezifische Veränderungen des Erlebens oder Verhaltens im Vorfeld der Aufnahme, die der Symptomatik einer schizophrenen Psychose entsprechen, schilderten 64 % der gerichtlich Untergebrachten. In absteigender Häufigkeit wurde Verfolgungs- oder Beeinträchtigungserleben (24 %), Größenerleben (20 %), formale Denkstörungen (14 %), Stimmenhören (16 %) und Reizoffenheit (4 %) beschrieben. Unabhängig von der Schilderung psychotischer Symptome gaben 70 %

der PatientInnen für den Zeitraum vor der Aufnahme eine Veränderung der emotionalen Befindlichkeit an. Am häufigsten wurde das Gefühl der Angst (34 %) beschrieben, gefolgt von Gereiztheit (30 %), Niedergeschlagenheit oder Antriebslosigkeit (20 %), Antriebssteigerung (12 %) und Euphorie (4 %). Die ärztliche Diagnose einer schizophrenen Psychose konnten 24 % der PatientInnen für sich akzeptieren, 20 % stimmten teilweise mit der Diagnose überein, und 56 % waren sicher, nicht an einer Schizophrenie zu leiden.

Bei den ärztlich für maximal 24 Stunden zurückgehaltenen Personen ging die Initiative zur Krankenhausbehandlung in den meisten Fällen (sechs von acht) von den Angehörigen aus, in einem Fall vom Betroffenen selbst, und in einem Fall vom Sozialpsychiatrischen Dienst. Die Hälfte der ärztlich Untergebrachten kam mit einem Unterbringungsantrag der Gesundheitsbehörde ins Krankenhaus, die andere Hälfte wurde vom aufnehmenden oder behandelnden Krankenhausarzt für einen Tag untergebracht. Begründet wurden die ärztlichen Unterbringungen in fünf Fällen mit einer Eigengefährdung, wobei einmal eine akute Suizidalität berichtet wurde. Bei den übrigen drei Personen lag nach Ansicht der ÄrztInnen aufgrund von akuten Erregungszuständen zusätzlich eine Fremdgefährdung vor. In einem Fall hatten sich Angehörige bedroht gefühlt, in zwei Fällen das Krankenhauspersonal.

Die Vorbehandlung war von drei der acht ärztlich Zurückgehaltenen vor mehr als einem halben Jahr abgebrochen worden, jeweils zwei Personen hatten die Medikation in den letzten sechs Monaten selbst abgesetzt oder reduziert, in einem Fall bestand wegen einer Ersterkrankung keine Vorbehandlung. Der Konsum von Alkohol oder Drogen hatte bei keinem der ärztlich Zurückgehaltenen zur Exacerbation beigetragen. Als Stressoren im Vorfeld der Aufnahme nannten jeweils drei PatientInnen zwischenmenschliche Probleme und das Absetzen der Medikation. Einsamkeit, finanzielle Probleme und berufliche Überforderung wurden jeweils von einer Person genannt. Von den acht ärztlich untergebrachten PatientInnen berichteten sieben Veränderungen des emotionalen Befindens im Vorfeld der Krankenhausaufnahme, wobei Gereiztheit (38 %) häufiger als Angst (25 %), Niedergeschlagenheit (25 %) und Euphorie (13 %) berichtet wurde. Im Sinne der ärztlichen Diagnose voll krankheitseinsichtig war nach den Patientenangaben eine der acht ärztlich zurückgehaltenen Personen, eine partielle Krankheitseinsicht bestand bei sechs PatientInnen, und voll abgelehnt wurde die Diagnose nur von einer ärztlich zurückgehaltenen Person.

## 7 Subjektives Erleben von Zwangsmaßnahmen

### 7.1 Polizeieinsätze

Bei der Auswertung der Interviews und der Arztbriefe zeigte sich, dass bei 76 % der Stichprobe ein Polizeieinsatz in Zusammenhang mit der gerichtlichen Unterbringung erfolgt war. In den bereits berichteten BADO-Daten waren Polizeieinsätze im Vorfeld der Aufnahme, bei Weiterleitungen aus anderen Kliniken und bei Entweichungen bereits aufgenommener PatientInnen nicht enthalten. Insgesamt war die Polizei in 31 Fällen im Rahmen der Amtshilfe zu Zwangseinweisungen hinzugezogen worden, und bei sieben Personen war sie im Vollzug eigener ordnungsbehördlicher Aufgaben tätig geworden. Die meisten der 38 Polizeieinsätze erfolgten ohne weitere Zwangsmaßnahmen. Bei zwölf Personen kam es zu unmittelbarem polizeilichem Zwang durch das Aufbrechen der Wohnungstür, das Festhalten der Betroffenen oder durch das Anlegen von Handschellen. Von den ärztlich untergebrachten PatientInnen waren zwei mit der Polizei ins Krankenhaus gekommen. Zu unmittelbarem Zwang durch die Beamten war es dabei in einem Fall gekommen.

Die unmittelbaren polizeilichen Zwangsmaßnahmen betrafen acht Männer und fünf Frauen. Sowohl bei der Wahl der Zwangsmittel als auch beim der subjektiven Bewertung der Vorfälle zeigten sich geschlechtsspezifische Besonderheiten. Unter den Frauen waren zwei mit Handschellen ins Krankenhaus gebracht worden, zwei waren von der Polizei festgehalten worden und bei einer war die Wohnungstür aufgebrochen worden. Wie die folgenden Einzeldarstellungen zeigen, waren die Polizeiaktionen für fast alle Frauen peinlich oder demütigend. Die beiden Berichte der Frauen, die von der Polizei festgehalten wurden, ähnelten sich insofern, als die Polizei für die Betroffenen unerwartet im Büro eines Betreuungsvereins erschienen war, um sie auf Initiative des gesetzlichen Betreuers ins Krankenhaus zu bringen. Eine 48-jährige Patientin schilderte das Gefühl der Demütigung und der Überumplung durch ihre gesetzliche Vertreterin folgendermaßen:

Ich wurde am Arm gefasst. Dann haben die mich da rein bugsiert. Und man hat gar nicht Bescheid gewusst. Sich nichts zu Schulden kommen lassen. Dass einer sich die Sozialhilfe abgeholt hat, ist kein Grund, einen so grob anzufassen. Ich habe das Gefühl gehabt, man wird da übergangen in den Rechten als Bürgerin. Die Amtspflegerin müsste gegebenenfalls eingreifen und mit in die Klinik fahren. Wenn überhaupt wür-

de es einem zustehen, dass man in einen Krankenwagen kommt. Der Polizeiwagen, das ist auch demütigend. Dass Männer ihre Macht den Frauen gegenüber ausspielen wollen aufgrund vielleicht einer körperlichen Überlegenheit. (Mitschrift, G 20, S. 2)

Die Betroffene hätte den Vorfall offensichtlich weniger beschämend empfunden, wenn die Betreuerin mit ins Krankenhaus gefahren wäre oder wenn der Transport mit einem Krankenwagen erfolgt wäre. Die andere Patientin, eine 31-jährige Frau, hatte sich ebenfalls von ihrer Betreuerin hintergangen gefühlt. Auch für sie war es schlimm, von der Polizei angefasst zu werden. Aus ihrer Sicht hatte sich der Vorfall so zugetragen:

Da kam die [Betreuerin] da reingeschneit. Da hat die Frau wieder gesagt, ich wäre gar nicht in der Lage, mit Geld umzugehen. Die war immer unzufrieden. [...] Sie sagte: »Sie haben doch einen Brief von der Polizei gekriegt, dass Sie verhaftet sind«, als ob ich ins Gefängnis müsste. Da war ein Brief vom Amtsgericht, da stand da am Ende noch zwei Jahre weitere Betreuung oder so ähnlich. *Hatte die Betreuerin die Polizei gerufen?* Ja, regelrecht hinter dem Rücken. Mit schwarzen Handschuhen hinter dem Rücken, mit Handschellen und dann rein in das Auto. *Haben Sie sich dagegen gewehrt?* Nee, ich hab mich nicht gewehrt. *Und wie haben Sie das erlebt?* Nicht schön, also die Würde wird angefasst, die menschliche Würde. Die wird behandelt wie gar nichts. Schon allein das Anfassen, das ist unmöglich. Da hat die Frau doch gesagt, sie sei am Tag zuvor bei mir an der Tür gewesen und hätte geklingelt. Ich war den ganzen Tag da und habe nichts davon mitbekommen. (Mitschrift, G 39, S. 1)

Vielleicht war die Intention der beiden Betreuerinnen, es den Betreuten zu ersparen, zu Hause von der Polizei abgeholt zu werden. Dass dies besonders im Hinblick auf die Reaktion der Nachbarn ausgesprochen demütigend sein kann, verdeutlicht die folgende Schilderung einer Frau, die sich laut Arztbericht im Vorfeld der Aufnahme für die Tochter eines berühmten Sängers gehalten habe und nach eigenen Angaben »hyperaktiv« gewesen sei. Die hier geschilderte Zwangseinweisung erfolgte nach PsychKG.

Passen Sie mal auf, ich hab meine Wohnung auf Vordermann gebracht, nachmittags um halb vier kam der erste Klingeln, und um vier kam die Polizei und brachte mich gleich hier her. [...] Und wieder wie ein Schwerverbrecher mit Handschellen. Vom vierten Stock runtergeschubst so halbwegs. Einer hat mich doch gehalten, und über die Straße rüber, alle, die ganze Nachbarschaft hat's gesehen. Ich weiß gar nicht weswegen. *Das muss Ihnen schrecklich unangenehm gewesen sein?* Ja, vor allen Dingen, dass ich jetzt wieder in meine Wohnung rein gehe. Da muss es ja auch schrecklich sein. Das haben alle mitgekriegt da, alle im Umkreis. Als wenn ich sonst was gemacht hätte, einen umgebracht hätte zu Hause oder was. Also, ich weiß es nicht. (Transkription, G 10, S. 2)

In einer ganz eigenen Welt befand sich eine psychiatrisch nicht vorbehandelte Frau, die nach Einrichtung einer Betreuung aus einem Obdachlosenheim, wo sie zehn Monate verbracht hatte, ins Krankenhaus gebracht wurde. Aus ihrem Bericht wird deutlich, wie schwer es manchmal ist, mit den Betroffenen im Vorfeld über eine notwendige Krankenhausbehandlung zu reden. Eindrucksvoll ist außerdem, wie ein wahnhaftes Erleben und die genaue Wahrnehmung von Zwangsmaßnahmen nebeneinander stehen.

Ein Nachbar hatte eine Flasche, die ist explodiert. Da waren augige Gefühle drin. *Wer hat denn letztendlich für die Klinikaufnahme gesorgt?* Das weiß ich nicht. Die Polizei hat mich abgeholt. *Wer hatte denn die Polizei verständigt?* Ich weiß nicht, da hab ich nicht gefragt. Ich konnte die Gefühle da nicht ertragen. Den ganzen Tag musste ich das Augige rausmachen [...] Das war am Morgen. Ich war gerade dabei Kaffee zu kochen. Und auf einmal, die lügen ja, die lügen immer, die haben gesagt: »Hier ist Ihr Betreuer, der möchte mit Ihnen reden.« Da hab ich gesagt: »Ich hab keinen Betreuer.« Da haben die mir die Tür aufgebrochen. *Was ist dann passiert? Haben Sie sich gewehrt?* Ein bisschen hab ich mich gewehrt, weil die haben gar nicht gesagt, dass die Polizei da war. Die haben die Tür außen aufgeschlossen und mir gleich Handschellen angelegt. Dann haben die mich her gebracht. Ich habe gar nicht gewusst, was los war und wo ich hin sollte. Ich hatte auch gar keine Sachen hier. [...] Da hat mich auch eine Frau belästigt. Die wollte immer, dass ich in eine WG ziehe. Die hat mir mein Gesicht geklaut; die sah dann genauso aus wie ich. Acht Wochen lang haben die meinen Körper immer in der Zeitung und im Fernsehen gezeigt. Ich weiß nicht, wie die das gemacht haben. Mein Haar haben die nicht geklaut, nur meine Nase und meinen Mund. Das ist eine ganz eigenartige Welt. (Mitschrift, G 42, S.1)

Ein Polizeieinsatz, der von einer 69-jährigen allein stehenden Patientin geschildert wurde, hatte ebenfalls einen betreuungsrechtlichen Hintergrund. Die unzureichend orientierte Frau befand sich ihren eigenen Angaben nach in einem hilflosen Zustand. Im Interview erklärte sie, ohne Eingreifen der Betreuerin wäre sie wahrscheinlich in ihrer Wohnung verhungert, da kein Elektrogerät mehr funktionierte und sie aus Scham das Haus nicht mehr verlassen habe. Sie wäre allerdings lieber in ein Pflegeheim gebracht worden, wo sie die Eltern wähnte. Zur Zwangseinweisung berichtete sie Folgendes:

Nein, ich bin nicht freiwillig hier. Sie haben mich ja mit dem Unfallwagen hierher gebracht. [...] *Wie war denn das für Sie?* Das war furchtbar, peinlich. Ich konnte nichts mehr mitnehmen, gar nichts mehr. Alles liegen und stehen lassen. Und raus. Furchtbar und peinlich war das. Ja, ich schäme mich so sehr (weint). [...] Das war die [Betreuerin], die hat mir mein Geld weggenommen. Dafür mache ich schon gar nicht mehr auf. Das war schon mal, da sind sie gekommen, und ich sollte aufmachen. Dadurch kam das, da haben sie mir nämlich die Tür eingehauen. Dadurch kam das. Ich darf einem Fremden nicht aufmachen, ich darf keinen rein lassen. [...] Ja, ich glaube, die

Polizei hat die [Betreuerin] gerufen. Der stand ja draußen, der Mann, der stand ja draußen. *Weil Sie nicht aufmachen wollten?* Ja, ich hab nicht aufgemacht, weil ich keinen mehr reinlassen wollte. Ich bin verheiratet mit meinem Mann, und der könnte wiederkommen. (Transkription, G 7, S.1)

Von den gesetzlich untergebrachten Männern waren sechs in Handschellen abgeführt worden und zwei folgten der Polizei ohne weiteren Zwang, nachdem ihre Wohnungstür aufgebrochen worden war. Anders als bei den Frauen bestand bei allen von polizeilichem Zwang betroffenen Männern aufgrund von Erregungszuständen auch eine erhebliche Fremdgefährdung. Die Ereignisse stellten sich für die Männer entweder als ein Schutz vor einem Kontrollverlust, als eine Herausforderung, als eine Überwältigung oder als ein lächerliches Ereignis dar.

Zwei der von direkter polizeilicher Gewalt betroffenen Männer konnten sich kaum an etwas erinnern bzw. sie behielten ihre Eindrücke für sich. Ein 43-jähriger Mann erklärte im Interview nur, dass er mit Handschellen gefesselt wurde und sich wie ein Schwerverbrecher behandelt fühlte. Im Arztbrief hieß es zur Vorgeschichte, der Mann sei einige Wochen zuvor bei einer gerichtlichen Unterbringung von der Station entwichen. Schließlich habe die Polizei einen Hinweis von der Mutter des Patienten erhalten, in deren Wohnung er sich aufgehalten habe. Nach Erscheinen der Polizei sei der Patient zunächst geflüchtet. Nach einer Verfolgungsjagd quer durch die Stadt sei es jedoch gelungen, ihn festzuhalten. Es sei zu massiver Gegenwehr des Patienten gekommen, wobei ein Polizeibeamter verletzt worden sei. Der zweite Patient mit geringen Erinnerungen, ein 47-jähriger allein stehender Mann, war von der Polizei mit Handschellen ins Krankenhaus gebracht worden, nachdem er in einem Wutanfall seine Wohnung zerstört und ziellos Sachen aus dem Fenster geworfen hatte. Bei Aufnahme erklärte er laut Arztbrief, er sei froh gewesen, dass man ihn ins Krankenhaus gebracht habe, weil er sonst »seinen Sachen noch hinterher geflogen wäre«. Im Interview berichtete er die Situation folgendermaßen:

Ick weiß nur, dass ich bei mir auf den Balkon sämtliche Gegenstände runter geschmissen habe. Und denn kam das Krankenhaus. Hat man die Feuerwehr verständigt, dann bin ick ins Krankenhaus gekommen. [...] Wagenräder, zwei große Wagenräder aus dem sechsten Stock. Die Wohnung ist nach hinten gegangen, ein Glück, dass ich nach hinten wohne. Wenn ich nach vorn wohnen würde, würde ich jemanden erschlagen damit. *Welches Ziel sollte das haben?* Tja, das weiß ick auch nicht. Ja, woher? Das ist zum zweiten Mal jetzt in meinem Leben passiert. Einmal hatte ick 94 das Thema jetzt. Da muss ich einen Blackout gehabt haben. [...] *Die Feuerwehr ist gekommen?* Ja. *Polizei auch?* Das weiß ich nicht mehr. Ich weiß nichts mehr von dem Zustand, von dem Moment ab, wo man mich da geholt hat. (Transkription, G 23, S.1)

Ein 43-jähriger Patient hatte nach Auskunft der Nachbarn ebenfalls in seiner Wohnung randaliert und geschrien. Bei einem früheren Klinikaufenthalt war offenbar von den Behandlern festgelegt worden, dass er immer sofort bei Aufnahme fixiert würde, falls die Polizei ihn in Handschellen ins Krankenhaus bringt. Er beschrieb sein Dilemma bei der Zwangseinweisung so:

Na, ich bin von der Polizei gebracht worden, mit Handschellen. Dann weiß ich immer nicht, wie ich damit umgehen soll. [...] *Weil Sie aggressiv sind, nehmen die die Handschellen, oder weswegen?* Nee, weil ich nicht aggressiv bin. Weil ich nicht mit will. Und wenn ich sofort aggressiv wäre, ich weiß ja nicht. Ich lass das dann hier – die holen mich mit Handschellen ab, und wenn sie die Handschellen los machen, dann werde ich aggressiv zu ihnen. Aber nicht, bevor sie mir die Handschellen anlegen. Aber das wird mir hier ganz schön angekreidet. Die sehen ja bloß hier, dass ich aggressiv bin, wenn sie mir die Handschellen ab machen. Dann denken sie, wer weiß, was schon gewesen ist für eine Geschichte. Und die Geschichte, die da davor ist, dass ich nur mal ein bisschen laut war, und nicht mal – ich kann doch mal am Tage laut sein, also in meiner Wohnung, also wenn ich keinen störe. (Transkription, G 15, S.2)

Letztendlich nicht gerichtlich untergebracht wurde ein 64-jähriger Mann, der mit Unterbringungsantrag des sozialpsychiatrischen Dienstes in Begleitung der Polizei in Handschellen auf die Station gebracht wurde und dort sofort seine Freiwilligkeit erklärte. Der Mann hatte nach Absetzen einer Depotmedikation seit Wochen einen Komplott gegen sich vermutet, Stimmen gehört und seine Ehefrau des Fremdgehens beschuldigt. Zuletzt war er laut Arztbrief ständig mit einem Messer bewaffnet durch die Wohnung gelaufen und hatte nachts plötzlich bedrohlich vor dem Bett der Ehefrau gestanden, so dass diese die Wohnung verließ und über den niedergelassenen Nervenarzt das Gesundheitsamt einschaltete. Es kam zu einem Polizeieinsatz, den der Patient als übermäßig gewalttätig schilderte:

Ja, und die [Amtsärztin] hat der Arzt dann angerufen, und die kam dann da an. Na ja, und da kam dann auch die Polizei. Ich hab die erst gar nicht ringelassen. *Und dann – Was ist dann passiert? Haben Sie die dann doch reingelassen?* Na ja, ich hab die ringelassen, und dann haben die mich zu Boden geschlagen, ne. *Wie? Die Polizei. Die kamen rein und haben Sie zu Boden geschlagen?* Ja, da lag ich auf dem Boden, und dann haben sie mir die Handschellen, die Acht ran gemacht. Jaja brutal, ick wär auch in Ruhe mitgefahren. Das kann ick ja bezeugen, wo ick da hinten drinne saß, im Sanitätsauto, da haben wir uns ganz vernünftig unterhalten. Na ja, schön und gut, also das war denn der Tag denn. *Wie haben Sie das erlebt, dass die Polizei Sie dann da überwältigt hat?* Na, ich war ganz ruhig. Ich lag auf der Erde und hab bloß gesagt: »Tochter und Junge helf mir«. So, na ja, die waren ja nun nicht da. Und det war alles. Und denn haben die mich auf den Stuhl gesetzt, und dann hat mich die Amtsärztin, oder wie die sich nennt da, ein paar Fragen gestellt. Und die hab ich auch beantwortet. Und dann sind wir dann hierher gefahren. [...] *Und als Sie hier angekommen sind,*

*wie ist das dann abgelaufen? Wurden Ihnen die Handschellen dann abgenommen?* Ja, natürlich. Ich wurde dann eingeliefert bei den Schwestern, und da wurden dann die Handschellen dann abgenommen. *Dann war es auch gut?* Ja, dann war ich ganz ruhig. Also da können die Schwestern ja alle nicht für in dem Fall. *Haben Sie denn auch da gleich Medizin bekommen? Ne Spritze oder so?* Hm. Ne Spritze nicht, aber hier so ein Cocktail. *Und haben Sie das auch genommen?* Ja, das hab ich jetzt immer genommen, ja klar. *Fühlten Sie sich auch nicht irgendwie genötigt dazu?* Nee nee. Alles freiwillig. (Transkription, Z 1, S. 2 f.)

Zwei aus der Türkei stammende Männer waren von der Polizei festgenommen und in Handschellen ins Krankenhaus gebracht worden, nachdem sie Dritte mit einem Messer bedroht hatten. Einer der Vorfälle betraf einen 31-jährigen Patienten, der sich in den letzten zehn Jahren bereits 25-mal in stationär-psychiatrischer Behandlung befunden hatte, meist gegen seinen Willen. Im Arztbrief hieß es, in der Aufnahmesituation hätten akustische Halluzinationen, Verfolgungsideen und eine Affektstörung bestanden. Laut Angaben der Polizei habe der Patient in der U-Bahn Fahrgäste mit einem Brotmesser bedroht und sei dabei auch verbal hochaggressiv gewesen (»Ich steche euch ab«). Im Interview berichtete der Patient die Ereignisse wie folgt:

Ich war in der U-Bahn, und da hat einer zu mir »Scheiß-Ausländer« gesagt. Und da hab ich ein Messer gezogen und hab ihm Angst eingejagt. Und dann ist die Polizei eingesprungen, die war da zufällig dabei und hat mich festgenommen. *Und dann?* Dann haben die mich hier her gebracht. Also die haben mich erstmal kontrolliert, erstmal aus dem Zug ausgestiegen, dann haben sie mich kontrolliert, was ich bei mir habe und so, was ich noch bei mir habe außer das Messer. Und dann meine Personalien und so. Und dann haben die mich hier her gebracht. [...] Und davor ist mir was anderes passiert. Ein Skin hat mich besprüht, hat mir Gas gesprüht ins Gesicht, und hat mich in die U-Bahn geschubst. Der hat dann auch sein Messer rausgehalten. Und dann hab ich Schiss bekommen und hab gedacht, dann nehme ich mir auch ein Messer mit. [...] *War denn das, was Sie gemacht haben gefährlich für den anderen, hätte da was passieren können?* Nee, ich hab schnell wieder rein gemacht in meine Tasche. [...] *Sie sind dann mit der Polizei hier her gebracht worden?* Ja, mit Handschellen. *Oh, haben Sie sich denn gewehrt?* Nee, ich habe mich nicht gewehrt. Die haben mich festgenommen, damit ich nicht abhaue. Also die haben mich fest, so mit Handschellen, damit ich nicht abhaue. Und dann haben sie mir auch gesagt: »Wir sind in der Mehrzahl. Versuch keine körperliche Gegenwehr.« *Aha, wie haben Sie sich da gefühlt?* Ich hatte auch Angst ein bisschen. (Transkription, G 45, S.1)

Der zweite türkische Mann fand das Anlegen der Handschellen weniger ängstigend, sondern eher zum Lachen. Vor der Zwangseinweisung hatte er nach Auskunft des Sozialpsychiatrischen Dienstes Mitbewohner eines Obdachlosenheims bedroht, zuletzt sogar mit einem Messer. Zum Polizeieinsatz berichtete er:

Keine Ahnung, die sind auf einmal hier gegangen ja. Die haben mit mir geredet, ich soll Messerstecherei machen oder so. Die haben mir gesagt, aber es war nicht wahr gewesen. [...] *Wie war denn das, erzählen Sie mal.* Ach, »Hände hoch«, und so. [...] Mit Handschellen auch. (lacht). *Mit Handschellen? Wie haben Sie sich da gefühlt als die Polizei kam?* In meiner Situation, wie soll ich mich da fühlen? »Was wollt ihr?« hab ich gefragt, »was wollt ihr von mir?«. »Ja, Sie müssen ins Krankenhaus gehen, Sie haben Messerstecherei gemacht«. Ich hab gelacht, »das ist nicht wahr«. Meine Mitbewohner hat auch gelogen »Ja, der zieht Messer«. Ja, Lügen hat er, ja. Warum hat er, warum so? Weil da ein Penner, ein Arschloch anruft. »Den bringen wir ins Krankenhaus«. So mich ins Krankenhaus bringen. (Transkription, G 32, S. 1)

Ein 40-jähriger Patient, der zum zweiten Mal in einer psychiatrischen Klinik untergebracht war, wurde von der Polizei auf der Straße ohne weitere Zwangsmittel aufgegriffen. Zuvor war in seiner Abwesenheit die Wohnungstür von der Polizei geöffnet worden. Dem Arztbrief war zu entnehmen, dass der Patient sich als Leibwächter diverser Politikerinnen gewährt und mit einer Gaspistole auf einen Passanten geschossen habe. Das Interview war dadurch gekennzeichnet, dass der Patient die Vorfälle äußerst weitschweifig mit einer Vielzahl von assoziativen Sprüngen und Abschweifungen schilderte.

Und seit neuestem bekämpfe ick harte Drogen ganz massiv, indem ick halt zu 'ner Gruppe mit zwee, drei, selbst mit Kampfhund hingehe und sage: » [...] Dealt, da, wo ihr wollt, aber nicht da, wo ich bin«. [...] Und wo ich die Gasknarre und das Messer bei hatte, da hab ick gesagt: »Leute, wenn ihr euch hier nicht verpisst, dann räumen wir euch, dann schubs ich euch. Ich bin nicht alleine.« Gott bewahre, wir sind die aggressiven Kreuzberger, echte Kreuzberger. Das Schubsen war einfach, dass die hinfallen. Und wenn dem Kopf und der Wirbelsäule nichts passiert, ist es völlig egal. [...] Und auf dem Rückweg hab ich denn Polizisten gesehen, die gleich gesagt haben, der Ford soll anhalten. Da bin ich gleich in Kampfposition gegangen. Ick helf denen natürlich, wenn ich was sehe, aber die machen viel Scheiße. [...] Ich hatte telefoniert, und auf einmal waren die Grünen da. [...] Da steht da plötzlich neben mir: »Ausweis Polizei«. Da waren mehrere Funkwagen, da war auch SEK, also das Sondereinsatzkommando. In dem Moment standen die alle da. Und dann haben sie mir meine Waffe abgenommen, also meine neun Millimeter Automatik, Gas nur, und das Messer, also das Fischmesser. Und Tränengas für Hunde, das haben sie mir auch abgenommen. [...] *Und dann?* Dann? Na ja hier ins Krankenhaus. *Mit Gewalt, oder sind Sie einfach mitgegangen?* Na ohne Gewalt. Ick hätte die ja fest wegtreten können, oder so was. Und die haben gesagt, ja, ick hab dit an und 'ne Lederjacke. Ick war so eingepolstert. (Transkription, G 11, S. 2ff.)

Bei einem 61-jährigen Mann mit vielen psychiatrischen Voraufenthalten hatte laut Arztbrief die Polizei auf Veranlassung der Betreuerin die Tür aufgebrochen, nachdem er in seiner Wohnung randaliert und im Keller des Wohnhauses Strom-

leitungen freigelegt habe. Trotz ausgeprägter Gewaltphantasien war der Mann schließlich ohne Widerstand den Anweisungen der Beamten gefolgt, wie er berichtet, um seine Wohnungseinrichtungen vor Zerstörung zu schützen. Sein nachfolgend zitierter Bericht zeigt, dass es ihm trotz der Erregung bewusst war, welche unerwünschten Konsequenzen eine Gegenwehr gehabt haben könnte.

Und eines schönen Tages stand dann die Polizei vor der Tür und sagte: »Lieber junger Mann, Sie sind verhaftet, Sie sind schizophran.« Da dachte ich: »Schizophran?« Ich wollte die Beamten fragen, die sollten mir mal erzählen, was schizophran ist. Das ist normalerweise eine Sache, die mit Schizophrenie nichts zu tun hat, die was mit der Polizei zu tun hat. Und da behalte ich mir vor, gegen die Polizei gerichtliche Schritte vorzunehmen, weil die meine Tür eingeschlagen hat, ohne dass ein Grund vorlag. [...] *Haben Sie sich denn gewehrt, als Sie abgeholt wurden?* Nee, konnt ick ja nicht. Wenn ich mich gewehrt hätte, wären meine ganzen schönen Möbel ja kaputt gegangen. Wär gar nicht gegangen. Durfte ich gar nicht, ich durfte mich gar nicht wehren. Wenn ich jemanden angefasst hätte, wär es zur Prügelei gekommen, Fernseher wär kaputt gegangen, oder was anderes. [...] Deswegen habe ich mich nicht gewehrt. Nicht weil ich ein Feiger bin, sondern aus reiner Vorsichtsmaßnahme, damit meinen schönen Sachen nichts passiert. [...] Ich hätte mich in meiner Wohnung prügeln können, natürlich hätte ich gegen drei, viere verloren. Aber zwei hätte ich mitgenommen, aber die Wohnung wär demoliert gewesen. [...] Ganz einfach, wenn ich mich jetzt gegen die Polizisten zur Wehr setze, dann komm ich ran wegen Widerstand gegen die Staatsgewalt. Erst mal wegen Widerstand gegen die Staatsgewalt, und dann sagen die: »Och, ist der schizophran? Und der greift hier Staatsbeamte an? Den müssen wir zeitlebens ins Gefängnis stecken oder in eine Irrenanstalt.« Dann hab ich überhaupt keine Chance. (Transkription, G 25, S. 1ff.)

Als relativ unproblematisch erweisen sich für die Polizei die Fälle, in denen sie von relativ ruhigen PatientInnen lediglich als Begleiter, Hilfspersonen oder als Ausführende der Zwangseinweisung wahrgenommen wurden. Wie die folgenden Beispiele zeigen, trug zur Vermeidung eines unmittelbaren polizeilichen Zwanges bei, dass Angehörige Kontakt zu den Betroffenen aufnahmen, und sich dabei als mitverantwortlich für die Zwangseinweisung erklärten.

Ich hab mich bei meiner Mutter aufgehhalten. Morgens hat es geklingelt. Das war die Betreuung mit zwei Polizisten. Dann bin ich hier her gebracht worden. Hab ich auch nicht gewusst, dass so was beantragt ist. Zur gleichen Zeit ist auch meine Mutter ins Krankenhaus gegangen. [...] Ich bin mit der Polizei hergebracht worden. Wäre ich nicht mitgegangen, hätten die Gewalt angewendet. (Mitschrift, G 22, S. 1)

Mein Bruder hat mich gebracht hier, mit der Polizei. *Warum denn mit der Polizei?* Einfach so, das ist nicht so gemeint. Ich bin krank, nicht Krimineller. Sie wissen das. [...] Mit ein bisschen Gewalt, nicht viel. [...] Ich wollte nicht mit Gewalt sein. (Transkription, G 31, S. 1)

Und nächsten Tag kam dann, klingelte es an meiner Tür, da kam mein Bruder, klingelte. Ich hab nicht reagiert und so. [...] Und dann hab ich ihm auch mit dem Rücken zu gestanden, vom Balkon aus gesehen. Und später kam auch so ein [unverständlich] da vorbei, der wollte mich auch vom Balkon runter holen. Haben sie alle nicht so geschafft. Und später haben sie die Feuerwehr angerufen, hat eine Weile gedauert, bis die kam, und die Polizei auch. Da hat mein Bruder mit denen gesprochen 'ne ganze Zeit. Wo die gekommen sind, das hat bestimmt noch eine halbe Stunde gedauert. Na ja, deswegen bin ich wieder mit Zwang in dieser Situation. Aber eigentlich unbegründet. Ich war ganz okay gewesen im Großen und Ganzen. (Transkription, G 38, S.1)

Eine Reihe von Aussagen belegten ebenfalls, dass viele PatientInnen einen eigenen Beitrag zur Deeskalation leisteten, indem sie die polizeiliche Gewalthoheit anerkannten und bewusst vermieden, unter Anwendung physischen Zwanges ins Krankenhaus gebracht zu werden. Dies gilt auch für zwei Patienten, die unerlaubt bzw. gegen ärztlichen Rat die Station verlassen hatten und von der Polizei zu Hause angetroffen wurden.

Ja, und dann kam eigentlich auch schon die Polizei, da kamen vier Polizisten, zwei Männer und zwei Frauen, die haben mich abgeführt zwecks Unterbringung. *Wie lief denn das ab? Haben die geklingelt?* Ja, die haben geklingelt, und ich hab aufgemacht. Die haben dann gesagt, dass sie mich wieder bringen sollen, und ich hab drauf reagiert, also nur verbal gesagt, dass ich dagegen Widerspruch einlegen werde und dass ich dagegen bin, aber dass ich mich natürlich der Gewalt beuge. (Transkription, G 40, S. 2)

Und nach vier Tagen wollte ich dann gehen, und gegen ärztlichen Rat wurde ich dann entlassen. Genau, und kurz darauf kam dann dieser Beschluss, dass ich untergebracht bin. *Und wie sind Sie dann wieder hierher gekommen?* Ähm, da bin ich dann auch wieder von der Polizei abgeholt worden. *Wie ist das abgelaufen?* Recht friedlich, weil ich bin ja kein gewalttätiger Mensch, bin einfach mitgegangen. (Transkription, G 44, S. 5)

Erheblich schwieriger und aufgrund der Bewaffnung der Beamten bedrohlich war die Situation für einen jungen Patienten, der von seinen verängstigten Angehörigen auf die Zwangseinweisung nicht vorbereitet worden war. Er berichtete noch sichtlich erregt:

Es war so: die Polizisten sind in meine Wohnung eingedrungen – mit Pistolen! Es ging um meine Grundrechte. Ich habe Artikel 1 zitiert. Ich habe Schiss gehabt. Es war ein Schock! Ich habe einen Schock gehabt, hab geschrien. Ich habe gesagt: »Sie können doch nicht hier einfach mit Pistolen rein kommen.« Die waren sogar auf dem Balkon. *Haben die Polizisten auch Gewalt gegen Sie angewendet?* Ich bin mitgegangen, hab gesagt: »Ich gehe mit! Aber dass Sie wissen, dass Sie meine Grundrechte verletzt haben«, hab ich gesagt. Vorher hat meine Mutter geklingelt. Ich dachte, sie will zu Be-

such kommen. Da waren die Polizisten. Deswegen hab ich dann das Grundgesetz geschrieben auf die Hand des Polizisten. (Transkription, G 43, S.1)

Die nächsten drei Patientenberichte zeigen, dass im Falle einer eindeutigen Übermacht der Polizei auch bei erregten und prinzipiell gewaltbereiten Patienten die Möglichkeit der Verhaltenssteuerung noch gegeben sein kann. Im zuerst wiedergegebenen Fall war der Patient allerdings von den Polizisten, die mit einem erheblichen Aufgebot angerückt waren, über die mögliche Dauer der Unterbringungsmaßnahme getäuscht worden, offensichtlich um ihn zu beruhigen. Auch im zweiten Beispiel war sich der Betroffene der Überlegenheit der Polizei bewusst und verzichtete auf eine Gegenwehr. Im dritten Fall erwies es sich als günstig, dass der Patient einen der Polizisten bereits kannte, und dass dieser auf eine ruhige Art auf ihn einging. Alle drei Männer hatten bereits Vorerfahrungen mit Zwangseinweisungen, und besonders im letzten Fall wurde deutlich, dass der Betroffene schon einmal polizeilichen Zwang erlebt hatte.

Wo ich dann zu Hause war, waren so Polizisten, die haben mich gebeten, geladen in ihren Wagen. [...] Die haben dann gesagt: »Sie kommen da raus, Sie kommen da gleich wieder raus.« Pustekuchen, da kommst du gleich wieder raus. Ich bin jetzt schon vier Wochen oder wie lang, bin ich schon hier drin hier. [...] *Sind Sie denn gezwungen worden, da mit zu fahren, oder wie war das?* Gezwungen? – Gezwungenermaßen ja. *Mit Gewalt, mit körperlicher?* Nein, nein, da hab ich es nicht drauf angelegt. Wenn Sie da sitzen mit sieben oder acht Polizisten, da machen Sie gar nichts gegen. (Transkription, G 21, S.1f.)

Ich kenne das schon. Ich bin schon zum vierten Mal zwangseingewiesen worden. *Gab es irgendwelche Gewalt in der Aufnahmesituation oder irgendwelchen Zwang durch das Personal?* Nee, überhaupt nicht. Ich hab ja gleich gewusst, es ist sinnlos mich zu wehren. Dann wären einfach mehr Polizisten gerufen worden. (Transkription, G 27, S.4)

[Beim ersten Mal] kam die Feuerwehr, hat die Tür eingeschlagen. Haben sie mich nach zwei Stunden endlich mitgekriegt. Handschellen ganz eng, und dann war ich hier drin. Das war das erste Mal. Und dann hat sich das dann immer irgendwann mal wiederholt. [...] *War denn diesmal auch jemand vom sozialpsychiatrischen Dienst dabei?* Ja, da waren zwei Frauen, die dabei waren, und zwei Männer – Feuerwehrwagen und Polizeiwagen. Die kannte ick schon, der eine war das erste Mal auch dabei. Der war ganz ruhig, ganz ruhig, da sind wir mitgefahren. (Transkription, G 34, S.3)

Eher in einer Schutzfunktion trat der Polizei in drei Fällen auf, in denen Frauen in der Öffentlichkeit als »hilflose Personen« aufgegriffen und überwiegend mit eigenem Einverständnis ins Krankenhaus gebracht wurden. Die Berichte der Frauen ähnelten sich insofern, dass sie bei der Begegnung mit der Polizei nackt oder wenig bekleidet waren. In ihren Berichten waren Hinweise auf ein disso-

ziatives Erlebens erkennbar. Eine junge Frau hatten sich auf der Wiese eines Bauunternehmens ausgezogen und gesonnt. Vorher habe sie viel geweint und an Marie Curie gedacht. Ins Krankenhaus sei sie letztendlich mit einem Krankentransporter gelangt, nachdem sie die Sekretärin des Unternehmens gefragt habe, wie lang der Zweite Weltkrieg war. Sie sei freiwillig mitgefahren, weil sie Vertrauen »zu denen« gehabt habe. Von einer Beteiligung der Polizei berichtete sie nichts. Dem Aufnahmebericht war zu entnehmen, dass sie von der Polizei als unbedeckte Person laut singend und schreiend vorgefunden wurde. Eine 37-jährige Patientin hatte sich im Vorfeld der Ereignisse sehr verzweifelt gefühlt. Sie habe das Gefühl gehabt, alle würden über sie reden und hätten etwas gegen sie. Den Vorfall, der zur Zwangseinweisung führte, berichtete sie folgendermaßen:

Ich bin nackt auf der Straße rumgelaufen. Ich hab gedacht, mein Mann lebt noch. Der hat mir gesagt, ich soll so wie ich geboren bin zu ihm kommen, hab ich mir eingebildet. Und dann hab ich mich ausgezogen und bin nackt auf die Straße raus gelaufen. Und dann hat mich ein Bulle gegriffen. Der sah zwar so aus, aber ob das wirklich ein Bulle war, weiß ich nicht. Jedenfalls hat der mich mit auf die Wache genommen und die haben gesagt, sie bringen mich ins Krankenhaus. Weil ich hab einen totalen Sonnenbrand noch dazu, knallrot und so. Na ja und da hatte sich rausgestellt, dass ich hier bin, weil ich nackt draußen rumgelaufen bin. *Da ist ein Polizist auf Sie zugekommen. Wie ist denn das dann abgelaufen?* Der hat mir ne Karte vorgezeigt, und dann hat er mich mit zum Revier genommen. Und da hat eine Polizistin gesagt: »Unterhalten wir uns erstmal und rauchen dabei eine Zigarette«. Eine ganz hübsche war das. Na ja, und dann bin ich ins Krankenhaus gekommen.  
(Transkription, G 48, S. 1)

Eine 31-jährige Patientin berichtete zu ihrem Befinden im Vorfeld der Klinikaufnahme, sie habe sich in die Szenerie der »Zauberflöte« versetzt gefühlt und vorgehabt, nach Wien zu pilgern. Sie habe sich »wie auf Watte« gefühlt, ihr Kopf sei »am überquellen« gewesen, weil eine Idee die nächste gejagt habe. Zunächst habe sie sich in ein Wiener Café begeben, wo sie nach einer Mitfahrgelegenheit gesucht und sich in Tücher gehüllt habe. Weil sie dort den Eindruck hatte, von Kameras beobachtet zu werden, habe sie sich in den Tiergarten geflüchtet. Dort sei sie berittenen Polizisten begegnet, denen sie ihr Hemd angeboten habe. Die Begegnung mit den Polizisten schilderte sie folgendermaßen:

Und da kamen die nach ein paar Sekunden schon und haben gesagt: »Kommen Sie mal raus da«. *Und dann?* Dann war es ganz komisch, da hat sich so ein Theater da abgespielt. Die haben mir was vorgespielt so als Theater, wohl um mich zu prüfen. *Was haben die denn gemacht?* Ich weiß nicht, so – hm, sie sind ein Stück auf mich eingegangen und haben dann ein Stück, als ich gemerkt hab, ich geh auf die ein, haben die mich – wie sagt man – nicht vereinnahmt, aber rangeführt, irgendwie, an sich so. Also mich langsam so ins Auto gelockt, kann man sagen. *Die wollten, dass sie da*

*mitkommen?* Ja, dass ich da freiwillig mitkomme. Also die haben mich nicht gleich so da reingezogen. [...] Ich bin schon auf die eingegangen bei denen, weil ich dachte, die spielen Theater. Und dass das alles für mich arrangiert ist. [...] Dass die Polizisten sich so um mich gekümmert haben, hat mich schon beruhigt, ein bisschen. Dass da wer war, der sich um mich gekümmert hat. (Transkription, G 2, S.1)

## 7.2 Unterbringungsverhandlungen

Von den 50 gerichtlich untergebrachten PatientInnen konnten sich 13 an keine Unterbringungsverhandlung erinnern oder sie erklärten, bislang habe keine Verhandlung stattgefunden. Hiervon hatten zwei inzwischen ihre Freiwilligkeit erklärt, so dass keine Anhörung mehr erfolgte. Vier untergebrachte Personen gaben an, noch gar nichts vom Gericht gehört zu haben. Ein Patient bezeichnete dies als ein fahrlässiges Vorgehen, die übrigen kommentierten das Fehlen einer richterlichen Anhörung nicht weiter. Zwei der Untergebrachten gaben an, sie seien von ihrem Betreuer ohne weitere richterliche Anhörung untergebracht worden, was der eine in Ordnung fand, der andere nicht. Drei weitere PatientInnen erklärten, sie hätten bislang nur einen Brief mit dem Unterbringungsbeschluss erhalten, was sie wegen der fehlenden persönlichen Anhörung nicht richtig fanden. Ein Patient meinte dazu, dass den Richter wohl nicht interessierte, was er zur Unterbringung denke. Eine Patientin erklärte, es wäre jemand »vom Amt« da gewesen, aber kein Richter. Ein Patient konnte sich nur an eine Person erinnern, die sich als sein Anwalt vorgestellt habe und bald wieder gegangen sei.

Unter den 35 Personen, die über eine Unterbringungsverhandlung berichteten, waren nur acht der Ansicht, sie hätten eine faire Verhandlung erlebt. Für einen Teil dieser PatientInnen war die Anhörung ein normales Gespräch darüber, warum sie ins Krankenhaus kamen und wie sie sich nun fühlten. Einzelne PatientInnen hatten sich mit dem Richter auf einen recht kurzen Unterbringungszeitraum einigen können, oder sie hatten die richterliche Entscheidung für eine Unterbringung als letztendlich wohlwollend akzeptiert.

Eine ganze Reihe der Befragten bemängelten, die RichterInnen hätten die Verhandlung eher als Routine betrachtet und sich für die Sicht der Betroffenen kaum interessiert. Mehrfach wurde von den PatientInnen kritisch angemerkt, dass die RichterInnen nicht unabhängig vom ärztlichen Gutachten entscheiden würden. Das liege auch daran, dass ein Richter sich bei einer einmaligen kurzen Begegnung gar kein objektives Bild von der Situation des Betroffenen machen könnte. Als Alternative würden sich die PatientInnen unabhängige Gutachter oder die Anwesenheit einer Person ihres Vertrauens wünschen. Zu den genannten Kritikpunkten sollen einige PatientInnen selbst zu Wort kommen.

Eine Richterin ist irgendwann gekommen, ein Tag oder so oder zwei später. Erst hat [der Arzt] gesagt, dass ich untergebracht bin und nicht gehen kann. *Was haben sie da gedacht? Oder wie ging es Ihnen da?* Da dachte ich zuerst: »Na toll«, und dann dachte ich: »Na ja, ist vielleicht nicht so schlecht, da musste ich wenigstens nicht selber entscheiden«. [...] *Wie war denn dann die Verhandlung mit der Richterin?* Na gut, das war okay. *Haben Sie sich verstanden gefühlt?* Na ja, also eigentlich habe ich mich nicht beachtet gefühlt von ihr. Ich habe eher sie beachtet, weil sie so schön angezogen war und so. Also ich hatte das Gefühl, dass das eine ziemliche Routinesache für sie ist. *Hätten Sie lieber gehabt, wenn die Richterin auch versucht hätte, so ein bisschen Ihre Sichtweise auch zu erfahren?* Hm, das nicht mal unbedingt, aber sie hat nicht mal bei [dem Arzt] nachgefragt. Sie hat nicht sehr nachgefragt, auch bei mir nicht. Aber ich meine, da war ich auch nicht so scharf nach, dass die meine Sichtweise anhört. Weil das ganze mir schon eher peinlich war am ersten Tag danach.

(Transkription, G 2, S. 3)

Ja, das war auch ein Richter. Der ist angekommen, aber ich war unter Haldol. Und der sagt, dass ich bin unter einer Psychose oder Depression oder weiß ich nicht. Aber ich war unter Haldol. Das hat mich gestört. [...] Und ich weiß auch nicht, warum ich auf diese Station bin gekommen. [...] Und das [Amt], das find ich nicht in Ordnung. Er kann nicht einfach kommen, und mich einfach. Gut so Anwälte sind auch so eine Art von den Ärzten. Aber trotzdem kann er nicht das in fünf Minuten entscheiden. Wahrscheinlich macht er das mit anderen Fällen auch, so Routine. Ein Monat erst mal zugesperrt, dann warten wir, wie er verhält sich, und dann werden wir weiter sehen. Aber da ist es schon zu spät, da nehme ich nämlich schon 30 Tage Haldol, umsonst. Das muss nicht sein. (Transkription, G 19, S. 3 und 5)

Ja, da kam jemand so kurz. Da hatte ich noch nicht mal die Möglichkeit für mich selber zu sprechen. Weil, die Ärztin hat gesprochen. Die Ärztin hat gesprochen, obwohl ich eigentlich Herr meiner Sinne bin und selber für mich sprechen kann. Und das fand ich ziemlich ungerecht und gemein. Die hat was vom SPD und blablabla, vom sozialpädagogischen Dienst – da weiß ich im Grunde überhaupt nicht, was das ist. Und so wie sie geredet hat, fand ich das eine bodenlose Frechheit mir gegenüber, dass ich nicht meine Rechte kundtun durfte. [...] *Der [Richter] hat Sie nicht in die Entscheidung mit einbezogen?* Nein, überhaupt nicht, überhaupt nicht. *Haben Sie denn dann auch einen Brief gekriegt vom Gericht?* Ja. *Und wie haben Sie das aufgefasst, was da drin stand?* Als ob ich ein Schwerverbrecher bin. Als ob ich was verbochen hätte, was gar nicht an dem ist. Weil ich bin nett zu jedem eigentlich.

(Transkription, G 37, S. 2f.)

*Sind denn sonst noch irgendwelche andere Rechte beschnitten worden?* Na, dass die Richterin mich vernimmt, oder die Amtsärztin, ohne dass ich einen Zeugen habe meines Vertrauens. [...] Zum Beispiel [...], der evangelische Pfarrer aus der [...] Gemeinde, den kenn ick seit 25 Jahren. [...] *Und zu dieser Richterin, da hatten Sie nicht so ein rechtes*

*Vertrauen?* Nein, da hatte ick nicht so ein rechtes Vertrauen. Aber die sah nicht hässlich aus. Ja, aber von daher. *Aber die sollte doch unabhängig entscheiden?* Ja, hat sie garantiert nicht, definitiv nicht. Das ist mit mein Rechtsanwalt, ick hab rausgekriegt, dass zwei andere Leute den gleichen Rechtsanwalt haben, der hier ist. Diese Cliquenwirtschaft im Krankenhaus, die ist ja zum heulen, die ist ja total ungerecht.

(Transkription, G 11, S. 7)

Ach, will so sagen, es würde ein Gutachter, der hier nicht im Haus ist, der müsste auch hier bei der ersten Anhörung. Der müsste ein Gutachten schreiben, was zu machen sei, und so weiter. So eine Art und Weise, das ist [unverständlich]. Das ist nicht gerecht, der Arzt hier ist ja nicht unabhängig. Da kriegt der Geld für, da kriegt der vom Gericht Geld dafür. *Und der Richter, ist der denn unabhängig gewesen?* Der war so jung, also höchstens 35-37 Jahre alt. [...] *Sind Sie denn auch angehört worden?* Ja, hab gesagt, dass ich nicht krank bin. War nur mal eine Nichtigkeit. (Transkription, G 21, S. 4)

Eine wesentliche Kritik an der Durchführung der Unterbringungsverhandlungen betraf die mangelnde Transparenz der Verfahren. Einige PatientInnen bemängelten, dass sie sich zwar vor dem Richter geäußert hätten, dieser aber nichts dazu gesagt habe. Die im Folgenden zitierten Beispiele zeigen, dass PatientInnen sich vom Richter eine genaue und verständlich mitgeteilte Begründung der Unterbringungsentscheidung wünschen würden. Den PatientInnen war dabei wichtig, dass der Gegenstand einer Anhörung klar angesprochen wird, und dass die ÄrztInnen ihre mündlichen Gutachten nicht unter Ausschluss der Betroffenen abgeben.

Ja, ich kenn den Richter [...]. Ich kenne ihn, ist ein Mann wie jeder andere im Grunde genommen. Er übt ja auch nur seinen Beruf aus. Auf ihn bin ich weniger sauer, aber ich möchte ja eigentlich klare Verhältnisse, wieso das passieren konnte, dass ich wieder einfach von der Wohnung weg gegriffen wurde, obwohl ich ja eigentlich nichts gemacht habe [...] *Aber irgendwas muss es doch gegeben haben, dass die Polizei gekommen ist?* Ich weiß es nicht. Und das wollte ich eigentlich auch rauskriegen, aber der Richter hat mir nichts darüber gesagt. Und da bräuchte ich auch eine kompetente Person, ich geb auch weiterhin meine Unterschrift über alles, dass ich selber mal Einblick haben kann, wieso und weshalb. (Transkription, G 10, S. 1f.)

Da war jemand hier gewesen, ein Gutachter von [...] der Richterin. Wegen der Amtsbetreuung. Hinterher hat sich herausgestellt, er war da wegen der Unterbringung. Damit war ich nicht einverstanden. *Gab es denn auch eine Unterbringungsverhandlung mit einem Richter?* [Da war] kein Richter später da gewesen. Der hat mich voll reingelegt, vorher nichts gesagt, dass das stattfindet. (Mitschrift, G 18, S. 2)

Eine Richterin, Frau [nennt Namen] war das, die war da gewesen. Die hatte nur vereinbart, bis Ende Mai hier bleiben. Dann wird man weiter sehen eventuell. *Wie haben Sie denn die Unterbringungsverhandlung erlebt?* Ich hab da was vernommen gehabt, das finde ich ein bisschen frech. Ich sitze vor der Tür, der Doktor kommt, sagt: »[Die

Richterin] kommt und noch ein junger Mann«. Auf einmal sehe ich den Doktor mit [der Richterin] ins Zimmer verschwinden. Ich sag: »Muss das sein? Ihr macht das hier hinter meinem Rücken aus.« Da hab ich viel gedacht, alles durcheinander. Dann kamen noch andere rein. Sag ich zu [der Richterin]: »Sind Sie die Frau, zu der ich wegen der Aufhebung der Betreuung gehen sollte? *Und wie ging das dann weiter?* So als wie: »Psychose rin, paranoid-halluzinatorisch«, noch rin zwischen Tür und Angel. (Transkription, G 39, S. 2)

Eine Gruppe von PatientInnen gaben an, ein Richter sei zwar vor Ort gewesen, aber sie seien nicht richtig angehört worden. Eine Patientin erklärte dazu, sie sei von einer Richterin im Schlaf geweckt worden und habe von ihr nur erfahren, dass sie bleiben müsse. Eine andere Patientin meinte, es habe keine Verhandlung, sondern nur eine »Verkündigung« gegeben, woraufhin sie sich gefügt habe. Ähnliches berichtete ein Patient, der den Beschluss ärgerlich fand und einen Widerspruch ankündigte. Eine Patientin erklärte, sie sei, als der Richter kurz da war, wegen der medikamentösen Sedierung »nicht anwesend« gewesen, sie glaube aber nicht, dass man sie »in die Pfanne hauen« wollte. Zwei Patientinnen meinten, sie hätten sich in der Verhandlung nicht äußern wollen, weil sie unter Medikamenten standen und müde bzw. verwirrt waren. Eine der beiden erklärte, sie habe keine Lust gehabt, ihre Situation zu schildern, weil sie immer dasselbe gefragt werde. Über den Beschluss sei sie dann aber erschrocken gewesen.

In besonders schlimmer Erinnerung hatten die Unterbringungsverhandlung fünf Männer und eine Frau. In den folgenden Zitaten wird noch einmal deutlich, dass die Unterbringungsverhandlung für die Betroffenen oft keinen bloßen Rechtsakt darstellt, sondern ein Ausdruck der therapeutischen Beziehungsgestaltung ist. Gefühle der Wut und Hilflosigkeit wurden in den folgenden beiden Patientenberichten geäußert.

Ganz nachvollziehbar formulierte ein männlicher Patient den Wunsch, dass die Notwendigkeit der weiteren gerichtlichen Unterbringung vom Richter persönlich in kürzeren Intervallen geprüft werden müsse. Der im Anschluss zitierte Patient stellte nicht ganz unzutreffend fest, dass bei der Unterbringung der Arzt und nicht der Richter die Macht habe.

Ja, das ist die Politik hier, um die Klapsmühlen gefüllt zu halten. Wenn man halt die Leute denen zuliefert, die überfallen worden sind, verletzt wurden. Die fahren sie einfach in die Klapsmühle. Und die hält sie sozusagen da. Da kommt dann ein Richter, irgendso ein Pseudo, der überhaupt keine Ahnung hat über Menschen. Der sagt: »Ich verweise Sie jetzt darauf hin, dass ich Sie jetzt einweise per Betreuung«. Und dann passiert das einfach so weiter. Ohne dass man selbst einen Einfluss hat drauf. [...] Da wird kurz ein Richter bestellt. Ein Richter verfügt den Knast, und dann ist gar nix mehr. Da ist dann auch viel Leerlauf, all diese Aktenschreiberei und so. Der Patient wird erst mal [unverständlich]. Das find ich nicht korrekt. Das geht auch wochenweise

oder 14-tägewise. Weil wenn das Gericht sich schon anmaßt, da mit zu entscheiden, dann soll es auch [unverständlich]. *Dass die jede Woche kommen sollen und sich wieder ein Bild machen, ist es jetzt noch notwendig oder ist es jetzt noch rechtlich vertretbar?* Genau, ja. Und nicht so alle acht Wochen. Das ist mir zu lang. Weil dieser elementare Eingriff in die Person, in die Freiheit da zu begründen, und dann 6-8 Wochen zu verschwinden, das passt irgendwie nicht zusammen. Für mein Rechtsempfinden passt das nicht zusammen. (Transkription, G 17, S. 1 und 5)

Ich fühl mich gefangen hier. [...] Ich fühl mich unfrei. Ich war 20 Jahre in der DDR, hab 20 Jahre drauf gewartet, hab drauf gewartet frei zu sein, und ich fühl mich eingesperrt. Ohne Urteil, richtiges Urteil mein ich, und vor allem ohne Straftat. *Gab's eine Verhandlung? Mit einem Richter?* Jaja, hab ich gehabt. *Und wie war das?* Na, der Richter geht danach, was der Arzt sagt. Also, der Arzt hat die Macht. *Haben Sie ihn denn sprechen können?* Ich kann mich nicht erinnern, wahrscheinlich ja. *Und hatten Sie das Gefühl, dass das auch berücksichtigt wird, oder gar nicht?* Wenig, sehr wenig. Ja, natürlich, wenn man hier festgesetzt wird, dass man noch aufgeregter wird als man vielleicht schon ist. Weil einem tausend Sachen durch den Kopf gehen [...] Und das geht einem durch den Kopf, das ist eine sehr starke Einschränkung, das ist einfach unfrei, einfach Gefangennahme. (Transkription, G 27, S. 1)

Es folgt die Schilderung eines Patienten, für den die Unterbringungsverhandlung nur zum Schein stattfand.

Es war jemand hier gewesen, ja. Die haben das, äh, meine Betreuerin eingesetzt. [...] Und wie gesagt, für mich ist das alles weiter nichts, bloß dass das eine schmutzige Schande für mich war. Das ist eine Schande gewesen, und immer noch. [...] Sehen Sie mal, das ist für mich wie Strafvollzug. *Ja?* Ja, weil ich bin eingengt in meiner Bewegungsfreiheit. Ich bin weder verurteilt worden, sonst noch was. Es liegt kein richterliches Urteil vor, kein ärztliches Gutachten, aus dem eindeutig hervorgeht, dass ich an Schizophrenie leide. Wenn es so ein medizinisches Gutachten gibt, dann möchte ich das jetzt haben. Und dann verklag ich die gesamte Ärzteschaft und alles, wegen erheblicher Schizophrenie, die ich habe. *Das würden Sie bestreiten?* Das könnte ich bestreiten. Und dann gibt es bestimmt ein unabhängiges Gremium, äh, die da bestimmt anderer Meinung sind. (Transkription, G 25, S.6)

Wie ein Tribunal wurde die Verhandlung von dem Patienten erlebt, dem bei Aufnahme in Handschellen eine Fixierung angekündigt worden war. Der in Beziehung zu seiner Ärztin eigentlich um Kooperation bemühte Mann betonte, dass es ihm besser mit den Unterbringungsverhandlungen gehen würde, wenn ihm in vorbereitenden Gesprächen mehr Zeit gelassen würde, sich mit der Sicht der Ärztin auseinander zu setzen.

Da wird es im Arztzimmer gemacht, oder auch in dem Richterzimmer vielleicht auch mal gemacht, im Aufenthaltsraum. So zwischen Tür und Angel. Da find ich das doch

auch nicht so toll. Da weiß ich nicht, wie die Stühle da so, »Wo bin ich? Wer hat den Schlüssel?« »Ist das von innen abgeschlossen? Haben wir uns eingeschlossen? Oder ist die Tür zu, oder ist die Tür auf? Oder wer hat jetzt eigentlich den Schlüssel von der Tür?« [...] Aber ich merk dann nur, dass ich verloren hab, dass ich verloren hab. Mir einer eine Geschichte zusammenbaut, mir der Stationsarzt so eine Geschichte zusammenbaut, die dann genau dazu passt, dass mir, aber ich krieg die noch nicht mal zu lesen, die Geschichte. Er kriegt noch Honorar dafür, dass er 'ne Geschichte schreibt über mich, und der hatte mich beobachtet. Und ich höre nur, dass ich der Dumme bin. Dass ich da bleiben muss. Und dann sehe ich, vier Wochen später kommt dieselbe Geschichte, nur noch mit anderen Vorzeichen. Noch mal genau dieselbe Geschichte mit anderen Vorzeichen, noch mal genauso konstruiert. Und dann bin ich endgültig abgesägt. Und, ich hab aber beide Geschichten nicht gelesen. Da wird über meinen Kopf hinweg was entschieden. Ich hab nicht die Gelegenheit dazu, das mal schwarz auf weiß zu lesen, und das mal in Ruhe, selber dazu Stellung zu nehmen, und dann zu sagen: »Also so« – mich da dann mit auseinander zu setzen, und mich dann da, also auch meine Position dazu klar zu machen. [...] *Was glauben Sie, warum machen die das? Warum werden Sie hier untergebracht?* Mir soll ja nachgewiesen werden, ob ich noch ganz richtig bin. Ob ich, weiß ich nicht, ob ich sofort reagiere, ich schalte nicht sofort. Ich schalte halt nicht sofort. Und wenn ich im Nachhinein reagiere, da denke ich: »Da bin ich wieder der Dumme«. (Transkription, G 15, S.3)

Eine Frau, für die viele Aspekte der Behandlung eine Retraumatisierung darstellten, beschrieb ihr persönliches Empfinden während der Verhandlung als eine besonders quälende Situation:

Na ja, auf jeden Fall habe ich Angst vor den geschlossenen Anstalten. Sobald ein Richter vor mir steht oder ein Arzt, krieg ich den Mund nicht auf. Da bin ich still, wie die stillen Wasser, da geht nichts mehr raus. Ich weiß nicht mehr, was ich sagen soll, wenn man 'ne Frage stellt, dann fallen mir Antworten, gibt keine Antworten [...] Der [Arzt] entscheidet einfach: »Jetzt kommt das Gericht«. Dann steht die vor mir, da hat die 'ne Stoppuhr an, so empfinde ich das. Und dass mir überhaupt klar wird, was man überhaupt für eine Scheiße macht [unverständlich], dann ist die Frau schon wieder weg. [...] Weil die stehen im Zimmer mit mir, die Frau vom Amtsgericht steht da, der Doktor steht daneben, und dann wird gequatscht und gequatscht. [...] *Wie erleben Sie das denn, dass über Ihren Kopf hinweg entschieden wird?* Also ich finde das schlimm. Ich mag nicht zuhören. Der [Arzt], zu dem hab ich kein rechtes Vertrauen, weil in dem einen Verfahren, haben die nur mit Paragraphen um sich geschmissen. Da hab ich gar nicht gewusst, was los ist. Und ich kann mich dagegen ja nicht wehren. Ich kann ja nicht dagegen schreien: »Der Paragraph, der stimmt nicht, das kann nicht sein«, und so, weil ich die Paragraphen ja gar nicht kenne. (Transkription, G 6, S. 3f.)

### 7.3 Geschlossene Türen

Auch wenn es in der untersuchten Abteilung keine geschlossene Station gibt, können die Stationstüren in bestimmten Zeiten oder für bestimmte PatientInnen geschlossen sein. Alle PatientInnen erhalten vom Arzt eine individuelle Ausgangsregel, die entweder eine Ausgangssperre, zeitlich begrenzte oder freie Ausgänge auf dem Krankenhausgelände oder auch therapeutische Beurlaubungen vorsehen kann. In der Regel können auch PatientInnen mit einer Ausgangssperre in Personalbegleitung oder in Begleitung der Angehörigen in den Park, ins Hauptgebäude oder in den geschlossenen Hausgarten. Zum Befragungszeitpunkt war die Stationstür für 18 der gerichtlich untergebrachten PatientInnen noch geschlossen, die übrigen 32 PatientInnen konnten die Station bereits alleine verlassen. Von den acht anfangs nach § 26 PsychKG zurückgehaltenen PatientInnen hatten nur vier Ausgang.

Von den gerichtlich untergebrachten PatientInnen, die bereits die Station alleine verlassen durften, gaben acht an, die Tür sei trotz Unterbringung von Anfang an für sie offen gewesen. Ein Patient meinte dazu, mit der Zwangseinweisung sei für ihn eher eine »innere Tür« zu gegangen. Von den 24 PatientInnen, die eine anfängliche Ausgangssperre erlebt hatten, erklärte ein Drittel, dies sei nicht weiter schlimm gewesen. Die Akzeptanz der anfangs geschlossenen Tür begründete ein Teil dieser PatientInnen damit, dass sie damit leben könnten bzw. daran gewöhnt seien. Andere PatientInnen gaben an, sie hätten sich auf der Station geschützt bzw. auch zu Hause eingesperrt gefühlt. Eine Frau erklärte, sie habe erst gar nicht an die Tür gefasst und geschaut, ob sie auf oder zu sei.

Die 16 PatientInnen, die eine anfängliche Ausgangssperre nicht akzeptieren konnten, hatten sich bei geschlossener Tür »unruhig«, »eingengt«, »eingeschlossen«, »eingesperrt« oder »wie im Knast« gefühlt. Einfach nur der Gedanke, eingesperrt zu sein, habe sie nervös gemacht. Zwei männliche Patienten meinten, sie hätten in den ersten Tagen »ausrasten können«, weil sie auf der Station bleiben mussten. Eine Patientin hatte sich gedemütigt gefühlt als der Arzt zu ihr gesagt habe: »Rütteln Sie bloß an der Tür, da passiert gar nichts«. Ein Mann meinte, mit der geschlossenen Tür gehe es ihm schlecht, weil er nicht verstehe, warum sie für ihn zu sei. Er sei auch nach Erteilung der Ausgangerlaubnis noch im Zweifel, ob die Tür auf oder zu sei und ob er gehen dürfe oder nicht.

Von den 18 gerichtlich untergebrachten PatientInnen, die zum Befragungszeitpunkt noch keinen Ausgang hatten, meinten fünf, sich nicht eingesperrt zu fühlten. Eine Frau erklärte, dass ihr die geschlossene Tür egal sei, weil sie auch zu Hause nicht raus gegangen wäre. Eine andere Patientin fand es zwar schade, dass sie nicht mal in den Park könne, um das schöne Wetter zu genießen oder sich zu bewegen, wenn sie sich »geladen« oder »genervt« fühle. Ansonsten sei sie ganz froh über die geschlossene Tür, weil so nicht jeder einfach auf die Station kommen könne. Eine andere Patientin erklärte, die Tür sei für sie nicht ge-

schlossen, weil ihr meist ein gemeinsamer Spaziergang mit den Schwestern oder ein Aufenthalt im Hausgarten gewährt werde. Für zwei männliche Patienten war die geschlossene Tür kein ernst zu nehmendes Hindernis, weil es ihnen schon mehrfach gelungen sei, trotzdem zu entweichen.

Ein größerer Teil der PatientInnen ohne Ausgang verglich das Krankenhaus explizit mit einem Gefängnis. Mehrere der Befragten erklärten diesen Vergleich einfach damit, dass sie die Station nicht alleine verlassen dürften. Für andere PatientInnen ergab sich das Gefühl der Gefangenschaft aus beschämenden Erlebnissen an der geschlossenen Tür, z.B. wenn das Personal sie zurückhalte oder die Tür unvermittelt per Knopfdruck für sie schließe. Ein Patient, der sich als Opfer der Psychiatrie sah, fühlte sich wie im Gefängnis, weil er sein Zimmer nach einem Gewaltvorfall nicht verlassen durfte. Die geschlossene Stationstür erlebte er als demütigend, weil er sich dadurch »klein gemacht« fühlte. Ein 59-jähriger Patient, der bereits Parkausgang hatte und ansonsten auch die Unterbringung akzeptierte, fühlte sich vor verschlossener Tür dennoch wie ein Sträfling, der jemanden umgebracht habe. Er erklärte weiter:

Die Tür sollte eigentlich nur für diejenigen sein, die nicht mehr klar denken können. [...] Ich bin der Meinung, ein kranker Mensch [...] müsste Ausgang haben, [...] weil ein kranker Mensch geht sowieso nicht raus. Wenn er krank ist, bleibt er da. Und sehen Sie, ich bin jetzt schon ziemlich in Ordnung und trotzdem bleib ich oben. Ich hab gar nicht den Drang nach unten zu gehen. (Transkription, G 5, S. 7)

Die Beschränkung des Aufenthalts auf die Station löste bei drei Patientinnen Beklemmungsgefühle aus. Eine Patientin beschrieb dieses Gefühl als »Knastempfinden«. Eine andere Frau sagte, sie sei irgendwie gestresst und komme sich wie im Gefängnis vor, weil sie Tag und Nacht auf der Station bleiben müsse. Die dritte Frau war von einer Strafvollzugsanstalt direkt in die psychiatrische Klinik verlegt worden und meinte, sie habe sich im Gefängnis weniger eingesperrt gefühlt:

Ick hab mal zum Oberpfleger gesagt: »Et is ja schlimmer als im Knast hier« [...] Jetzt hab ich ja nun die Erfahrung. Das ist auf jeden Fall anders. [...] Mir ging's [im Gefängnis] wunderbar, besser als hier. Hab da schön sauber – müssten Sie meine Zelle mal sehen, war 'ne tolle Zelle. Innendrin mit Dusche und so. Und Beruhigungstee hab ick da bekommen, und Aspirin C. Und keene Psychopharmaka. Mir ging es wunderbar. [...] *Wenn die Tür hier geschlossen ist, wie ist das für Sie?* Bescheuert, beschissen, weil ich sonst 'ne Phobie hab [...] also Platzangst. [...] In dem Sinne ist zum Beispiel im Knast – da ist alles viel größer und freizügiger. Man hat seine eigene Zelle, da kann man machen, was man will. (Transkription, G 14, S. 2 und 5)

Mit der Idee, die Station einfach ohne Absprache zu verlassen, hatten sich die meisten PatientInnen beschäftigt. Einige distanzieren sich dabei ausdrücklich von der Möglichkeit, zu flüchten oder Ausgänge für eine Entweichung zu nutzen.

Ihnen war es wichtig, sich an die Regeln zu halten, um ihre Verlässlichkeit unter Beweis zu stellen, oder weil sie sich mit einem Vertrauensbruch »nicht alles versauen« wollten. Bei den meisten anderen blieb es bei der Idee der Entweichung, weil sie entweder nicht wussten, wo sie hin sollten oder weil sie dachten, man werde sie dann wieder mit der Polizei auf die Station zurück bringen. Bei dem Versuch, die Station zu verlassen, waren fünf PatientInnen entweder durch das Personal oder durch die geschlossene Tür gehindert worden. Wie die folgenden kurzen Situationsschilderungen zeigen, war dies für die Betroffenen ein derart beschämendes Erlebnis, dass sie weitere Entweichungsversuche aufgaben.

*Wurden Sie denn festgehalten?* Ja, einmal. *Wie war denn das?* Ich hab so gedacht, die kriegen mich sowieso. Dann habe ich es aufgegeben. (Transkription, G 9, S. 5)

*Wenn die Tür zu ist für Sie, wie erleben Sie das?* Hm, da krieg ich oft eine negative Rückmeldung, dass ich irgendwie gefährlich bin. [...] [Die Station einfach verlassen] geht ja nicht, dann würde ich ja ... also, wenn ich mich nicht daran halten würde, dann würde ich versuchen irgend jemanden: »Schnell hier raus«, oder so. Dann würd ich mich ja total erniedrigen, und das will ich ja nicht. Dann würden die mich zurückzerren: »Nee, Sie dürfen ja nicht«, und das würde ja weitere Kreise ziehen. (Transkription, Z 2, S. 6 f.)

*Ist das dann weiter so gegangen, dass Sie dann festgehalten wurden?* Ja, oft. Weil ich raus wollte. »Nein, Stopp, Stopp, Stopp, nicht raus!« *Wie haben Sie sich da gefühlt?* Wie im Gefängnis. [...] Ja, abhauen nutzt ja sowieso nichts, weil die haben ja diesen richterlichen Beschluss. Da wär ich relativ schnell wieder da. (Transkription, G 37, S. 2 und 5)

Wo ich immer hier drin gesessen hab, da wollte ich auch mal raus. Aber kurz zuvor hat die Schwester da auf den Knopf gedrückt, dass das zu ist. *Und dann standen Sie vor der Tür?* Ja, konnte nicht raus. *Und wie haben Sie sich da gefühlt?* Ja, mir ging's da nicht gut jedenfalls. (Transkription, G 38, S. 9)

Als ein besonderes Vorkommnis wurde der misslungene Entweichungsversuch einer später sehr behandlungseinsichtigen Frau dokumentiert, weil dabei ein Krankenpfleger und eine Schwesternschülerin verletzt wurden. Die Patientin berichtete, die Station verlassen zu haben, weil sie Angst hatte, dort umgebracht zu werden. Das Pflegepersonal erkannte die in dem Moment bestehende Eigengefährdung der Patientin und folgte ihr. Im Nachhinein war die Patientin froh, dass sie aufgehalten wurde, und bedauerte ihre verzweifelte Gegenwehr. Sie schilderte den Vorfall folgendermaßen:

Ja, da bin ich ausgerückt. Und der [Pfleger] und die Praktikantin oder Schwesternhelferin ist mir hinterher gelaufen. Da hab ich mich halt gewehrt mit allem, was ich da zur Verfügung hatte, einschließlich Kratzen und Beißen. Der [Pfleger] hat mich dann

festgehalten, und das war auch gut so. Ich denke, ich hätte sonst [unverständlich]. Das waren hauptsächlich die Verfolgungsjäger, dass mich jemand umbringen wollte und ich das nicht unterscheiden konnte, kommt das jetzt von außen oder von innen. Ich mein, ich hatte Angst, dass man mich hier im Krankenhaus einmauern würde. [...] Ich weiß nicht, ich glaube, ich wollte da etwas rausfordern. Aber, ja es ist mir in dem Moment bewusst geworden, ich hab mal mit 19 eine sehr heftige Auseinandersetzungen mit meinem Vater gehabt. Und in der letzten Konsequenz hat er da meine Geschwister und mich gewürgt. Und vielleicht wollte ich [den Pfleger] wieder zu so was provozieren. Und er hat [mich] dann halt zurückgehalten [unverständlich]. *Ich hab gelesen, dass Sie jemanden gebissen haben.* Ja, das war die eine Schwester. *Haben Sie denn noch einmal mit ihr darüber gesprochen?* Ja, [unverständlich]. Mal gucken, Sonntag, wenn sie wieder kommt, werde ich ihr ein paar Blümchen oder irgendwas besorgen. (Transkription, G 8, S. 2ff.)

Ein weiteres besonderes Vorkommnis, bei dem eine Krankenschwester erheblich verletzt wurde, zeigt, dass die MitarbeiterInnen bei Entweichungsversuchen oder bei eskalierenden Konflikten zu ihrem eigenen Schutz grundsätzlich prüfen sollten, ob es zu verantworten ist, den Patienten laufen zu lassen oder sogar die Tür für ihn zu öffnen. Bei dem im Folgenden vom Patienten selbst geschilderten Fall handelt es sich im Grunde nicht um eine Entweichung, weil sich der Mann zu diesem Zeitpunkt noch freiwillig auf der Station befand. Er wurde erst nach dem Gewaltvorfall von der Polizei auf die Station zurück gebracht und gerichtlich untergebracht.

Bin ich dann an diesem besagten Freitag morgens um sieben, da war gerade Dienstübergabe unten auf der [Station], da hab ich gesagt: »Ich möchte raus, ich bin freiwillig hier, und möchte freiwillig wieder raus.« Und da haben die versucht, mich hinzuhalten und haben gesagt: »Nun warten Sie erst mal, wir holen erst den Arzt.« Und da hab ich gedacht: »Nee, jetzt versuchen die dich hier hin zu halten, du wurdest hier unter Gas gesetzt, das hat keinen Zweck, du musst raus.« Da hab ich praktisch zu der [Schwester] gesagt: »Ich will gehen, schließen Sie mir auf!« Und dann meinte sie in einem ziemlich aggressiven Ton: »Dann gehen Sie!«, aber natürlich nicht raus, sondern weg, wegen der Dienstübergabe. Und dann hab ich sie angegriffen, um ihr irgendwie den Schlüssel abzunehmen. Das ist leider dann passiert, da war ich auch fix und fertig. [...] Und dann bin ich praktisch hier raus. Und dann hat die Frau, wie die heißt, die Oberschwester, na was, die hat mich jedenfalls raus gelassen. Dann bin ich erstmal nach Hause. [...] Na, die [Schwester] hatte noch mal da gegessen. Ich hab mich dann auch bei ihr entschuldigt, obwohl das bei weitem natürlich nicht ausreicht. Weil das tut mir so furchtbar leid eigentlich. Ich war auf der einen Seite so fertig und auf der anderen Seite so abgefertigt worden. Ja, dass das dann zu diesem Ausbruch, ich mein, ich hab ja geschlagen. An das Würgen kann ich mich eigentlich nicht erinnern. Obwohl, da sollen ja Würgemale sein. Ich hab sie garantiert nicht stark gewürgt, ich

wollte nur den Schlüssel haben. Ich hab sie an sich an den Händen gefasst. Und an der linken Schulter, nee am Oberarm hat sie irgendwie einen Bluterguss, da muss sie irgendwo, da muss ich sie irgendwo gegen gestoßen haben. Das tut mir alles fürchterlich leid für sie. *Wie sind Sie denn dann wieder aufgenommen worden auf der Station? Hat man Sie das spüren lassen?* Nein, hat man nicht. Aber es ist auch anderes Personal da gewesen. Und gut, ich hab mich halt auch hier den Bedingungen gefügt und gebeugt. Ja, ich lass mich ja behandeln. (Transkription, G 40, S. 2ff.)

Keine derart schwerwiegenden Zwischenfälle ereigneten sich bei den fünf PatientInnen, denen eine Entweichung aus der gerichtlichen Unterbringung gelungen war. Eine Patientin war einfach unbemerkt nach Hause gegangen, weil es ihr auf der Station wegen der Ausgangssperre zu langweilig war. Sie habe dann gleich auf der Station angerufen und ihre Rückkehr für den nächsten Tag angekündigt, weil sie keine Medikamente zu Hause hatte. Eine andere Frau erzählte, sie sei ursprünglich zur Andacht ins Hauptgebäude gegangen, dann aber doch zum Gottesdienst in ihrer eigenen Gemeinde gefahren, wo sie eine Bekannte getroffen und zu sich nach Hause eingeladen habe. Dann habe sie irgendwie die Zeit vergessen und nachts nicht mehr das Haus verlassen wollen. Drei Tage später sei sie von selbst zurück auf die Station gekommen, weil sie dort noch Geld eingeschlossen hatte.

Bei drei männlichen Patienten wurde nach der Entweichung eine Fahndung bei der Polizei ausgelöst. Ein türkischer Patient, der im Interview nicht selbst über den Vorfall berichtet hatte, wurde am nächsten Tag zurück ins Krankenhaus gebracht. Er hatte laut Arztbrief selbst die Polizeidienststelle an einem Flughafen aufgesucht. Dort habe er mit der Behauptung, illegal in Deutschland zu sein, seine eigene Abschiebung gefordert. Die beiden anderen entwichenen Männer wurden von der Polizei aus ihrer Wohnung abgeholt. Beiden ging es beim Verlassen der Station auch darum, dem Personal die eigene Überlegenheit und Unabhängigkeit zu demonstrieren. Mit der Genugtuung, jederzeit wieder gehen zu können, gab der eine Patient weitere »Ausbruchsversuche« auf, weil er nicht noch einmal von der Polizei abgeholt werden wollte. Der andere Mann meinte, er würde auf eine neuerliche Entweichung nur deswegen verzichten, weil er diesmal keinen Haustürschlüssel dabei habe.

Manchmal ist die [Tür] auch offen, weil das Pflegepersonal vergisst, sie zu zumachen. Und dadurch bin ich auch nach Hause gegangen. [...] Ich könnt auch jederzeit wieder gehen, aber ich weiß natürlich, dass ich dadurch, äh, weil von diesem Krankenhaus scheinbar sehr rigide die Polizei benachrichtigt wird, die Situation sich für mich nicht verbessert. (Transkription, G 27, S.1)

Also, wie gesagt, ich bin ja schon 2–3-mal ausgebücht. Und na ja, ich nutz natürlich jede Möglichkeit, um zu zeigen, wie dumm die Leute sind. Entschuldigen Sie bitte,

wenn ich das sage. Es ist nicht böse gemeint, aber die sind ja wirklich so, die fallen immer wieder rein. Das ist genau dasselbe, zum Beispiel wenn jemand an der Kasse sitzt, und Sie sind der letzte Kunde. Der packt noch ein. Da steht die Kassiererin schon auf und macht was anderes. Und Sie können auf einmal alles einpacken. Macht man zwar nicht, aber das führt zu, das führt dazu. Weil der Leichtsinn, der verleitet dazu, dass die Leute klauen. *Also, die geschlossene Tür verleitet dazu, dass Sie zeigen, dass Sie doch raus kommen?* Ja genau, aber jetzt hab ich gar nicht. Ich wär schon wieder raus gekommen, aber mein Hausschlüssel. Ich hab keinen Schlüssel bei, ich wär sowieso nicht rein gekommen. Sonst, wenn ich einen Schlüssel gehabt hätte, dann wär ich schon wieder draußen gewesen. Die hätten mich nicht gekriegt. (Transkription, G 25, S. 9)

## 7.4 Indirekter Druck zur Medikamenteneinnahme

Bei der Auswertung der Fragen zur Möglichkeit zur Mitentscheidung und nach indirektem Druck bei der medikamentösen Behandlung zeigte sich, dass 15 der 50 gerichtlich untergebrachten PatientInnen die Medikation gegen ihren Willen einnahmen, weil ihnen entweder Sanktionen für den Fall der Medikamentenverweigerung angekündigt worden seien oder weil sie nach entsprechenden Vorerfahrungen auch ohne explizite Ankündigung mit Zwangsmaßnahmen rechneten. Gegen die eigene Überzeugung, aber ohne indirekten Zwang nahmen 14 PatientInnen die ärztlich verordnete Medikation ein. Behandlungseinsichtig äußerten sich immerhin 19 PatientInnen, von denen aber nur ein Teil direkt in die Behandlungsplanung einbezogen wurde. Bei zwei PatientInnen war aufgrund ihres ausdrücklichen Wunsches keine Medikation verordnet worden. Die PatientInnen, die vorübergehend ärztlich untergebracht worden waren, nahmen je zur Hälfte die Medikation freiwillig, ohne indirekten Druck und gegen ihre Überzeugung ein.

Von den behandlungseinsichtigen PatientInnen hatten zehn berichtet, dass sie zum Beispiel bei der Auswahl oder der Dosierung des Medikaments mitentscheiden konnten. Von den übrigen PatientInnen, die zwar mit der medikamentösen Behandlung einverstanden waren, aber nach ihren Bekundungen nicht in die Entscheidungen einbezogen wurden, erklärten mehrere, ihnen fehle die Kompetenz bzw. sie würden sich auf den ärztlichen Sachverstand verlassen. Eine Patientin meinte, sie nehme die Medikamente freiwillig so wie der Arzt sie verordnet, weil sie dann wenigstens nicht selbst entscheiden müsse. Nach der Entlassung könne sie immer noch selbst bestimmen. Trotz fehlendem Mitspracherecht äußerten vier PatientInnen, sie würden die Medikamente freiwillig wegen der entlastenden Wirkung einnehmen. Für einen Patienten war es auch unabhängig von der Medikamentenwirkung wichtig, dass auf der Station eine Art von Disziplin herrsche. Wenn ein Arzt etwas anordne, dann nehme er das ohne Wi-

derspruch, selbst eine Spritze. Eine Patientin begründete ihre Einverständnis mit der Behandlung damit, dass sie ursprünglich aus eigener Initiative ins Krankenhaus gekommen sei. Auf die Frage, ob sie mit ihrem Arzt über die Behandlung reden könne, antwortete sie: »Er redet«. Ein ärztlich untergebrachter Patient hatte berichtet, er sei mit der Behandlungssituation von Anfang an einverstanden gewesen. Er habe die Medikamente gleich akzeptiert, weil sie positiv für ihn seien. Eine andere kurzfristig zurückgehaltene Patientin glaube auch, dass die Medikamente zu ihrem Besten seien. Sie merke zwar, dass auf die Medikamenteneinnahme bestanden werde, was sie aber nicht als Druck erlebte. Eine andere Frau dieser Gruppe meinte, sie habe zwar früher mal Zwangsmaßnahmen erlebt, jetzt bestehe aber keinerlei indirekter Druck bei der Medikamenteneinnahme. Ein kurzfristig zurückgehaltener Patient nahm nach anfänglicher Zwangsmedikation freiwillig Medikamente ein, weil er nicht wie befürchtet eine Depotmedikation erhalten hatte und eine orale Medikation einsah.

In den meisten Fällen, in denen PatientInnen eine medikamentöse Behandlung ohne drohende Zwangsmaßnahmen gegen ihre Überzeugung akzeptierten, waren die Medikationen vom Arzt ohne Mitsprache der PatientInnen festgelegt worden. Nur eine Patientin erklärte, sie hätte sich erfolgreich gegen ein bestimmtes Mittel gewehrt und nehme jetzt ein anderes Mittel in geringer Dosierung »zum Schlafen, nicht zur Behandlung«. Wenn sie entlassen sei, könne sie wieder machen, was sie wolle. Ein anderer Patient erklärte, er könne zwar Wünsche äußern, aber der Arzt lege letztendlich die Dosis fest. Nur gegen eine Erhöhung der Medikation über ein bestimmtes Maß hinaus habe er sich erfolgreich wehren können. Ein Patient, der im Interview offen erklärt hatte, den Behandler bewusst über seine fehlende Behandlungseinsicht zu täuschen, tat dies, um Konflikten oder Sanktionen aus dem Weg zu gehen. Mit dem Arzt über seine Meinung zu reden, habe überhaupt keinen Sinn, denn schließlich seien im Krankenhaus die Grundrechte irgendwie außer Kraft gesetzt. Die Nebenwirkungen der Medikamente seien für ihn kein so großes Problem, weil sie nach Absetzen wieder weggehen würden. Eine junge Frau fürchtete »zurück zu laufen«, wenn sie der Ärztin mitteilen würde, dass sie sich nicht für behandlungsbedürftig halte. Sie täuschte die Behandlerin, weil ihr der Entzug des Sorgerechts für ihre Tochter drohe, falls sie sich nicht behandeln lassen würde. Von den übrigen PatientInnen, die den Medikamenten kritisch gegenüber standen, äußerte eine Frau den Wunsch, gegenüber den ÄrztInnen im Krankenhaus mehr Rechte zu haben. Früher, bei einem vorbehandelnden Arzt, sei ihr eine Mitsprache möglich gewesen, bei ihrer jetzigen Ärztin nicht. Eine andere Patientin erklärte, sie würde die Medikamente zwar freiwillig nehmen, im Grunde genommen würde ihr das aber nicht helfen. Über die Behandlung würde niemand mit ihr sprechen, höchstens mal »zwischen Tür und Angel«. Nach der Entlassung würde sie die Medikation absetzen und wieder kiffen. Eine andere Frau erklärte ebenfalls, die Medikamente im Krankenhaus

freiwillig zu nehmen. Wenn sie die Wahl hätte, würde sie aber ablehnen. Eine Patientin befand eine neuroleptische Medikation nur kurzfristig für wenige Tage als notwendig. Auf der Station nehme sie die Medikamente jetzt nur, weil sie angeordnet seien. Ein Patient fühlte sich bei diesem Aufenthalt zwangsmediziert, weil er zunächst aus Angst, vergiftet zu werden, keine Medikamente einnehmen wollte. Das Personal hätte ihm dann die Medikation so lange angeboten, bis er schließlich ein wenig Vertrauen gehabt habe und nachgab. Ein anderer Mann berichtete, er weigere sich, mit der Ärztin über Medikamente zu reden, weil sie seiner Ansicht sowieso nicht folgen würde. Er nehme die Medikation, weil ihm mitgeteilt worden sei, er habe hier keine Rechte und müsse das schlucken. Eine ältere Patientin beklagte, ihr würde lediglich gesagt, was sie jetzt kriege, und das müsse sie dann nehmen. Ohne eine weitere Erklärung meinten auch drei andere PatientInnen, sie würden die Medikation gegen ihren eigenen Wunsch nehmen, weil sie das müssten bzw. weil das so angeordnet sei. Unter den vier vorübergehend ärztlich Untergebrachten, deren Medikamenteneinnahme eher gegen ihre Überzeugung und auf Druck der Ärzte erfolgte, beschwerte sich eine Patientin, dass die Ärzte immer versuchen würden, die Medikation höher zu setzen. Da sie sich aber freiwillig auf der Station befand, weigerte sie sich erfolgreich, eine erhöhte Dosis einzunehmen. Die Freiheit einer weiteren ärztlich zurückgehaltenen Frau war auf der Station dadurch eingeschränkt, dass man ihr aufzwingt, die Medikamente einzunehmen. Man habe an ihr im Laufe einer langjährigen Krankheitsgeschichte schon so viel probiert, was helfen solle, unter anderem Elektroschocks und Insulinkuren, was viele verheerende Wirkungen hervorgerufen habe. Letztendlich lehne sie die Medikamente aber nicht ab, weil sie noch Hoffnung auf eine Besserung habe. Eine zum ersten Mal im Krankenhaus behandelte Frau fühlte sich kerngesund und durch Medikamente eher vergiftet. Sie habe schon viel Schlechtes über Psychopharmaka gelesen und bis vor zwei Tagen nicht gewusst, dass sie solche Medikamente bekomme. Hätte sie dies gewusst, dann wäre sie nicht im Krankenhaus geblieben.

Die Gruppe der PatientInnen, die ihre Medikation im Krankenhaus nur unter Zwang oder zur Vermeidung einer drohenden Zwangsbehandlung einnahmen, bestand aus drei Frauen und zwölf Männern. Ein Patient, bei dem eine gerichtliche Genehmigung zur Zwangsmedikation vorlag, akzeptierte gegen seinen erklärten Willen eine orale Medikation, weil er davon ausging, dass bei einer Verweigerung automatisch die Möglichkeit zur Fixierung und Zwangsinjektion gegeben sei. Nur bei zwei männlichen Patienten war eine gerichtlich genehmigte fortlaufende Zwangsbehandlung dokumentiert worden. Fünf PatientInnen erklärten, ihnen seien für den Fall einer Medikamentenverweigerung explizit eine Zwangsbehandlung angekündigt worden. Die Betroffenen benannten diesen Vorgang als eine »Nötigung«, eine »Erpressung« oder eine »Zwangsmedikation«. Sechs Personen, die bei Voraufenthalten bereits Erfahrungen mit Zwangsmaß-

nahmen infolge einer Medikamentenverweigerung gemacht hatten, gingen auch diesmal ohne weitere Ankündigung von der Möglichkeit einer Zwangsmedikation aus. Auch mehrere PatientInnen, die während des aktuellen Aufenthalts in Notfallsituationen Zwangsmaßnahmen erlebt hatten, hielten sich weiterhin für zwangsbehandelt, weil sie nicht mitentscheiden könnten.

Auch bei einer fehlenden oder mangelhaften Aufklärung über kurz- und langfristige Nebenwirkungen von Neuroleptika kann es sich unter Umständen um eine indirekte Zwangsmaßnahme handeln. Zur Frage, ob sie vom Arzt über den Sinn und Zweck der medikamentösen Behandlung und auch über Risiken und Nebenwirkungen vollständig und verständlich aufgeklärt wurden, nahmen 47 der 48 neuroleptisch behandelten PatientInnen Stellung. Nur elf der Befragten beurteilten die ärztliche Aufklärung als ausreichend und verständlich. Die doppelte Anzahl von Personen (44 %) urteilten, sie seien vom Arzt über die Medikamente nicht oder nur unzureichend aufgeklärt worden. Die übrigen PatientInnen erklärten, eine erneute Aufklärung sei nicht nötig gewesen, da sie bereits vorher aufgeklärt waren oder über langjährige Erfahrung mit den Medikamenten verfügten. Zur mangelnden Medikamentenaufklärung meinten zehn der 22 betroffenen PatientInnen, mit ihnen sei gar nicht über die Wirkungsweise und Therapierisiken gesprochen worden, für die übrigen PatientInnen war die Aufklärung unzureichend oder unverständlich. Einzelne Patienten erklärten, die Aufklärung sei ihnen nicht so wichtig gewesen, weil sie dem Arzt in dieser Sache vertrauen würden. Zwei der gänzlich unaufgeklärten PatientInnen berichteten, sie hätten durchaus Interesse an einer Aufklärung gehabt, und eine Patientin meinte, sie habe gefragt und keine Antwort bekommen. Von einem Betroffenen wurde berichtet, der Arzt habe sich gewählt und undiplomatisch ausgedrückt. Im Laufe vieler Voraufenthalte sei er eigentlich nie richtig aufgeklärt worden, so dass er sich mit den Angaben im Waschzettel begnügen musste. Anderen PatientInnen war vom Arzt nur gesagt worden, sie sollten sich melden, wenn Nebenwirkungen auftreten. Eine Patientin bemerkte, sie habe zuerst gedacht, das Neuroleptikum sei irgendeine Art Vitamin, weil die Ärztin gesagt habe, die Gedanken würden davon klarer. Wie auch andere PatientInnen hatte sie sich gescheut, Nebenwirkungen von sich aus anzusprechen, da die Ärzte schließlich wissen müssten, wie man auf die Medikation reagiere. Ein Patient gab an, er wisse zwar von früher Bescheid, er wäre aber gerne beim jetzigen Medikamentenwechsel erneut über Nebenwirkungen aufgeklärt worden. Eine Frau äußerte, bei der Aufklärung würden die möglichen Nebenwirkungen nicht genügend betont. Dies sei vielleicht auch zum Schutz der Patienten gedacht, weil mehr Nebenwirkungen auftäten, wenn man Angst davor habe oder sich innerlich gegen das Medikament wehre. Eine Patientin war trotz Aufklärung nicht zufrieden, weil für sie die Medikamente wegen der starken Nebenwirkungen fragwürdig seien. Die ÄrztInnen könnten die Nebenwirkungen gar nicht nachvollziehen und sollten die Medikamente mal selbst probieren.

Ihre Erfahrungen mit der medikamentösen Behandlung berichteten 41 der gerichtlich untergebrachten PatientInnen spontan im Interview. Mit ihrer aktuellen neuroleptischen Medikation waren acht Personen insofern voll zufrieden, dass sie die erwünschte Wirkung, aber keine wesentlichen Nebenwirkungen feststellten. Das Vorliegen von unerwünschten Wirkungen erwähnten 21 der befragten Personen, oft mit dem Hinweis, dass dies ein Grund für sie wäre, die Medikation abzusetzen. Tatsächlich wurden bei fast allen PatientInnen im Laufe der Behandlung die Medikamente aufgrund von unerwünschten Wirkungen auf ein besser verträgliches Mittel umgestellt. Die meisten Klagen bezogen sich auf den Wirkstoff Haloperidol, der laut Arztbriefen bei 32 der 50 gerichtlich untergebrachten PatientInnen wegen der raschen antipsychotischen Wirkung als Mittel der ersten Wahl verordnet wurde, bei 25 PatientInnen in Kombination mit einem angst- oder spannungslösenden Tranquilizer. Die Nebenwirkungen von Haloperidol, das zu den hochpotenten Neuroleptika zählt, betreffen häufig die Motorik und werden von den PatientInnen als außerordentlich quälend erlebt. Eine Patientin erklärte, sie fühle sich unter dem Medikament »zugedröhnt wie unter Drogen«, sie sei nicht mehr so beweglich, müsse dauernd »zappeln« und habe Krämpfe. Sieben weitere Personen schilderten ein unangenehmes Zittern oder eine schwer erträgliche Bewegungsunruhe, was sie zwingt, ständig hin und her zu laufen. Drei PatientInnen, die bei früheren Aufenthalten schon mal unter Haloperidol Kiefer- oder Nackenkrämpfe erlebt hatten, bezeichneten dies als ein so schreckliches Empfinden, dass sie Angst vor diesem Medikament hätten, auch wenn diese Nebenwirkung diesmal nicht eingetreten sei. Unter einer Kombinationsbehandlung eines hochpotenten Neuroleptikums mit einem Tranquilizer schilderten fünf PatientInnen ein nicht nur unangenehmes, sondern auch beschämendes »Nuscheln«, »komisches Sprechen« oder »Sabbern«. Sieben PatientInnen berichteten als wesentliche Nebenwirkung ihrer Medikation eine erhebliche Einschränkung durch Müdigkeit, Trägheit oder Antriebslosigkeit. Zwei Frauen beklagten eine Gewichtszunahme unter einem mittelpotenten Neuroleptikum.

## 7.5 Zwangsmedikationen und Fixierungen

Fixierungen und Zwangsinjektionen stellen als psychiatrische Zwangsmaßnahmen schwerwiegende Eingriffe in die persönlichen Grundrechte eines Betroffenen dar und sind nur ausnahmsweise bei bestehender unmittelbarer Eigen- oder Fremdgefährdung zulässig, wenn die Gefährdung oder Gefahr nicht auf andere Weise abgewandt werden kann. Grundsätzlich sind alle Zwangsmaßnahmen richterlich genehmigungspflichtig, nur im akutem Notfall kann ein Arzt wegen des Vorliegens eines rechtfertigenden Notstandes auf eine Genehmigung verzichten. Alle Zwangsmaßnahmen bedürfen in der untersuchten Klinik einer ärztlichen

Anordnung und sind in der Krankenakte und auf einem gesonderten Dokumentationsblatt zu dokumentieren.

In der untersuchten Stichprobe der 50 gerichtlich untergebrachten PatientInnen kam es bei 14 Personen (28 %) zu ärztlich angeordneten Zwangsmaßnahmen. Angewendet wurden bei fünf PatientInnen Zwangsinjektionen ohne Fixierung, bei sieben PatientInnen Zwangsinjektionen mit Fixierung und in zwei Fällen wurden Fixierungen ohne eine Zwangsmedikation angeordnet. Mit einem Anteil von 38 % überdurchschnittlich häufig von Zwangsmaßnahmen betroffen waren die PatientInnen, die nach § 26 PsychKG vom Arzt zurückgehalten worden waren. Von den acht ärztlich untergebrachten Personen war bei zwei eine Zwangsinjektion mit einer Fixierung und bei einem Patienten eine Zwangsmedikation unter Personalaufgebot durchgeführt worden.

### 7.5.1 Deeskalation bei Personalaufgebot

Wenn die Entscheidung über die Durchführung einer Zwangsmaßnahme gefällt ist und nicht damit zu rechnen ist, dass der Betroffene die Maßnahme ohne Widerstand akzeptiert, erfolgt in der untersuchten Abteilung in der Regel ein telefonischer Rundruf über die Stationen. Daraufhin erscheinen alle verfügbaren MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen auf der Station; in der Kernarbeitszeit können das 15 bis 20 Personen sein. Überzählige Personen werden auf die Station zurückgeschickt. Eine Deeskalation durch eigenes Einlenken eines solchen Aufgebots wurde von zwei der befragten Personen berichtet. Von den beiden atmosphärisch dichten Schilderungen bezieht sich die erste auf eine Situation, bei der ein männlicher Patient schwer betrunken und erregt von einem Ausgang auf die Station zurückkehrte. Im zweiten Fall einer weiblichen Patientin war die Entscheidung über eine Zwangsmedikation bereits kurz nach der Aufnahme getroffen worden.

Das konnte ich noch so aushebeln, verhindern. Es kam nicht dazu. [...] *Und dann waren Sie grade ziemlich...?* Ja, ziemlich besoffen war ich. Da sind die mir hinterher, wo die alle noch dazukamen. Der eine hat den Sicherheitsdienst sozusagen [gerufen], zum Schluss waren es 10 oder 15 Leute, die da um mich rum standen. War nur Stress. Der hat gemeint: »Jeder hat hier vor Ihnen Angst«. Da hab ich gemeint: »Hier braucht niemand vor mir Angst zu haben. Ich hab doch keinem was getan«. Da hab ich heraus gestellt, dass ich niemandem was tun wollte. *Da standen Sie dann immer noch um Sie rum?* Nö, die sind dann so nach und nach wieder gegangen. Nach einer Viertelstunde haben sie es eingesehen, dass ich es wohl könnte, aber nicht will. *Mussten Sie denn da Medikamente einnehmen?* Na ja, am nächsten Tag. Also wo ich da wieder nüchtern war. Wenn ich so verrückt werde, brauch ich nichts, überhaupt nichts. (Transkription, G 17, S. 7)

Da hab ich Tabletten, ähm Tropfen gekriegt. Ich hab mich nur gewundert, warum die

auf einmal so viele waren um mich herum. Ich dachte: »Was ist denn jetzt los? Ich soll das Medikament einnehmen, warum stehen dann so viele um mich rum?« Da hab ich das irgendwie im Djum nicht mitgekriegt. Das passiert bei mir allerdings, wenn ich anfangs her komme, dann bin ich irgendwie noch im Djum, dann krieg ich Gespräche nicht so mit. Und der sagte, es wäre eine Verhandlung hier gewesen, bei der über mich bestimmt wurde. Ich sag: »Ich weiß -, ich hab überhaupt keine Verhandlung«. Und dass ich zuerst das wieder verweigert hätte wohl, das Medikament. Und deshalb standen so viele dann um mein Bett rum. Jetzt reim ich mir das erst mal so zusammen. *Gab's denn da auch Gewalt in der Situation, oder was war?* Nee, ich hab's alleine genommen. *Direkte Gewalt haben Sie auch noch nicht erlebt im Krankenhaus?* Nee, Gott sei dank nicht. Das wär für mich auch das Furchtbarste.  
(Transkription, G 30, S. 5)

### 7.5.2 Zwangsinjektionen ohne Fixierungen

Eine Zwangsinjektion liegt vor, wenn der Betroffene eine akut benötigte Medikation sowohl in Form einer Tablette (oder als Tropfen) als auch einer Spritze in Worten oder Gesten ablehnt und ihm dann die Injektion mit oder ohne körperliche Gewaltanwendung dennoch verabreicht wird. Eine Zwangsmedikation ist immer dann gegeben, wenn sich die Behandler über die Durchführung der medikamentösen Behandlung derart entschieden haben, dass dem Patienten keine Wahl mehr bleibt.

Von den insgesamt sechs PatientInnen, die eine Zwangsinjektion ohne Fixierung erhalten hatten, äußerte nur eine gerichtlich untergebrachte Frau, sie könne die Maßnahme im Nachhinein akzeptieren, weil ihr in einem verzweifelten Zustand nicht anders zu helfen gewesen wäre. Wie das folgende Zitat zeigt, bezeichnete sie die Zwangsinjektion dennoch als ein furchtbares Erlebnis.

Ich hab an der Tür [getreten] und wollte raus und so. Und das war ganz furchtbar gewesen. [...] *Wie war denn das für Sie?* Na mies. *Was war denn da mies?* *Was war denn da genau los, als Sie vor die Tür getreten sind?* Das kann ich Ihnen gar nicht beschreiben. Das ist so, als wenn was aussetzt. *Und dann hat man Sie gehindert zu gehen?* Ja. Dann haben sie mir eine Spritze verpasst, und dann haben sie mich zwangseingewiesen. Das war weniger schön. *Die Spritze, war das gegen Ihren Willen?* *War das eine Zwangsspritze?* Ja. *Wie war denn das?* Na, die mussten [die holen], weil ich war vollkommen durchgedreht. *Und wie ist das abgelaufen?* *Sind Sie überwältigt worden?* Na, die haben mich festgehalten, aufs Bett, und am Hals gewürgt. Und jedenfalls haben sie gesagt: »Sie kriegen jetzt eine Spritze, dann geht's Ihnen besser. Ja, es ging mir auch besser jetzt. *Waren das mehrere, die Sie da festgehalten haben?* Ja, vier Leute. – furchtbar, ne? *In dem Moment haben Sie sich furchtbar gefühlt?* Ja klar. *Sind Sie denn auch fixiert worden?* Nee, Gott sei dank nicht. – Reicht das, oder wol-

len Sie noch mehr wissen? [...] *Dass Sie die Medikation gegen Ihren Willen bekommen haben, finden Sie das akzeptabel?* Ja. Sagen wir so: es ging nicht mehr weiter. (Transkription, G 41, S.1)

Ein Patient, der ebenfalls eine Notfallsituation zu Beginn der stationären Behandlung als Anlass der Zwangsmedikation schilderte, ließ seine persönliche Bewertung der Zwangsmedikation offen. Als Grund für die anfängliche Medikamentenverweigerung berichtete er, dass er das Medikament für eine Droge gehalten und von seinen Stimmen die Anweisung erhalten hätte, die Einnahme abzulehnen.

Ja, ich wollte nicht trinken das, weil ich dachte, das ist Droge oder was. Und ich habe Stimmen gehabt, die haben gesagt, dass ich darf das nicht. *Und was ist dann passiert?* Ich habe das erste Mal, als ich hier gewesen bin [unverständlich]. Aber später habe ich das getrunken. Mit diesen Tabletten ich bin zufrieden jetzt irgendwie. *Aber Sie haben keine Spritze gegen Ihren Willen bekommen?* Ich habe einmal Spritze gekriegt auch. (Transkription, G 31, S. 4)

Die Frau, über die oben schon berichtet wurde, dass sie von der Polizei mit Handschellen aus einem Obdachlosenheim in die Klinik gebracht worden war, fand für das Erleben der Zwangsinjektion kurze und klare Worte. Einerseits brachte sie die Anordnung der Maßnahme mit ihrer anfänglichen Medikamentenverweigerung in Zusammenhang und bemerkte, dass man damit in der Klinik nicht durchkomme, weil die ÄrztInnen im Krankenhaus auf einer Medikation bestehen würden. Andererseits hatte sie im Anschluss an die Zwangsmaßnahme bemerkt, dass sich ihr psychischer Zustand unter der Medikation verbesserte. In der bisherigen Behandlung war es allerdings nicht gelungen, sie vom Sinn einer längerfristigen Medikamenteneinnahme zu überzeugen.

Ja, man wollte mir unbedingt Medikamente geben. Die wollte ich nicht nehmen. Da hat man mir mit aller Gewalt was in die Venen gespritzt, da konnte ich mich nicht wehren. Vorher war ich noch aufmüpfig [...], und dann habe ich mich beruhigt. *Können Sie die Zwangsmedikation im Nachhinein akzeptieren?* Eigentlich nicht, aber ich war ja durch [das Obdachlosenheim] auch in einem psychischen Zustand. Vielleicht brauchte ich das, vielleicht aber auch nicht. Meiner Meinung nach hätte das eine Bittermittel gereicht. (Mitschrift, G 42, S. 3)

Ein 45-jähriger Mann mit einiger Psychiatrieerfahrung war in der Aufnahme-situation vorläufig vom Arzt untergebracht und aufgrund eines Erregungszustandes zwangsmediziert worden. Soweit seine Schilderung zutrifft, beschwerte er sich im Interview zu Recht darüber, dass der behandelnde Arzt nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft hatte, eine Zwangsmaßnahme zu vermeiden. Aus Sicht des Patienten hätte ein klärendes Gespräch mit dem Arzt genügt. Weiterhin habe der Arzt es versäumt, ihm vor oder während der Zwangsinjektion mitzuteilen, welches Medikament er in welcher Dosierung erhalten würde, und was

die Medikamentengabe bewirken sollte (z. B. Beruhigung, Entspannung, Angstminderung). Immerhin gelang es dem Patienten in der Situation noch, eine Fixierung zu vermeiden, weil er das oft genug erlebt habe.

Doch, direkt nach der Aufnahme gab's die Gewalt von [dem Arzt], dem Assi. *Wie sind Sie denn hier dann angekommen?* Ganz aufgeregt, weil ich merkte, weil ich vorher wusste, jetzt gibt's gleich wieder 'ne Spritze, die ich nicht haben will. *Ab, ja. Und das gab's unmittelbar?* Ohne ein Gespräch, ohne vorher 'n Gespräch zu führen, sondern gleich: »Wir geben Ihnen jetzt 'ne Spritze«. Ja, das macht [der Arzt]. *Sie haben das gleich gemerkt? Sie waren aufgeregt, und gleich geben die mir 'ne Spritze?* Ja, und dann sagen sie noch nicht mal, was. Was für'n Mittel es ist, und das regt einen auf, das können Sie sich vorstellen, wenn man unschuldig ist, und ich bin unschuldig. *Ja, es ist ja keine Frage der Schuld, wenn man...* Nein, nein, natürlich, wenn man krank ist, dann braucht man natürlich 'n Krankenhaus, das ist richtig. Aber die Frage ist nur, wie es dann gemacht wird, ob man zum Beispiel mit Ihnen redet. Genau, ob man wenigstens fünf Minuten redet oder zehn. Und das haben sie nicht gemacht. *Können Sie mir mal schildern, wie das abgelaufen ist?* Ich war drin, dann waren gleich drei, vier Schwestern um mich 'rum, der Assi, der hatte 'ne Spritze in der Hand. Da hab ich gesagt: »Hilfe, ich will nicht«, weil ich dachte, das wär das Depot, was ich absetzen wollte. [...] Und dann haben sie mir noch nicht mal gesagt, ob es eine Depotspritze ist oder Valium, und dann hab ich aber Valium gekriegt. Dumm genug war's, weil ich war ja gedankenklar, nur aufgeregt. [...] *Ist denn das mit Gewalt abgelaufen, die Spritze?* Natürlich. *Also, sind Sie festgehalten worden?* Nein, die standen um mich herum. Genau wie gestern meine Mitpatientin, die fixiert wurde, was ich erzählt hab. *Also, Sie haben keine Wahl gehabt?* Nein, keine Wahl und kein Gespräch. *Aber zu 'ner direkten Fixierung ist es in dem Moment nicht gekommen?* Nein, weil ich dann gesagt hab, das hab ich oft genug erlebt, das mach ich jetzt nicht. Also nehm ich sie. [...] *Hat sich das denn wiederholt mit der Spritze?* Ich nehm die jetzt freiwillig, die Tabletten, nicht die Spritze. (Transkription, Z 6, S. 5)

Einen fehlenden deeskalierenden Kontakt des Personals berichtete auch ein junger türkischer Patient, der zunächst in ein anderes Krankenhaus aufgenommen worden war und dort offensichtlich zwangsmediziert wurde. Auch nach Verlegung in die regional zuständige Abteilung blieb sein Fazit der gesamten Behandlung, dass sowieso alles willkürlich geschehe.

Ja. Man hat mich einmal so gemacht hier. *Oh, wie war denn das für Sie?* Das war richtig unangenehm. Da waren 3-4 Pfleger, große starke Männer, die haben mich gepackt, auf das Bett gelegt, auf meine Hüfte ein bisschen so gedrückt. Und darauf 'ne Spritze rein. [...] *Diese Spritze da mit Gewalt, war denn das notwendig, dass Sie da eine Beruhigungsspritze bekommen haben?* Absolut nicht. *Wie haben Sie das verstanden, oder wie haben Sie das erlebt, dass die das da gegen Ihren Willen gemacht haben?* Hm, hier wird sowieso alles willkürlich gemacht. Von daher wundert es mich nicht. Das ist Willkür. (Transkription, G 29, S. 2)

Ein Patient hatte bei Voraufenthalten schon viele Zwangsmaßnahmen erlebt. Im Verlauf der ersten beiden Behandlungswochen des jetzigen Aufenthalts erhielt er täglich Zwangsinjektionen, wenn auch nicht immer mit Aufgebot. Wie schon bei seinem Bericht über den Polizeieinsatz schilderte der tatsächlich recht kräftige und bedrohlich wirkende Mann den Impuls, bei der Zwangsinjektion um sich zu schlagen und das Personal zu verletzen. So wie er bei der Einweisung eine gewalttätige Gegenwehr mit Rücksicht auf sein Mobiliar und forensische Konsequenzen unterlassen hatte, hielt ihn in der Klinik die Voraussicht auf weitere Zwangsmaßnahmen und eine Verlängerung der Unterbringung vom tätlichen Widerstand ab. Unter allen befragten PatientInnen war er der einzige, der eine Fixierung als beruhigend beschrieb. Allerdings war bei diesem Aufenthalt gar keine Fixierung des Patienten dokumentiert worden, so dass davon auszugehen ist, dass er die Erfahrung eines früheren Aufenthaltes oder ein Phantasieprodukt schilderte. Ganz nachvollziehbar berichtete der Mann seine Angst vor der Spritze, da er davon überzeugt war, sie enthalte ein Gift. Zuvor hatte er mitgeteilt, dass ihm durch die Zwangsinjektionen ein körperlicher und seelischer Schaden zugefügt werde, weil die Mittel sich nicht im Körper verteilen und Bakterien anziehen würden.

Ach, das wissen Sie ja. Reden wir doch nicht über Zwangsmaßnahmen. [...] Und man hat mich zwangsweise auf das Bett geschmissen mit sechs Mann. Das war auch mit Zwang. Von der Erde auf den Boden, also aufs Bett geschmissen mit sechs Mann. [...] *Und dann auch eine Zwangsmedikation?* Korrekt, korrekt. [...] *Meinen Sie, das ist Unrecht gewesen?* Aber sind Sie doch mal ehrlich. Sie wissen doch selber, dass das Unrecht war. *Ich weiß es nicht, nee, das kann ja auch ein Notfall sein.* Also Notfall? Es war kein Notfall, weder so noch so. *Sie haben das jedenfalls als Überwältigung erlebt?* Als Überwältigung? Ich habe das empfunden als strafbare Handlung. Man hat mich zwangsweise infiziert, mit irgendeinem Gift. *Da sind sechs Leute auf Sie zu gekommen und haben Sie überwältigt?* Nee, ich bin rin gekommen, da haben sie gelacht, hach, einer von hinten, zwei von vorne. Da haben die Macht gehabt, aber was nutzt denn das. Ich kann mich ja wehren, ich bin ja nicht grad der Schwächste. Einen oder zwei hätte ich ja schubsen können. Aber wissen Sie, dann krieg ich ja noch mehr. Dann sagen sie: »Der wehrt sich ja noch. Der wird jetzt den ganzen Tag gefesselt, der kriegt ständig Medikamente«. Und so passiert es denn, wenn einer sich wehrt, dass er als Irrer behandelt wird. Weil er ja nicht irr ist, muss er ja nicht zwangsweise sterilisiert werden oder infiziert werden mit irgendeinem Gift. [...] Die Ärzte vermuten wahrscheinlich, ich bin schwer krank. Ich bin ja auch, ich meine, zeitweise in Lethargie verfallen. Wissen Sie, was Lethargie heißt? *‘Ne Art Gleichgültigkeit.* *Sind Sie denn auch gefesselt worden?* Ich bin zeitweise gefesselt worden an dem Bett mit allen Vieren, ja. *Wie war denn das für Sie?* Das war zwar kurzfristig bloß, aber sagen wir mal so: ‘ne stille Ruhe der Besinnlichkeit. [...] Na sagen wir mal so: diese Fesselung, die man mir hier verabreicht hat, da war ich glücklich darüber. Weil sonst hätte ich wahrscheinlich, ganz

wahrscheinlich zurück geschlagen. Und dadurch hab ich mich beruhigt, und da war nichts passiert. *Die Zwangsmedikation können Sie nicht mit akzeptieren?* Nein. Bloß, wie gesagt, was nützt mir das, wenn ich zurück schlage, ich kriege 1-2 Wächter, die ich verletze. [...] Ich hätte mich zwar innerlich von meinen Furzen, von meinem Stau in den Eiern befreit, was mir angetan wurde. Wär aber zeitlebens, vielleicht sogar für ewig, äh, auf der Station geblieben. Weil sie dann gesagt hätten, der Mann, der ist ja noch, die hätten nicht zugegeben, dass die sechs mich zwangsweise zur Therapie gezwungen haben, das hätten die ja nie zugegeben. Die haben gesagt, der hat sich gewehrt, weil er Spritze kriegen sollte. Was ja im Prinzip auch stimmt – ich brauchte aber keine Spritze, weil ich ja nicht krank war. (Transkription, G 25, S. 10)

### 7.5.3 Fixierungen

Eine Fixierung ist die mechanische Bewegungseinschränkung eines Patienten, wobei der Betroffene in der Regel keine Möglichkeit hat, die Bewegungseinschränkung selbsttätig aufzuheben. Bei Bettfixierungen handelt es sich um eine Fesselung mit Hilfe von speziellen Gurten, die an einem vorbereiteten Fixierbett angebracht sind. Üblicherweise erfolgt eine 4-Punkt-Fixierung, wobei der Patient mit gepolsterten Manschetten aus Leder an Hand- und Fußgelenken am Bett festgehalten wird. In selteneren Fällen wird zusätzlich ein Bauchgurt verwendet (5-Punkt-Fixierung). Eine Fixierung kann in der Neuköllner Klinik nur für eine Dauer von höchstens zwei Stunden angeordnet werden. Danach hat der Arzt die Indikation erneut zu prüfen und muss entsprechende neue Anordnungen treffen. Während der gesamten Dauer der Fixierung besteht eine Sitzwachenpflicht, d. h. ein Mitarbeiter der Station betreut den fixierten Patienten ununterbrochen in dessen Zimmer.

Aus Sicht der PatientInnen stellt eine Fixierung ein extrem traumatisierendes Erlebnis dar, das wenn möglich zu vermeiden ist. So jedenfalls äußerten sich durchgängig die in dieser Untersuchung befragten Personen. Betroffen waren insgesamt sechs Frauen und fünf Männer. Eine weibliche Patientin bestätigte zwar im Interview, fixiert worden zu sein, reden wollte sie aber nicht darüber. Ein Patient verneinte das Erleben einer Fixierung, obwohl eine derartige Maßnahme ärztlich dokumentiert worden war. Er verwies allerdings auf die an seinem Bett noch immer befestigten Fixiergurte. Der 37-jährige Mann schilderte als Ausgangspunkt einer Zwangsmedikation einen katatonen Zustand. Auch wenn er relativ gelassen mit der Situation umgegangen war und die Spritze letztendlich als hilfreich erlebte, konnte er die Anwendung von Zwang im Nachhinein nicht voll akzeptieren. Dies lag aus seiner Sicht mit daran, dass die Nachbesprechung oberflächlich blieb.

Das erste Mal, wo ich die Spritze bekommen habe, da waren zwei Pfleger dabei gewesen [...], und dann haben sie mir eine Spritze zur Beruhigung. Und später bin ich erstmal ins Raucherzimmer gegangen, hab erstmal eine Zigarette geraucht, weil ich vorher nicht geraucht hatte. Und da ging es mir eigentlich auch besser in gewisser Weise. *Glauben Sie denn, dass das dann eine Zwangsmedikation ist, weil Sie nicht gefragt wurden?* Genau. *Oder waren Sie eigentlich einverstanden und konnten das nur nicht äußern.* Einverstanden war ich eigentlich nicht in dem Sinne, aber ich hab das einfach jetzt auf mich zukommen lassen. Also ich hab mich jetzt nicht so sehr gewehrt. Festgehalten haben sie mich schon die beiden Pfleger, und [der Arzt] hat mir die Spritze gegeben. [...] *Haben Sie denn Angst gehabt?* Nicht unbedingt, ein bisschen schon, jaja. *Vor der Spritze?* Ein bisschen schon, weil ich ja nicht wusste, was ich da noch kriege. *Jetzt im Nachhinein, würden Sie das so akzeptieren, auch dass es notwendig war, eine Zwangsmedikation?* Weiß ich nicht, eigentlich nicht unbedingt. Da würde ich mich aber jetzt nicht drüber streiten. *Glauben Sie, dass man noch andere Dinge hätte machen können, um das zu verhindern? Oder hätte man noch abwarten sollen?* Ja, theoretisch schon, das kann ich jetzt aber nicht so beurteilen. Man hätte noch warten können, das wär möglich gewesen. Weil ich hab ja da, wo das Zimmer anfängt, da bei dem Rundbogen, da hab ich ja zig Stunden gestanden. Da hat Gott mir befohlen, ich soll da stehen und soll abwarten. Weil das Haus war früher irgendwie schon gebaut worden, und da sind einige negative Sachen abgelaufen. Das Haus ist da verflucht, und ich musste da stehen. Da sind dann tausend Leute an mir vorbei gelaufen. Ich hab ja keinen angeguckt da. Das war schon komisch, wie ich da gestanden habe und immer Gottes Stimme gehört habe. Gottbefehle, ich muss hier stehen. Er hat mir richtig verboten, hier weiter zu laufen. [...] *Ist es denn auch zu einer Fixierung gekommen, dass Sie ans Bett gefesselt wurden?* Nee, obwohl das Bett, das da hinten stand, das war eins mit Gurten. Der [Pfleger] meinte wohl, ich weiß nicht, ob der das ernst meint, er meinte so: »Die mach ich gleich wieder ab. So geht's nicht, dass das so dranbleibt die Dinger. Die sind aber immer noch dranne. [...] *Über diese Zwangsmedikation letztens, wurde darüber mit Ihnen noch einmal geredet?* Nicht unbedingt, bei [dem Oberarzt] haben wir darüber geredet. Direkt darüber geredet haben wir eigentlich schon, aber man ist sozusagen irgendwie nicht zum Entschluss gekommen, wie es nun weiter gehen soll. Geredet schon, aber nur so oberflächlich fand ich.

(Transkription, G 38, S. 7f.)

Betont sachlich schilderte eine junge Frau das Erleben einer kurzen Fixierung zur Zwangsmedikation und mehrerer Zwangsinjektionen ohne Fixierung. Bei der ersten Zwangsmaßnahme, die in der Fixierung endete, habe sie noch versucht, sich mit Fußtritten und Spucken zur Wehr zu setzen. Bei der Schilderung des eigentlichen Ablaufs der Zwangsmaßnahmen stellte sie medizinisch-technische Details in den Vordergrund, ohne verbale Interaktionen zwischen den Beteiligten wiederzugeben. Über die Mittel, die ihr jeweils gespritzt worden waren, hatte sie nur

Vermutungen. Es sei ihr in dem Moment aber auch egal gewesen. Es folgt ihr Bericht:

*Das hab ich gehört, dass Sie fixiert worden sind. Ja. Wie ist das denn dazu gekommen? Ich weiß es nicht. [...] Und haben Sie auch Medikamente gegen Ihren Willen bekommen? Na klar, Valium, in alle Venen. Und dann hat man hier abgezogen, also hier am rechten Arm hochgezogen. Ich weiß nicht genau, was [die Ärztin] mir gespritzt hat, aber das ist auch egal, das war wohl Fluanxol. Und das hat mein Herz noch mehr [bestärkt], irgendwie hab ich das Gefühl. Weil mein Herz ist stärker [unverständlich]. Wie ist das denn abgelaufen, die Zwangsmedikation, mit Gewalt oder nicht? Die ist mit Gewalt abgelaufen. Einmal hätte ich beinahe einer Frau in die Muschi getreten, also der Hauptschwester hier. Hätte ich das mal getan. Um sich zu wehren, oder wie? Ja, um mich zu wehren. Und ich hab gespuckt, und das haben die alle als tätlichen Angriff angesehen, gespuckt und so was. Dabei kann AIDS ja nicht übertragen werden über Spucke. [...] Können Sie erzählen, wie das abgelaufen ist mit dieser Fixierung und dieser Zwangsmedikation? War das einmal oder mehrmals? Das war einmal, zweimal, dreimal. Dreimal war das. Einmal hier rein, in den rechten Oberschenkel, einmal hier rein, in die linke Pobacke, und einmal dann von [dem Arzt] in den linken Arm, genau wie von [der Ärztin]. Da haben Sie sich gewehrt erst? Ja, aber dann nicht mehr. War das schlimm für Sie? Ich war ein bisschen bedrückt. Haben Sie Angst gehabt? Nee. Und dann waren Sie ja fixiert. War das in derselben Situation, oder – Als mich [der Arzt] gespritzt hat, war ich nur an drei Seiten, an den beiden Beinen fixiert, und an dem rechten Arm. Und an dem Arm, wo er gespritzt hat, war ich nicht fixiert. Und bei den anderen Malen? Da war ich nicht fixiert. Sind Sie denn festgehalten worden? Nee, die haben mich probiert festzuhalten. Wie viele waren das denn? Vier, einmal vier Frauen und einmal drei Frauen und ein Mann. Im Nachhinein, würden Sie sagen, das war in Ordnung, oder sollte man so was gar nicht machen? Das sollte man nicht tun. Weil das für Sie ein schlimmes Erlebnis war? Ja. (Transkription, G 28, S. 3)*

Eine ärztlich zurückgehaltene Patientin erklärte, die Fixierung habe sie so schockiert, dass sie danach immer das gemacht habe, was ihr gesagt wurde. Folgerichtig hatte sie sich auch »freiwillig« zur Behandlung bereit erklärt und war nicht gerichtlich untergebracht worden. Für die erkrankte junge Frau war die Fixierung der erste und vielleicht auch prägende Kontakt mit der Psychiatrie. So wie sie den Vorgang schildert, scheint die Zwangsmaßnahme durchaus zu verhindern gewesen zu sein. Im Arztbrief hieß es, die Patientin habe sich mit einem anderen Patienten und einer Besucherin gegen das Pflegepersonal verbündet. Als eine Medikation des Mitpatienten notwendig war, habe sie den Arzt und das Pflegepersonal angegriffen und sei daraufhin fixiert worden. Zur weiteren Deeskalation wurde sie anschließend auf eine andere Station verlegt. Unklar blieb, warum die räumliche Trennung der verbündeten Patienten nicht anstelle der Zwangsmaßnahme erfolgt war.

*Da gab es ja am Anfang auch ganz schön Ärger dann, oder?* Da gab es, da musste ich mich dann durchsetzen, weil wir hatten Bier getrunken, alkoholfreies Bier, und das durften wir nicht. Das hat uns aber keiner gesagt. Die haben gleich sich so verhalten: »Dürfen Sie nicht!« Und wir haben das noch schnell auf Ex ausgetrunken. Und dann sollte [ein Mitpatient] ein Medikament nehmen, was er nicht wollte. Und deswegen haben wir dann versucht, uns zu verteidigen gegen, ich glaube das waren da sieben oder acht Mann. Und da wurd ich dann ja auf den Boden geschmissen – ich glaube auf dem Boden war ich auch – und Luft abgedrückt, und auf ein Bett geschmissen. Fixiert, nennt sich das ja wohl, also angeschnallt am Bett. Und dann hatte ich, ich wär auch aus diesen Fesseln glaub ich raus gekommen, weil ich hatte so viele Jacken an, da hätte ich nur raus schlüpfen brauchen. Aber das hab ich dann nicht gemacht. Und seitdem hab ich ja auch immer das gemacht, was mir hier gesagt wurde. Ich hab jegliche Medikamente genommen, wie ich sollte. Aber gegen meine Überzeugung, wie gesagt, ich bin ja kerngesund hier rein gekommen. Ich hatte eher das Gefühl, dass man mich hier vergiftet hat, meinen Körper. *Und aus Angst auch, dass man Ihnen hier wieder so was antut, dass man Sie wieder fixiert?* Ja genau, aus Angst. Na ja, eigentlich aus Angst nicht. Also ich fand es passender, mich diplomatisch da zu verhalten, wissen Sie. [...] *Glauben Sie denn, dass diese Behandlung irgendwie anders verlaufen wär ohne diese Fixierung?* Ja, ja auf jeden Fall. Dann hätte ich da weiter meine Zeit verbracht, das wäre für mich weitaus schöner gewesen. Also dann hätte ich da in dieser Abteilung gedacht: »Ich muss da jetzt durch, das ist nun mal so gekommen«. *Können Sie das denn im Nachhinein begreifen, warum man so was macht hier?* Ja, begriffen hab ich das schon. Man muss ja den Menschen auch mal seine Grenzen zeigen. Oder auch zeigen, was man gelernt hat. [...] Und mit diesem Fixieren, gut ich find das -, gut der Arzt hat sich tatsächlich wohl bei mir entschuldigt, was ich jetzt nicht [weiß], ich fand es schon sehr hart. Das war wirklich sehr..., das muss nicht sein. Also der kann das den Menschen auch anders zeigen, dass er seine Grenzen nicht überschreiten, also seine Schwächen aufzeigen, kann man auch auf eine andere Art machen. Das musste nicht sein. (Transkription, Z 7, S. 3)

Eine der Frauen, die mit Polizeibegleitung auf die Station kam, wurde noch in Handschellen fixiert und zwangsmediziert. Sie beschwerte sich darüber, dass in der Situation, bis auf eine Ankündigung der Spritze als »Beruhigungsmittel«, nicht mit ihr geredet wurde. Ihr dringlicher Appell, nicht zwangsbehandelt zu werden, wurde übergangen. Offensichtlich kam es bis zum Zeitpunkt des Interviews nicht zu einem Nachgespräch über die Fixierung, was der Patientin ein dringendes Bedürfnis gewesen wäre. Außerdem fürchtete sie, die Zwangsmaßnahme könnte ihr in einem möglicherweise von den Ärzten eingeleiteten Betreuungsverfahren Nachteile bringen. Bei ihr verblieb insgesamt der Eindruck, dass Zwangsmaßnahmen quasi zur Aufnahmeroutine bei erregten Patienten gehöre.

Wenn man so ins Krankenhaus kommt, die wussten ja nicht, worum es ging hier. Die wissen nur, da kommt ein neuer Patient, der wird ins Bett gepackt. Ich wurde leider auch angeschnallt, ja, an den Beinen. *Das hab ich gehört. Wie war denn das?* Auch schrecklich. Ich hab drum gebeten, es nicht zu tun. Sie haben es trotzdem gemacht. Und denn haben die mir i.v. Haldol und Diazepam gespritzt. *Wie ist es dazu gekommen?* Vielleicht können Sie da nachhaken. Ich weiß es nicht, warum. *Na ja, wie haben Sie das denn erlebt?* Schrecklich, ich hatte erst die Handschellen so. So saß ich die ganze Zeit im Auto, zum Anfang. Wo ich dann raus gekommen bin, auf die Station, da wurde ich erstmal aufs Bett gesetzt. Da wurden die Handschellen abgemacht. Da wurde oben und unten fixiert. Da hieß es nur: »Wir müssen Ihnen jetzt was zur Beruhigung spritzen«, das war alles. Und nach 'ner halben Stunde haben sie alle Fesseln abgemacht wieder. Und da lag ich auf dem Flur und hab geschlafen. *Das war bei der Aufnahme-situation?* Ja. *Und die Polizei hat Sie dann gleich zu dem Bett geführt, oder wie war das?* Nee, da kam gleich eine Schwester oder ein Pfleger, oder ein Arzt kam gleich. *Waren da mehrere Pfleger dabei?* Ja, es waren mehrere dabei. Das gleiche war auch bei [einem Mitpatienten], wie sie den hier angebracht haben. Ich war dabei, ich kam gerade aus dem Bad, und seh das. Ist logisch, er hat sich auch ein bisschen gewehrt. *Was denken Sie, warum wehren sich die Patienten dann so? Oder warum haben Sie sich gewehrt?* Na, weil es unberechtigt war. Ich habe nichts getan weiter. [...]. Jaja, ich fand es schrecklich. Weil, ich bin nicht gerne angebunden. Ich trage auch von Hause aus nicht gerne Uhren, also am Handgelenk, und auch keinen Ring. [...] *Und dann hat man Ihnen gesagt, dass Sie was zur Beruhigung kriegen. Wussten Sie da, was man Ihnen spritzen wird?* Ich habe entweder Haldol und Diazepam, oder nur Diazepam. Das kann ich jetzt nicht mehr nachvollziehen. Ich lag so, die Ärztin kam da mit der Spritze, hat was ringspritzt, und das war es denn. Da haben die mich danach zufrieden gelassen. Und die Handschellen waren ja vorher schon ab, und die Gurte für die Arme und Füße haben sie nachher auch abgemacht. *Hat es Ihnen denn eine gewisse Beruhigung gegeben?* Die Beruhigung war dann, mir ging es wesentlich besser, wo das alles ab war. Weil ich bin ein Mensch, wenn ich laufen möchte, gehe ich raus, und zwar bei jedem Wetter. Und in meiner Persönlichkeit möchte ich auch nicht eingeschränkt werden. *Also auch im Nachhinein würden Sie sagen, so würden Sie das nicht akzeptieren?* Nee, ich forsche nach. [...] *Glauben Sie denn, dass das auch eine Art Auswirkung auf Ihre weitere Behandlung hat, dass Sie jetzt auch gegen Ihren Willen behandelt wurden?* Hat es nicht, ich hab es verdrängt gut. Das ist hier oben irgendwo im Hinterstübchen, erst mal. Tja, das wird immer wieder aufgerollt hinterher noch, wenn ich vielleicht doch noch wieder einen Betreuer kriege, das ist klar.

(Transkription, G 10, S. 6f.)

Von derselben Stationsärztin wurde der Patient behandelt, dem die Fixierung bei Aufnahme in Handschellen bereits im Vorfeld angekündigt worden war. Das schlimmste Erlebnis der Behandlung war für ihn die Fixierung, da sei für ihn »alles

aus, alles gestorben« gewesen. Im Interview berichtete er, mit vorbehandelnden Ärztinnen durchaus gute Erfahrungen mit Behandlungsvereinbarungen gemacht zu haben. Angesichts seiner Feststellung, immer wieder darüber nachzugrübeln, wie er eine Fixierung bei Aufnahme verhindern könne, erscheint es schwer nachvollziehbar, warum nicht sofort mit ihm über die Fixierung gesprochen wurde.

Na, ich bin von der Polizei gebracht worden, mit Handschellen. Dann weiß ich immer nicht, wie ich damit umgehen soll. *Mit Handschellen?* Mit Handschellen, so wie sie mich anbringen, da überleg ich. »Ja, wenn Sie mit Handschellen kommen«, sagen sie mir hier, dann werd ich fixiert, wenn ich komme. Dann bin ich ja schon so: »Wie soll ich denn jetzt reagieren?«, weiß ich gar nicht mehr, wie ich reagieren soll. Da reagier ich auch noch hier aggressiv, und dann werde ich auch fixiert. Und dann ist alles aus, ist alles gestorben. Ich weiß auch nicht mehr, was ich machen soll, wenn sie mich mit Handschellen hier her bringen. *Wie ist denn [die Fixierung] für Sie gewesen?* Na, das ist furchtbar. Also, dass ich nicht weiß, was ich dagegen unternehmen kann. Dass das nicht wieder vorkommt. *Und in dem Moment erleben Sie das auch als furchtbar, wenn Ihnen das passiert?* Ja. *Was ist denn das Schlimmste dabei?* Ich denk, das ist eine Bestrafung, so kommt mir das vor. Eine Bestrafung ist, dass ich [hier] im Bett lieg, und nicht da, wo ich meine Probleme zu lösen hab. (Transkription, G 15, S. 6)

Eine ernsthafte Bedrohung für das Pflegepersonal bestand, als sich ein Mann auf eigene Initiative aufnehmen ließ und im Aufnahmegespräch erklärte, jemanden noch in dieser Nacht töten zu müssen. Er nahm alle Bewegungen und Verhaltensweisen des Personals als »Anmache« und als Angriff gegen seine Person wahr. Laut Arztbrief war eine Fixierung zur Zwangsmedikation nicht mehr zu vermeiden, als er erneut androhte, noch in dieser Nacht eine Krankenschwester zu töten, wenn sie ihn weiterhin beschimpfe. Im Interview bagatellierte der Patient die Androhung und meinte, das Personal habe seine Aggression persönlich genommen und zu empfindlich reagiert. In Zukunft wolle er nun nicht mehr freiwillig ins Krankenhaus kommen.

Da fühl ich mich auch wie ein Opfer, und auch auf den Arm genommen. Ich muss die jetzt auch nehmen, ob ich will oder nicht. Ich bin nicht für Medikamente. Und eigentlich wollte ich nur kurz bleiben. [...] *Haben Sie hier Zwangsmaßnahmen erleben müssen, Fixierung oder Zwangsmedikation?* Ja, als ich gekommen bin. Da kamen 6 bis 7 Leute. Dann haben die mich mit Gewalt genommen, auf das Bett geschmissen und angebunden. Dabei habe ich gesagt: »Lasst das! Ich bin doch freundlich«. Die haben gesagt: »Wir sind auch freundlich«. – Terror, Hölle, Macht – warum arbeitet die Klinik Hand in Hand mit der Polizei? Ich habe gar keine Waffe gehabt. Die kamen gleich mit dem Sonderkommando. Was nutzt mir das, wenn ich Ihnen das jetzt sage? Es ist zu spät, zuviel. Das ist schon einmal passiert. [...] Beim nächsten Mal würde ich nicht noch einmal freiwillig her kommen. [...] *Hätten Sie die Unterbringung irgendwie ver-*

*meiden können?* Ich hätte überhaupt nichts vermeiden können. Ich war sauer, und die haben das persönlich genommen. Wenn die empfindlich reagieren, ist das die Hölle. Ich fühle mich ausgenutzt hier, weil ich gekommen bin aus eigenem Willen. Ich komme, und die anderen sind sehr aggressiv, kommen mit 7 bis 8 Leuten. Die zeigen ihre Macht. Ich habe auch Macht, aber ich zeige die nicht. Die sind alle hinter mir her. Die Polizei beobachtet mich überall. 100000 Leute sind hinter mir her. Dabei fühle ich mich wie Hitler. Alle behandeln mich so wie den schlechtesten Menschen der Welt. (Mitschrift, G 36, S. 2)

Ebenfalls hochgradig angespannt fühlte sich ein Patient, der von der Polizei in Handschellen in die Klinik gebracht worden war. Obwohl er im Rückblick erkannte, dass seine verbale Aggressivität einen gewissen Punkt überschritten hatten, zumal er sonst solche Sachen nicht sagen würde, konnte er doch die resultierenden Zwangsmaßnahmen nicht akzeptieren. Schlimm war für ihn vor allem die Erfahrung bzw. alleine die Vorstellung, in der Fixierung urinieren zu müssen und von einem Pfleger ans Geschlechtsteil gefasst zu werden.

*Wie ist es denn zu dieser Fixierung gekommen?* Vielleicht bin ich denen zu laut gewesen, oder weeiß nicht. Oder hab zu viel rumgezappelt, weeiß ick ooch nicht. *Wie war das dann für Sie?* Na, ist doch voll Scheiße. Wenn man pinkeln muss, denn kommt so'n Pfleger und fasst meinen Schniepel an. Da könnt ick den Pfleger zertreten. Und denn brauch ick keene Bergsteiger- oder Sicherheitsschuhe. Das mach ich alles so. Ick hab eine unheimliche Trauer in mir drin. Das kann sich keiner vorstellen. [...] *Wäre denn die Fixierung zu vermeiden gewesen?* Aus meiner Sicht ja klar, logisch. *Wie denn?* Na, ick weeiß nicht, wenn man an einem gewissen Punkt ist, ja? Ick schlage keene Frauen. Aber, wenn die penetrant nerven, wenn die so anmacht, ja, dann muss man die schubsen. Man muss die einfach schubsen. Oder hier, wenn man das schafft zu zweit, zu dritt, irgendwas über die Schnauze oder das Maul von dem Weib, dass die endlich mal ihre scheiß Schnauze hält. Normalerweise sag ick nich so Ausdrücke. [...] *Vielleicht noch eine Frage, die nachher sowieso noch mal kommt. Finden Sie das gerechtfertigt, dass es Gesetze gibt, nach denen psychisch Kranke unter bestimmten Bedingungen auch gegen ihren Willen behandelt werden können?* Das ist eine Frage, die ick mir erst überlegen muss. Ick würd sagen, ja und nein. Ja und nein, weil eventuell wird man dadurch besser. Dass man einen besseren Durchblick kriegt. *Und was könnte der Nachteil davon sein?* Der Nachteil ist, dass man Sachen hinterher macht, die man ansonsten gar nicht machen würde. *Wie ist es denn mit Fixierungen, was Sie erlebt haben?* War ja nur kurz, war ja nur 'ne Stunde oder zwee Stunden oder so. *Können Sie das denn im Nachhinein so akzeptieren?* Ick verzeihe nie wat. Nie. [...] Ich bin sowieso seit Jahren der Meinung, 90 Prozent der Menschheit sind Schrott, die brauchen auch nicht zu leben. (Transkription, G 11, S. 6ff.)

Eine am Aufnahmetag fixierte und zwangsmedizierte Frau stellte die Zwangsmaßnahmen als ein Ereignis dar, bei dem sich ihr Erinnerungen an eine als Jugendliche erlebte Vergewaltigung aufdrängten. Zu den Zwangsmaßnahmen kam es, nachdem die Frau am Verlassen der Station gehindert worden war und dann in einem Erregungszustand das Personal angriff. Nach einer ärztlichen Unterbringung wurde sie als freiwillige Patientin weiterbehandelt, weil die Ärztin mit ihr einen schriftlichen Behandlungsvertrag aushandelte, in dem sie sich zu einem mindestens dreiwöchigen Aufenthalt bereit erklärte. Eine Woche später kam es laut Arztbrief erneut zu einem unvermittelten Erregungszustand, wobei sie das Pflegepersonal getreten habe und »verbal nicht mehr erreichbar« gewesen sei. Es folgte eine weitere ärztliche Unterbringung zur Durchführung einer einstündigen Fixierung. Die Patientin, die als Krankenschwester selbst schon einmal in der Psychiatrie gearbeitet hatte, schilderte die Zwangsmaßnahmen folgendermaßen.

Ja, ich wurde erst fixiert. *Wie war das denn? Können Sie sich daran erinnern?* Schön... Furchtbar, wie soll das denn gewesen sein. Vor zwei Wochen war das damit gewesen. Hab ich, jedenfalls wurd ich da kurzfristig, insgesamt wurd ich, glaub ich, insgesamt dreimal hintereinander fixiert. Bei der ersten Fixierung hab ich mich noch aus den Ärmeln, also aus den Fesseln lösen können. [...] *Was die Fixierung angeht, das haben Sie eben schon angedeutet, wie das ungefähr ablief. Dass die da den Alarm, Rundruf gemacht haben, dass verschiedene Leute gekommen sind...* Die haben mich gewaltsam aufs Bett getragen und fixiert. Eine Schwester ist dabei geblieben. Aber ich hatte gar keine Chance, bei tausend Leuten. Die lassen... Gummizelle wär gut zum Austoben, für den Augenblick. Und wenn man merkt, dass die Wut oder irgendwas steigt, dann den schnell da rein stecken. Nicht so wie bei den durchsichtigen Zimmerchen, die wir haben, mit Scheiben und Glas und gleich Fixierung, sondern einfach... ja wie bei der Epilepsie, die wird man auch eher wühlen lassen als dazwischen zu gehen. *Eher so ein Isolierraum.* Ja, so ungefähr. Ich hab das alles aufgeschrieben, solange ich zu Schreiben hatte. Ich will den [Vergewaltiger] nicht mehr anklagen, weil das ist 20 Jahre her. [...] Das kam ja alles hoch in der Woche speziell, die Erinnerungen. Das war, wenn man so sagen will, eine Selbstanalyse. Weil Kopf ist so ein komplexes Thema. [...] Also, wenn Sie noch Fragen haben, können Sie gerne fragen. *Ja, ich hab nur noch eine Frage. Wir haben ja schon über Fixierungen und Zwangsmaßnahmen geredet. Gab es auch Zwangsmedikation dabei?* Spritzen hatte ich, ja. Zwangsmedizin, jaja, jein. Weil ich ja wusste, wenn ich [unverständlich], krieg ich Fluanxol, das hab dann aber nicht bekommen. Und dann hab ich es mir, mich verweigert, hab mich in meinem Zimmer aufgehalten, aber nur für kurze Augenblicke. Und das war [unverständlich], vorsichtig den ganzen Ärger rauskippen, weg. Ich habe fertig. [...] Zum ersten Mal hab ich das erlebt. Weil ich davor die Mal davor Angst hatte und vorher schon Medikamente geschluckt hatte. (Transkription, Z 3, S. 3 und 7)

Nur eine einzige an der Untersuchung beteiligte Person wurde noch nach Ablauf der dritten Behandlungswoche fixiert. Bei der Nachbefragung zur Zwangsmaßnahme stellte die betroffene Frau, die bereits die Unterbringungsverhandlung als ein Trauma erlebt hatte, die Vorkommnisse in einen inhaltlichen Zusammenhang zu ihrer durch sexuelle Ausbeutung gekennzeichneten Lebensgeschichte. Zur Fixierung sei es gekommen, obwohl sie ihre Medikamente genommen habe. Im Arztbrief wurde dazu erklärt, dass die Patientin trotz hoher Medikation weiterhin extrem erregt gewesen sei und sich »fremdaggressiv und öbözön« verhalten habe. Weiterhin hieß es wörtlich: »Sie musste mehrfach fixiert werden, wozu sie uns auch aufforderte und was ihr scheinbar auch eine gewisse Genugtuung bereitere.«. Die Patientin selbst hatte die Fixierung wie eine Vergewaltigung erlebt.

*Ich wollte noch einmal mit Ihnen sprechen, weil ich gehört habe, dass Sie vor zwei Wochen fixiert wurden. Die haben mich fixiert, obwohl ich meine Medikamente eingenommen habe. War das denn schlimm für Sie? Ja, das war schlimm, aber man gewöhnt sich daran. Das erste Mal wurde ich in der [Landesklinik] fixiert. Da hat meine Mutter mich hingebacht. Die wollte mich ins Internat stecken, weil ich angeblich schwer erziehbar war. Da bin ich krank geworden. Später war ich dann viel mit Männern zusammen, bin auf den Strich gegangen. Das Geld liegt auf der Straße, wenn man ficken kann. Ficken, das habe ich gelernt. Was soll ich bloß machen, wenn mein Mann mich verlässt (weint erregt). Bei der Fixierung werden einem die Beine auseinander gezogen. Das ist so als würde eine Horde Männer über mich drüber gehen, wie bei einer Vergewaltigung. Warum kann man nicht mit verschränkten Beinen fixiert werden? (Mitschrift, G 6, Anhang)*

Mehrfach und über Tage von Zwangsmaßnahmen betroffen war ein seit seiner Jugend an einer schizoaffektiven Psychose erkrankter Patient, der nach vielen Aufenthalten in westdeutschen Landeskrankenhäusern erstmals in der untersuchten Abteilung behandelt worden war. Aus seiner Sicht war die Zwangseinweisung ein Missverständnis, denn er war in seinem Erleben von höchster Stelle dazu berufen, die Welt friedlicher und gerechter zu gestalten. Dennoch war er bis zuletzt in ambulanter nervenärztlicher Behandlung gewesen und hatte sogar ein Depot-Neuroleptikum akzeptiert. Auf Initiative des niedergelassenen Arztes und der Ehefrau des Patienten wäre es auch beinahe zu einer freiwilligen Aufnahme gekommen. Der Patient verließ die Rettungsstelle des Krankenhauses allerdings, weil er dort warten musste und weil er keine Zigaretten dabei hatte. Danach gelang es der Ehefrau, ihn beim Sozialpsychiatrischen Dienst vorzustellen, wo eine Zwangseinweisung veranlasst wurde. Dem Arztbrief ist zu entnehmen, dass der Patient bei Aufnahme in einem manischen Zustand war, das Gespräch mit dem Arzt und jegliche Medikamenteneinnahme ablehnte und lautstark seine sofortige Entlassung forderte. In der ersten Behandlungswoche kam es insgesamt zu sechs Fixierungen mit einer Gesamtdauer von 39,5 Stunden (maximale Dau-

er: 14 Std., minimale Dauer: 1,5 Std.). Die erste Fixierung sei erfolgt, nachdem er tätlich gegen das Personal vorgegangen war. Trotz der Zwangsinjektion habe auch nach Defixierung ein Zustand aggressiver Gespanntheit mit »raptusartigen Impulsdurchbrüchen« bestanden. Patient und Arzt berichteten übereinstimmend, dass der Mann unter den fortgesetzten Zwangsmaßnahmen zunehmend kooperativer wurde.

Und dann haben sie Spritzenkur. *Dann haben Sie Spritzen bekommen?* Ja. *Gegen Ihren Willen?* Na logisch gegen meinen Willen. *Sind Sie auch fixiert worden dann?* (nickt) *Wie war denn das?* (weint) *War schlimm für Sie.* Wie ein Stück Schlachtvieh. Wie ein Stück Schlachtvieh liegt man da. Hat man [Fesseln] an den Füßen und Händen wie ein Stück Schlachtvieh. [...] *Sind Sie überwältigt worden, oder wie ist das abgelaufen?* (weint) Natürlich. *Hätte es irgendeine Möglichkeit gegeben, das anders zu gestalten, dass Sie sich nicht so wie ein Stück Vieh gefühlt hätten?* Logisch [unverständlich]. *Wie lange waren Sie denn dann gefesselt?* Die ganze Nacht. *Haben Sie die Medikamente dann beruhigt, oder waren Sie die ganze Nacht dann noch so angespannt?* Angespannt, was heißt angespannt? [...] Bis man dann wie in einen Dämmer Schlaf fällt. [...] *Was glauben Sie, warum man das gemacht hat?* Das weiß ich doch nicht. *Als Strafe, oder weil Sie gefährlich waren?* Weil ich so groß bin, haben die vielleicht gedacht, ich mach Randalie hier. [...] *Und dann sind Sie wieder los gemacht worden am nächsten Morgen?* Ja. *Und was ist dann passiert?* Dann bin ich frei rumgelaufen, hab mich anziehen können. Und dann gab ein Wort das andere, und zack-aus. Wieder [unverständlich] zu viert und hab Spritzen gekriegt und alles. [...] *Das ging ja über Tage, dass Sie immer wieder fixiert wurden, hab ich gelesen.* Ja. *Und letztendlich, was hat geholfen, dass Sie jetzt nicht mehr fixiert werden?* Keine Ahnung. [...] Die haben sich gedacht, der kann ja nicht immer so ein störrischer Esel sein. Ja gut [unverständlich] sagen, dass er nicht angebunden wird, wenn er sich ruhig verhält. *Dann haben Sie sich ruhig verhalten?* Ja, man muss sich verstellen um raus zu kommen hier. [...] Wenn ich ihm sage, was ich vorhab, ob er mich dann überhaupt noch lässt. [...] *So, wenn Sie die Medikamente nicht nehmen, dass dann was passiert?* Das ist ganz klar, dann krieg ich wieder die Spritze, das ist logisch. *Das ist Ihnen ganz klar gemacht worden. Das ist weiterhin eine Zwangsbehandlung?* Na klar ist das eine Zwangsbehandlung. [...] *Wenn Sie hier Chef wären in der Abteilung, was würden Sie anders machen? Was wären Ihre Wünsche?* Man sollte denen was zu rauchen geben, wenn die hier her kommen. Man sollte denen offen und freundlich gegenüber treten, und nicht zack-bum. [unverständlich]. *Das können Sie gar nicht akzeptieren, dass man Sie gleich so hart rangenommen hat?* Nein, das kann ich nicht akzeptieren. Wie im KZ ist das hier, hab ich schon gesagt, wie im KZ, wie früher. Konzentrationslager, konzentriere dich schön wie du hier wieder raus kommst. Du kommst hier niemals wieder raus. (Transkription, G 21, S. 2ff.)

#### 7.5.4 Zwangsmaßnahmen bei früheren Aufenthalten

Im Interview wurde auch gefragt, ob die PatientInnen bei früheren Aufenthalten bereits Erfahrungen mit gerichtlichen Unterbringungen, Fixierungen oder Zwangsmedikationen hatten. Mehr als die Hälfte der gerichtlich untergebrachten berichteten Vorerfahrungen mit mehreren Unterbringungen oder mit zusätzlichen Zwangsmaßnahmen. Es zeigte sich insgesamt, dass nur 13 der 50 gerichtlich untergebrachten PatientInnen keinerlei Vorerfahrungen mit Unterbringungen oder Zwangsmaßnahmen hatten. Eine geringe Vorbelastung, definiert als einmalige gerichtliche Unterbringung ohne weitere Zwangsmaßnahmen, lag bei zehn PatientInnen vor. Mit mehrmaligen Unterbringungen ohne zusätzliche Zwangsmaßnahmen oder einer einmaligen zusätzlichen Zwangsmaßnahme während einer Unterbringung deutlich vorbelastet waren 13 PatientInnen. Als stark vorbelastet, im Sinne von mehrmaliger Anwendung zusätzlicher Zwangsmaßnahmen bei wiederholten unfreiwilligen Aufenthalten, erwiesen sich 14 der gerichtlich untergebrachten Personen. Von den acht nach § 26 PsychKG ärztlich untergebrachten Personen hatten drei keine Vorerfahrungen mit Unterbringungen oder Zwangsmaßnahmen, zwei waren gering vorbelastet, zwei deutlich vorbelastet und eine stark vorbelastet.

Unter den PatientInnen mit starken Vorbelastungen mit Zwangsmaßnahmen waren einige, die bereits als Jugendliche unter Zwang ins Krankenhaus gebracht und dort zwangsbehandelt worden waren. Eine 63-jährige Frau, die beim aktuellen Aufenthalt zunächst nur für 24 Stunden im Krankenhaus zurückgehalten wurde, berichtete, sie habe seit ihrer Jugend auf Initiative ihres Vaters alle zwei Jahre einen Klinikaufenthalt durchmachen müssen. Bei den ersten Aufenthalten habe die Behandlung aus großen und kleinen Insulinkuren sowie einer großen Zahl von Elektroschocks bestanden. Gefragt worden sei sie davor nicht, da sie ja noch minderjährig gewesen sei. Ähnlich war die Situation bei der Patientin, die ihre aktuelle Fixierung wie eine Vergewaltigung erlebt hatte. Bei Voraufenthalten im Neuköllner Krankenhaus war die Patientin nach Medikamentenverweigerungen mehrfach fixiert und zwangsmediziert worden. Sie erklärte, nichts mehr anderes zu kennen, sich aber Gespräche über Zwangsmaßnahmen zu wünschen. Ihre erste Erfahrung mit der Psychiatrie, die mehr als 20 Jahre zurücklag, schilderte die Patientin als eine Entkleidung.

Ja, und zwar geht es darum, ich bin mit 17 in die [Landeslinik] eingeliefert worden, damals in die [Station] 2, und da hab ich Angst gehabt, dass das ein Holocaust ist. Und zwar wurde ich da, ich kam quasi rein da in die Anstalt, und da wurde ich ausgezogen, also ich sollte meine Klamotten abgeben, hinter der geschlossenen Tür. Meine Eltern kamen nicht hin und mein Bruder. Die [Station], hinter Gittern. Hinterher war das gar nicht so schlimm, aber ich habe das als schlimm empfunden. [...] Und zwar in der [Landeslinik] war das so, dass wir uns ausziehen mussten an der Tür,

Füße abtreten, Schuhe abgeben und das Nachthemd anziehen. Und dann hab ich das Bett zugeordnet gekriegt. Und dann wurde mir die Spritze gegeben und Blut abgenommen und alles mögliche. Und da hatte ich so eine Angst gehabt. [...] Und daher habe ich so eine Angst vor geschlossenen Türen. [...] Ja, fixiert wurde ich auch schon, ja. [...] In dieser Klinik auch schon, aber auch schon vorher. *Da sind Sie fixiert worden?* Ja. *Wie ist denn das für Sie gewesen?* Und zwar, weil ich die Medizin nicht nehmen wollte. Da kriegte ich Spritzen [unverständlich]. *Wie ist denn das abgelaufen?* Na ja, ich hab die Medizin verweigert. Ja. *Können Sie das noch ein wenig genauer erzählen?* Na, wenn ich die Medizin nicht nehme, sagen die: »Dann müssen wir Sie anbinden«. Dann fixieren sie einen, und man kriegt eine Spritze in den Popo. Und wenn man sich wehren würde gegen die Spritze, würde man fixiert werden. *Ist Ihnen denn das schon mal passiert, dass Sie dann fixiert wurden?* Schon mehrmals. *Und war das schlimm für Sie?* Na ja, ich kenne nichts anderes mehr. [...] *Können Sie das denn akzeptieren, dass Sie auch gegen Ihren Willen Medikamente bekommen?* Na, wenn es mit guttut schon, aber dann möchte ich auch drüber reden. Wenn man gesagt kriegt, was abgeht, warum nicht. (Transkription, G 6, S. 1 und 6)

Vom Entkleiden als Teil einer Zwangsmaßnahme berichtete auch ein anderer Patient, der in seiner Jugend ins Landeskrankenhaus zwangseingewiesen worden war. Eine spätere Fixierung im Neuköllner Krankenhaus hatte der Patient offensichtlich nicht in so schlechter Erinnerung, weil er halluziniert habe und sich durch die Maßnahme eher beschützt fühlte.

Ich glaube, ich wurde schon mal fixiert, ich weiß es nicht, ob ich schon fünf oder sechs mal hier war. Ich war auch schon mal in [der Landesklinik] für sechs Wochen. *Und da haben Sie so was wie Fixierung erlebt?* Ja. *Wie ist denn das gewesen für Sie?* Das war schrecklich, da war ich, da musste ich mich sogar ausziehen bis auf die Unterhose. Nackig, da hab ich mich so ein bisschen geschämt, beim Baden auch so. Ich hatte ja auch noch einen Gips bis hier hin. Und auf Toilette, da wurde ich ein bisschen bewacht und so. Da wollte auch einer da aussteigen. Da wird man auch beobachtet beim Telefonieren durch so eine Glasscheibe. Da hab ich auch so in einem Beobachtungszimmer gelegen. [...] *Und sind Sie hier in der Klinik auch fixiert worden, hier im Krankenhaus?* Ich glaube ja. Kann sein, aber weil ich halluziniert hab. Und ich hab auch so richtige Horrorgestalten gesehen. [...] Weil ich auch wach wurde, da hat jemand neben mir gesessen, dass vielleicht, dass ich da bewacht war. Aber das war nicht jetze, das war früher. *Haben Sie sich da auch sicherer gefühlt, wenn Sie dann bewacht wurden, oder?* Ja, jetze, das hat sich irgendwie, das ist alles irgendwie lockerer geworden, nicht mehr so streng. (Transkription, G 33, S. 5)

Eher etwas großspurig berichteten drei männliche Patienten ihre Jugenderlebnisse in Landeskrankenhäusern. Ein Patient, der sich bei der jetzigen Fixierung wie ein »Schlachtvieh« behandelt gefühlt hatte, erklärte nur am Rande, in jungen Jahren habe er einmal den Fixiergurt durchgerissen. Er habe so lange an den

Gurten gezogen, bis das Leder gesprungen sei. Ein anderer Mann erzählte, er sei bei seinen ersten Aufenthalten in der Landesklinik mit Haloperidol »vollgepumpt« worden, weil er ganz aufgedreht gewesen sei und sich wie der »Chef der RAF« gefühlt habe. Im Neuköllner Krankenhaus sei er nur beim ersten Aufenthalt vor einigen Jahren fixiert worden, was er eher als eine Schutzmaßnahme schilderte.

War nur die ersten paar Tage, einmal wo ich die Tür, mit dem Stuhl gegen die Glastür, äh die Kanzel da gedonnert habe. Das ist aber schon so lange her, da wurde ich mal fest gemacht. Das ist aber immer nur kurz. [...] Das geht vorüber. Ja, da müssen sie auch denjenigen zur Ruhe bringen, das hat ja alles seine Zeit. Wenn man festgeschnallt ist, ist ja auch ein Gefühl der Sicherheit. Wo man sich dann selber, na man kann die Fesseln ja auch selbst sprengen, das haben ja verschiedene gemacht schon. In der [Landesklinik] damals, da haben die das gemacht bei den Patienten. Weil das eben doch relevanter war. Weil die Leute nicht die Zuneigung gefunden haben, psychisch Kranke, so wie hier. Da wurde man noch eher so wie, na ja, allgemein ist das ja noch bei vielen, die sagen, psychisch Kranke sind Idioten oder dumme Leute, Penner und Idioten. Die verstehen das nicht, dass jeder das kriegen kann, Professoren auch.

(Transkription, G 34, S. 5)

Vom Vollpumpen sprach auch der anschließend zitierte Patient, der inzwischen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen gelernt habe, die verordnete Medikation freiwillig einzunehmen.

Ich bin schon früher mal in die Klinik gebracht worden und wurde vollgepumpt. [...] In [der Landesklinik] sind schon einige an einer Überdosis gestorben. [...] Die Erfahrung hat man schon, wenn man die [Medikamente] nicht nimmt, dann wird man fixiert. [...] Ich bin ungefähr 20-mal fixiert worden, weil ich keine Medikamente nehmen wollte und kein Blut abnehmen lassen wollte. Das sind doch Leute, die dem Staat nach dem Pfiff tanzen. *Wie haben Sie das erlebt, wenn Sie fixiert wurden?* Ich hab da auch die Ruhe weg. Da pumpen sie einen voll und wollen einen dann abschieben auf den Friedhof. Die spielen mit einem Versuchskaninchen, damit man mal wieder arbeitsfähig wird. (Mitschrift, G 4, S. 1f.)

Negative Vorerfahrungen mit einer geschlossenen Station berichtete die Patientin, die sich im Anschluss an den Aufenthalt suizidiert hatte. Die Fixierungen, die sie in mehreren Kliniken erlebt hatte, sollten offensichtlich Selbstverletzungen verhindern.

Ich war im [anderen Krankenhaus], das war entsetzlich. Da war ich auf einer Geschlossenen. (weint) Verzeihung. *Haben Sie bei früheren Aufenthalten in der Psychiatrie mal Zwangsmaßnahmen erlebt?* Zweimal, nee dreimal, immer im [anderen Krankenhaus]. *Was war denn da gewesen?* Ich war mit ganz alten Menschen zusammen, ganz krank, düster. *Gab es denn da Zwangsmedikationen oder Fixierungen?* Ja, ich hab mir die Pulsadern aufschneiden wollen. [...] *Sind Sie auch fixiert worden?* Ja, weil ich so un-

ruhig war. [...] *War das ein schlimmes Erlebnis?* Ja. Lassen Sie sich mal ans Bett fesseln mit harten Lederriemen. (Mitschrift, G 26, S.3)

Drei weitere PatientInnen, eine Frau und zwei Männer, hatten sich bei der Erstbehandlung vor einigen Jahren ebenfalls in geschlossenen Stationen anderer psychiatrischer Abteilungen befunden und dort jeweils eine Fixierung erlebt, die sie unbegründet und vermeidbar fanden. Der erste Bericht stammt von der Frau, die über das aktuelle Erleben einer Zwangsmaßnahme nicht sprechen wollte:

Am Anfang, das war schon mal in der anderen Klinik, das war [nennt Namen] Krankenhaus. Ich habe laut geschrien. Ich wollte fühlen für mich – hören, fühlen, dass ich lebe. Da haben sie mich dann festgehalten. Und ein Pfleger [nennt Namen] hat meinen Mund fest gedrückt, davon ist mir ein Zahn abgebrochen. Dann haben sie mich fixiert und mit Blaulicht her gebracht. Das war nicht jetzt, ich kann jetzt aber darüber reden. Hat mich die ganze Zeit nicht gestört, jetzt habe ich Schmerzen. Gott sei dank, dass ich Schmerzen habe. Jetzt stört es mich auch, man muss die Wurzel raus. *Hatten Sie bei früheren Aufenthalten noch weitere Erlebnisse mit Zwangsmaßnahmen?* Beim ersten Mal, was ich Ihnen erzählt habe. Ich kannte ja nicht fixieren oder so, wusste ja nicht, was das ist – also selber keine Erfahrung gemacht. *Haben Sie schon einmal darüber geredet?* Ich habe mit keinem darüber geredet. Aber jetzt habe ich es Ihnen gesagt. (Mitschrift, G 35, S. 2)

Da war ich im [anderen Krankenhaus] in der Psychiatrie, und der Arzt brauchte ‘nen Grund, da haben sie mich fixiert, und der Pfleger hat am nächsten Tag gesagt: »Ja, wir haben Sie fixiert, weil Sie mich angegriffen haben«. Weil sie ‘nen Grund brauchten. Das stimmte aber gar nicht. *Wie war das von Ihrer Sicht aus?* Ich hab geschrien und bin gegriffen worden und fixiert worden, ohne dass ich angegriffen habe, zeitweilig. [...] *Und die Fixierung, wie ist das für Sie gewesen?* Die ganze Nacht so, hätt ich beinah losgerissen. *Die ganze Nacht so angespannt?* Ja, hochgerissen, das Leder. *Konnten Sie gar nicht zur Ruhe kommen da.* Ach, da kann man nicht schlafen. *War denn jemand dabei, oder waren Sie ganz allein?* Die Schwester war im Zimmer, die hat ‘ne Zigarette geraucht und mir Wasser gebracht, das war alles. Natürlich kein Brot und auch keine Milch. (Transkription, Z 6, S.6f.)

In der [anderen Klinik] grausam fixiert. *Können Sie das erzählen, wie das war?* Pfleger [nennt Namen] tschu-tschu. (gestikuliert) *Der hat Sie so gepackt. Für Sie überraschend, oder haben Sie schon geahnt, dass das auf Sie zukommt?* Das hab ich geahnt. Ich hab mich da irgendwie beschwert, dass ich keinen Ausgang hatte, dass ich nicht runter durfte, obwohl meine Freundin da war. Dass die mich nicht runter gelassen haben. Da war ich ein Notfall, ein Notfall, da bin ich rein spaziert in die Geschlossene. Der Pfleger [nennt Namen], was hat das bedeutet, ein Notfall? Dass ich nicht konnte, dass ich irgendwie in Not war. Hilfe, nee nicht Hilfe; irgendwas stimmte nicht. Ich glaube, so war das. Ich kann mich dunkel dran erinnern. *Was für eine Hilfe hätten*

*Sie denn gebraucht?* Ich weiß nicht. Vielleicht was zu trinken oder so, weil ich mich zum Kotzen gefühlt habe. Die Flaschen wurden immer rausgeschlossen. Und dann die Fixierung. *Was hätte man stattdessen machen können?* Zum Beispiel der Arzt, der saß auch gerade drin, der hätte mich beruhigen können. Wissen Sie, dass diese Psychiatrie immer so prinzipiell ist. Dieses Prinzipielle, wenn du das und das machst, passiert das und das, und so weiter. Das ist zu wenig flexibel. In dem und dem Fall, wenn du so und so fragst, kriegst du das und das zur Antwort. Verstehen Sie? Es muss viel liebevoller werden in der Psychiatrie. Viel liebevoller. (Transkription, G 1, S. 4)

Nicht weniger schlimm und genauso prägend waren Zwangsmaßnahmen für drei PatientInnen, die sie vor mehreren Jahren bei ihrem ersten Aufenthalt im Krankenhaus Neukölln erlebt hatten. Zuerst berichtet der Patient, der sich diesmal in der U-Bahn mit einem Messer bewaffnet hatte und festgenommen worden war. Durch die erste Fixierung und die Zwangsmedikation sei er so eingeschüchtert worden, dass er Medikamente bis heute immer »freiwillig« nehme. Die zweite Schilderung gab die Patientin ab, die sich im Gefängnis besser gefühlt hatte als auf der Station, weil sie dort keine Medikamente nehmen musste. Das dritte Zitat stammt von dem jungen Mann, der diesmal auch zwangsmediziert worden war, nachdem er regungslos auf dem Stationsflur gestanden und die Stimme Gottes gehört hatte.

Ja, das hab ich schon mal erlebt. *Wann war denn das?* Das war 1991. *Und wie war das?* Die haben mich fixiert, haben mir eine Spritze gegeben und haben mich bis früh morgens liegen lassen im Zimmer. Und dann haben die mich wieder abgenommen, wo ich dann durch die Spritze so eingeschüchtert wurde. [...] *Können Sie sich noch daran erinnern, wie das für Sie gewesen ist, wie Sie sich da gefühlt haben?* Das war total schrecklich. Also das war total schrecklich, so unwohl hab ich mich noch nie gefühlt wie damals. *Was war denn das schlimmste für Sie?* Dass ich angebunden war. Und ich hatte so Durst und so, und keiner hat mir Wasser gegeben. *Und so was möchten Sie nicht noch mal erleben?* So was möchte ich nicht noch mal erleben. Darum nehme ich auch die Medikamente immer freiwillig. Und versuch immer, wenn ich festgenommen werde, versuch ich immer ruhig zu bleiben. (Transkription, G 45, S. 5)

Ich wehr mich irgendwie [gegen die Medikamente]. Und deshalb die letzten beiden Tage, ich war ja so müde. Ick hab ja sowieso das Gefühl, dass mich irgendjemand umbringen will. Bloß ich frag mich nur, weswegen. Jetzt ohne Witz, weil das geht um Erbe. *Was denken Sie denn, was würde passieren, wenn Sie sich weigern würden, die Medikamente zu nehmen?* Ja, dann intravenös, das gibt 'ne Spritze wahrscheinlich. Man sagt ja, sie sind [unverständlich]. *Haben Sie das schon mal erlebt?* Ja, fünf Monate, vier Monate. *Bei einem früheren Aufenthalt?* Ja, [nennt Namen] heißt die nette Ärztin. [...] Also das war ja bescheiden schön. [...] *Wie haben Sie das denn damals erlebt?* Ick wollte nicht. Das war mir scheißegal. Ick hab rund um die Uhr Spritzen gekriegt. Lag ick da und dachte: »Na, dann macht mal«. Aber [der andere Arzt] hat

mir geholfen, wo die Schlampe dann endlich in Urlaub ging. Aber das Allerschlimmste ist, wo die [nennt Namen] wiedergekommen ist, und hat gelesen, ach wie gut es mir jetzt geht, da war die froh. Aber ich durfte nicht bei dem Arzt bleiben. Ist das eigentlich üblich so? Im Krankenhaus, dass man sich den nicht aussuchen kann, den Arzt. *Ja, das ist hier schon üblich.* (Transkription, G 14, S. 6)

Einmal, wo ich fixiert wurde, wo ich so ausgeklinkt bin. Wo der [nennt Namen eines Pflegers] Dienst gehabt [hat], war ich irgendwie abgedreht. Da wurde ich auch mal festgebunden. Aber auch so mit viel Angst und so. Weil die Schwester vom Personal hat so ganz komisch geguckt. Die eine saß da auf dem Stuhl, wo da das Büro ist, und hat dann plötzlich geguckt. Da hab ich die auch angebrüllt und was weiß ick was alles. Und die war so konfus gewesen, die hat so komisch geguckt, die wusste gar nicht mehr, was sie sagen sollte. Da kam ja auch ein Arzt von der anderen Station, war ja mitten in der Nacht gewesen. *Und wie ist die Fixierung dann abgelaufen?* Na ja, festgehalten, dann hab ich 'ne Spritze gekriegt und dann bin ich irgendwann eingeschlafen. Nein, eingeschlafen stimmt nicht, stimmt schon. Ich bin dann nur irgendwann wieder wach geworden, und bin auf mein Zimmer gegangen und hab Stimmen gehört von anderen Leuten oder was weiß ick, und dann bin ich erstmal eingeschlafen. *Waren die Gurte da denn noch dran, als Sie aufgewacht sind?* Nein, das war ja am Bett gewesen. Das Bett wo ich drauf gelegen hatte, hat damit nichts zu tun gehabt. *Sie waren nur ganz kurz fixiert?* Jaja. *Glauben Sie denn, dass diese Fixierung eine sinnvolle Geschichte war? Dass das notwendig war, oder hätte man das besser nicht machen sollen?* Besser nicht machen sollen. Aber na gut, scheinbar ging es nicht anders. *Hat mit Ihnen da denn noch jemand drüber geredet?* Nee. *Sich darüber verständigt, warum das nicht anders ging?* Nee, geredet wurde da nachher nicht mehr. (Transkription, G 38, S. 7 f.)

Bei mehreren PatientInnen scheinen Zwangsmaßnahmen sich wiederholende Ereignisse zu sein. Die beiden Personen, die gleich in der Aufnahmesituation in Handschellen zum Fixierbett gebracht worden waren, hatten genau dasselbe bereits beim Voraufenthalt erlebt. Die Frau, die das Pflegepersonal bei einem Entweichungsversuch gekratzt und gebissen hatte, war auch bei einem Voraufenthalt in Panik geraten, weil sie Angst hatte, vergiftet zu werden. Damals hatte sie sich ihren Angaben nach einer Zwangsmedikation entziehen wollen, indem sie »im Schlusssprung auf die Tischtennisplatte gesprungen« sei. Auch der Patient, der eine Schwester verletzt hatte, weil er die Station verlassen wollte, schilderte für den Voraufenthalt eine ähnliche Situation, die allerdings mit einer Fixierung endete. Wie der folgende Bericht zeigt, bestand auch damals eine erhebliche Gefahr für das Personal.

Ja, das war einmal, das war vor etwa einem Jahr. [...] Und da wollte ich, das war mittags, da hab ich gesagt: »Ich möchte jetzt was essen, ich hab noch nichts gegessen«. Da wurde gesagt, das geht jetzt nicht, wir haben jetzt keine Leute, die Sie hier in die

Cafeteria begleiten. Da wurd ich auf die [andere Station] geführt, und da hab ich gesagt: »Okay, ich geh jetzt was essen«. Ich wär auch wirklich nur was essen gegangen und wieder gekommen. Weil ich mein, im Prinzip ist das Blödsinn abzuhaue. Irgendwann komm ich doch wieder zurück. Es hat ja noch nicht einmal Zweck, dieses Land zu verlassen, weil an der Grenze würde man mich auch abfangen. So war das nicht zu verstehen. Da hat man mich dann eingefangen auf dem Weg zur Cafeteria und hat mich dann einen halben Tag lang fixiert. Und auch mit Haldol und Diazepam behandelt. *Wie war das für Sie, dieses Eingefangen-Werden?* Tja, das war ein ziemlich starker Zwang. Und unnötig eigentlich, vollkommen unnötig. [...] *Also Sie meinen, das mit der Zwangsmedikation und der Fixierung wäre zu vermeiden gewesen. Das hätten die nicht machen müssen?* Nö, man hätte das überhaupt nicht. Das wär nicht nötig gewesen. Es genügt eigentlich, wenn man sich mit mir unterhält. Dass man mich zu irgendwas zwingen kann, das ist mir klar, aber das sind ja zwei Standpunkte. Und der andere Standpunkt wird völlig vom Tisch gefegt. *Das war aus Ihrer Sicht auch keine Notfallsituation, wo man eine Gefahr beseitigen muss?* Nee, im Gegenteil, ich hatte sogar noch ein Tränengasspray einstecken gehabt. Und da hätte ich mich erfolgreich ja auch, zumindestens mit einem begrenztem Erfolg hätte wehren können. Das hab ich aber gar nicht gemacht. *Bei der Fixierung auch?* Jaja, ich war schon fixiert, hatte meine Jacke an, und hatte mein Spray, mit einer Hand konnte ich das noch raus angeln und hatte gesagt: »Mein kleiner Freund ist aber dagegen«. Und da spritzten die beiden Schwestern so richtig aus dem Zimmer raus, aber ich hab natürlich nicht abgedrückt, hätte ich auch nicht gemacht. Das ist mir dann trotzdem abgenommen worden. Das hab ich denen dann überlassen müssen. Aber ich fand es halt nicht in Ordnung. *Und Sie sagen, einen halben Tag ging das ungefähr?* Ja, und das war auch unheimlich anstrengend, vor allem auch wegen meiner Rückenbeschwerden. Ich konnte mich da kaum rühren. (Transkription, G 42, S. 6 f.)

Eher untypisch waren die folgenden Schilderungen von zwei Personen, die bei Voraufenthalten fixiert worden waren. Eine Frau, die diesmal nach ärztlicher Unterbringung freiwillig geblieben war, hatte die Fixierung als »ungewöhnlich« erlebt und sich gewundert, dass sie nach der Zwangsinjektion nicht betäubt war. Ein junger Mann war bei einem Voraufenthalt wohl zur Durchführung einer medizinischen Maßnahme fixiert worden. Dabei hatte er unvermittelt einen Pfleger bespuckt, weil ihm Schlimmeres nicht mehr passieren konnte.

Ja, ich wurde einmal fixiert. Ich weiß aber nicht, welcher Arzt das war. Der einen Ärztin hab ich gesagt: »Wenn du mich jetzt spritzt, dann fällst du über meine Geschwister«. [unverständlich] *Sie haben keine Spritze bekommen?* Hab ich nicht gemerkt, dass ich betäubt wurde. *Aber Sie wurden fixiert. Wie war denn das gewesen?* Ungewöhnlich. *Wie ist denn das gekommen dazu?* Weiß ich nicht. (Transkription, Z 8, S. 2)

Den [nennt Namen] habe ich mal angespuckt. *Sind Sie deswegen fixiert worden?* Da war ich schon fixiert. *Wie war es denn zu der Fixierung gekommen?* Das weiß ich selbst

nicht so genau. Ich wollte nicht am Tropf bleiben. *Wieso waren Sie denn am Tropf? Hatten Sie Fieber?* Nein, angeblich war ich zu unterernährt. Das habe ich ganz anders gesehen. *Wie kam das dann zu dem Spucken?* Ich habe einfach nur aus Protest gespuckt. [Ich habe mir gedacht]: »Was soll mir jetzt noch passieren?«.

(Mitschrift, G 18, S. 2)

Der abschließende Patientenbericht thematisiert eine erst wenige Wochen zuvor während eines Voraufenthalts erlebte Zwangsinjektion. Wie einige andere Betroffene wünschte sich dieser Mann, dass ihm die Freiheit gelassen werde, sich auszutoben. Er erklärte die Gegenwehr gegen die Zwangsmaßnahme mit der Angst, vom Personal umgebracht zu werden.

Ja, vor sechs Wochen war das der Fall, oder so. Ich will mich jetzt nicht festlegen. Da haben sie mir eine Spritze geben müssen. Das sehe ich auch ein, da war ich ziemlich rabiatiert, anfallmäßig. Da war es nötig, gebe ich zu. *Können Sie sich daran erinnern, wie das war?* Nee, nicht mehr so. Nur dass ich festgehalten wurde. Dass ich also ins Krankenhaus gebracht war und mehrere Personen, bestimmt zwei starke Männer, denn Frauen können mich nicht halten, wenn ich einen Anfall habe. *Da sind Sie festgehalten worden?* Ja, sagen wir, damit ich ruhiger werde, dass mir der Doktor eine Spritze geben konnte, Beruhigungsspritze. Und dann haben sie mich auch wieder losgelassen. *Wie haben Sie das denn erlebt, dass da plötzlich Leute auf Sie zukamen und Sie festhalten wollten?* Na ja eigentlich, wie soll ich sagen, ist das nicht ganz so richtig. Man sollte einen Menschen austoben lassen. Weil, sonst [verliert] man ja sein eigenes Ich als Bürger, und das wäre schon wieder eine Freiheitsberaubung. *Hatten Sie denn Angst bekommen, als die auf sie zugekommen sind?* Nee, Angst nicht, erst wie die mich dann angefasst haben, dann ja. Da hab ich so 'ne Schrecksekunde gekriegt, als wenn dich jemand umbringen würde. Das Gefühl kommt dann auf, also in diesem Stadium der Krankheit. Und deshalb wehrt man sich auch, ganz gemein. Weil man kriegt dann Ängste, die vorher nicht da waren, Zusatzängste: »Die wollen mir was Böses«.

(Transkription, G 5, S. 7)

## 8 Bewältigungsstrategien und Selbstkonzepte

Bemerkungen zu individuellen Bewältigungsstrategien und zum Selbstbild im Umgang mit der gerichtlichen Unterbringung waren in 49 der 50 Interviews mit gerichtlich untergebrachten und allen acht ärztlich zurückgehaltenen PatientInnen enthalten, ohne dass explizit danach gefragt worden war. Bei der Auswertung wurde der Versuch unternommen, die Selbstbeschreibungen zu kategorisieren und einer zentralen Strategie zuzuordnen. Die Kategorisierung ergab fünf wesentliche Reaktionsstile: Verleugnung der Patientenrolle, Demütigung oder Traumatisierung, Anpassung ohne eigenes Anliegen, Verteidigung der Autonomie und Suche nach Schutz.

Die Aufrechterhaltung einer eigenen Realität, in der sie sich gar nicht als Patient sahen, stand bei fünf der gerichtlich Untergebrachten (10 %) und bei einem der acht ärztlich Zurückgehaltenen im Mittelpunkt ihrer Selbstbeschreibung. Ein Selbstbild, das in Anbetracht der unfreiwilligen Behandlung von einem Gefühl der Machtlosigkeit geprägt war oder eine (Re-)Traumatisierung darstellte, wurde von zwölf gerichtlich Untergebrachten (24 %) und einer ärztlich zurückgehaltene Person berichtet.

Zehn der unfreiwillig Behandelten (20 %) und die Hälfte der ärztlich Zurückgehaltenen passten sich ohne ein eigenes Anliegen der unfreiwilligen Behandlungssituation an. Verschiedene Formen des indirekten Widerstands zur Wahrung der Autonomie verfolgten elf gerichtlich Untergebrachte (22 %) und eine ärztlich zurückgehaltene Patientin. Schließlich zeigte sich, dass 22 % der gerichtlich untergebrachten PatientInnen und eine ärztlich zurückgehaltene Person erkennen ließen, dass sie sich in der Klinik überwiegend geschützt oder gut behandelt fühlten. In der folgenden Darstellung, die auf zusammenfassenden Inhaltsanalysen beruhen, werden die gefundenen Reaktionsstile anhand der Patientenäußerungen veranschaulicht.

### 8.1 Verleugnen der Behandlungssituation

Die konsequenteste Abwehrstrategie gegen eine unfreiwillige Behandlung besteht vielleicht darin, die Realität der Behandlungssituation als solche zu negieren. Ein 43-jähriger Mann, der im Rahmen der Zwangseinweisung einen Polizeibeamten verletzt hatte, erklärte schlicht, er sei kein Patient. Im Krankenhaus sei er in Gefangenschaft, aber das sei für ihn zum Lachen. Angesichts von Zwangsmaß-

nahmen und der geschlossenen Tür habe er »die Ruhe weg«. Auch fürsorgliche Aspekte einer Behandlung ließ er nicht an sich heran, da er ein Einzelgänger sei und keine »Streicheleinheiten« brauche. Wichtig sei für ihn, dass sein Geist noch da sei. Im Gegensatz dazu meinte ein 30-jähriger Patient türkischer Herkunft, sein Kopf werde seit fünf Jahren vom Staat betäubt. In der Klinik sehe er kein normales Krankenhaus, sondern ein Strafhaus, das vom »Nervenparlament« betrieben werde. Nicht nur die Unterbringung sei auf einen »Schummel« zurückzuführen, auch auf der Station werde ihm Gift ins Essen gemischt, damit er das Leben nicht mehr genießen könne. Eine 35-jährige aus dem ehemaligen Jugoslawien stammende Patientin erklärte, sie sei »keine Psychiatrische«, sondern eine besondere Art von Genie. Wenn da nicht die Wunden von einer »Teufelsvertreibung« gewesen wären, wäre sie nie ins Krankenhaus gekommen. Sie werde zwar verfolgt, weil die Amerikaner ihr Gehirn zu Experimenten nutzen wollten, aber zu ihrem Schutz sei die Polizei und das Krankenhaus zu klein. Die Behandlung, bei der es nur um Geld und Macht gehe, sei für sie nur »gezogene Zeit«. Zur Not könne sie aber jederzeit mit Hilfe ihres Leibwächters fliehen. Die Überzeugung, selbst kein Patient zu sein, wurde einem 61-jährigen Mann so konsequent ausgestaltet, dass es aus seiner Sicht auch gar kein Krankenhaus gebe. Der Patient, der in ähnlicher Weise zum Erleben von Zwangsmaßnahmen berichtet hatte, erklärte seine Rolle im Krankenhaus folgendermaßen:

Ja, ich muss ganz ehrlich sagen, hier auf der Station sind ja keine kranken Menschen. Das sind ja alles Leute, die genau wie ich gesund sind. Ist ja klar, weil ich sehe das ja. Na klar, ich hab schon Menschen gesehen hier, die kamen irgendwo her, die konnten ihren Urin nicht halten. Die sind grade aus dem Leben geschieden, das heißt, die haben keine Willenskraft. Hab ich gesehen, wie man die her gebracht hat. Das heißt also, ich hab Leute gesehen, die ich, sagen wir mal so, aus meiner Vergangenheit schon kenne. [...] Na, sagen wir mal so: Äh, ich weiß ganz genau, dass das hier eine Scheinstation ist. Denn solange gibt es hier schon keine Idioten mehr wie mich. Man hat mich als den größten Idioten der Welt hingestellt, weil man dachte: »Der ist aber intelligent. So intelligent kann doch keener sein. Der muss zwei Gehirne haben, oder noch mehr«. [...] Sie wissen ja, das ist eine Station, die ist aus der Phantasie erwachsen. Denn wenn ich wirklich ein Irrer wär, dann würden hier nicht so viele vernünftige Menschen rumlaufen, nur mit Scheinheilung. (Transkription, G 25, S. 7f.)

Eine ärztlich zurückgehaltene Patientin sah ihre Situation auf der Station so, dass sie eine Kur habe und auf einen Mann warten würde. Sie lasse sich immer freiwillig behandeln, weil sie abnehmen wolle. Am liebsten würde sie die ganze Station mit nach Hause nehmen, weil alle an ihre Mutter denken würden. Das folgende Zitat eines gerichtlich untergebrachten Patienten verdeutlicht in ähnlicher Weise, dass eine Verleugnung der Patientenrolle nicht unbedingt zu einer Ablehnung der Behandlung führen muss. Geradezu unangemessen begeistert klangen

die folgenden Aussagen des 55-jährigen Mannes, der glaubte, auf der Station seine Traumfrau gefunden zu haben.

Na ja, ich hab hier die Oberschwester, das ist meine große Liebe. Immer wenn ich die sehe, am liebsten würd ich die heiraten. Und da hab ich mich so ein bisschen rein gesteigert, so rumgebrüllt, und dann haben sie mich hier abgeholt von zu Hause. Ich bin dann abgehauen im Bademantel. Ja und sonst, die kennen mich schon sehr langen hier, ich bin das sechste Jahr schon für längere Zeit. [...] So, das hat erst mal eine Weile gedauert. Und dann heißt es immer Mutterstation, auf Wolke sieben. Das ist für mich die Biene Maya, die hängt ja da oben. Und das war für mich eine Bestätigung, dass keene Spinnerei hier ist. Die sind alle sehr lieb, und die sind wirklich alle wie die Bienen hier. Hier ist wirklich ein Zauber von Gemütlichkeit und Nettigkeit auch von den Ärzten und alles. Also, die geben das Letzte. [...] Das ist wie eine Familie. [...] Ja, na also ich erlebe das hier, also so viele Angebote, dass man sich frei bewegen kann. Das ist ja wie zu Hause. Sie können baden, Sie können in den Garten gehen, also wenn Sie das Vertrauen wieder haben, genießen. Und dann ist ein Schwimmbad da, dann ist eine Turnhalle da. Wie zur Kur ist man hier. Und man kriegt Massagen. Ich mein das Krankenhaus hat meiner Mutter damals das Leben gerettet, mir schon einmal das Leben gerettet, als ich 16 Jahr alt war mit 'nem Wespenstich im Genick. [...] Und dann mein Vater war drin, meine Urgroßeltern waren drin, meine Tochter war, die hat einen Krebs an der Schilddrüse, den haben sie ausgeräumt. Das ist schon ein Krankenhaus, wo ich sagen kann: 1a. Nicht nur, dass ich hier immer wiederkehre, wo die Station meine Mutterstation ist. Ich bin also mitunter glücklich, dass ich hier bin. Ich lebe wie im Himmel hier. (Transkription, G 34, S. 1f.)

## 8.2 Ohnmacht, Wut und Traumatisierung

Unter den zwölf PatientInnen, die sich durch die Behandlung hilflos gemacht fühlten, sah sich die Hälfte in einer Opferrolle gegenüber der als übermächtig erlebten Institution Psychiatrie. In den meisten Fällen richtete sich die Wut gegen die ÄrztInnen, die sie für die Einrichtung oder Aufrechterhaltung der unfreiwilligen Behandlungssituation verantwortlich machten. Obwohl in den seltensten Fällen Zwangsmedikationen verabreicht wurden, war es den Betroffenen aus Vorerfahrungen klar, dass sie die verordnete Medikation nicht ohne Folgen verweigern könnten.

Den Schilderungen war häufig eine Mischung aus Wut und Resignation zu entnehmen. Bei sechs der gerichtlich Untergebrachten und einer ärztlich zurückgehaltenen Person bestanden in den Interviews Hinweise auf eine Traumatisierung oder eine Retraumatisierung durch die erzwungene Behandlung. In zwei Fällen wurden konkrete traumatische Situationen im Vorfeld der Krankenhausaufnahme

berichtet. Bemerkenswert ist, dass alle traumagefährdeten Personen zumindest teilweise krankheitseinsichtig waren.

Ein 32-jähriger, nicht krankheitseinsichtiger Patient erklärte, vor der Psychiatrie habe er gewusst, dass er ein guter Mensch sei. Die Menschen auf der Straße würden ihn nur deshalb anzeigen, weil sie einfach nicht ertragen könnten, dass er der schönste Mann der Welt sei. Gegen seinen Willen behandelt werde er nur, weil manche Ärzte meinten, Euphorie sei nicht gut. Am schlimmsten sei der Spruch: »Man muss sich schlecht fühlen, damit man weiß, was man hat.« In der Klinik komme er sich vor »wie im Dritten Reich«, weil er zu einer Behandlung gezwungen werde, in der seine Gefühle und sein Gottvertrauen mit einer chemischen Keule »weggeballert« würden.

Er fühle sich selbst wie Hitler, weil er wie der schlechteste Mensch der Welt behandelt werde, meinte ein 42-jähriger aus Ägypten stammender Mann. Überall auf der Straße würde er durch Gesten angemacht, die Polizei beobachte ihn überall und sogar seine Freunde würden sich vor ihm verstecken. Er habe aber auch eine Art von Macht und innerlich sei er voller Hass, Wut und Aggression. In der Klinik fühle er sich wie ein Opfer und auf den Arm genommen, weil er ursprünglich freiwillig kam und nun »in vier Wänden gebunden« sei, weil das Personal seine Ankündigung, die Nachtschwester umzubringen »zu persönlich genommen« habe.

Ein ebenfalls nicht vom Vorliegen einer Krankheit überzeugter junger türkischer Mann meinte, im Krankenhaus gebe es keine richtige Behandlung, weil zu viel psychologisch gequatscht und dann immer willkürlich entschieden werde. In einer psychiatrischen Behandlung müsste man eigentlich immer den Patienten Recht geben, und man dürfe ihnen nicht einreden, sie hätten eine Schizophrenie oder keine Sexualität. Wenn er sage, dass er gehen wolle, müsse man ihn eigentlich auch gehen lassen. Dies geschehe aber leider nicht.

Ähnlich sah das eine 32-jährige Patientin, die noch hoffte, dass gar kein richterlicher Beschluss vorliege. Deswegen frage sie jeden Tag das Personal, ob sie entlassen werde. Ihre Probleme hätten mit der Unterbringung angefangen und erst nach Entlassung könne sie sich wieder entspannen. Aus ihrer Sicht sei es normal, Stimmen zu hören oder in Stimmen zu denken, das sei so eine Gewohnheit von ihr. Auf der Station müsse sie halt Medikamente nehmen, da könne man nichts machen.

Ein 38-jähriger Mann, der auch nicht der Meinung war, krank zu sein, fügte sich der Behandlung nur, weil ein richterlicher Beschluss bestehe, wonach er fixiert und zwangsmediziert werden könne. Das alles bewege ihn schon, aber er sei nicht aggressiv und er würde auch bei freiem Ausgang nicht aus der Unterbringung entweichen. Da er gegen seinen Willen im Krankenhaus sei, erübrige sich jede weitere Diskussion und auch die Frage nach möglichen hilfreichen Aspekten.

Man müsse wirklich verrückt sein, wenn man sich im Krankenhaus wohl fühlen würde, erklärte eine 34-jährige Patientin. Es sei echt ein Witz, dass die richtigen Verrückten draußen rumlaufen, und nicht in der Klinik. Sie wisse gar nicht, was die ÄrztInnen von ihr wollten, und sie könne das gar nicht mehr hören, wenn von einer Krankheit die Rede sei. Auf der Station fühle sie wie ein Kind oder wie ein »Vollidiot« behandelt. Lieber würde sie alles alleine machen, ihre Probleme habe sie »draußen«.

»Wie im KZ ist das hier«, meinte der 57-jährige Mann, der eine Woche lang fast durchgehend fixiert worden war. »Konzentrier dich schön, wie du hier wieder raus kommst«, sei die Botschaft der Behandlung. Dabei handle es sich bei ihm um einen großen Irrtum, weil er, ebenso wie der Papst, nur vorgehabt habe, die Welt zu verbessern. Nun müsse er sich hier anpassen oder bis zum »Nimmerleinstag« in der Klinik bleiben. Man solle ihn lieber zu seiner Familie entlassen und abwarten, was er mache. Wenn es ins Kriminelle gehe, könne man ihn ja sofort verhaften.

»Ich musste hier hart um mein Leben kämpfen«, erklärte eine 30-jährige Frau, die etwas bagatellisierend hinzufügte, es sei »unangenehm« gewesen, fixiert zu werden. Dass sie von den Medikamenten »Fress-Sucht« kriege, habe etwas mit Politik zu tun. Zu einer Unterbringung wäre es aus ihrer Sicht nicht gekommen, wenn sie auf einer der Stationen im Erdgeschoss aufgenommen worden wäre, da sie »erdverbunden« sei.

Besonders wegen einer von der Ärztin verkündeten Vereinbarung, die sich auf Fixierungen in der Aufnahmesituation beziehe, hatte der bereits dazu zitierte Patient das Gefühl, in der Behandlung »zwischen die Mühlsteine« zu geraten. Der Mann sagte am Anfang des Interviews, dass er Stimmen höre und Aussagen im Radio auf sich beziehe. Damit könne er nicht umgehen, und er sei auch nicht mehr sicher, ob er überhaupt eine Psychose habe. Immerhin habe ihm die Medikation nicht geholfen, denn er sei trotz regelmäßiger Einnahme wieder im Krankenhaus gelandet. Früher habe er sich im Krankenhaus wie zu Hause gefühlt, seine Gitarre mitgebracht und gerne mit dem Personal geredet. Weil er nach einem Arztwechsel in der Behandlung gar kein Mitspracherecht mehr habe und sich auch vom Personal abgewiesen fühlte, würde er lieber auf eine andere Station gehen. Dies werde ihm aber wegen des Heimatstationsprinzips verwehrt. Ihm werde jetzt vorgeworfen, dass er seine Krankheit nicht einsehe, und es solle ihm nachgewiesen werden, dass er nicht ganz richtig sei. Die freiwillige Einnahme der Medikamente sei eigentlich eine Niederlage für ihn, weil er damit doch Einsicht zeige. Er wisse aber, dass er eine konsequente Verweigerung mit der Folge einer Zwangsmedikation nicht durchhalten würde, so dass er irgendwann immer nachgebe.

Bei einer 39-jährigen Frau gestalteten sich verschiedene bereits berichtete Aspekte der Krankenhausbehandlung als retraumatisierend. Außerhalb der Klinik

lebt die seit ihrer Jugend erkrankte Frau sehr zurückgezogen mit einem alkoholkranken Ehemann. Der Lebensinhalt der ehemaligen Prostituierten bestehe darin, mit ihrem Mann frühere Liebesbeziehungen nachzuspielen. Irgendwann lande sie dann wieder im Krankenhaus, diesmal, weil sie wegen der Gewichtszunahme die Medikamente abgesetzt hatte. Im Krankenhaus, das sie zunächst freiwillig aufgesucht hatte, fühle sie sich »wie ein Stein«. Untergebracht wurde sie, nachdem sie ohne Absprache nach Hause ging und ihren Ehemann im Streit mit einem Kleiderbügel schlug. Die größte Sorge bereite ihr aktuell, sie könne von ihrem Mann getrennt werden; ihr größter Wunsch wäre eine Station für Pärchen, wo sie den ganzen Tag mit ihm kuscheln könnte. Während ihres Aufenthalts wurde sie von einem ebenfalls gerichtlich untergebrachten Mitpatienten sexuell belästigt und beinahe vergewaltigt. Aussagen zu ihrem fragmentierten Selbstkonzept, ihrem dissoziativ anmutenden Umgang mit der Behandlung und der offensichtlich gestörten therapeutischen Beziehung sind dem folgenden Zitat zu entnehmen.

Man lebt ja immer in zwei Welten. Da freust du dich auf irgendetwas und baust dir eine Traumwelt. Man träumt sich was daher und wünscht sich was herbei, das ist doch ganz normal, das hat nichts mit schizophren zu tun. [...] Ich mein, ich bin doch 'ne Spielpuppe. Meine Mutter sagt immer, ich bin 'ne Schauspielerin. [...] Hier habe ich Angst. [...] Na, weil ich mich eingeeengt fühle hier. [...] Ja, dass ich hier in der Anstalt bin und ich Angst habe, was zu sagen, und man nicht auf mich eingeht. [...] Jaja, weil ich hab Angst vor verschlossenen Türen. [...] Im Grunde genommen ist mir alles egal. [...] Ich bin wie ein Stein, wenn ich drinne bin. [...] In dem Moment, wo über meinen Kopf entschieden wird, mach ich mich zu. [...] Sowie ich hier drinne bin, da bin ich hier untergebracht, denn freiwillig komme ich hier nicht her, ich werde untergebracht, scheiß egal, wehren kann ich mich nicht. Wenn ich den Arzt sprechen will, ist er für mich nicht da. [...] Ich würde so gerne Doktor [nennt Namen] abwehren, weil der wehrt mich ab. Wenn ich versuche, mit dem ein Gespräch zu machen, dann hört er mir nicht zu, sondern rennt weg. [...] Der baut 'ne Mauer auf. Weil er keine Zeit für mich hat, bin ich die Schizophrene halt, dass ich schizophren angeblich bin, oder auch nicht bin. [...] Ich bin keine Person hier. Ich hab Klamotten an, mehr oder weniger immer das gleiche an. [...] Und wenn ich was vorhabe, dann möchte ich mich hübsch machen. Aber in dem Moment, wo ich hier so eingeeengt bin, weiß ich nicht, für was überhaupt. [...] Ich kann mich ja nicht jeden Tag hübsch machen und dann sagen: »Wofür eigentlich?«. Damit die Männer mich angucken oder mich ausziehen wollen? Und zwar ist das so, dass mich schon jemand hier ausziehen wollte. (Transkription, G 6, S. 2 ff.)

Als eine Retraumatisierung erlebte auch eine 33-jährige, mehrmals zur Fixierung ärztlich zurückgehaltene Frau den Krankenhausaufenthalt. Die Aufnahme sei auf Druck der Familie erfolgt, die behauptet hätte, sie habe einen Suizid angekündigt. Selbst als Krankenschwester tätig, habe sie Anzeichen einer Psychose be-

merkt und bis zuletzt durch regelmäßige Arztbesuche versucht, es diesmal ohne Klinik zu schaffen. Nachdem sie eine stationäre Vorbehandlung nach wenigen Tagen abgebrochen hatte, habe sie sich gegenüber der Ärztin schriftlich verpflichten müssen, mindestens für drei Wochen im Krankenhaus zu verbleiben. Auf der Station sei sie dann »explodiert« und wurde mehrfach fixiert. Diese Situation habe sie an eine Vergewaltigung in ihrer Jugendzeit erinnert: alles sei in dieser Woche »hochgekommen«, wie bei einer »Selbstanalyse«. Das sei »Wahnsinn« gewesen, aber sie habe nun die Angst überwunden und einen eigenen Weg gefunden. Von den ÄrztInnen sei sie enttäuscht, weil sie nur Regeln aufstellen, ihren Job machen und sich ansonsten nicht bemühen würden, die PatientInnen kennen zu lernen.

Im Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen in der Vorgeschichte stand die Schilderung eines jungen Mannes aus dem ehemaligen Jugoslawien, der berichtete, er habe vor der Zwangseinweisung Landsleute auf der Straße gesehen und sich dabei vorgestellt, dass diese Menschen andere getötet hätten. Er habe auch Stimmen gehört, die in ihm Reaktionen hervorgerufen hätten, u. a. Suizidgedanken. Jetzt sei er praktisch geheilt und könne nicht verstehen, warum man ihn nicht entlasse. Freiwillig könne er nicht in der Klinik bleiben, weil er wieder gesund sei. Den Ärzten wolle er zwar keine Probleme machen, er wolle nur Verständnis. Sein wirkliches Problem mit den Stimmen sei, dass sie mit dem Krieg im Kosovo zusammenhängen. Das könnten die ÄrztInnen nicht verstehen, weil sie nicht richtig mit den PatientInnen kommunizieren würden.

Ähnlich äußerte sich eine 19-jährige Patientin, die im Interview erzählte, jede Nacht den Eindruck zu haben, im Schlaf vom Nachtdienst vergewaltigt zu werden. Sie wünsche sich, dass jemand mal mit ihr über die Gründe für ihre Ängste spreche. Dem Interviewer erklärte sie, vor Aufnahme »des lieben Friedens willen« eine Anzeige gegen ihren Vater zurückgezogen zu haben, von dem sie vergewaltigt worden sei. Die medikamentöse Behandlung verglich die junge Frau mit der Verabreichung von Drogen. Da könne sie sich gleich selbst eine Tüte bauen. Außerhalb der Klinik bewältige sie ihr Probleme, indem sie sich zurückziehe und permanent kiffe. Dadurch erweitere sie ihr Bewusstsein und könne sehen, welcher Mensch gut sei und welcher nicht. Verrückt sei sie deswegen nicht und sie gehöre auch nicht in ein Irrenhaus. In die Klinik sei sie erstmals gelangt, nachdem sie LSD eingenommen habe und dann auf der Straße rumgerannt sei, um sich selbst zu finden. Dabei habe sie den Eindruck gehabt, alle möglichen Leute würden ihr nach dem Leben trachten.

### 8.3 Anpassung und Passivität

Unter den PatientInnen, die sich ohne ein eigenes Anliegen an die Behandlung den Gegebenheiten der Station anpassten, befand sich ein Patient, der erklärte, er liege halt den ganzen Tag im Bett. Das einzige, was ihm nicht gefalle, sei, dass man ihn laufend zu irgendwelchen Therapien zwingen wolle. Dazu habe er aber keine Geduld, und auch seine Stimmung sei nicht danach. Wenn die Unterbringung abgelaufen sei, würde er nach Hause gehen, wenn sein Zustand es erlaube. Ebenfalls viel im Bett lag ein junger Patient, der meinte, es sei gar nicht schlecht für ihn, im Krankenhaus zu sein, weil er eine Knieverletzung habe. Trotz Fortbestehen der Unterbringung erklärte er, nun freiwillig da zu sein, da er bereits in den nächsten Tagen Ausgang bekomme.

Der aus der Türkei stammende Patient, der in der U-Bahn mit einem Messer aufgefallen war, meinte, das Personal sei nett zu jedem, wenn man nett zu ihm sei. Er verbringe seine Tage damit, mal raus zu gehen um sich einen Kaffee zu ziehen. Dann rauche er Zigaretten und warte auf die Mahlzeiten. Abends gehe er früh schlafen, damit die Nacht schnell vergehe. Das alles reiche ihm aus, schließlich sei er kein Multimillionär, sondern »ein ganz normaler Sozialhilfeempfänger«. Vor allem die Ruhezeiten gefielen auch einer Patientin, die sich selbst als »Dickkopf« bezeichnete, weil sie entgegen einer ärztlichen Weisung versucht habe, die Station zu verlassen. Die anschließend erfolgte Unterbringung habe sie sich aber selbst zuzuschreiben, weil sie die Medikamente abgesetzt und dann »Blödsinn« gemacht habe. Sehr knapp fasste sich eine polnische Frau, die zwar nicht verstehen konnte, warum sie hier sei und Medikamente nehmen müsse, aber für sich denke, es sei »alles gut, alles positiv«. Als ein Mensch, der lieber zu Hause sei, weil er Krankenhäuser hasse, beschrieb sich ein türkischer Patient, der nach einer vorläufigen gerichtlichen Unterbringung erklärt hatte, er würde freiwillig bleiben. Er sei ein religiöser Moslem und müsse sich auf der Station von einigen Aktivitäten zurückziehen.

Eine eher aktiver Anpassungsstrategie verfolgte der Mann, der eine Krankenschwester angriff, weil sie ihm nicht die Tür öffnete. Er versuchte, sich auf der Station nützlich zu machen und MitpatientInnen zu unterstützen. Insgesamt meinte der Patient, »den Zirkus hier« gegen besseres Wissen mitzumachen. Er fühle sich zwar zwangsmediziert, würde die Behandlung aber auch freiwillig fortsetzen, wenn die Unterbringung aufgehoben würde. Er lasse sich die Behandlung gefallen, um den ÄrztInnen entgegen zu kommen. Er fühle sich nicht krank im Sinne der Diagnose, eher depressiv. Er ziehe sich gerne in sein Zimmer zurück und sei eigentlich schon immer ein Einzelgänger gewesen. Unter der unfreiwilligen Behandlung leide er nicht so sehr wie darunter, irgendwelchen Konflikten ausgesetzt zu sein. Ein anderer Mann erklärte, die Behandlung durchzuziehen, weil »man dadurch eventuell besser« werde. Angenehm sei es, die Frauen zu beschützen und zu beruhigen, was er fast besser schaffe als das Personal.

In Konkurrenz zum Pflegepersonal schien auch eine Patientin zu stehen, die sich selbst als »exzellente Krankenschwester« bezeichnete. Einige Male habe sie sich selbst um MitpatientInnen gekümmert, die sich nicht getraut hätten, auf das Personal zuzugehen. Weil sie selbst im Krankenhaus arbeite, wolle sie nicht ins Krankenhaus. Wenn man einmal drin war, sei es, als habe man »einen Stempel hier drauf«. Viele Leute würden denken, sie meinten es gut mit ihr. In ihrem Leben brauche ihr aber keiner ins Handwerk zu pfuschen, denn sie sei eigentlich »Herr der Dinge«. Daher habe sie auch einen Widerspruch gegen die Unterbringung eingelegt. Eine Fixierung am Anfang der Behandlung habe sie »in ihrem Hinterstübchen gut verdrängt«. Das einzige sei, dass sie jetzt nicht mehr nachtragend sei, und sich auf der Station eine eigene Welt geschaffen habe, wo sie sich wohl fühle. Sie brauche nicht viel, weil sie bescheiden sei. Mit Einschränkung könne sie leben, sie akzeptiere alles und komme damit klar. Sie sei jetzt auch fast auf freiwilliger Basis da. Es sollte aufgrund ihres Verhaltens bald möglich sein, sie zu entlassen.

Ein bei Aufnahme ärztlich untergebrachter 64-jähriger Mann schilderte sich als einen Menschen, der immer höflich und freundlich sei, und daher auch alles auf der Station mitmache. Anfangs habe er ganz ruhig dagesessen und erstmal alles beobachtet. Schließlich sei er »aufgetaut«, habe sich mit dem Aufenthalt abgefunden und dabei nicht zuletzt dem Drängen seiner Frau nachgegeben. Auf der Station versuche er sich als »Küchenwart« nützlich zu machen, auch wenn Mitpatienten ihn daraufhin als »Kalfaktor« bezeichnen würden. Auf die Einschränkungen seiner Rechte würde er nicht achten, da er ja von Anfang an mit der Situation einverstanden gewesen sei.

Von einer größeren Ambivalenz geprägt waren die Angaben einer 28-jährigen Frau, die zu Beginn der Behandlung vom Arzt zurückgehalten worden war. Ihre Behandlung verstand sie so, dass sie »einfach flach gelegt« und wieder einsatzfähig gemacht werde. Schade sei vor allem, dass ihr mit der Medikation ihr Kontakt zu »Engeln« weggenommen werde. Eine erhebliche Eigengefährdung, die dadurch entstanden war, dass der Teufel sie zu einem Fenstersturz aufgefordert habe, konnte sie einsehen. Insgesamt gehe sie davon aus, dass die Behandlung zu ihrem Nutzen sei. Zu ihrem Glück habe sie die Behandlung freiwillig akzeptiert.

Ein ebenfalls bei Aufnahme ärztlich untergebrachter Patient erklärte, er habe damit im Endeffekt sogar Glück gehabt. Bei einer freiwilligen Aufnahme wäre ihm der Konflikt mit seinen Angehörigen nicht so klar geworden und ihm wäre die Möglichkeit genommen worden, den Kopf zu erheben und gegen die Familie zu protestieren. Unter Medikamenten sei er nämlich immer versucht zu sagen: »Ich hab euch lieb«, obwohl er die Kontakte mit der Familie als Qual empfinde. Auf der Station profitiere er vor allem von der Solidarität der MitpatientInnen, ohne die seine Behandlung nicht halb so wirksam wäre. Der Haken an der An-

gelegenheit sei allerdings, dass er »bei schlechter Führung« jederzeit wieder mit einer Unterbringung rechnen müsse. Dies passierte ihm tatsächlich einige Wochen später nach zahlreichen ungeplanten Entlassungen und Wiederaufnahmen.

Eine 33-jährige ersterkrankte Patientin berichtete, sie habe sich freiwillig aufnehmen lassen, um ihrer Familie zu beweisen, dass sie gesund sei. Sie habe erst im Sessel des Aufenthaltsraums übernachtet, sich »ein keines Zuhause« eingerichtet und mit anderen PatientInnen eine Art Selbsthilfegruppe gebildet. Nach einem Zwischenfall, der in eine Fixierung und damit in einer ärztlichen Unterbringung mündete, wurde sie auf die Nachbarstation verlegt, wo sie sich weit weniger wohl fühle. Nach Erleben der Zwangsmaßnahme habe sie alles »freiwillig« über sich ergehen lassen und alle Angebote und Verordnungen angenommen. Das habe sie nicht aus Angst getan, sondern aus Diplomatie, um bald die Station verlassen zu können. Im Zusammenhang mit ihrem Vertrauen auf die eigene Familie bezeichnete sich selbst als ein »gutmütiges Schaf«, wobei Gutmütigkeit auch an Dummheit grenzen könne.

## 8.4 Verteidigung der Autonomie

Eine Form, ihre Selbstbestimmung zu behaupten, bestand für eine Reihe von PatientInnen im Widerstand gegen die Art und Höhe der vom Arzt verordneten Medikation. Ein 28-jähriger Patient erklärte, er müsse im Krankenhaus mehr Medikamente nehmen als sonst, und dadurch habe er mehr Nebenwirkungen. Er sei nicht strikt gegen Medikamente, aber er wolle selbst die Dosis bestimmen. Er wisse selbst gut Bescheid und habe immerhin schon durchgesetzt, auch im Akutfall mit einem atypischen Neuroleptikum behandelt zu werden. In der Klinik entscheide er mit, indem er Protest mache. Seine Strategie bestehe darin, die Nachtmedikation regelmäßig zu verweigern, was bislang akzeptiert worden sei. Allerdings müsse er sich zügeln, denn er sei von der Oberschwester bereits auf eine mögliche Zwangsmedikation angesprochen worden.

Eine schon sehr lange mit der Klinik vertraute Frau meint ganz entgegen der Ansicht ihres Arztes, sie brauche die Medikation nur für wenige Tage, aber nicht für Jahre. Früher habe sie im Krankenhaus Geborgenheit und Hoffnung erfahren, was sie jetzt anders sehe. Sie habe schon fast alle Medikamente durchprobiert und alle wegen der Nebenwirkungen abgesetzt. Nun seien die ÄrztInnen wohl langsam mit ihrem Latein am Ende. Vor ein paar Tagen habe sie dem Personal gesagt: »Wir sind doch hier euer Frischfleisch, aber ich bin schon längst abgehängt«.

Eine 48-jährige Frau war der Ansicht, die Behandlung bringe ihr diesmal nicht viel, weil ihr die Freiheit genommen werde, selbst über die Art der medikamentösen Behandlung zu bestimmen. Bei einem Voraufenthalt habe der Arzt ein

Schreiben aufgesetzt, wonach sie eine Depotmedikation erhalte, falls sie noch einmal die Tabletten absetzen würde. Bei Entlassung sei sie dann regelrecht gezwungen worden, diese »Behandlungsvereinbarung« zu unterschreiben. In der Hoffnung, ohne Medikamente gesund zu bleiben, und weil sie »nicht wie ein Trauerkloß rumsitzen wollte, wenn andere feiern«, habe sie zu Hause die Medikamente wieder mehrmals abgesetzt. Nun drohe ihr eine Depotspritze gegen ihren Willen. Sie versuche, sich zu wehren, indem sie »diplomatische Gespräche« führe, aber psychologisch werde im Krankenhaus herzlich wenig gearbeitet. Daher mache sie auch fast gar nichts mehr vom Stationsprogramm mit, wodurch sie allerdings das Gefühl bekomme, wochenlang sinnlos in der Klinik rum zu sitzen.

Zum ersten Mal in der Psychiatrie befand sich ein 39-jähriger Mann, der aus seiner Sicht zu Unrecht eingeliefert wurde. Was ihm auffiel war, dass alle PatientInnen rauchen würden, was kein Wunder sei wegen der allgemein verbreiteten Langeweile. Mit seiner Ärztin habe es schon diverse Kontroversen gegeben, auch wegen der Aufenthaltsdauer und der Medikation. Zuletzt habe er stillschweigend eine Dosiserhöhung zugelassen, in der Hoffnung, dass die Unterbringung dann nicht verlängert werde. Bei einer weiteren Erhöhung würde er aber bis zur Verweigerung gehen, auch wenn ihm bereits die Möglichkeit einer Zwangsmedikation angekündigt worden sei. Da er nicht über seine Rechte aufgeklärt worden sei und der Oberarzt ihn bei dem Versuch einer Beschwerde an die Ärztin zurückverwiesen habe, sei es für ihn schwer, sich durchzusetzen.

Dass Beschwerden nicht allzu viel bringen würden, fand auch der 36-jährige Patient, dessen katatoner Zustand letztendlich mit einer Zwangsmedikation beendet worden war. Er wisse gar nicht, wohin er sich für Beschwerden wenden solle. Auf der Station laufe alles nach »Schema F«, man müsse sich den Abläufen als Patient fügen. Mit dem Doktor ließe sich aber ein bisschen verhandeln. In der letzten Visite habe er dem Arzt ausdrücklich gesagt, dass er keine höhere Dosis akzeptieren würde. Das sei zumindest registriert worden. Zu seiner Person berichtete er, sein Leben zu hassen, weil er durch die Krankheit nie richtig vorangekommen sei.

Ganz zufrieden war eine Frau, die sich aus ihrer Sicht erfolgreich gegen Medikamentenerhöhungen gewehrt hatte, indem sie aufhörte, der Ärztin Symptome mitzuteilen. Mit dem völligen Ablehnen der Medikamente komme man im Krankenhaus zwar nicht durch, aber nach Entlassung bräuchte sie die ja nicht weiter zu nehmen. Sie wisse nun, dass sie bald aus der Klinik raus komme und nach längerer Obdachlosigkeit wieder eine eigene Wohnung haben werde.

Eine oftmals in der Abteilung behandelte 40-jährige Frau befand, dass PatientInnen mehr Rechte dem Krankenhaus und den ÄrztInnen gegenüber haben sollten. Bei Medikamenten und Ausgängen gebe es zu wenig Mitspracherecht. Die Station sei eintönig und langweilig. Ihren Protest demonstrierte die Patientin,

indem sie mehrmals Parkausgänge nutzte, um nach Hause zu fahren. »Grottenlangweilig« empfand auch ein 33-jähriger Patient das Stationsleben, was durch die rigiden Stationsregeln noch verschlimmert würde. Es sei schon klar, dass die ÄrztInnen das Sagen hätten und das Team zusammenstehen würde. Er könnte die Station aber jederzeit durch Anrufe bei der Feuerwehr evakuieren lassen. Einmal sei er schon entwichen, aber leider von der Polizei zurückgebracht worden. Ansonsten bestehe seine Strategie darin, die Unterbringung »auszusitzen« und das Beste daraus zu machen. Eine zu Beginn ärztlich zurückgehaltene Patientin erklärte, sie sei eigentlich wegen eines Missverständnisses in der Klinik. Auf der Station müsse sie Druck machen, wenn sie ihre Interessen durchsetzen wolle. Da sie mit der Abteilung nicht zufrieden sei, dränge sie nun auf die Verlegung in eine Privatklinik, wo ihr bereits ein Bett zugesagt worden sei.

Durch ihre Weigerung war es einer 44-jährige Frau gelungen, in der Klinik ohne eine neuroleptische Medikation behandelt zu werden. Allerdings war sie in der Aufnahmesituation aufgrund eines Erregungszustandes fixiert und zwangsmediziert worden. Im Interview erklärte sie, nicht über diesen Vorfall reden zu wollen, da die Vergangenheit ihr gehöre. Auf der Station sei ihr die Zuwendung des Personals wichtig und die Freiheit, selbst zu entscheiden, was sie annehme und was nicht. Sie wolle ohne Medikamente eine Situation überstehen, die sie als »emotionale Pleite« bezeichnete. Mit ihrem Arzt habe sie darüber reden können, und auch vom Chefarzt sei ihre Position verstanden worden. Laut Arztbrief bestand das primäre Behandlungsziel im Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Ohne Medikation wurde auch ein 50-jähriger Mann behandelt, der mit einer langjährig unbehandelten Erkrankung seit Jahren in einem Obdachlosenheim lebte, und nun in ein betreutes Wohnprojekt umziehen sollte. Im Interview erklärte er, eigentlich gar nicht so für Mitbestimmung zu sein, weil dies Kenntnisse voraussetze, die er gar nicht habe. Er wisse nicht, welche Erwartungshaltung ein Arzt in seine Therapiemaßnahme setze und welche Erfolgsquote er erwarte. Mitreden könne er in der Behandlung nicht, er könne sich nur dem Ganzen verweigern, sich vielleicht »mehr oder weniger durchschlängeln und durchlavieren«.

Für einen 38-jährigen Patienten diene die Vortäuschung einer Behandlungsbereitschaft dazu, seine aggressiven Impulse den MitarbeiterInnen gegenüber zu kontrollieren. Normalerweise wünsche er jedem hier an den Hals zu springen, erklärte er im ersten Gespräch sichtlich erregt. Dann heuchle er aber eher noch Freundschaft: »Freundschaft Kollege, mir geht es schon besser«. Die Medikamente würden die Psyche noch mehr verändern, so dass man am Schluss wie ein Häuflein Elend dasäße, mit dem man machen kann, was man will. Wenige Tage später meinte der Mann in einem zweiten Gespräch, schon ruhiger zu sein, nachdem er gemerkt habe, dass ihm nichts mit Gewalt eingetrichtert werde. Er gebe sich gegenüber dem Personal auch ziemlich viel Mühe, dass »wir nicht so aufeinander knallen«. An manchen Stellen gebe es zwar Druck, aber er versuche, nichts

darum zu geben. Er versuche halt, sich keinen Kopf mehr zu machen und auf legalem Wege irgendwie raus zu kommen. Die Nebenwirkungen der Medikamente machten ihm auch nicht soviel Sorgen, weil die beim Absetzen weggehen würden. Nach der Entlassung werde es nur noch ganz wenigen Menschen möglich sein, Zugang zu seinem innersten Bereich zu bekommen.

Eine weitere Patientin schilderten im Interview ausführlich, wie sie ihre Ärztin bewusst über eine mangelnde Behandlungsbereitschaft täusche. Die 29-jährige recht impulsive Frau fühlte sich sehr unter Druck gesetzt, weil sie um das Sorgerecht für ihr Kind fürchten musste.

Es ist das erste Mal, dass ich mich hier ablasse. Also, ich hab's mit denen auch versucht unten, aber man ist ja der Meinung, ich bin krank. [...] Ich weiß gar nicht, wie ich da wieder raus kommen soll. Außer diesen Weg zu laufen, dass ich angeblich wieder gesund werde. [...] Wenn ich sage, dass ich nicht krank bin, was suche ich hier überhaupt? Das wäre die Krankheit. [...] Das kann ich mir nicht erlauben. Ich war ja so am Anfang gewesen. Da hat man mich ja dorthin gebracht, dass ich jetzt etwas anders umgehe damit, dass ich etwas anderes bin. Ich war ja so, da sagten sie mir: »Nein, Sie sind krank! Sie müssen gesund werden«. Ich bin gesund. [...] Wenn ich mich jetzt so äußere wie eben zuvor, dann würde ich zurücklaufen. Das wäre dann keine Behandlung für mich, dann würde ich krank sein. Dann würde man mich so beurteilen. [...] Ich sage, ich hab hier nichts zu suchen. Also ich bin der Meinung, dass ich nicht hier rein passe. [...] Das macht mich erst krank. Da muss ich ja Wege suchen. Ich fang, also ich habe begonnen, Wege zu suchen, damit ich hier hinaus komme. Das setzt einen ziemlich unter Druck. Da fühl ich mir nicht großartig geholfen. Also tu ich so als ob. Um hier auch eines Tages hinaus zu kommen. Und das finde ich schade, das finde ich traurig. [...] Ich denke, man kann mich hier, jederzeit hier hinein stecken. Weil es ist so passiert. [...] Man hätte mit mir reden sollen. [...] Wo ich dann hier drinne war, fing ich an zu spinnen, also dann fing ich an zu resignieren. [...] Weil ich mich nicht verstanden gefühlt hab. Deswegen fing ich dann an: »Ich will nicht mehr leben.«  
(Transkription, G 12, S. 1 f.)

## 8.5 Suche nach Schutz und Geborgenheit

Unter den gerichtlich untergebrachten PatientInnen, die der Klinik überwiegend eine hilfreiche Funktion zuwiesen, bemerkten zwei jüngere Personen, dass sie im Falle einer akuten Psychose ein gewisses Maß an Schutz und Kontrolle bräuchten und dabei auch vorübergehende Einschränkungen ihrer Freiheit akzeptieren würden. Dazu erklärte ein 35-jähriger Mann, in der Klinik werde im positiven Sinn Druck ausgeübt, weil er die Einschränkungen der Freiheit brauche, wenn er hoch akut sei. Er könne auch manchmal zu einer Krisennacht auf die Station

kommen, ohne gleich aufgenommen zu werden. Angenehm sei, dass auf seiner Heimatstation jeder jeden kenne und man immer genau wisse, woran man sei. Wenn er Chef wäre, würde er kleine Familien auf der Station einrichten, getrennt nach Diagnosen. Und er würde immer einen Polizisten zum Schutz vor die Station stellen, denn man sei »ausgeliefert den Gegebenheiten der Welt«. Unter Schutzaspekten hatte die Station aus der Sicht einer 31-jährigen Frau auch im Vergleich zu einer antipsychiatrischen Einrichtung Vorteile.

Solange ich hier bin, bin ich auch in Watte gepackt irgendwie. [...] [Angenehm ist], dass sie einem auch Grenzen zeigen, ganz bewusst [...] [Im Weglaufhaus] wird überspielt, dass es trotzdem eine Institution ist, dass die Situation dort schon ziemlich vergleichbar mit der Kliniksituation ist, dass es auch eine Institution ist halt. [...] Und da macht die Psychiatrie und die Antipsychiatrie gar keinen solchen Unterschied, wie es scheint im ersten Moment. [...] Weil beides helfen will, aber die Helferzellen kommen immer an ihre Grenzen. Das ist hier sogar noch besser, da sitzt wenigstens immer jemand vorne, der ansprechbar ist oder nicht. Aber schon, dass man sich hinsetzen kann und im Blickkontakt sein kann, das ist schon beruhigend vor der Kanzel hier. [...] Ansonsten ist es für mich angenehm, beruhigend mein´ich, dass die Tür zu ist. Eigentlich soll auch nicht jeder rein könne, aber es kommt fast jeder rein. Manchmal nervt mich das auch, wenn viel Besuch da ist. [...] Und es wär eigentlich ganz schön, wenn alle an einem Tisch sitzen würden. Dann müssten sich alle ein wenig zurückhalten und sich benehmen. [...] Doch so ein Zwang kann schon auch hilfreich sein, auf jeden Fall. Wenn man raus kommt, kann man ja immer noch entscheiden, ob man so weiter lebt wie früher oder ob man was anders macht. [...] Man kann dann natürlich schon wieder gezwungen werden, rein zu gehen. [...] Die anderen haben mich schon stehen lassen und dann wieder gehen lassen, und dann kam ich erst recht in Teufels Küche. [...] Das ist schon ´ne Sache, ob sich das jemand aussucht, als Penner im Park zu enden. Wenn jemand das wirklich will, sollte er das natürlich auch können, als Penner im Park zu leben [...] Die meisten schaffen es sowieso dahin zu kommen, wo sie wollen, also entweder in den Park oder sich umzubringen. [...] [Die Möglichkeit zur Zwangseinweisung], das denk ich mal ist wegen dem Störfaktor, weil die psychisch Kranken ein größerer Störfaktor sind. [Körperlich Kranke], die sterben halt einfach vor sich hin, oder siechen vor sich hin. Aber die psychisch Kranken machen sich bemerkbar. (Transkription, G 2, S. 3ff.)

»Freiheit ist die Einsicht in die Notwendigkeit«; so beschrieb die Frau, die bei einem Entweichungsversuch das Personal verletzt hatte, das Motto ihrer Behandlung. Die Unterbringung sei für sie nur in der Situation, in der sie in Todesangst die Station verlassen wollte, notwendig gewesen. Danach habe sie gewusst, dass es besser für sie wäre, im Krankenhaus zu bleiben, auch zu ihrem Selbstschutz. Entsprechend habe sie mit dem Arzt und dem Richter bereits die Aufhebung der Unterbringung ausgehandelt. Das Tragische an einer Psychose sei für sie, dass

man ihr trotz Einnahme der Medikation immer mal wieder völlig ausgeliefert sei. Dann könne es auch gefährlich werden. Ihre Situation verglich sie mit der einer Zuckerkranken, nur müsse sie nicht Buttercremetorten aus dem Weg gehen, sondern »Taxilan« nehmen.

Ähnlich der Krankheit ausgeliefert fühlte sich ein Patient, der eine Mitpatientin sexuell attackiert hatte, weil er in der Psychose nicht mehr wisse, was er tue. Der Mann war nach einem medikamentenbedingtem Trombozytenabfall über die Intensivstation in die Psychiatrie gekommen war. Als die Medikamente vorübergehend abgesetzt waren, habe er gedacht, die Psychiatrie würde es gar nicht geben, und er solle vergiftet oder verschleppt werden. Er sei dann untergebracht worden, weil er die Station verlassen wollte, um sich umzubringen. Obwohl er die Unterbringung nicht so richtig verstanden habe und gerne mit dem Arzt noch einmal darüber und über die neuen Medikamente reden wollte, habe er sich doch beschützt gefühlt. Auf der Station erlebte er sich ansonsten als Außenseiter, weil er ein ruhiger Typ sei und nicht rauche.

Nach einem Selbstmordversuch mit Tabletten kam eine erstmals erkrankte 22-jährige türkische Patientin gegen ihren Willen auf die Station. Sie habe sich irgendwie genervt und bedroht gefühlt, und dann habe eine Stimme sie zum Suizid aufgefordert, damit »alles erfüllt« werde. Zuerst habe sie gedacht, dass sie nicht in die Psychiatrie gehöre, weil die PatientInnen dort »doof und behindert« seien. Das habe sich inzwischen geändert, obwohl sie unter der Ausgangsbeschränkung noch sehr zu leiden habe. Angenehm sei, wenn die PatientInnen alle zusammen sitzen würden und sie merke, dass sie nicht die Einzige sei.

»Auf keinen Fall hau ich hier ab. Lieber anständig aus dem Krankenhaus, das tut mit leid«, erklärte eine 31-jährige Frau, die sich selbst als »ein hartgekochtes Ei, ein harter Brocken« beschrieb. In der Klinik fand sie gut, dass es dort regelmäßige Mahlzeiten und viele Freizeitangebote gebe. Besonders profitiert habe sie von einer Medikation, »die es draußen nicht gibt«. Da hätte sie auch alleine drauf kommen können, meinte sie, und auch mal so vorbeikommen können. Dankbar äußerte sich auch ein 38-jähriger Patient, der berichtete, er habe vorhin einen »Drink« bekommen, der ihm richtig gut getan habe. Er sei dann nach kurzem Schlaf aufgewacht und habe sich wie vor zehn Jahren gefühlt, »nicht wie irgend so ein schizophrener Typ«. Nun würde er sich wünschen, von seinen Eltern weg zu kommen und eine feste Frau zu finden, mit der er das Leben zusammen meistern könne. Schließlich könne er Staub saugen, Putzen und Einkaufen. In der Klinik erlebte er sich als der »Stationstrottel«, denn er würde alle Ämter übernehmen, jedem von seinen Zigaretten abgeben und immer ein freundliches Gesicht machen.

Mehrere alleine lebende ältere Personen erklärten, dass es für sie erst mal wichtig war, im Krankenhaus in Sicherheit zu sein. Zu seinem psychischen Zustand stellte ein 58-jähriger Mann fest, seine Seele und sein Herz seien kaputt, sein Geist

sei verwirrt und sein Ich sei »weggeschickt« worden. Seitdem er im Krankenhaus sei, wolle er aber wieder leben. Er fühle sich in der Klinik mehr geborgen als zu Hause, allerdings sei er ein Mensch, der Freiheit und Natur brauche. Deswegen leide er unter der Ausgangsbeschränkung. Eine 69-jährige Frau erklärte, die Aufnahme sei eine Erleichterung gewesen, obwohl sie nicht ins Krankenhaus, sondern in ein Pflegeheim gewollt habe. In ihrer Wohnung sei es lebensgefährlich für sie gewesen, weil alles kaputt war. Da sie kein Mittagessen hatte, wäre sie ohne die Einweisung bestimmt verhungert. Auf der Station gefalle ihr es aber nicht besonders, weil die MitpatientInnen eingebildet seien. Sie gebe sich hier mit niemandem ab. Aus Angst vor Männern habe sie in ihrem Leben immer viel durchmachen müssen, erzählte eine 63-jährige Frau, die »fast freiwillig gekommen und freiwillig geblieben« sei. Über die ärztliche Unterbringung sei sie ganz froh und irgendwie erleichtert gewesen. Später allerdings wurde sie dann doch noch für längere Zeit betreuungsrechtlich untergebracht.

Eine 58-jährige Patientin, die sich wenige Wochen nach Abschluss der Behandlung das Leben nahm, lobte die Abteilung, in der sie im Rahmen einer langen Krankengeschichte erstmals behandelt wurde. Zu ihrem Erleben der Unterbringungssituation gab sie folgenden Bericht ab:

Ich bin mit meiner Betreuerin zu meinem Psychotherapeuten gegangen. Und plötzlich hat eine Stimme zu mir gesagt: »Knall ihr eine«. Das hab ich dann gemacht. Dann war ich sie los. Und alle anderen auch. Dann sind wir zu Dr. [nennt Namen] gegangen. Und ich habe eigentlich gesagt, ich möchte in die Klinik. Warum weiß ich auch nicht. Um zu leiden. [...] Ach. (lacht) (weint). [Bei der Aufnahme] hatte ich die Vision, [die Betreuerin] wäre ein großer Gockel und wird zerfleischt. Ich hatte Angst, ich müsste Hundescheiße fressen. [...] Ich bin das erste Mal auf der Station. Das ist ein vorzügliches Krankenhaus. [...] Ich komme nur nicht zum Schlafen. Ich muss alles erschaffen. [...] Indem ich trinke, lache, all das, was die Menschen verlernt haben. [...] Ich wünsche mir keine Psychose mehr [...] Ich glaube nicht, dass ich eine Psychose habe. (Mitschrift, G 26, S. 1 f.)

## 9 Behandlungsbewertungen

### 9.1 Interviewergebnisse

#### 9.1.1 Angenehme oder hilfreiche Behandlungsaspekte

Im Interview wurden die gerichtlich untergebrachten PatientInnen in offener Form nach angenehmen oder hilfreichen Behandlungsaspekten gefragt. Von den 50 Betroffenen berichteten elf keinen einzigen positiven Behandlungsaspekt. Der Maximalwert der positiven Bewertungen lag bei 6, der Durchschnitt bei 1.96. Die Zuwendung des Personals und verschiedene Versorgungsaspekte wurden mit Angaben von jeweils 21 Personen am häufigsten als angenehm oder hilfreich bezeichnet. Der Schutz und die Abschirmung auf der Station war für 16 Personen wichtig. Elf Personen benannten das Zusammenleben unter den MitpatientInnen als positive Seite der Behandlung. Verschiedene Therapieangebote wurden von zehn PatientInnen lobend erwähnt. Über sonstige Behandlungsaspekte wie die Ausgangsregeln, die Verbesserung ihrer Gesundheit und finanzielle Vorteile gaben acht PatientInnen eine positive Rückmeldung.

Das Lob für das Personal betraf in den meisten Fällen das Pflegepersonal, das von 16 PatientInnen als freundlich, hilfsbereit, fürsorglich, großzügig, nett oder lieb beschrieben wurde. Vier PatientInnen hoben die Kontaktmöglichkeit mit einer Bezugspflegekraft hervor, mit der sie sich aussprechen oder von der sie sich auch mal in den Arm nehmen lassen konnten. Vier PatientInnen betonten eine respektvolle und kompetente Behandlung durch das Personal.

Die als positiv erlebten Versorgungsaspekte drückten sich für neun PatientInnen in der Qualität des Essens aus. Fünf PatientInnen gefiel die allgemeine Atmosphäre im Krankenhaus, jeweils drei PatientInnen lobten Serviceleistungen und die Möglichkeit zu Baden oder Duschen. Die Sauberkeit der Station war für zwei PatientInnen wichtig. Einzelne PatientInnen äußerten sich positiv über die Gestaltung der Räumlichkeiten, über die Parkanlage oder das Krankenhaus allgemein.

Unter den Schutzaspekten der Station wurden mit sieben Nennungen am häufigsten die Ruhezeiten und Rückzugsmöglichkeiten genannt. Fünf PatientInnen betonten ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit auf der Station. Dabei war

einigen das Heimatstationsprinzip wichtig, weil sie von Voraufenthalten bereits mit dem Personal und dem Stationsmilieu vertraut waren. In mehreren Fällen wurde die Station mit einer Familie verglichen. Für ein Gefühl der Sicherheit sorgte aus Sicht der PatientInnen vor allem die Präsenz des Pflegepersonals, das einerseits auf sie zugehe, andererseits Distanz halte und auch mal Grenzen setze. Für manche war aber auch die bloße Anwesenheit auf der Station entlastend, weil sie sich zu Hause nicht mehr alleine versorgen konnten oder weil sie erst mal Ruhe vor den »Verfolgern« hatten.

Im Zusammenleben mit den anderen PatientInnen wurden als positive Aspekte die Geselligkeit und die Solidarität der Patientengruppe hervorgehoben. Für sieben der Befragten war es angenehm, sich einfach mit anderen PatientInnen unterhalten zu können, weil sie außerhalb der Klinik wenig Kontaktmöglichkeiten hatten. Für vier Personen war es darüber hinaus wichtig, sich um andere hilfsbedürftige Personen zu kümmern oder Hilfe durch andere zu erhalten. Für eine junge Frau mit einer Ersterkrankung war es wichtig, von anderen Betroffenen zu erfahren, dass sie nicht die einzige war, die an einer Psychose litt. Eine andere Patientin betonte die Solidarität der MitpatientInnen, die sie als mutige Mitmenschen bezeichnete, die es alle nicht so einfach gehabt hätten.

Unter den therapeutischen Angeboten wurden vor allem die Gruppentherapien, wie Musiktherapie, Ergotherapie und Psychosegruppe, als positive Behandlungsaspekte bezeichnet. Weiterhin wurden Massagen und die Benutzung des Schwimmbades als angenehm erwähnt. Die verordneten Medikamente wurden spontan von 4 der 50 unfreiwillig Behandelten als hilfreich beschrieben. Die Bedeutung der therapeutischen Beurlaubung unterstrich eine Patientin, die erklärt, dass ihre Nachbarn dadurch sehen könnten, dass ihr in der Klinik nicht der Kopf abgerissen werde.

### 9.1.2 Unangenehme Aspekte und Beschwerden

In die Auswertung der als negativ bewerteten Behandlungsaspekte gingen neben den Antworten zu den offen gestellten Fragen nach unangenehm empfundenen Aspekten auch die direkteren Fragen nach Unregelmäßigkeiten in der Behandlung, nach Einschränkungen der Bürgerrechte und nach Veränderungswünschen ein. Bei den Veränderungswünschen wurde die Kritik an bestehenden Zuständen von konstruktiven Vorschlägen unterschieden, die weiter unten gesondert dargestellt werden. Die Frage nach Einschränkungen der Bürgerrechte wurde trotz der eher geschlossenen Fragestellung in die Auswertung der negativ bewerteten Behandlungsaspekte einbezogen, weil sich zeigte, dass die Befragten sich auf diese Frage hin spontan zu allen möglichen Arten von Autonomieeinschränkungen äußerten. Die im weiteren Interviewverlauf nicht spontan genannten, sondern

erst auf Nachfragen berichteten Reaktionen auf direkte oder indirekte Behandlungszwänge blieben bei der Zählung unangenehmer Behandlungsaspekte unberücksichtigt. Bei durchschnittlich 4.38 kritischen Äußerungen zur Behandlungsqualität wurden insgesamt mehr als doppelt so viele unangenehme wie angenehme Behandlungsaspekte genannt. Die Spannweite reichte von einer bis zu elf Nennungen. Die Kritik war durchaus differenziert und betraf wesentlich mehr Themenkomplexe als die positiven Stellungnahmen. Einschränkungen der persönlichen Autonomie wurden von 29 Personen angesprochen und damit am häufigsten kritisiert. Auf dem zweiten Rang folgten die von 27 PatientInnen geäußerten Beschwerden über das Personal. Das Zusammenleben mit den anderen PatientInnen empfanden 21 PatientInnen als unangenehm oder belastend. Auch unabhängig vom Autonomieverlust waren 21 der Befragten nicht mit ihrer Ausgangsregelung einverstanden. Jeweils 15 Personen beklagten sich über Mängel der Versorgung, über Langeweile und über die Nebenwirkungen der Medikamente. Den erschwerten Kontakt zur Außenwelt kritisierten 13 PatientInnen, und für zehn Personen waren die tagesstrukturierenden Maßnahmen unangenehm. Vier PatientInnen kritisierten ohne vorherige Nachfrage die Anwendung von Zwangsmaßnahmen.

Die Einschränkungen der Autonomie bezogen sich meist auf die eingeschränkte Freiheit der Wahl des Aufenthaltsortes oder die eingeschränkte Bewegungsfreiheit, aber auch den expliziten oder impliziten Zwang zur Einnahme einer bestimmten Medikation und die Verbindlichkeit der Essens- und Schlafenszeiten. Die Unzufriedenheit mit den Ausgangsregeln betraf nicht nur Ausgangssperren, sondern auch die zeitliche Begrenzung von Parkausgängen und die Ablehnung von Tagesbeurlaubungen. Für viele PatientInnen waren gerade die Ausgangsbeschränkungen problematisch, weil sie sich gedemütigt fühlten oder weil ihnen aus ihrer Sicht nicht genügend Vertrauen entgegengebracht wurde. Vier PatientInnen berichteten geradezu phobische Ängste in Anbetracht der engen Räume und der geschlossenen Tür. Für einige war es aber auch einfach nur lästig, nach Ausgang zu fragen oder sich regelmäßig beim Personal melden zu müssen. Fünf PatientInnen beklagten die Einteilung von Geld oder Genussmitteln. Für drei weibliche Personen war es eine erhebliche Einschränkung, dass sie nicht genügend Kleidung zum Wechseln in der Klinik hätten.

Etwa die Hälfte der Beschwerden über das Personal bezog sich auf die ÄrztInnen, durch die sich PatientInnen bevormundet, vernachlässigt, wenig einfühlsam behandelt, nicht genügend aufgeklärt oder nicht in Entscheidungen einbezogen fühlten. Über die Beziehungsgestaltung eines bestimmten Stationsarztes beklagten sich gleich drei PatientInnen. Eine Frau berichtet, der betreffende Arzt baue eine Mauer um sich herum und habe nie Zeit für sie. Stattdessen entscheide er über ihren Kopf hinweg, wodurch sie sich bevormundet und nicht für voll genommen fühle. Ein anderer Patient berichtete, der Arzt sei »unwirsch« und man

könne nicht vertrauensvoll mit ihm reden. Eine dritte Patientin erklärte, der Arzt habe sie unter Druck gesetzt, indem er sie im Zusammenhang mit ihren Zweifeln an der Medikation gefragt habe, ob sie »Sehnsucht nach der Forensik« habe. Zwei Beschwerden betrafen eine Ärztin, die Äußerungen der Patienten nicht annehme und grundsätzlich »dagegen anspreche« bzw. »das Gegenteil sage«. Von anderen BehandlerInnen wurde kritisch berichtet, sie verstünden die PatientInnen nicht, sie könnten nichts für sie tun, sie hätten zu wenig Zeit für eine individuelle Behandlung, sie ließen sich nicht auf eine Diskussion des vorgetragenen Erlebens ein, sie bezögen sich ohne weitere Diskussion auf bei Voraufenthalten erzwungene Behandlungsvereinbarungen, sie würden die Verantwortung hin und her schieben, sie würden nicht über die Rechte der PatientInnen aufklären oder sie würden sich nicht auf einen Entlassungszeitpunkt festlegen.

Das Pflegepersonal wurde von einem Viertel der befragten PatientInnen als vernachlässigend, abweisend, beleidigend oder übermäßig distanziert beschrieben. Einige der Befragten meinten, die Schwestern und Pfleger sollten mehr auf die PatientInnen zugehen, sich mehr Zeit nehmen und sich weniger in ihren Aufenthaltsraum oder hinter ihre Akten zurückziehen. Das Pflegepersonal sei manchmal gestresst, schlecht gelaunt oder unfreundlich. Durch Zurechtweisungen des Personals hatten sich einzelne PatientInnen gekränkt gefühlt. Von zwei PatientInnen, die es sich zur Aufgabe gemacht hatten, sich um MitpatientInnen zu kümmern, wurden Nachlässigkeiten des Pflegepersonals gerügt, das zu wenig auf die Hygiene achten und nicht genug auf gefährdete Personen aufpassen würde.

Von vier PatientInnen wurde in wahnhaft anmutender Weise Übergriffe durch das Personal als Unregelmäßigkeiten berichtet. Die Betroffenen hatten das Gefühl, sie würden durch Gedanken des Pflegepersonals gesteuert und gefoltert, durch Beimischungen von Medikamenten ins Essen vergiftet, durch Blutentnahmen finanziell ausgenutzt oder vom männlichen Nachtdienst im Schlaf vergewaltigt.

Mehr als ein Drittel der befragten Personen beklagte sich über störende oder aggressive Verhaltensweisen von MitpatientInnen. Mehrere Personen fühlten sich erschreckt und verunsichert, wenn MitpatientInnen laut schrieten, Lärm machten oder auf andere Art eine bedrohliche Atmosphäre verbreiteten. Sie wüssten dann nicht, wie sie sich zu verhalten hätten und fänden es problematisch, den betreffenden MitpatientInnen nicht aus dem Weg gehen zu könnten. Ein Patient wünschte sich, dass aggressive MitpatientInnen eher »ruhig gestellt« werden sollten. Als ärgerlich oder lästig wurde von einigen der Befragten empfunden, um Zigaretten oder Schokolade angebettelt zu werden oder von Diebstählen durch MitpatientInnen betroffen zu sein. Mehrere Personen berichteten Ekelgefühle beim gemeinsamen Essen, durch schlechte Gerüche auf der Station oder beim Benutzen der gemeinsamen Toiletten.

**Tab. 5: Ergebnisse der Fragebögen – Akzeptanz der Behandlung während des stationären Aufenthalts**

Frage	Antwort	Untergebracht (N = 46)	Freiwillig (N = 33)
Waren Sie zum Zeitpunkt der Aufnahme mit einer stationären Behandlung einverstanden?	Einverstanden: mittlerer Rang:	37 % 50.54	88 % 25.30***
Wie erinnern Sie Ihren psychischen Zustand bei Aufnahme? Denken Sie, dass Sie damals eher krank oder gesund waren?	Krank: mittlerer Rang:	46 % 44.10	76 % 34.29*
Bestand bei Aufnahme aufgrund ihres psychischen Befindens eine Gefahr für ihr Leben oder Ihre Gesundheit?	Eigengefährdung: mittlerer Rang:	43 % 39.25	33 % 41.05
Bestand bei Aufnahme aufgrund ihres psychischen Befindens eine unmittelbare Gefahr für andere?	Fremdgefährdung: mittlerer Rang:	24 % 37.89	15 % 42.94
Glauben Sie, dass Menschen auf Sie herabsehen, wenn Sie diese Einrichtung nutzen?	Ja: mittlerer Rang:	57 % 39.60	50 % 39.36
Würden Sie zu einem späteren Zeitpunkt von sich aus die Hilfe der Psychiatrischen Abteilung in Anspruch nehmen?	Ja: mittlerer Rang:	67 % 43.30	85 % 31.91**
Was denken Sie über die gesetzlich verankerte Möglichkeit, psychisch Kranke gegen ihren Willen zu behandeln?	Richtig: mittlerer Rang:	50 % 40.80	63 % 37.63

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ : Unterschiede zwischen gerichtlich Untergebrachten und freiwillig Behandelten (U-Test, 1-seitig)

Neben den Störungen bestand für manche der unfreiwillig Behandelten das Problem mit den MitpatientInnen darin, dass sie mit ihnen nichts anfangen konnten, sie als »eingebildet« oder »unnormale« oder »fremd« erlebten. Ein Patient fühlte sich auf der Station als Außenseiter, weil er aufgrund seines Misstrauens Schwierigkeiten hatte, Kontakte zu schließen. Drei PatientInnen äußerten, dass die MitpatientInnen ihnen leid taten und dass sie es nur schwer ertragen könnten, mit deren Krankheiten konfrontiert zu sein.

Klagen über mangelnde Versorgung betrafen das Essen, die Bequemlichkeit der Stühle und der Betten, die nach Einschätzung der PatientInnen engen und in der Gestaltung wenig ansprechenden Räume, die unzureichende Belüftung der Station, das Fehlen von Einzelzimmern und die eingeschränkte Funktion der

Telefonautomaten. Drei PatientInnen bemängelten das Rauchverbot in den Zimmern und im Fernsehraum, einer das Alkoholverbot. Zwei PatientInnen dagegen beklagten, dass auf der Station zu viel geraucht würde.

Die Langeweile auf der Station wurde auf »Leerläufe zwischen den Terminen und Ausgängen«, »Eintönigkeit«, »Fehlen von Aufgaben«, »fehlende Ruhe zum Lesen« und von mehreren PatientInnen auch darauf zurückgeführt, dass sie nur rumsitzen und auf ihre Entlassung warten würden. Tagesstrukturierende Angebote wie die Ergotherapie waren für einige PatientInnen unangenehm. Begründet wurde die Ablehnung damit, dass die Therapien ihnen nichts bringen oder sie überfordern würden. Für diejenigen, die eine Teilnahme am verordneten Behandlungsprogramm ablehnten, war es oft lästig, dauernd dazu aufgefordert zu werden.

Die Verminderung der Außenkontakte bedeutete für die gerichtlich Untergebrachten vor allem, dass sie daran gehindert würden, ihre Lebensprobleme außerhalb der Klinik zu lösen. Einige der Betroffenen meinten auch, dass sie durch eine überfürsorgliche Behandlung unselbständig gemacht und von der Außenwelt entfremdet würden. Für die Betroffenen, die in einer Familie lebten, war es oft schmerzlich, von ihren Angehörigen getrennt zu sein.

### 9.1.3 Wünsche und Verbesserungsvorschläge

Wünsche und Verbesserungsvorschläge wurden im Interview von 37 der 50 gerichtlich untergebrachten PatientInnen angegeben. Von den übrigen 13 Personen nahmen drei zu diesem Punkt keine Stellung, acht Personen fielen keine Veränderungsmöglichkeiten ein, und zwei PatientInnen erklärten sich als »wunschlos glücklich«. Die Patientenwünsche betrafen in jeweils elf Fällen die Ausweitung der therapeutischen Angebote und die Förderung eines alltagsnahen Stationsmilieus. Neun PatientInnen wünschten sich eine veränderte Zuordnung von PatientInnen zu den Stationen bzw. die Einrichtung von »Spezialstationen«. Von sechs PatientInnen wurde eine Stärkung der Patientenrechte als Verbesserungsmöglichkeit angesprochen. Vier Personen wünschten ausdrücklich einen anderen Umgang mit Zwangsmaßnahmen.

Die Anregungen für eine Verbesserung der therapeutischen Angebote bezogen sich auf milieutherapeutische Maßnahmen, auf spezifische Therapieangebote und auf die Einzelgespräche. Vorgeschlagen wurde, häufiger mit PatientInnen zu spielen oder im Park spazieren zu gehen, öfter mal lockere Angebote oder kleinere Kaffeerunden anzubieten und insgesamt mehr Gespräche unter den PatientInnen anzuregen. Bei den spezifischen therapeutischen Angeboten wurde ein Bedürfnis nach erweiterten physiotherapeutischen Angeboten, die Einführung einer Theatergruppe sowie eine Arbeitstherapie auf dem Gelände angesprochen. Von

den ÄrztInnen erwarteten die PatientInnen eine mehr patientenzentrierte oder psychotherapeutisch ausgerichtete Gesprächsführung.

Die Veränderung des Stationsmilieus bedeutete für einen Patienten, die Psychiatrie solle liebevoller und weniger prinzipiell werden. Er würde »kleine Familien auf der Station machen« und »Psychotiker von Depressiven trennen«. Für gesündere Patienten würde er eine »Soteria« außerhalb des Klinikgeländes schaffen. Eine Mitpatientin regte ebenfalls einen familiären Umgang an, wobei sie sich wünschte, dass alle zum Essen an einem Tisch sitzen würden. Das Tablettensystem würde sie abschaffen und stattdessen Töpfe auf den Tisch stellen. Dann müssten sich alle PatientInnen ein wenig zurückhalten und benehmen. Vom Personal wünschte sie sich mehr Offenheit und weniger Distanz. Es würde ihr helfen, wenn die MitarbeiterInnen sich nicht als problemlos darstellen und den PatientInnen sagen würden, dass es ihnen auch manchmal nicht gut gehe. Eine andere Patientin wünschte sich, dass die MitarbeiterInnen sich mehr Zeit nehmen und auch mal mit den PatientInnen schweigen oder sie in den Arm nehmen. Die Zimmer und Aufenthaltsräume könnten aus ihrer Sicht freundlicher und farblich anregender gestaltet werden. Durch kleinere Zimmer und mehr Einzelzimmer könnte mehr Privatsphäre hergestellt werden. Wichtig fand sie auch, dass Bilder im Flur nicht zu oft gewechselt würden, da sie für akut Kranke wichtige Orientierungshilfen darstellen würden. Andere Vorschläge zur Verbesserung des Stationsmilieus betrafen die Einrichtung gemütlicher Sitzecken in den Aufenthaltsräumen, die Öffnung der Stationsküchen, die Abschaffung der weißen Kittel, die Teilnahme des Personals am Freitagskaffee, die vollständige Öffnung der Türen und die Schaffung von mehr Rückzugsmöglichkeiten für PatientInnen, die auf eine medikamentöse Behandlung weitgehend verzichten wollen.

Der Wunsch nach einer veränderten Zuordnung der PatientInnen zu den Stationen betraf bei vier PatientInnen ein eingeschränktes Recht der freien Arzt- und Stationswahl. Das Heimatstationsprinzip, wonach PatientInnen nach Möglichkeit immer auf dieselbe Station aufgenommen werden, war für zwei der untergebrachten PatientInnen problematisch, weil sie auf diesen Stationen bei Voraufenthalt schon einmal zwangsbehandelt worden waren und nun den Eindruck hatten, nicht mehr vorurteilsfrei behandelt zu werden. Eine Patientin, die nicht auf ihre Heimatstation aufgenommen worden war, hätte sich dies allerdings gewünscht. Der Wunsch nach einer Spezialstation für ältere PatientInnen wurde von einem jüngeren Patienten und einer älteren Patientin erwähnt und jeweils mit Kontaktschwierigkeiten zwischen den Generationen begründet. Der Wunsch nach geschlechtsspezifischen Stationen wurde von zwei Frauen und einem Mann geäußert und mit der Gefahr einer sexuellen Enthemmung und der Einschränkung der Privatsphäre begründet.

Die gewünschte Stärkung der Patientenrechte betraf in den meisten Fällen das Recht, die Behandlung zu verweigern und über Ausgänge und Entlassungszeit-

punkt selbst zu entscheiden. Die Vorschläge zu einem veränderten Umgang mit Zwangsmaßnahmen betrafen Deeskalationsmöglichkeiten im Vorfeld der Zwangsmaßnahmen und den mehrfach geäußerten Wunsch, die Anwendung von Zwang mit den ÄrztInnen nachbesprechen zu können.

## 9.2 Ergebnisse der Fragebögen

### 9.2.1 Akzeptanz der Behandlung während des stationären Aufenthalts

Im Fragebogen zur Akzeptanz der Behandlung, der von 46 gerichtlich untergebrachten und 33 freiwilligen PatientInnen ausgefüllt worden war, wurde zunächst nach verschiedenen Aspekten der Behandlungseinsicht gefragt.

In Tabelle 5 sind die Ergebnisse zur retrospektiven Selbstbeurteilung möglicher Voraussetzungen einer Unterbringung im Gruppenvergleich dargestellt. Die Gruppen unterschieden sich erwartungsgemäß hochsignifikant im Hinblick auf das Einverständnis mit der Behandlung zum Aufnahmezeitpunkt ( $U = 274.0$ ;  $z = -5.05$ ;  $p < .001$ ). Von den gerichtlich Untergebrachten waren aber immerhin 20 % völlig und weitere 17 % einigermaßen mit der Aufnahme einverstanden gewesen, während von den freiwilligen PatientInnen 12 % eher gegen die Behandlung eingestellt waren.

Beim Krankheitsgefühl zum Aufnahmezeitpunkt zeigte sich ein weiterer signifikanter Gruppenunterschied in der erwarteten Richtung ( $U = 57.5$ ;  $z = -1.96$ ;  $p < .05$ ). Von den gerichtlich untergebrachten PatientInnen gaben 20 % an, zum Aufnahmezeitpunkt sehr krank gewesen zu sein, und weitere 26 % waren von einer ziemlich schweren psychischen Erkrankung ausgegangen. Für den Zeitpunkt der Befragung wurde in beiden Gruppen nur ein geringes Krankheitsgefühl berichtet: 80 % der gerichtlich Untergebrachten und 82 % der freiwilligen PatientInnen gingen in der dritten Behandlungswoche davon aus, nun mehr oder weniger gesund zu sein. Dementsprechend berichteten 67 % der Untergebrachten und 87 % der freiwilligen PatientInnen eine Zustandsverbesserung im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt.

Bei den beiden Unterbringungsvoraussetzungen Eigen- und Fremdgefährdung erwies sich entgegen der Erwartung, dass ein großer Teil der gerichtlich Untergebrachten durchaus in der Lage waren, das sich aus der Krankheit ergebende Gefährdungspotential zu erfassen. Dies galt insbesondere für die Eigengefährdung. Differenziert war auch die Beurteilung der Unterbringungsgesetze. Genau die Hälfte der gerichtlich untergebrachten PatientInnen fand es prinzipiell in Ordnung, dass psychisch Kranke unter bestimmten Umständen gegen ihren Willen behandelt werden können. In beiden Gruppen war mehr als die Hälfte der Be-

fragten davon ausgegangen, dass andere Menschen auf sie als PsychiatriepatientInnen herabsehen. Dennoch würden 85 % der freiwilligen PatientInnen sich zu einem späteren in einer ähnlichen Situation wieder stationär psychiatrisch aufnehmen lassen. Mit 67 % gab auch eine Mehrheit der gerichtlich untergebrachten PatientInnen an, sie würden in Zukunft in einer ähnlichen Situation von sich aus die Hilfe der Psychiatrischen Abteilung in Anspruch nehmen. Der Gruppenunterschied war signifikant ( $U = 493.0$ ;  $z = -2.38$ ;  $p < .01$ ).

Die gerichtliche Unterbringung beurteilten im Rückblick 39 % der Betroffenen als notwendig. Für 35 % der Betroffenen stellte die Unterbringung eine Erleichterung dar, weil ihnen eine Entscheidung abgenommen worden war. Dennoch erlebten 78 % die Unterbringung als Zwangsmaßnahme gegen ihren Willen oder als ungerechtfertigten Eingriff in ihre Rechte. Von den freiwillig Behandelten hatten 15 % angegeben, die Aufnahme sei nicht notwendig gewesen, 21 % hatten sogar einen gewissen Zwang oder einen Eingriff in ihre Rechte festgestellt. Als eine Erleichterung hatten 46 % die Aufnahme erlebt. Gruppenunterschiede wurden für die Angaben zur Akzeptanz der Unterbringung nicht berechnet, da sich die Fragen für freiwillige und untergebrachte PatientInnen auf unterschiedliche Ausgangssituationen (Aufnahme/Unterbringung) bezogen.

Bei der Prüfung der Hypothesen zu Untergruppen der gerichtlich Untergebrachten wurde als Indikator der Akzeptanz der Unterbringung das zusammenfassende Item »Notwendigkeit der Unterbringung« herangezogen. Es war angenommen worden, dass zusätzliche Zwangsmaßnahmen (Fixierungen oder Zwangsmedikationen) mit einer geringen initialen Akzeptanz der Unterbringung einhergehen würden. Entgegen der Hypothese fand sich in den Daten der dritten Behandlungswoche zwischen den 13 zusätzlich Zwangsbehandelten und der Restgruppe kein statistisch bedeutsamer Unterschied in der Akzeptanz der Unterbringung. Das Risiko, eine zusätzliche Zwangsmaßnahme zu erleben, korrespondierte in der untersuchten Stichprobe mit einem höheren Lebensalter ( $U = 140.0$ ;  $z = 2.23$ ;  $p < .05$ ) und einem höheren Ausmaß erlittener Zwangsmaßnahmen bei Voraufenthalt ( $U = 151.0$ ;  $z = 2.05$ ;  $p < .05$ ). Im Aufnahmebefund waren bei den Zwangsbehandelten vermehrt formale Denkstörungen ( $U = 135.5$ ;  $z = -2.74$ ;  $p < .01$ ) und Hostilität ( $U = 147.5$ ;  $z = -2.40$ ;  $p < .05$ ) festgestellt worden.

Verworfen werden mussten auch die Annahmen einer unterschiedlichen Behandlungsakzeptanz zwischen den nach BGB und nach PsychKG Untergebrachten, zwischen Männern und Frauen, sowie zwischen älteren und jüngeren Personen.

Hypothesenkonform korrelierte die Akzeptanz der Unterbringung in positiver Richtung mit dem psychosozialen Funktionsniveau ( $r = .36$ ;  $p < .05$ ). Demnach fiel es besonders den kränkeren PatientInnen schwer, die Notwendigkeit der Unterbringung einzusehen. Die Einschätzung der Notwendigkeit der Unterbringung korrelierte zudem signifikant mit der im Interview berichteten Krank-

heitseinsicht ( $r = .70$ ;  $p < .001$ ) ebenso wie mit den Fragebogenitems »Krankheitsgefühl bei Aufnahme« ( $r = .65$ ;  $p < .001$ ) und »aktuelles Krankheitsgefühl« ( $r = .55$ ;  $p < .001$ ).

Entsprechend der Hypothese unterschieden sich die berichteten Bewältigungsstrategien im Hinblick auf die Akzeptanz der Unterbringung ( $\text{Chi}^2 = 9.96$ ;  $\text{df} = 4$ ;  $p < .05$ ). Dabei fragte sich, inwieweit bereits die Schwere der Erkrankung und die Krankheitseinsicht Einfluss auf die Coping-Strategie hatten. Geprüft wurde dies mit dem Kruskal-Wallis-H-Test. In Bezug auf das psychische Funktionsniveau unterschieden sich die Strategien deutlich ( $\text{Chi}^2 = 10.12$ ;  $\text{df} = 4$ ;  $p < .05$ ), wobei die Verleugnung der Patientenrolle mit dem geringstem Funktionsniveau und die Verteidigung der Autonomie mit den höchsten Rangplätzen verbunden war. Noch etwas deutlicher korrespondierten die Bewältigungsstrategien mit der Krankheitseinsicht ( $\text{Chi}^2 = 12.14$ ;  $\text{df} = 4$ ;  $p < .05$ ). Die geringste Krankheitseinsicht fand sich bei Personen, die sich nicht in einer Behandlungssituation sahen, die höchste bei schutz- oder hilfeschuchenden Personen.

Bei der explorativen Korrelationsanalyse zur Feststellung der Zusammenhänge der Akzeptanz mit weiteren Faktoren ergab sich das in Tabelle 6 dargestellte Bild. Die Einschätzung der Notwendigkeit der Aufnahme korrelierte in der Gruppe gerichtlich Untergebrachter insgesamt sehr hoch mit den übrigen Items des Fragebogens zur Akzeptanz der Unterbringung. PatientInnen, die ihre gerichtliche Unterbringung bereits in der dritten Behandlungswoche akzeptieren konnten, zeigten auch Einsicht in ihre Erkrankung, nahmen die daraus resultierende Eigengefährdung im Vorfeld der Aufnahme wahr, erlebten die Unterbringung weniger als Zwang und eher als Erleichterung. Außerdem nahmen Personen mit größerer Akzeptanz der Unterbringung eher eine Zustandsverbesserung durch die bisherige Behandlung an und stimmten prinzipiell eher der Berechtigung von Unterbringungsgesetzen zu. Die Akzeptanz der Unterbringung korrelierte hoch mit der globalen Behandlungsbewertung, nämlich dem Eindruck, sich in der »richtigen« Behandlung zu befinden. Unter den einzelnen Behandlungsaspekten war der Zusammenhang mit der Medikamentenzufriedenheit am höchsten, gefolgt von der Zufriedenheit mit dem Arzt und den weiteren Therapieangeboten. Unter den Interviewdaten zur subjektiv erlebten Behandlungssituation fand sich ein signifikanter Zusammenhang der Akzeptanz mit einer positiven Beurteilung des Personals und der Möglichkeit zur Mitentscheidung bei der Medikation. Bei Erlebnisberichten zu Zwangsmaßnahmen ergab sich nur für das positive Erleben der Unterbringungsverhandlung eine signifikante Korrelation mit der Akzeptanz der Unterbringung. Keines der soziodemographischen Merkmale zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit der Akzeptanz der Unterbringung. Tendenziell bedeutsam war allein die deutsche Staatsangehörigkeit. Die BADO-Daten zum Aufnahmemodus und zur klinischen Vorerfahrung waren ebenso wie die Berichte zur Vorgeschichte der Unterbringung weitgehend unabhängig von

der Akzeptanz der Unterbringung. Signifikant korrelierte der in den Arztbriefen dokumentierte Unterbringungsgrund »Fremdgefährdung« mit mangelnder Akzeptanz.

Tab. 6: Explorative Datenanalyse – Signifikante Korrelationen der Akzeptanz der Unterbringung in der dritten Behandlungswoche (N = 46)

<u>Items des Akzeptanzfragebogens</u>	<u>Behandlungsbewertung</u>	<u>Interviewdaten</u>
Krankheitsgefühl bei Aufnahme r = .65***	Globale Bewertung r = .52***	Krankheitseinsicht r = .70***
Krankheitsgefühl aktuell r = .55***	Medikamentenzufriedenheit r = .65***	Mitentscheidung r = .57***
Eigengefährdung r = .72***	Arztzufriedenheit r = .48**	Unterbringungsverhandlung r = .52***
Erleben als Zwang r = -.63***	Übrige Therapien r = .42**	Beurteilung Personal r = .34*
Erleben als Erleichterung r = .76***		
Einverständnis bei Aufnahme r = .51***	<u>Psychopathologie</u>	<u>Arztbrief</u>
Zustandsveränderung seit Aufnahme r = .41**	GAF r = .36*	Fremdgefährdung rbisR = .41*
Berechtigung der Gesetze r = .42**		<u>BADO</u> Staatsangehörigkeit rbisR = .42 (T)

(T)  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ ;

Korrelationen nach Spearman (r) oder biseriale Rangkorrelationen (rbisR)

## 9.2.2 Behandlungszufriedenheit während des Aufenthalts

Mit der Bereitschaft zu einer freiwilligen Wiederaufnahme bei Auftreten einer ähnlichen Symptomatik wurde oben bereits ein Indikator für die Behandlungszufriedenheit angeführt, der zwischen gerichtlich Untergebrachten und freiwilligen PatientInnen signifikant unterschied. Ein weiter differenziertes Bild ergab sich aus den Fragen, die dem Klientenbogen zur Behandlungsbewertung (KliBB) entnommen waren. Eine Ergebnisübersicht für den gesamten Fragebogen ist in Tabelle 7 dargestellt.

Tab. 7: Ergebnisse der Fragebögen – Behandlungszufriedenheit während des stationären Aufenthalts (modifizierter KliBB)

Frage	Antwort	Untergebracht (N = 46)	Freiwillig (N = 33)
Glauben Sie, dass Sie hier insgesamt die richtige Behandlung erhalten?	Ja: mittlerer Rang:	67 % 40.77	76 % 38.92
Fühlen Sie sich von Ihrem Arzt verstanden und setzt er sich für Sie ein?	Ja: mittlerer Rang:	65 % 43.45	82 % 35.20*
Ist der Umgang mit den sonstigen Mitarbeitern für Sie eher angenehm oder unangenehm?	Angenehm: mittlerer Rang:	85 % 41.79	91 % 37.50
Glauben Sie, dass Sie hier die für Sie richtigen Medikamente erhalten?	Ja: mittlerer Rang:	52 % 40.75	61 % 36.67
Glauben Sie, dass die sonstigen Angebote hier (wie z.B. Ergotherapie, Musiktherapie, Psychosegruppe) für Sie richtig sind?	Ja: mittlerer Rang:	54 % 44.21	76 % 34.14*
Fühlen Sie sich insgesamt geachtet und respektiert?	Ja: mittlerer Rang:	76 % 43.38	94 % 35.29*
Ist die bisherige Behandlung hier für Sie hilfreich gewesen?	Ja: mittlerer Rang:	65 % 41.83	76 % 37.45

\* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ : Unterschiede zwischen gerichtlich Untergebrachten und freiwillig Behandelten (U-Test, 1-seitig)

Bei der Auswertung zeigte sich, dass die Gruppen sich in der globalen Bewertung der Behandlung und des bisherigen Behandlungserfolgs nicht signifikant unterschieden. Völlig ablehnend der Behandlung gegenüber äußerte sich bei den gerichtlich untergebrachten PatientInnen eine Untergruppe von zwölf Personen (26 %). Unter den freiwilligen PatientInnen waren immerhin drei Personen (9 %), die der Ansicht waren, gar nicht die richtige Behandlung zu bekommen. Überhaupt nicht hilfreich fanden die Behandlung 15 % der gerichtlich Untergebrachten und 12 % der freiwilligen PatientInnen. Bei der Bewertung von Einzelaspekten der Behandlungszufriedenheit unterschieden sich die gerichtlich untergebrachten und die freiwilligen PatientInnen in erwarteter Richtung vor allem in der Beurteilung der Gruppenangebote ( $U = 565.5$ ;  $z = -2.00$ ;  $p < .05$ ), hinsichtlich des ihnen insgesamt entgegengebrachten Respekts ( $U = 603.5$ ;  $z = -1.69$ ;  $p < .05$ ) und in der wahrgenommenen Patientenorientierung des Arztes ( $U = 600.5$ ;  $z =$

-1.66;  $p < .05$ ). Betrachtet man wiederum die Anteile der extrem ungünstigen Bewertungen, zeigt sich wieder eine differenzierte Bewertung. Von den 46 befragten, gerichtlich untergebrachten PatientInnen fühlten sich nur sechs gar nicht vom Arzt verstanden und unterstützt, zwölf hielten die sonstigen Angebote gar nicht für richtig und drei fühlten sich insgesamt gar nicht geachtet und respektiert.

Bemerkenswert ist, dass die Bewertung der Einzelaspekte in beiden Gruppen annähernd in derselben Rangfolge vorgenommen wurde. Die ersten beiden Plätze belegten jeweils der Umgang mit den sonstigen MitarbeiterInnen und das Gefühl, insgesamt geachtet und respektiert zu werden. Auf dem dritten Platz lag die Zufriedenheit mit dem Engagement der ÄrztInnen, gefolgt von der Zufriedenheit mit den sonstigen Therapieangeboten. Die schlechtesten Noten gaben beide Gruppen den Medikamenten, die jeweils nur von wenig mehr als der Hälfte der Befragten für richtig befunden wurden.

Die Unterschiedshypothesen zur Behandlungszufriedenheit in Untergruppen der gerichtlich Untergebrachten wurde mit dem Item »Globale Zufriedenheit mit der Behandlung« und mit einem aus den Interviews extrahierter Bewertungsindex geprüft. Das KliBB-Item (»Glauben Sie, dass Sie hier insgesamt die richtige Behandlung erhalten?«) kann nach Analysen von GRUYTERS (1995) als gute Zusammenfassung der Behandlungsbewertung angesehen werden. Nach Berechnung einer Reliabilitätsanalyse zur internen Konsistenz des antwortmodifizierten KliBB zeigte sich auch in der vorliegenden Untersuchung, dass das Item der Globalzufriedenheit mit  $r^2 = .72$  den mit Abstand höchsten Determinationsquotienten der Skala aufwies. Die Globalbewertung der Behandlung als »richtig« korrelierte innerhalb des Fragebogens hoch mit der ebenfalls globalen Bewertung der Behandlung als »hilfreich« ( $r = .80$ ;  $p < .001$ ). Unter den Einzelaspekten der Behandlungszufriedenheit fand sich der engste Zusammenhang mit der Medikamentenzufriedenheit ( $r = .78$ ;  $p < .001$ ), dicht gefolgt von der Arztzufriedenheit ( $r = .73$ ;  $p < .001$ ). Am geringsten korrelierte die globale Zufriedenheit mit der Mitarbeiterzufriedenheit ( $r = .45$ ;  $p < .005$ ). Für die interne Konsistenz der Gesamtskala ergab sich ein Cronbach- $\alpha$  von .84, was ein zufrieden stellend hoher Wert ist.

Der aus den Interviews extrahierter Bewertungsindex enthält ein Maß für die von den PatientInnen spontan vorgebrachte Unzufriedenheit und Kritik. Der Index ergab sich aus der Anzahl negativer Aussagen geteilt durch die Anzahl aller bewertenden Äußerungen mal 100. Ein Index von 60 besagt demnach, dass innerhalb eines Interviews 60 % aller bewerteten Aussagen zur Behandlungszufriedenheit negativ waren. Die Berechnung wich vom Vorschlag von GRUYTERS (1995) ab, der von den positiven Angaben ausgegangen war und zu einer umgekehrt gepolten Skala gelangte. Diese Berechnung war im vorliegenden Fall aus mathematischen Gründen nicht möglich, weil einige der Befragten gar keine positiven Aspekte genannt hatten.

Zwischen dem Index und der globalen Behandlungsbewertung zeigte sich bei der Gruppe gerichtlich Untergebrachter ( $N = 46$ ) erwartungsgemäß ein signifikanter Zusammenhang ( $r = .53$ ;  $p < .001$ ). Der Bewertungsindex korrelierte von den übrigen KliBB-Items am höchsten mit der Einschätzung, die Behandlung sei hilfreich ( $r = .50$ ;  $p < .001$ ) und mit der Bewertung der sonstigen Therapieangebote ( $r = .48$ ;  $p < .005$ ) und am niedrigsten mit dem Erleben von Achtung und Respekt ( $r = .31$ ;  $p < .05$ ). In der Stichprobe der gerichtlich untergebrachten PatientInnen hatte sich ein mittlerer Bewertungsindex von 69.43 ( $\min = 16.67$ ;  $\max = 100$ ;  $SD = 23.41$ ) ergeben. Demnach waren fast 70 % aller Angaben zur Behandlungsbewertung negativ. Dieser im Vergleich zur überwiegend positiven Einschätzung im Fragebogen widersprüchliche Befund erklärt sich zum Teil dadurch, dass die Interviews eher auf mögliche Kritikpunkte als auf lobende Äußerungen der unfreiwilligen Nutzer fokussiert waren. Andererseits könnte beim Fragebogen eine Tendenz zur sozial erwünschten Antwort zu einer eher milden Beurteilung beigetragen haben.

Die Hypothese, nach der zusätzlich zwangsbehandelte Personen eine geringere Behandlungszufriedenheit aufweisen würde als die Restgruppe, ließ sich mit keinem der beiden Kriterien bestätigen. Das Erleben von Zwangsmaßnahmen ging allerdings mit einer deutlich geminderten Medikamentenzufriedenheit ( $U = 135.5$ ;  $z = -2.43$ ;  $p < .01$ ) und einer geringeren Zufriedenheit mit den sonstigen therapeutischen Angeboten ( $U = 133.0$ ;  $z = -1.84$ ;  $p < .05$ ) einher. Die Unterschiedshypothesen zwischen den nach PsychKG und den nach BGB Untergebrachten mussten ebenfalls verworfen werden. Bestätigt wurde die Annahme, dass Frauen zufriedener mit der Behandlung sein würden als Männer ( $U = 180.5$ ;  $z = -1.85$ ;  $p < .05$ ), was insbesondere für die Zufriedenheit mit dem Arzt galt ( $U = 185.5$ ;  $z = -1.72$ ;  $p < .05$ ). Die Vermutung, dass jüngere PatientInnen weniger zufrieden mit der Behandlung sein würden als ältere PatientInnen fand keine Bestätigung. Allerdings fühlten sich PatientInnen unter 35 Jahren auf der Station weit weniger geachtet und respektiert als ältere Personen ( $U = 126.5$ ;  $z = -3.10$ ;  $p < .005$ ). Entgegen der Erwartung war die Behandlungszufriedenheit nicht nennenswert mit dem psychischen Funktionsniveau als Maß der Schwere der Erkrankung korreliert (Globalbewertung:  $r = -.19$ ; n. s.; Index:  $r = .03$ ; n. s.). Die im Interview erfragte oder spontan berichtete Krankheitseinsicht korrelierte hingegen signifikant mit beiden Zufriedenheitsmaßen, und zwar deutlicher mit der globalen Bewertung ( $r = .49$ ;  $p < .001$ ) als mit dem Bewertungsindex ( $r = .30$ ;  $p < .05$ ). Noch enger war der Zusammenhang der Krankheitseinsicht mit der globalen Einschätzung der Behandlung als hilfreich ( $r = .58$ ;  $p < .001$ ). Unter den Einzelaspekten der Behandlungszufriedenheit stand die Krankheitseinsicht in deutlichem Zusammenhang mit der Arztzufriedenheit ( $r = .51$ ;  $p < .001$ ) und entsprechend mit der im Interview erfragten Möglichkeit zur Mitentscheidung bei der medikamentösen Behandlung ( $r = .53$ ;  $p < .001$ ). Das im Fragebogen an-

gesprochene Krankheitsgefühl bei Aufnahme korrelierte ebenfalls signifikant mit der Globalbewertung der Behandlung ( $r = .57$ ;  $p < .001$ ) und mit dem Bewertungsindex ( $r = .32$ ;  $p < .05$ ). Entsprechend der Hypothesen unterschieden sich Personen mit verschiedenen Bewältigungsstrategien in der Zufriedenheit mit der Behandlung (Index:  $\text{Chi}^2 = 17.76$ ;  $\text{df} = 4$ ;  $p < .001$ ; Globalbewertung:  $\text{Chi}^2 = 13.31$ ;  $\text{df} = 4$ ;  $p < .01$ ). Die Rangfolge der Strategien im Hinblick auf eine positive Behandlungszufriedenheit war für beide Kriterien gleich: (1) Akzeptanz von Schutz oder Hilfe, (2) Anpassen ohne eigenes Anliegen, (3) Verteidigung der Autonomie, (4) Wut, Resignation oder Traumatisierung und (5) Verleugnen der Behandlungssituation.

Die Ergebnisse der explorativen Korrelationsanalyse sind in Tabelle 8 dargestellt. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge der beiden Zufriedenheitsmaße mit der Einverständnis bei Aufnahme, mit der Zustandsveränderung seit der Aufnahme sowie mit dem Erleben der Unterbringung nicht als Zwangsmaßnahme, sondern als Erleichterung. Die Korrelationen des Bewertungsindex mit den Fragen zur Akzeptanz waren jeweils etwas niedriger als die der Globalbewertung. Beim Aufnahmemodus erwies sich, dass PatientInnen, die als Notfall und ohne Begleitung von Helfern ins Krankenhaus gekommen waren, in der globalen Bewertung wenig zufrieden mit der Behandlung waren. Unter den soziodemographischen Merkmalen fanden sich kaum bedeutsame Zusammenhänge mit der Patientenzufriedenheit. Mit dem Bewertungsindex, der ja das Ausmaß kritischer Äußerungen wiedergibt, war die nichtdeutsche Staatsangehörigkeit signifikant korreliert. Zur Anzahl der Voraufenthalte bestand keine nennenswerte korrelative Beziehung. Die Erkrankungsdauer spielte in dem Sinne eine Rolle, dass länger Erkrankte (damit vor allem ältere PatientInnen) etwas milder über die Behandlung urteilten. Die Interviewergebnisse zur Vorgeschichte der Aufnahme waren kaum mit Behandlungszufriedenheit korreliert. Beide Zufriedenheitsmaße korrespondierten deutlich mit den Angaben zur Möglichkeit der Mitentscheidung bei der Medikation. Berichte zum Erleben von Freiheitsbeschränkungen ergaben nur für die Unterbringungsverhandlung eine signifikante Korrelation mit der globalen Zufriedenheit. Mit dem Bewertungsindex korrelierte die Ausgangsregel zum Zeitpunkt der Befragung und das Erleben der geschlossenen Tür.

### 9.2.3 Behandlungsbewertungen sechs Monate nach Entlassung

Sechs Monate nach Entlassung aus der Abteilung befanden sich noch 48 gerichtlich untergebrachte und 29 freiwillig behandelte PatientInnen in den Stichproben. Von beiden Gruppen nahmen etwa die Hälfte der TeilnehmerInnen die Gelegenheit wahr, Fragebögen zur Behandlungsbewertung ausgefüllt zurück zu senden.

Tab. 8: Explorative Datenanalyse – Signifikante Korrelationen der globalen Bewertung und des Bewertungsindex gerichtlich Untergebrachter in der dritten Behandlungswoche (N = 46)

Akzeptanzfragebogen	Globale Bewertung	Bewertungsindex
	Interview	Interview
Krankheitsgefühl bei Aufnahme r = .57***	Krankheitseinsicht r = .49***	Ausgangsregel r = .50***
Zustandsveränderung seit Aufnahme r = .50***	Mitentscheidung r = .64***	Geschlossene Tür r = -.50***
Einverständnis bei Aufnahme r = .60***	Unterbringungsverhandlung r = .36	Mitentscheidung r = .46**
Erleben als Zwang r = -.35*	Beurteilung Mitpatienten r = .33*	<b>BADO</b>
Erleben als Erleichterung r = .42**	<b>BADO</b>	Erkrankungsdauer rbisR = .24 (T)
	Ohne Einweisung rbisR = .30*	Staatsangehörigkeit rbisR = .51*
	Ohne Begleitung rbisR = .40*	

(T)  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ ; Korrelationen nach Spearman (r) oder biseriale Rangkorrelationen (rbisR)

Zunächst war zu prüfen, inwieweit die 24 ursprünglich Untergebrachten und die 15 freiwillig behandelten Antwortter noch repräsentativ für die Gesamtgruppen waren. Zu vermuten war, dass behandlungs- und krankheitseinsichtige Personen eher bereit sein würden, an einer Nachbefragung teilzunehmen. Bei den ursprünglich gerichtlich Untergebrachten zeigte sich, dass die TeilnehmerInnen der Nachbefragung im Vergleich zu den Nicht-TeilnehmerInnen bereits auf der Station ihre Behandlungsnotwendigkeit höher eingeschätzt hatten ( $U = 142.0$ ;  $z = -2.05$ ;  $p < .05$ ) und häufiger nach BGB untergebracht waren ( $\text{Chi}^2 = 8.75$ ;  $df = 1$ ;  $p < .01$ ). Tendenziell bedeutsam ( $p < .10$ ) für die Bereitschaft zur Rücksendung des Fragebogens waren ein höheres psychisches Funktionsniveau zu Beginn der Behandlung ( $U = 174.0$ ;  $z = -1.91$ ), die frühzeitige Wahrnehmung einer Eigengefährdung ( $U = 158.0$ ;  $z = -1.95$ ), die Anerkennung der Unterbringungsgesetze als richtig ( $U = 152.5$ ;  $z = -1.77$ ), die initiale Einwilligung in eine medikamentöse Behandlung ( $U = 179.5$ ;  $z = -1.79$ ) und der Rechtsstatuswechsel während der Behandlung ( $\text{Chi}^2 = 4.47$ ;  $df = 1$ ). In der Gruppe der freiwillig Behandelten unterschieden sich die TeilnehmerInnen der Nachbefragung in keinem Merkmal signifikant von der Restgruppe.

Wie zu erwarten, gaben die Untergebrachten signifikant häufiger als die Freiwilligen an, mit der Aufnahme nicht einverstanden gewesen zu sein ( $U = 56.5$ ;  $z = -3.71$ ;  $p < .001$ ). Auch die Notwendigkeit der Behandlung wurde von den Untergebrachten im Rückblick signifikant geringer eingeschätzt als von den freiwillig Behandelten ( $U = 115.0$ ;  $z = -2.12$ ;  $p < .05$ ). Neben den Gruppenunterschieden war von Interesse, ob und welche Aspekte der Behandlungsakzeptanz sich bei den TeilnehmerInnen der Nachbefragung im Vergleich zur Erstbefragung verändert hatten. Hierzu wurden die Mittelwertdifferenzen der verbundenen Stichproben mit dem Wilcoxon-Test für rangskalierte Daten geprüft. Bei den gerichtlich Untergebrachten zeigte sich, dass sie sich für den Zeitpunkt der Aufnahme in der späteren Befragung signifikant kränker einschätzten ( $z = -2.11$ ;  $p < .05$ ) und tendenziell im Rückblick eher von der Notwendigkeit der Unterbringung ausgingen ( $z = -1.91$ ;  $p < .10$ ). Die freiwilligen PatientInnen beurteilten ihr Befinden bei Aufnahme in der späteren Befragung ebenfalls eher als krank ( $z = -2.31$ ;  $p < .05$ ) und die Behandlung eher als notwendig ( $z = -2.53$ ;  $p < .05$ ). Zudem schätzten sie im Nachhinein die Eigen- oder Fremdgefährdung aufgrund der Erkrankung höher ein ( $z = -2.23$ ;  $p < .05$ ), was bei gerichtlich Untergebrachten nicht der Fall war. Die Bereitschaft, bei einer erneuten Erkrankung noch einmal die Hilfe des Krankenhauses in Anspruch zu nehmen, blieb in beiden Gruppen auf hohem Niveau stabil.

Die Ergebnisse des Vergleichs der rückblickend bewerteten Akzeptanz der Behandlung zwischen den nachbefragten Gruppen sind in Tabelle 9 dargestellt.

Ergänzend zum ursprünglichen Fragebogen zur Akzeptanz der Behandlung wurde bei der Nachbefragung nach Veränderungen in den Bereichen Familie und Soziales gefragt. Zur Entwicklung der familiären Situation und der Beziehungen zu anderen Personen vermerkten 43 % der ehemals Untergebrachten und 38 % der Freiwilligen große Verbesserungen, 38 % versus 46 % leichte Verbesserungen und 19 % versus 15 % leichte Verschlechterungen. Der Gruppenunterschied war nicht signifikant. Zur Veränderung der sozialen Situation (Finanzen, Wohnung, Beschäftigung) im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme erklärten 33 % der zuvor gerichtlich Untergebrachten und 7 % der freiwillig Behandelten, es sei viel besser geworden, 43 % versus 64 % schätzten ihre Lage etwas besser ein, 10 % versus 29 % gaben leichte Verschlechterungen an und 14 % der zuvor gerichtlich Untergebrachten berichteten erhebliche Verschlechterungen. Im Mittel unterschieden sich die Gruppen nicht signifikant.

In der Tabelle 10 sind die Ergebnisse zur Behandlungszufriedenheit sechs Monate nach Entlassung im Gruppenvergleich und im Vergleich zur Vorbefragung dargestellt. Im Fragebogen zur rückblickenden Behandlungszufriedenheit ergab sich ein halbes Jahr nach Entlassung zwischen den ursprünglich freiwilligen und den gerichtlich untergebrachten PatientInnen kein signifikanter Unterschied in den globalen Bewertungen der Behandlung als hilfreich oder richtig. Etwa 70 %

Tab. 9: Ergebnisse der Fragebögen – Akzeptanz der Behandlung sechs Monate nach Entlassung

Frage	Antwort	Untergebracht (N = 24)		Freiwillig (N = 15)	
		M6	(W3-4)	M6	(W3-4)
		Waren Sie zum Zeitpunkt der Aufnahme mit einer stationären Behandlung einverstanden?	Ja: 42 % mittl. Rang: 25.15	(41 %)	93 % 11.77***
Können Sie in der Rückschau zustimmen, dass die Behandlung zum damaligen Zeitpunkt notwendig war?	Ja: 75 % mittl. Rang: 22.71	(55 %)	93 % 15.67*	(80 %)*	
Wie erinnern Sie Ihr Befinden bei Aufnahme aus heutiger Sicht? Waren Sie damals eher gesund oder krank?	Krank: 75 % mittl. Rang: 22.06	(50 %)*	100 % 16.70	(73 %)*	
Bestand vor der Aufnahme aufgrund Ihres Befindens eine unmittelbare Eigen- oder Fremdgefährdung?	Ja: 62 % mittl. Rang: 20.83	(64 %)	73 % 18.67	(33 %)*	
Würden Sie zu einem späteren Zeitpunkt die Hilfe der Psychiatrischen Abteilung erneut in Anspruch nehmen?	Ja: 88 % mittl. Rang: 21.35	(81 %)	87 % 17.83	(79 %)	

\*:  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$ : Unterschiede zwischen den beiden Befragungszeitpunkten W 3–4 und M6 (Wilcoxon-Test, 2-seitig) und Unterschiede zwischen gerichtlich Untergebrachten und freiwillig Behandelten (U-Test, 1-seitig)

der zuvor unfreiwillig Behandelten und mehr als 90 % der freiwilligen PatientInnen äußerten sich im Nachhinein überwiegend zufrieden mit dem Krankenhausaufenthalt. Das einzige Bewertungskriterium, in dem sich die beiden Gruppen in der Nachbefragung signifikant unterschieden, war die Arztzufriedenheit, die bei den vorher gerichtlich Untergebrachten unter 60 % lag ( $U = 88.5$ ;  $z = -2.90$ ;  $p < .01$ ). Bei den gerichtlich Untergebrachten war die Arztzufriedenheit im zeitlichen Abstand zur Behandlung sogar noch etwas geringer als während des stationären Aufenthalts. Demgegenüber berichteten die ursprünglich unfreiwilligen PatientInnen eine tendenziell größere Medikamentenzufriedenheit als bei der Erstbefragung ( $z = -1.73$ ;  $p < .10$ ). Bei den freiwillig Behandelten war die globale Einschätzung der Behandlung als »richtig« ( $z = -2.41$ ;  $p < .05$ ) und als »hilfreich« ( $z = -2.12$ ;  $p < .05$ ) sowie die Arztzufriedenheit ( $z = -2.41$ ;  $p < .05$ ) im Zeitverlauf signifikant angestiegen.

**Tab. 10: Ergebnisse der Fragebögen – Behandlungszufriedenheit sechs Monate nach Entlassung (modifizierter KliBB)**

Frage	Antwort	Untergebracht (n = 24)		Freiwillig (n=15)	
		M6	(W3-4)	M6	(W3-4)
Glauben Sie, dass Sie in der Abteilung für Psychiatrie insgesamt die richtige Behandlung erhalten haben?	Ja: 71 % mittl. Rang: 20.75	(64 %)	100 % 17.36	(73 %)*	
Fühlten Sie sich von Ihrem Arzt verstanden und setzte er sich für Sie ein?	Ja: 58 % mittl. Rang: 23.81	(68 %)	100 % 13.90**	(80 %)*	
War der Umgang mit den sonstigen Mitarbeitern für Sie eher angenehm oder unangenehm?	Angenehm: 91 % mittl. Rang: 19.11	(81 %)	100 % 18.83	(100 %)	
Glauben Sie, dass Sie in der Klinik die für Sie richtigen Medikamente erhalten haben?	Ja: 73 % mittl. Rang: 19.27	(62 %)*	93 % 17.29	(73 %)	
Glauben Sie, dass die sonstigen therapeutischen Angebote der Klinik für Sie richtig waren?	Ja: 74 % mittl. Rang: 19.22	(59 %)	79 % 18.64	(67 %)	
Fühlten Sie sich insgesamt geachtet und respektiert?	Ja: 91 % mittl. Rang: 19.43	(82 %)	100 % 19.60	(93 %)	
Ist die Behandlung in der Klinik insgesamt für Sie hilfreich gewesen?	Ja: 75 % mittl. Rang: 1,79	(68 %)	93 % 1,53	(73 %)*	

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ : Unterschiede zwischen den beiden Befragungszeitpunkten W 3-4 und M6 (Wilcoxon-Test, 2-seitig) und Unterschiede zwischen gerichtlich Untergebrachten und freiwillig Behandelten (U-Test, 1-seitig)

Der Nachbefragungsbogen der gerichtlich untergebrachten PatientInnen enthielt zusätzliche Fragen zur Akzeptanz der Unterbringung und zur Nachbesprechung der freiheitsentziehenden Maßnahmen. Im Abstand von einem halben Jahr nach Entlassung konnten 29 % der Nachbefragten die Unterbringung voll akzeptieren, 38 % einigermaßen, 13 % eher nicht und 21 % gar nicht. Zusätzliche Zwangsmaßnahmen berichteten zehn Personen, und zwar acht Zwangsmedikationen, eine Fixierung und eine Fixierung mit Zwangsmedikation. Von den Betroffenen meinten vier, sie könnten dies aus heutiger Sicht ganz sicher oder einigermaßen akzeptieren. Sechs Personen befanden, die erlittenen Zwangsmaß-

nahmen auch im Nachhinein nicht akzeptieren zu können. Der Vergleich mit den betreffenden Dokumentationen zeigte, dass die Hälfte der berichteten Zwangsmedikationen nicht dokumentiert waren und dass umgekehrt eine Person nicht angegeben hatte, zwangsbehandelt worden zu sein, obwohl dies dokumentiert war. Zur Frage, ob der Arzt bzw. die Ärztin den PatientInnen im Laufe der Behandlung ein Gespräch über ihre Sicht der Unterbringung und über erfolgte Zwangsmaßnahmen angeboten habe, erklärten 23 %, es habe eine ausführliche Nachbesprechung stattgefunden, bei 41 % waren die Unterbringungen aus Patientensicht einigermaßen nachbesprochen worden und bei 36 % hatte keine Nachbesprechung stattgefunden. Von denen, die angaben, dass der Behandler mit ihnen nicht über die Unterbringung gesprochen habe, hätten sich 56 % ein solches Gespräch gewünscht. Ein ausführliches Abschlussgespräch über Wünsche der Betroffenen im Falle einer weiteren Krankenhausbehandlung oder den Abschluss einer diesbezüglichen Behandlungsvereinbarung berichteten 26 % der Befragten. Weitere 30 % gaben an, »einigermaßen« darüber gesprochen zu haben. Die PatientInnen, bei denen das Vorgehen bei einer möglichen Wiederaufnahme nicht angesprochen worden war, hätten sich zu 40 % »vielleicht« ein solches Gespräch gewünscht. Die letzte Frage betraf das Interesse der Betroffenen an einer Informations- oder Gesprächsgruppe für ehemals gerichtlich untergebrachte PatientInnen. An einem solchen Angebot zeigten nur 17 % der Befragten Interesse.

Auf eine Prüfung der Hypothesen und eine Korrelationsanalyse wurde bei den Nachbefragungsdaten aufgrund der mangelnden Repräsentativität für die Gesamtgruppe gerichtlich Untergebrachter verzichtet.

## 10 Behandlungserfolge

### 10.1 Rechtsstatuswechsel vor Entlassung

Bis zum Ende der Behandlung waren 22 der 50 gerichtlich untergebrachten PatientInnen durchgängig gegen ihren Willen behandelt worden. Die übrigen 28 gerichtlich Untergebrachten hatten ihren Rechtsstatus im Laufe des Aufenthalts im Sinne einer freiwilligen Weiterbehandlung gewechselt. Die Unterbringungs-dauer der gerichtlich untergebrachten PatientInnen lag bei durchschnittlich 41.9 Tagen (SD = 25.46). Die kürzeste Unterbringung dauerte sieben Tage, die längste 124 Tage. Zu einer Unterbrechung des Aufenthalts von weniger als vier Wochen war es bei zehn der gerichtlich Untergebrachten und bei drei freiwillig behandelten PatientInnen gekommen. Von den gerichtlich Untergebrachten hatten acht Personen den Aufenthalt einmal und drei Personen zweimal unterbrochen. Die erste Unterbrechung führte bei acht der untergebrachten PatientInnen zu Wiederaufnahmen innerhalb der ersten Woche und bei drei innerhalb der vierten Woche. Eine tagesklinische Fortsetzung des Aufenthalts war bei sechs der gerichtlich Untergebrachten und vier der freiwilligen PatientInnen erfolgt. Ohne Berücksichtigung der tagesklinischen Weiterbehandlung und einschließlich der Fortsetzungsbehandlungen bei Unterbrechungen lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der gerichtlich untergebrachten PatientInnen bei 68.9 Tagen (SD = 36.9; min = 16; max = 163) und die der freiwilligen PatientInnen bei 48.2 Tagen (SD = 26.4; min = 17; max = 117). Der Unterschied war statistisch signifikant ( $T = 2.98$ ;  $df = 80$ ;  $p < .005$ ). Die Signifikanz entfiel bei Berücksichtigung tagesklinischer Weiterbehandlungen.

Die freiwillige Weiterbehandlung nach Ablauf der Unterbringung wurde als ein wesentliches Erfolgskriterium der stationären Behandlung gemäß den Hypothesen im Hinblick auf Unterschiede in Untergruppen gerichtlich Untergebrachter geprüft. Es zeigte sich, dass weder zusätzliche Zwangsmaßnahmen, noch der Unterbringungsstatus, das Geschlecht, die Altersgruppe, die Schwere der Erkrankung oder die Coping-Strategie Einfluss auf den Rechtsstatuswechsel hatten. Bestätigt wurde dagegen die Annahme, dass sich die Krankheitseinsicht zu Beginn der Behandlung zwischen den 28 Rechtsstatuswechslern und den 22 durchgängig Untergebrachten unterschied ( $U = 161.0$ ;  $z = -3.20$ ;  $p < .001$ ). Weiterhin zeigte sich, dass Rechtsstatuswechsler schon in der Erstbefragung eine signifi-

kant höhere Akzeptanz der Unterbringung ( $U = 169.0$ ;  $z = -2.05$ ;  $p < .05$ ) und eine tendenziell höhere globale Behandlungszufriedenheit ( $U = 186.0$ ;  $z = -1.65$ ;  $p < .10$ ) aufwiesen als durchgängig untergebrachte Personen.

Die explorative Korrelationsanalyse zur Feststellung der Zusammenhänge des Rechtsstatuswechsels mit weiteren Faktoren ergab die in Tabelle 11 dargestellten signifikanten Korrelationen. Von allen geprüften Variablen bestand die höchste Korrelation des Rechtsstatuswechsels mit der im Interview erhobenen Krankheitseinsicht. PatientInnen, die durchgängig untergebracht waren, kamen schon zur Aufnahme eher gegen ihren Willen und seltener in Begleitung von Helfern. Die soziodemographischen Angaben waren nicht bedeutsam. Unter den psychopathologischen Merkmalen im Aufnahmebefund zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang der durchgängigen Unterbringung mit Hostilität. Rechtsstatuswechsler sahen schon in der dritten Behandlungswoche eher die Notwendigkeit der Unterbringung ein und beurteilten die Freiheitsentziehung weniger als Zwangsmaßnahme gegen ihren Willen, dafür häufiger als Erleichterung. Eher als die durchgehend Untergebrachten berichteten die freiwillig Weiterbehandelten den Eindruck, dass andere auf sie wegen des Psychiatrieaufenthalts herabsehen würden. Der Wechsel zur Freiwilligkeit korrelierte mit der initialen Einschätzung

Tab. 11: Explorative Datenanalyse – Signifikante Korrelationen des Rechtsstatuswechsels vor Entlassung bei gerichtlich Untergebrachten (N = 50)

<b>Aufnahmemodus</b>	<b>Akzeptanz (W3–4)</b>
Gegen Willen	Unterbringung notwendig
$r_{bisR} = -.30^*$	$r_{bisR} = .31^*$
Begleitung durch Helfer	Unterbringung Zwang
$r_{bisR} = .34^*$	$r_{bisR} = -.38^{**}$
	Unterbringung Erleichterung
<b>Aufnahmebefund</b>	$r_{bisR} = .34^*$
Hostilität	Erleben Herabsehen
$r_{bisR} = -.30^*$	$r_{bisR} = .30$ (T)
<b>Interview</b>	<b>Behandlungsbewertung (W3–4)</b>
Krankheitseinsicht	Behandlung hilfreich
$r_{bisR} = .48^{**}$	$r = .37^*$
Mitentscheidung	Arztzufriedenheit
$r_{bisR} = .38^*$	$r = .39^{**}$
Unterbringungsverhandlung	Übrige Therapien
$r_{bisR} = .36^*$	$r = .32^*$

(T)  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ : Biseriale Rangkorrelationen ( $r_{bisR}$ )

der Behandlung als hilfreich. Unter den Einzelaspekten der Behandlungszufriedenheit waren die Arztzufriedenheit und das Interesse an sonstigen Therapieangeboten bedeutsam. Die mangelnde Mitentscheidung bei der Medikation und eine als unfair erlebte Unterbringungsverhandlung waren mit einer Aufrechterhaltung der Unterbringung bis zum Behandlungsende verknüpft.

Unter Einbeziehung der signifikanten Korrelationen und der Variablen aus den Hypothesen wurde eine Diskriminanzanalyse durchgeführt, die mit der SPSS-Option »schrittweise« gerechnet wurde. Als einziger signifikanter Prädiktor des Rechtsstatuswechsels wurde die im Interview ermittelte Krankheitseinsicht angegeben. Die kanonische Korrelation lag bei  $R = .49$ .

## 10.2 Zustandsveränderung bei Entlassung

Zum Zeitpunkt der Entlassung wurde von den behandelnden ÄrztInnen für alle TeilnehmerInnen der Studie und für die Ablehner eine CGI-Skala ausgefüllt. Nach den in Tabelle 12 dargestellten Ergebnissen der Arztbefragung muss die Annahme, dass gerichtlich untergebrachte schizophrene PatientInnen bei Entlassung geringere Behandlungserfolge als eine Vergleichsgruppe freiwillig Behandelte aufweisen, sowohl für die Reduktion der psychopathologischen Symptomatik als auch für die Medikamentenwirksamkeit zurückgewiesen werden.

Den Schweregrad der Erkrankungen der gerichtlich untergebrachten Personen schätzten die KlinikärztInnen zum Ende der Behandlung im Durchschnitt nicht höher ein als bei der freiwillig behandelten Vergleichsgruppe. Es fiel auf, dass fast die Hälfte der gerichtlich Untergebrachten bei Entlassung als nur wenig gebessert eingeschätzt wurden. Die Wirksamkeit der neuroleptischen Medikation wurde bei fast einem Drittel der gerichtlich Untergebrachten als gering eingestuft, mehr als ein Fünftel litt in erheblichen Maße unter unerwünschten Medikamentenwirkungen. Das Auftreten von therapiestörenden Nebenwirkungen wurde von gerichtlich Untergebrachten im Vergleich zu den freiwillig Behandelten signifikant häufiger berichtet ( $T = 2.24$ ;  $df = 70,6$ ;  $p < .05$ ; zweiseitig).

Bei Prüfung der Hypothesen zur Besserung der Symptomatik bei Untergruppen der gerichtlich Untergebrachten zeigte sich, dass sämtliche Annahmen verworfen werden mussten. Tendenziell bedeutsam war nur die Korrelation zwischen der Zustandsveränderung und der Krankheitseinsicht zu Beginn der Behandlung ( $r = .27$ ;  $p < .10$ ). Die Zugehörigkeit zur Gruppe der Rechtsstatuswechsler war signifikant mit einer positiven Zustandsveränderung bei Entlassung verbunden ( $U = 204.5$ ;  $z = -2.21$ ;  $p < .05$ ). Eine Übersicht der signifikanten Zusammenhänge der Zustandsverbesserung, die auf Grundlage der explorativen Korrelationsanalyse gefunden wurden, stellt die Tabelle 13 dar.

Die vom Arzt eingeschätzte Zustandsveränderung bei Entlassung korreliert bei

Tab. 12: Behandlungserfolge – Schweregrad der Krankheit, Zustandsveränderung, Wirksamkeit der neuroleptischen Medikation und unerwünschten Wirkung zum Entlassungszeitpunkt

	Untergebracht (N = 50)	Freiwillig (N = 33)	Zurückgehalten (N = 8)	Ablehner (N = 11)
<b>Gesamtbeurteilung der Zustandsveränderung</b>				
Sehr viel besser	14 %	21 %	13 %	9 %
Viel besser	40 %	52 %	50 %	45 %
Nur wenig besser	46 %	24 %	38 %	36 %
Unverändert/ schlechter	0 %	3 %	0 %	9 %
Mittelwert	2.32	2.15	2.25	2.45
<b>Therapeutische Wirksamkeit der neuroleptischen Medikation</b>				
Sehr gut	23 %	27 %	38 %	27 %
Mäßig	46 %	55 %	25 %	36 %
Gering oder keine	31 %	18 %	38 %	27 %
Mittelwert	2.10	1.94	2.00	2.18
<b>Unerwünschte Wirkungen</b>				
keine Nebenwirkungen	15 %	31 %	25 %	9 %
unwesentliche NW	62 %	60 %	28 %	73 %
wesentliche/ starke NW	23 %	9 %	38 %	18 %
Mittelwert	2.11	1.78*	2.13	2.09

$p < .05$ : Unterschiede zwischen Untersuchungsgruppe und Vergleichsgruppen (T-Test, 2-seitig)

den gerichtlich untergebrachten PatientInnen sehr hoch mit der ebenfalls vom Behandler beurteilten therapeutischen Wirksamkeit der neuroleptischen Medikation. Unter den soziodemographischen Variablen erwies sich alleine die Berufstätigkeit als mit der Zustandsverbesserung verknüpft. Der Aufnahmemodus war insofern aufschlussreich, dass PatientInnen, die von professionellen Helfern oder Angehörigen ins Krankenhaus gebracht worden waren, in hohem Maße von der Behandlung profitierten. Die Zustandsverbesserung stand in keinem signifikanten Zusammenhang mit den psychopathologischen Aufnahmebefunden und der initialen Behandlungszufriedenheit. Bei den Daten zur Akzeptanz der Unterbringung in der dritten Behandlungswoche fand sich eine signifikante Korrelation der Zustandsverbesserung mit der Aussage, andere Menschen würden auf die Betroffenen als Nutzer der psychiatrischen Einrichtung herabsehen. Schwächere Zusammenhänge bestanden mit der Einschätzung, die Unterbringung sei eine Erleichterung gewesen, und mit der Selbstwahrnehmung einer Eigengefährdung.

**Tab. 13: Explorative Datenanalyse – Signifikante Korrelationen der Zustandsveränderung zum Entlassungszeitpunkt bei gerichtlich Untergebrachten (N = 50)**

<b>Basisdokumentation</b>	<b>Akzeptanz (W3–4)</b>
Berufstätigkeit	Krankheitseinsicht
$r_{bisR} = .42^*$	$r = .27$ (T)
Begleitung durch Helfer	Einsicht Eigengefährdung
$r_{bisR} = .42^*$	$r = .28$ (T)
	Unterbringung Erleichterung
	$r = .28$ (T)
<b>Interview</b>	Erleben Herabsehen
Befindlichkeitsänderung	$r = .31^*$
$r = .37^{**}$	
Initiative zur Aufnahme	
$r = .39^{**}$	<b>andere Therapieerfolge</b>
Zwang bei Voraufenthalten	Wirksamkeit Medikation
$r = .24$ (T)	$r = .63^{***}$

(T)  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ : Korrelationen nach Spearman ( $r$ ) oder biseriale Rangkorrelationen ( $r_{bisR}$ )

Bei den Interviewdaten zeigte sich eine bedeutsame Korrelationen der Zustandsverbesserung mit der Schilderung einer Änderung der emotionalen Befindlichkeit vor Aufnahme. Die Initiative zur Aufnahme spielte insofern eine erhebliche Rolle, als die Verbesserungen umso deutlicher waren, je eher die Betroffenen selbst oder Angehörige und je weniger Professionelle oder nichtverwandte Personen den Ausschlag für die Behandlung gegeben hatten. Eher hoch war überraschenderweise die Zustandsverbesserung bei PatientInnen, die bei früheren Aufenthalten in der Klinik Vorerfahrungen mit Zwangsmaßnahmen gemacht hatten.

In der Regressionsanalyse, in die bis auf andere Entlassungsdaten alle mindestens tendenziell oder hypothetisch bedeutsamen Faktoren eingingen, wurde ein Modell mit drei Prädiktoren extrahiert (Tabelle 14). Zuerst wurde die aus dem Interview quantifizierte Variable »Initiative für Aufnahme« aufgenommen, dann die BADO-Angabe »Begleitung durch Angehörige oder professionelle Helfer« und schließlich die BADO-Angabe »Berufstätigkeit«. Als bedeutsamster Einflussfaktor auf die Zustandsveränderung bei Entlassung erwies sich die Initiative für die Aufnahme, gefolgt von der Begleitung durch Helfer und der Berufstätigkeit. Das Modell wies einen multiplen Korrelationskoeffizienten von  $R = .62$  auf, 38 % der Gesamtvarianz wurde durch die drei Variablen aufgeklärt.

Tab. 14: Regressionsanalyse zur Vorhersage der Zustandsveränderung bei Entlassung bei gerichtlich Untergebrachten (N = 50)

Variable	B	SE B	Beta
1. Schritt			
Initiative zur Aufnahme	1.41	.11	.41**
2. Schritt			
Initiative zur Aufnahme	.30	.10	.38**
Begleitung durch Helfer	.57	.23	.33*
3. Schritt			
Initiative zur Aufnahme	.31	.10	.40**
Begleitung durch Helfer	.63	.21	.36**
Berufstätigkeit	.62	.23	.33*

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

$R^2 = .17$  für Schritt 1;  $R^2 = .27$  für Schritt 2;  $R^2 = .38$  für Schritt 3 (Vorwärts: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme:  $p < .05$ )

### 10.3 Reguläre Entlassung in ambulante Weiterbehandlung

Mehr als ein Drittel der gerichtlich Untergebrachten, aber auch fast jeder fünfte freiwillige Patient beendeten den Aufenthalt irregulär oder gegen ärztlichen Rat. Der Gruppenunterschied war bei einseitiger Testung signifikant ( $\chi^2 = 3.07$ ;  $df = 1$ ;  $p < .05$ ). Die Entlassungsdaten der ärztlich Zurückgehaltenen und der Ablehner wichen kaum von den übrigen PatientInnen ab. In allen Gruppen war bei 80 % oder mehr der Behandlungsfälle eine fachärztliche Weiterbehandlung vorbereitet worden, etwa in einem Viertel der Fälle durch einen Arzt der eigenen Institutsambulanz. Von den 50 gerichtlich untergebrachten Personen konnten letztendlich 28 (56 %) in Übereinstimmung mit dem behandelnden Arzt in eine geplante ambulante Weiterbehandlung entlassen werden. Die übrigen PatientInnen waren entweder irregulär oder ohne eine ambulante Weiterbehandlung entlassen worden. Tabelle 15 gibt einen Überblick über die Entlassungssituation.

Bei der Frage nach Unterschieden zwischen Untergruppen gerichtlich Untergebrachter erwies sich, dass die reguläre Entlassung weder mit der Anwendung zusätzlicher Zwangsmaßnahmen, noch mit dem Unterbringungsstatus, dem Geschlecht, dem Alter, dem Schweregrad der Krankheit oder der Krankheitseinsicht der Betroffenen korrespondierte. Die anfängliche Akzeptanz der Unterbringung, die initiale Behandlungszufriedenheit und auch der Rechtsstatuswechsel während der Behandlung erlaubten ebenfalls keinen Rückschluss auf den Entlassungs-

Tab. 15: Behandlungserfolge – Entlassungsmodus und geplante Weiterbehandlung

	Untergebracht (N = 50)	Freiwillig (N = 33)	Zurückgehalten (N = 8)	Ablehner (N = 11)
<b>Entlassungsmodus</b>				
Mit ärztlicher Übereinstimmung	64 %	82 %*	88 %	82 %
Entgegen ärztlicher Empfehlung	14 %	6 %	0 %	9 %
Irregulär/ Entweichung	22 %	12 %	13 %	9 %
<b>Weiterbehandlung</b>				
Nervenarzt	56 %	61 %	88 %	45 %
Institutsambulanz	22 %	24 %	0 %	36 %
Verlegung/Anderer Arzt	8 %	6 %	13 %	9 %
Ohne/ unklar	14 %	9 %	0 %	9 %

\*p < .05: Unterschiede zwischen Hauptgruppe und Vergleichsgruppen (Chi<sup>2</sup> Test, 1-seitig)

modus. Bestätigt wurde hingegen die Hypothese, dass unterschiedliche Coping-Strategien zwischen abgesprochenen und unabgesprochenen Entlassungen aus dem Krankenhaus unterschieden (Chi<sup>2</sup> = 10.41; df = 4; p < .05). Von den PatientInnen, denen es im wesentlichen um die Verteidigung ihrer Autonomie ging, wurden nur 18 % regulär oder mit geplanter Weiterbehandlung entlassen, während es bei 82 % der Schutz- oder Hilfesuchenden und bei 80 % der Personen, die ihre Behandlungssituation verleugnet hatten, zu regulär geplanten Entlassungen kam.

Bei der explorativen Datenanalyse korrelierte die reguläre Entlassung der gerichtlich Untergebrachten signifikant mit der Erkrankungsdauer ( $r_{bisR} = .43$ ; p < .05), tendenziell auch mit dem Eindruck, dass andere Menschen auf Nutzer der Psychiatrie herabsehen ( $r_{bisR} = .31$ ; p < .10). Signifikant war auch der Zusammenhang einer nicht regulären Entlassung mit einem manischen Syndrom bei Aufnahme ( $r = -.38$ ; p < .01), einer Zwangseinweisung in die Behandlung ( $r = .29$ ; p < .05) und der geringen Wirksamkeit der neuroleptischen Medikation ( $r_{bisR} = .54$ ; p < .05). Eine Diskriminanzanalyse der Prädiktoren für eine reguläre Entlassung, die schrittweise berechnet wurde, ergab ein Diskriminanzmodell mit zwei Variablen. Zuerst war die Erkrankungsdauer und danach die ärztliche Einweisung in die unfreiwillige Behandlung aufgenommen worden. Die kanonische Korrelation der beiden Variablen lag bei  $R = .47$  (p < .01). Die Erkrankungsdauer korrelierte mit  $r = .66$  höher mit der Diskriminanzfunktion als die Zwangseinweisung ( $r = .59$ ).

## 10.4 Compliance sechs Monate nach Entlassung

Zur Frage nach der Behandlungssituation sechs Monate nach Entlassung lag eine Antwort von 35 der Untergebrachten und 23 der freiwillig Behandelten vor. Von den 13 zuvor untergebrachten Personen, bei denen keine Fragebogendaten vorlagen, war bei sieben eine Einschätzung der Compliance (nicht allerdings die Zustandsveränderung) entweder aufgrund zeitnah erfolgter Rettungsstellenkontakte oder durch Angaben bei Wiederaufnahmen möglich. Von den sechs freiwilligen PatientInnen, die weder den Fragebogen zurückschickten noch eine Erlaubnis zur Befragung des Nachbehandlers gegeben hatten, befanden sich zwei zum Befragungszeitpunkt mit einer ambulanten Einweisung in der Tagesklinik, und eine Person war wieder ins Krankenhaus aufgenommen worden. Zwei freiwillig behandelte Personen waren als unbehandelt eingeschätzt worden, weil sie weder vor noch nach der stationären Behandlung einen ambulanten Arzt hatten.

Aus der Tabelle 16 lassen sich die Verlaufsdaten zur Compliance sechs Monate nach Ende der stationären Behandlung ablesen. Dargestellt sind Angaben vormals gerichtlich untergebrachter PatientInnen im Vergleich zu freiwillig Behandelten, die entsprechenden Angaben der weiterbehandelnden ÄrztInnen und ein Gesamtwert. Im Gesamtwert wurden bei widersprüchlichen Angaben die Patientenauskünfte herangezogen und fehlende Daten durch Patientenäußerungen bei späteren Klinikkontakten ergänzt.

Nach den vorliegenden Daten nahmen mindestens 56 % der zuvor gerichtlich Untergebrachten und 58 % der freiwillig Behandelten ein halbes Jahr nach Entlassung regelmäßig eine fachärztliche Sprechstunde in Anspruch. An der medikamentösen Rückfallschutzbehandlung nahmen mindestens 63 % der gerichtlich Untergebrachten und 68 % der freiwillig Behandelten teil. Deutliche Zustandsverbesserungen durch die stationäre Behandlung waren bei mindestens 40 % der gerichtlich Untergebrachten und 38 % der freiwillig Behandelten erreicht worden. Entgegen den aufgestellten Hypothesen, wonach gerichtliche Unterbringungen im Vergleich zu freiwilligen Behandlungen zu einer geringeren Compliance in der Nachbehandlung und auch zu einer geringeren längerfristigen Zustandsverbesserung führt, zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Gruppenunterschiede.

Die Hypothesen zur Compliance bei Untergruppen zuvor gerichtlich Untergebrachter wurden mit den Daten der 42 Personen berechnet, bei denen die Inanspruchnahme einer fachärztlichen Sprechstunde und die Medikamenteneinnahme ein halbes Jahr nach der Entlassung beurteilt werden konnte. Als Kriterium wurden die Informationen zur Arzt- und Medikamentencompliance auf einer dreistufigen Skala zusammengefasst. Eine Gruppe von acht Personen (19 %) nahm nach vorliegenden Informationen weder eine neuroleptische Medikation ein, noch bestand ein Arztkontakt. Bei neun Personen (21 %) war die Medikamentenein-

**Tab. 16: Behandlungserfolge – Ambulante Nachbehandlung, Compliance und Zustandsveränderung sechs Monate nach Entlassung. Einschätzung der ambulanten ÄrztInnen, der PatientInnen und die insgesamt verfügbaren Daten**

	Untergebracht			Freiwillig		
	Arzt (n = 26)	Patient (n = 24)	Gesamt (n = 48)	Arzt (n = 18)	Patient (n = 15)	Gesamt (n = 29)
<b>Ambulante Behandlung</b>						
Nicht erschienen	15 %	13 %	15 %	6 %	13 %	13 %
Unregelmäßig erschienen	23 %	4 %	17 %	33 %	7 %	20 %
Regelmäßig erschienen	62 %	84 %	56 %	61 %	80 %	58 %
Nicht beurteilbar	0 %	0 %	13 %	0 %	0 %	9 %
<b>Medikamentencompliance</b>						
Nicht eingenommen	15 %	13 %	16 %	11 %	13 %	17 %
Unregelmäßig	12 %	0 %	6 %	6 %	0 %	7 %
Regelmäßig wie verordnet	62 %	88 %	63 %	78 %	87 %	69 %
Nicht beurteilbar	4 %	0 %	13 %	6 %	0 %	7 %
<b>Zustandsveränderung</b>						
(Sehr) viel besser	69 %	55 %	40 %	55 %	53 %	38 %
Wenig (etwas) besser	8 %	44 %	23 %	17 %	40 %	24 %
Unverändert oder schlechter	20 %	0 %	10 %	23 %	7 %	14 %
Nicht beurteilbar	4 %	0 %	27 %	6 %	0 %	24 %

nahme oder die Inanspruchnahme der ärztlichen Sprechstunde unregelmäßig. Bei 25 ehemals gerichtlich untergebrachten Personen (60 %) waren sowohl regelmäßige Arztkontakte als auch eine zuverlässige Medikamenteneinnahme berichtet worden. Die Annahme, dass die Anwendung zusätzlicher Zwangsmaßnahmen die längerfristige Behandlungsbereitschaft gefährden könnte, ließ sich aus den vorliegenden Daten nicht bestätigen. Immerhin nahmen mindestens sieben der 13 von Zwangsmaßnahmen betroffenen Personen regelmäßig die ambulanten Weiterbehandlung in Anspruch. Auch zwischen den ursprünglich nach PsychKG und den nach BGB untergebrachten Personen ergab sich kein nennenswerter Unterschied der späteren Compliance. Verworfen werden mussten auch die Hypothesen, die sich auf das Geschlecht, das Alter, das psychosoziale Funktionsniveau, die Krankheitseinsicht und die Coping-Strategie der Betroffenen bezogen hatten. Von den früherer Zeitpunkte Erfolgsmaßen war alleine der Rechtsstatuswechsel signifikanter mit einer höheren Compliance nach sechs Monaten verbunden ( $U = 148.0$ ;  $z = -1.97$ ;  $p < .05$ ). Tendenziell bedeutsam für die Nachbehandlung war die Zustandsveränderung bei Entlassung ( $r = -.29$ ;  $p < .10$ ).

In der explorativen Datenanalyse korrelierte die Medikamenten- und Arztcompliance sechs Monate nach Entlassung für ursprünglich gerichtlich untergebrachte Personen am höchsten mit der Erkrankungsdauer ( $r_{\text{bisR}} = .43$ ;  $p < .05$ ), dem Nichtbezug von Sozialhilfe ( $r_{\text{bisR}} = -.43$ ;  $p < .01$ ), der deutschen Staatsangehörigkeit ( $r_{\text{bisR}} = .55$ ;  $p < .05$ ), der Compliance vor der Aufnahme ( $r = .37$ ;  $p < .05$ ) und mit der positiven Beurteilung der Unterbringungsgesetze ( $r = -.35$ ;  $p < .05$ ). Tendenziell bedeutsam für eine mangelnde Compliance in der Nachbehandlung waren eine geringe Arztzufriedenheit bei der Erstbefragung ( $r = -.27$ ;  $p < .05$ ) und ein vom Behandler als chronisch bezeichneter Verlauf der Erkrankung ( $r_{\text{bisR}} = .42$ ;  $p < .10$ ). Die schrittweise berechnete Regressionsanalyse ( $N = 42$ ), in die alle mindestens tendenziell oder hypothetisch bedeutsamen Faktoren eingingen, extrahierte im ersten Schritt das BADO-Merkmal »Sozialhilfe« ( $R = .44$ ;  $R^2 = .19$ ;  $p < .005$ ) und im zweiten Schritt die Arztangabe »Chronischer Verlauf« ( $R = .54$ ;  $R^2 = .30$ ;  $p < .005$ ). Im abschließenden Modell erwies sich, dass der Nichtbezug von Sozialhilfe auf die Vorhersage der Compliance ein größeres Gewicht hatte ( $Beta = -.43$ ;  $p < .005$ ) als das Vorhandensein einer chronischen Verlaufsform ( $Beta = .32$ ;  $p < .05$ ).

## 10.5 Wiederaufnahmen innerhalb von 18 Monaten

Aus Tabelle 17 ist ersichtlich, dass etwa die Hälfte der gerichtlich Untergebrachten und auch der freiwillig Behandelten innerhalb von 18 Monaten erneut in die Klinik aufgenommen wurden. Die Wiederaufnahmen erfolgten bei 32 % der ursprünglich gerichtlich Untergebrachten und bei 7 % der freiwillig Behandelten gegen den Willen der Betroffenen. Bei den gerichtlich untergebrachten PatientInnen kam es zu Wiederaufnahmen am häufigsten bereits im ersten Halbjahr nach Entlassung, bei den freiwillig Behandelten im zweiten Halbjahr. Die Hypothese, nach der gerichtlich Untergebrachte eine höhere Wiederaufnahmerate aufweisen würde als die freiwillig Behandelten, bestätigte sich damit nicht.

Tab. 17: Behandlungserfolge – Wiederaufnahmen innerhalb von 18 Monaten nach Entlassung

	Untergebracht (N = 48)	Freiwillig (N = 29)
2.–6. Monat	27 %	21 %
7.–12. Monat	15 %	28 %
13–18. Monat	6 %	3 %
Gesamt (2.–18 Monat)	48 %	52 %

Innerhalb der Gruppe der zuvor gerichtlich Untergebrachten waren zusätzlich erfolgte Zwangsmaßnahmen kein Kriterium, nach dem sich die Wiederaufgenommenen von den übrigen Personen unterscheiden ließen. Auch die auf das Unterbringungsgesetz, das Geschlecht, das Alter, das psychische Funktionsniveau und die Krankheitseinsicht bezogenen Hypothesen fanden keine Bestätigung. Tendenziell bedeutsam war alleine die Coping-Strategie ( $\text{Chi}^2 = 8.05$ ;  $\text{df} = 4$ ;  $p < .10$ ), wobei die Wiederaufnahmerate der im Grunde behandlungssuchenden Personen besonders hoch (80 %) und die der wütenden, resignierten oder traumatisierten PatientInnen gering (23 %) ausfiel. Unter den früheren Behandlungserfolgen erwies sich bereits die initiale Akzeptanz der Unterbringung als das aussagefähigste Unterscheidungsmerkmal ( $U = 212.0$ ;  $z = 2.61$ ;  $p < .01$ ). Das Risiko einer Wiederaufnahme war dabei umso höher, je eher die Betroffenen die Unterbringung bereits zu Beginn als notwendig akzeptiert hatten. Ein signifikanter Zusammenhang mit der Wiederaufnahme zeigte sich ebenfalls für den Bewertungsindex ( $U = 170.5$ ;  $z = 2.41$ ;  $p < .05$ ). Personen, die sich anfangs negativer über die Behandlung geäußert hatten, wurden im Verlauf seltener wieder stationär aufgenommen als die weniger kritischen PatientInnen. Tendenziell bedeutsam war auch der Entlassungsmodus ( $U = 212.0$ ;  $z = 1.77$ ;  $p < .10$ ), wobei 68 % der Wiederaufgenommenen gegenüber 42 % der nicht wieder aufgenommenen Personen regulär in eine geplante Weiterbehandlung entlassen worden waren.

Die Notwendigkeit einer Wiederaufnahme innerhalb von 18 Monaten korrelierte bei den gerichtlich untergebrachten PatientInnen mit einer Reihe von Angaben aus dem bei der Erstbefragung vorgelegten Fragebogen zur Akzeptanz der Unterbringung. Bedeutsame Korrelationen zeigten sich dabei mit dem anfänglichen Erleben der Unterbringung als eine Erleichterung ( $r_{\text{bisR}} = -.42$ ;  $p < .01$ ), mit der Wahrnehmung einer Eigengefährdung vor Aufnahme ( $r_{\text{bisR}} = -.36$ ;  $p < .05$ ) und dem Einverständnis mit der Aufnahme in die Abteilung ( $r_{\text{bisR}} = -.29$ ;  $p < .10$ ). Wiederaufnahmen korrespondierten außerdem mit einer längeren Erkrankungsdauer ( $r_{\text{bisR}} = .34$ ;  $p < .05$ ), einer größeren Anzahl stationärer Voraufenthalte ( $r_{\text{bisR}} = .36$ ;  $p < .05$ ) und einer auf eigene Initiative erfolgten Aufnahme ( $r = .33$ ;  $p < .05$ ). Unter den Interviewdaten fand sich ein Zusammenhang mit einer eher als fair erlebten Unterbringungsverhandlung ( $r_{\text{bisR}} = .36$ ;  $p < .05$ ) und auch mit einer eher ohne Zwang eingenommenen Medikation ( $r_{\text{bisR}} = .23$ ;  $p < .10$ ). Bei der schrittweisen Diskriminanzanalyse wurde als einzige Variable die zu Behandlungsbeginn eingeschätzte Eigengefährdung in das Diskriminanzmodell der Wiederaufnahmen aufgenommen. Die kanonische Korrelation lag bei  $R = .42$  ( $p < .01$ ).

# 11 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

## 11.1 Auswahl der Stichproben

In einer zur Aufnahme verpflichteten psychiatrischen und psychotherapeutischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses sollten alle während eines halben Jahres aufgenommenen gerichtlich untergebrachten PatientInnen mit einer Psychose aus den schizophrenen Formenkreis zu ihrer subjektiven Sicht der unfreiwilligen Behandlungssituation befragt werden. Ausgeschlossen waren nur Personen mit einer geistigen Behinderung, mit unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen und mit einer im Vordergrund der Behandlung stehenden Suchterkrankung.

Schizophrene Erkrankungen waren im Sinne einer »Tracer-Diagnose« ausgewählt worden, weil diese Störungsbilder bei gerichtlichen Unterbringungen und bei zusätzlichen Zwangsmaßnahmen gegenüber anderen Diagnosen deutlich überrepräsentiert sind. Dem Tracer-Ansatz liegt in der medizinischen Qualitätssicherung die Annahme zugrunde, dass die Behandlungsqualität bei der ausgewählten Diagnose repräsentativ für die Gesamtheit aller in der betreffenden Einrichtung behandelten Patientengruppen ist und damit einen validen Indikator für die dortige Behandlungsqualität insgesamt darstellt (CORDING & KRISCHKER 1999). Die Beschränkung auf eine Diagnosegruppe erleichtert einen Qualitätsvergleich zwischen verschiedenen Kliniken, der für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie für die Zukunft anzustreben ist (vgl. KETELSEN et al. 2001).

Von den in die Studie eingeschlossenen PatientInnen konnten sich 84 % in der dritten Woche nach Unterbringung zu einer Teilnahme an einem ausführlichen Gespräch über ihre Behandlungssituation entschließen. Die Untersuchungsgruppe bestand aus 50 gerichtlich untergebrachten PatientInnen. Die hohe Akzeptanz der Untersuchung spricht für eine große persönliche Relevanz der angesprochenen Thematik. Bei vergleichbaren Untersuchungen (SMOLKA et al. 1997; ULLRICH et al. 1995) lagen die Ausschöpfungsquoten zwischen 66 % und 75 %. Die PatientInnen waren bei den früheren Untersuchungen bereits in den ersten Tagen nach der Unterbringung angesprochen worden, wobei sich zeigte, dass viele der Betroffenen sich zu diesem Zeitpunkt noch nicht auf eine Befragung zu ihrer Behandlungssituation einlassen konnten. Zudem hatten sich die vorhergehenden Studien weitgehend auf die Vorlage von Fragebögen beschränkt, was den Befrag-

ten nicht die Möglichkeit gab, sich frei zu ihrem Erleben zu äußern. Bei der eigenen Untersuchung, in der Fragebögen als Ergänzung zu problemzentrierten Interviews eingesetzt wurden, war zu beobachten, dass die meisten PatientInnen aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen erhebliche Schwierigkeiten hatten, die Fragen selbst zu lesen und sich eindeutig für eine vorgegebene Antwortalternative zu entscheiden. Schon diese Befunde bestätigten im gegebenen Untersuchungskontext die Notwendigkeit einer Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden als angemessene Forschungsstrategie.

Die Charakterisierung der Ablehner stimmte weitgehend mit Befunden überein, die GRUYTERS (1995) für eine Nutzerbefragung in einer Tagesklinik berichtet hatte. Die Nichtteilnahme an der vorliegenden Untersuchung wurde mit einem schlechten momentanen Befinden, einem Unwillen über das Thema zu reden, mit Misstrauen gegenüber Mitarbeitern der Klinik oder mit generellen Vorbehalten gegenüber wissenschaftlichen Befragungen begründet. Das Kontaktverhalten der Ablehner war vom Untersucher als abweisend, misstrauisch, verschlossen, verunsichert oder ambivalent erlebt worden. Von den TeilnehmerInnen unterschieden sich die Ablehner weder in den soziodemographischen Merkmalen noch in der Psychopathologie bei Aufnahme. Bei etwas kürzerer Krankheitsdauer bestanden im Vergleich zu den Teilnehmern weniger stationäre Voraufenthalte in der Abteilung. Die Ablehner waren seltener mit der Polizei ins Krankenhaus gekommen und häufiger in Begleitung einer Bezugsperson. Zum Entlassungszeitpunkt unterschieden sich die Ablehner von den Teilnehmern weder im vom Behandler eingeschätzten Schweregrad der Krankheit, noch in der erreichten Zustandsveränderung oder der therapeutischen Wirksamkeit der Medikation. Die Annahme, dass es sich bei den Ablehnern um PatientInnen mit einer überdurchschnittlich geringen Behandlungszufriedenheit handeln könnte, war insofern zu relativieren.

Unter den befragten PatientInnen war eine Gruppe von acht Personen vom Arzt bis zum Ende des folgenden Tages auf der Station zurückgehalten worden, ohne dass eine anschließende gerichtliche Unterbringung erfolgte. Die ärztlich Untergebrachten wurden als eine Nebengruppe in die Untersuchung einbezogen, weil es sich bei dieser Form einer behördlichen Unterbringung um ein bislang in der Forschung kaum beachtetes Phänomen handelt. Zudem waren die kurzfristigen ärztlichen Unterbringungen häufig mit der Anordnung einer Zwangsmedikation oder einer Fixierung verbunden. Für die Gesamtgruppe aller ärztlich zurückgehaltenen schizophrenen PatientInnen, die zu etwa zwei Dritteln bereits innerhalb von zwei Wochen nach Aufnahme entlassen waren, dürften die befragten Personen nicht repräsentativ sein. Die ärztlich Zurückgehaltenen unterschieden sich von den gerichtlich Untergebrachten durch ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts und eine vergleichsweise gute soziale Einbindung. Sie waren, anders als die gerichtlich Untergebrachten, in den meisten Fällen in Begleitung

von Angehörigen und auf deren Initiative als Notfall ins Krankenhaus gebracht worden. Bei einer längeren durchschnittlichen Erkrankungsdauer bestanden deutlich weniger Voraufenthalte in der Abteilung als bei den gerichtlich Untergebrachten. Im Aufnahmebefund der ärztlich Zurückgehaltenen fiel ein erhöhtes Maß an Halluzinationen und manischer Symptomatik auf. Bis auf eine Person waren alle ärztlich zurückgehaltenen PatientInnen zumindest teilweise krankheits-einsichtig.

Einer Vergleichsgruppe von 33 freiwillig behandelten Personen wurden lediglich die Fragebögen vorgelegt. Es sollte untersucht werden, ob sich gerichtlich Untergebrachte und freiwillig Behandelte in der Beurteilung ihrer Behandlungssituation unterscheiden, ob diese Urteile nach Abschluss der Behandlung konstant bleiben und ob sich Unterschiede im Erfolg der Behandlung ergeben würden. Die Analyse der Stichproben ergab eine weitgehende Übereinstimmung beider Gruppen hinsichtlich des Alters, des Geschlechts, der Diagnosen und der Krankheitsverläufe. In der Schwere der Eingangssymptomatik waren die freiwillig Behandelten allerdings nicht mit den gerichtlich Untergebrachten vergleichbar. Bei den freiwilligen PatientInnen bestanden bei Aufnahme weniger schwere formale Denkstörungen und vor allem viel seltener eine gereizte Stimmung. Das psychosoziale Funktionsniveau lag bei freiwillig Behandelten zum Zeitpunkt der Erstbefragung klar über dem der untergebrachten PatientInnen. Die genannten Unterschiede machten deutlich, dass die Stichprobe der freiwilligen PatientInnen keine echte Kontrollgruppe war. Bei der Interpretation der hypothesengeleitet berechneten Gruppenunterschiede ist demnach zu berücksichtigen, dass mögliche Abweichungen nicht allein auf den Einfluss einer gerichtlichen Unterbringung beruhen, sondern auch auf Faktoren, die mit dem Schweregrad der Erkrankung in Verbindung stehen. Auf die Berechnung der Signifikanzen wurde trotz methodischer Bedenken nicht verzichtet, weil sich mit der Vergleichsgruppe zumindest ein ungefährer Maßstab für mögliche Beeinträchtigungen der Behandlungszufriedenheit und der Therapieerfolge der gerichtlich untergebrachten PatientInnen bot und weil von Interesse war, in welchen Bereichen sich keine statistischen Unterschiede zwischen freiwilligen und untergebrachten Personen ergeben würden.

## 11.2 Gründe für gerichtliche Unterbringungen

In der Untersuchungsgruppe der 50 gerichtlich untergebrachten Personen befanden sich 28 Männer und 22 Frauen im Alter zwischen 19 und 69 Jahren. Neun Personen (18 %) hatten eine ausländische Staatsbürgerschaft. Etwa die Hälfte der TeilnehmerInnen war ledig und lebte alleine in einer eigenen Wohnung. Fast alle gerichtlich untergebrachten Personen waren beschäftigungslos, die Mehrzahl

war auf den Bezug von Sozialhilfe angewiesen. Die schwierige soziale Lage der gerichtlich Untergebrachten unterstützt die von WALLER (1982) aufgestellte sozialstrukturelle Hypothese, wonach eine soziale Unterversorgung zur Entstehung psychischer Erkrankungen beiträgt und die Wahrscheinlichkeit einer Zwangseinweisung in die Psychiatrie erhöht. Der Bezirk Berlin-Neukölln, in dem die Untersuchung (MÖRCHEN et al. 2002) durchgeführt wurde, zählt zu den Gebieten mit extrem schlechter Sozialstruktur. Bei einem hohen Ausländeranteil und einer Arbeitslosenquote von über 20 % lag die Rate von Sozialhilfeempfängern zum Zeitpunkt der Untersuchung bei etwa 135 pro 1000 Einwohnern. In einer kürzlich veröffentlichten Studie aus der Psychiatrischen Abteilung in Neukölln stellten MÖRCHEN et al. (2002) fest, dass PatientInnen mit schizophrenen Erkrankungen unabhängig von ihrem Rechtsstatus im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen in besonders hohem Maß von Einkommensarmut und anderen Unterversorgungslagen betroffen waren. Knapp die Hälfte musste mit einem Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgrenze auskommen, über ein eigenes Einkommen verfügten nur etwa 10 %.

Gegen eine rein sozialstrukturelle Erklärung der Unterbringungsmaßnahmen spricht, dass sich im Klinikum Neukölln etwa 90 % aller psychiatrischen PatientInnen und etwa 75 % aller schizophren Erkrankten freiwillig behandeln lassen. Bei insgesamt großer Armut unter den Psychiatrienutzern weichen die untergebrachten PatientInnen in ihrer sozialen Lage nicht wesentlich von den freiwillig Behandelten ab. Die eigenen Befunde sprechen allerdings dafür, dass die unfreiwillig Behandelten in geringerem Umfang bereits Zugang zu Versorgungssystemen gefunden hatten. Im Vergleich zu freiwilligen PatientInnen waren nur etwa halb so viele gerichtlich Untergebrachte bei Aufnahme mit einer Erwerbsunfähigkeitsrente oder einem betreuten Wohnplatz versorgt.

Für einen Einfluss eines gestörten sozialen Bezugssystems auf eine Zwangseinweisung sprach in der vorliegenden Stichprobe, dass nur jeder fünfte gerichtlich untergebrachte Patient in Begleitung von Angehörigen oder professionellen Helfern ins Krankenhaus gelangt war. Dabei war nach Auskunft der Betroffenen die Initiative für die Aufnahme in 36 % der Fälle von professionellen Helfern und bei 26 % von Angehörigen ausgegangen. Von einer Mehrzahl der gerichtlich Untergebrachten waren zwischenmenschliche Konflikte als entscheidender Belastungsfaktor im Vorfeld der Klinikaufnahme genannt worden.

Unter medizinischen Gesichtspunkten litten 44 der 50 gerichtlich untergebrachten Personen unter einer schizophrenen Psychose und sechs unter einer schizoaffectiven Störung. Bei 14 PatientInnen bestand eine Doppeldiagnose entweder mit einer Suchterkrankung oder einer Persönlichkeitsstörung. Der Krankheitsverlauf wurde, soweit beurteilbar, bei 36 Personen als episodisch beschrieben, bei acht Personen lagen kontinuierlich Symptome vor, und vier PatientInnen waren erstmals erkrankt. Bei einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von zehn Jah-

ren waren die untergebrachten PatientInnen im Schnitt bereits fünfmal in der Abteilung behandelt worden. In den Aufnahmebefunden imponierten jeweils bei mehr als der Hälfte der PatientInnen schwere Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, formale Denkstörungen, wahnhaftes Denken oder Affektstörungen.

Insbesondere die psychopathologischen Befunde belegten, dass die gerichtlichen Unterbringungen nicht willkürlich erfolgt waren. Es bestand ein enger Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit der unfreiwilligen Hospitalisierung und dem Vorliegen eines Hostilitätssyndroms, begleitet von schweren formalen Denkstörungen. Dies entspricht einem Befund von STEINERT und GEBHARDT (2000), wonach die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie wesentlich durch Psychopathologie und drohende Gewalttätigkeit der betroffenen PatientInnen indiziert sind. Für die medizinische Unabweisbarkeit der später gerichtlich Untergebrachten sprach auch die Tatsache, dass die Mehrzahl in Polizeibegleitung ins Krankenhaus gelangte. FÄHNDRICH und NEUMANN (1999) hatten bei einer Untersuchung zur Funktion der Polizei im psychiatrischen Alltag im Klinikum Neukölln festgestellt, dass polizeiliche Zuweisungen zu psychiatrischen Notfalluntersuchungen in der Regel fachlich begründet waren und zur Aufnahme führten.

Gegen eine Übernahme rein ordnungsbehördlicher Funktionen durch die Psychiatrie spricht in der vorliegenden Studie, dass die Initiative für die Krankenhauseinweisung in nur 30 % der Fälle vom nichtverwandten sozialen Umfeld oder von Ordnungsbehörden ausgegangen war. Aus den Arztbriefen ergab sich, dass die gerichtliche Unterbringung bei 38 % der Betroffenen letztendlich von einem gesetzlichen Betreuer veranlasst wurde, bei 36 % vom Klinikarzt und nur bei 26 % vom Sozialpsychiatrischen Dienst. Die gerichtliche Unterbringung erfolgte bei 62 % der Befragten nach Betreuungsrecht, meist über ein bereits bestehendes Betreuungsverhältnis. Bei weiteren 12 % der gerichtlich Untergebrachten wurden öffentlich-rechtliche Unterbringungen im weiteren Verlauf in betreuungsrechtliche Unterbringungen umgewandelt. Entsprechend der fürsorglichen Intention der meisten Unterbringungen enthielten die ärztlichen Stellungnahmen bei 54 % der Untergebrachten ausschließlich Hinweise auf eine Eigengefährdung der Betroffenen. Unter den 23 Personen, die zusätzlich als fremdgefährdend eingeschätzt wurden, hatten 70 % eine andere Person bedroht oder angegriffen. Verletzt wurde dabei niemand. Keine Person wurde ausschließlich wegen Fremdgefährdung untergebracht. Die Befunde bestätigen, dass medizinische und psychosoziale Faktoren eine größere Rolle bei der gerichtlichen Unterbringung spielen als ordnungspolitische Gesichtspunkte.

Die Interviewergebnisse zur Vorgeschichte der gerichtlichen Unterbringung stellen die in der Literatur oft beschriebene prinzipielle Behandlungsuneinsichtigkeit der Betroffenen in Frage. Immerhin knapp 70 % der gerichtlich Unterge-

brachten hatten sich im letzten halben Jahr vor der Zwangseinweisung noch in einer fachärztlichen Behandlung befunden. Ein Viertel der ambulant psychiatrisch Vorbehandelten hatten sogar die Medikation bis zuletzt wie verordnet eingenommen. Mehr als zwei Drittel der PatientInnen, von denen die Medikamente in den letzten Monaten abgesetzt oder reduziert worden waren, berichteten dies selbst als ein Problem, das zur Einweisung ins Krankenhaus beigetragen hatte. Nach ihrem psychischen Befinden vor Aufnahme befragt, schilderten jeweils etwa zwei Drittel der gerichtlich Untergebrachten spezifische Symptome einer schizophrenen Psychose und unspezifische Veränderungen ihrer emotionalen Befindlichkeit. Dennoch wiesen 56 % der Befragten die ärztliche Diagnose einer Schizophrenie zurück. Nur jeder fünfte Patient war voll krankheitseinsichtig im Sinne des medizinischen Modells.

Die geringe Krankheitseinsicht stimmte bei der untersuchten Stichprobe in etwa mit den Werten vergleichbarer Erhebungen unfreiwilliger schizophrener PatientInnen überein (LINDEN 1982; ULLRICH et al. 1995). Die Diskrepanz zwischen geringer Akzeptanz der Diagnose und der intakten Fähigkeit, auch in der akuten Erkrankung Befindlichkeitsänderungen oder psychotische Symptome wahrzunehmen, spricht gegen die Annahme, dass eine mangelnde Krankheitseinsicht durch Aufmerksamkeitsdefizite oder Wahnwahrnehmungen bedingt sei. Für die Mehrheit stellte sich vielmehr das Leiden an einer Schizophrenie, wie von LEFERINK (1997) dargestellt, als ein persönlich und emotional relevantes Thema dar, dem eine Reduktion auf einen medizinischen Fachbegriff und die Anordnung einer medikamentösen Standardbehandlung alleine nicht gerecht wurde.

### 11.3 Patientenberichte zu Zwang in der Psychiatrie

Insgesamt waren drei Viertel der zwangseingewiesenen PatientInnen im Vorfeld der Unterbringung mit der Polizei in Kontakt gekommen. Bei zwölf der 38 Polizeieinsätze mussten Zwangsmittel wie das Aufbrechen der Wohnungstür, das Festhalten der Betroffenen oder das Anlegen von Handschellen angewendet werden. Der überwiegende Teil der polizeilichen Eingriffe lief ohne Gewalt ab. Die Interviewanalysen ergaben, dass die psychisch Kranken selbst einen erheblichen Anteil an der Deeskalation drohender Gewaltvorfälle hatten. Dabei waren sich die PatientInnen der Ordnungsfunktion und der Gewaltbefugnisse der Polizei bewusst. Die Situation war in Anwesenheit der Polizei selbst für schwer psychotische und hochgradig erregte Menschen klar, die Maßnahmen bei Gegenwehr vorhersehbar. Manchem Betroffenen fiel es schwer zu verstehen, dass die Polizei auch Menschen in Verwahrung nehmen kann, die keine Straftat begangen haben.

Bei den unmittelbaren polizeilichen Zwangsanwendungen, die gegen acht Männer und fünf Frauen erfolgten, zeigten sich geschlechtsspezifische Unterschie-

de der subjektiven Einschätzung. Für die Frauen war der polizeiliche Zwang in der Regel peinlich und demütigend, während die Männer die Situation eher im Kontext einer Herausforderung oder eines Kampfes sahen. Die Fesselung durch Handschellen betraf sechs Männer und zwei Frauen. In Handschellen abgeführt zu werden, bedeutete für die Betroffenen eine Behandlung wie bei einem Schwerkriminellen. Besonders beschämend war es, wenn Nachbarn den Vorfall beobachten konnten. Für zwei Frauen, die von der Polizei aus einem Betreuungsbüro abgeholt worden waren, war es auch ohne Handschellen schlimm, von männlichen Polizeibeamten angefasst und in einem Polizeiwagen abtransportiert zu werden. Aus Sicht der Betroffenen wäre es angemessen gewesen, vom gesetzlichen Betreuer zuvor persönlich aufzusuchen oder sie zumindest bis in die Klinik begleiten zu werden.

Ausgesprochen kritisch äußerten sich die gerichtlich Untergebrachten über die richterlichen Anhörungen. Ein Großteil der Befragten meinte, die Verhandlung sei wie eine Routinesache abgelaufen, ohne großes Interesse des Richters an der Sicht der Betroffenen. Überwiegend sei den Stellungnahmen der ÄrztInnen gefolgt worden, wobei der Ablauf und die Entscheidungsgründe für die Betroffenen wenig transparent wurden. Einigen PatientInnen, die sich über wenig Mitspracherecht beklagten, war die Entscheidung vom Richter letztendlich nur mitgeteilt worden. Eine ganze Reihe nach Betreuungsrecht untergebrachter Personen beschwerte sich darüber, dass gar keine richterliche Anhörung stattgefunden habe. Unter denjenigen, die eine Unterbringungsverhandlung erlebt hatten, beurteilte nur ein Viertel die Verhandlung als ein faires Verfahren. Mehrere PatientInnen hatten die richterliche Anhörung als ein ausgesprochen willkürliches Geschehen erlebt. Dies war oft mit einem Gefühl der Ohnmacht verbunden. Der Beschluss wurde von mehreren als eine Art Urteil oder Strafe verstanden.

Aus den Schilderungen wurde deutlich, dass es sich bei Unterbringungsverhandlungen aus Patientensicht nicht bloß um eine Formalie handelt. Die richterliche Anhörung kann für die Betroffenen eine schwere emotionale Belastung darstellen. Die PatientInnen erlebten die RichterInnen nicht als eine Instanz, die unabhängig und mit einem besonderen Augenmerk auf die Bedürfnisse und die Rechte der Betroffenen entschied. Die ÄrztInnen erhielten in der Anhörung durch ihre Doppelfunktion als Behandler und Gutachter ein übermäßiges Gewicht. Zudem war die gerichtliche Unterbringung in vielen Fällen auch von den Klinikärzten veranlasst worden. Eine Störung der Arzt-Patienten-Beziehung konnte sich insbesondere dadurch ergeben, dass die behandelnden ÄrztInnen zur Unterstützung des Unterbringungsantrags ihnen von Angehörigen oder Nachbarn zugetragene unangepasste Verhaltensweisen des Patienten wiedergaben und eine Reihe von denkbaren medizinischen und sozialen Konsequenzen einer Nichtbehandlung anführten, um den Richter von der Notwendigkeit der Unterbringung zu überzeugen. In der angewandten Form gestalteten sich die Unterbringungsverhand-

lungen insgesamt als ausgesprochen untherapeutisch. Zur Verbesserung der Situation schlugen die Betroffenen vor, unabhängige Gutachter zu bestellen oder Vertrauenspersonen zur Unterstützung der PatientInnen einzubeziehen. Die einzeln geübte Praxis, einen Verfahrenspfleger zu bestellen, zeigte keine entlastende Wirkung, weil dies lediglich von formaler Bedeutung war.

Geschlossene Türen wurden nur von einem Teil der Befragten als kurzfristig notwendiges Übel oder als Schutzmaßnahme akzeptiert. Viele PatientInnen verglichen eine Station mit einer geschlossenen Tür mit einem Gefängnis, in dem sie sich eingengt, eingesperrt und gedemütigt fühlten. Einige der Befragten wiesen darauf hin, dass die Beschränkung auf die Station eine zusätzliche Unruhe, Erregung oder Angstgefühle auslöse.

Die Stationstür war in der dritten Behandlungswoche bereits für zwei Drittel der gerichtlich untergebrachten Personen offen. Fast ein Fünftel der Befragten konnte die Station schon seit Beginn der Behandlung ohne Begleitung verlassen. Die weitgehende Türöffnung für gerichtlich Untergebrachte bestätigte die Annahme, dass eine unmittelbare Eigen- oder Fremdgefährdung sich nur selten als Begründung einer mehrwöchigen Unterbringungen eignet. Theoretisch müsste eine gerichtliche Unterbringungen aufgehoben werden, wenn es zu verantworten ist, den Betroffenen offen unterzubringen. Aus den Interviews ging jedoch hervor, dass die Freiheitsentziehung weniger mit einer geschlossenen Tür, sondern vielmehr durch die Möglichkeit des Zugriffs nach Entweichung in Verbindung gebracht wurde. Die meisten der vorübergehend geschlossen untergebrachten PatientInnen hatten sich zumindest gedanklich damit beschäftigt, wie sie sich unbemerkt von der Station entfernen könnten. Alleine die Vorstellung oder die Erfahrung, an der Tür zurückgehalten oder von der Polizei auf die Station zurückgebracht zu werden, hinderte die Untergebrachten in fast allen Fällen daran, einfach wegzugehen. Außerdem wollten viele der Befragten nicht das Vertrauen des Behandlers aufs Spiel setzen.

Bei zwei Entweichungsversuchen kam es zu Verletzungen beim Pflegepersonal, die vermeidbar gewesen wären, wenn man nicht versucht hätte, die auf der Station geängstigten Personen zurückzuhalten. Wenig spektakulär waren die Fälle, bei denen sich PatientInnen unbemerkt von der Station entfernt hatten. Zwei Frauen waren nur aus Langeweile nach Hause gegangen und kamen von alleine wieder auf die Station zurück. Zwei Männer wurden von der Polizei in ihrer Wohnung angetroffen und ein entwichener Patient hatte sich selbst an eine Polizeidienststelle gewandt.

Indirekter Zwang zur Medikamenteneinnahme wurde von knapp einem Drittel der gerichtlich Untergebrachten berichtet. Diese Personen nahmen die Medikamente gegen ihren Willen nur ein, weil ihnen für den Fall einer Verweigerung eine Zwangsmedikation angekündigt worden war oder weil sie nach entsprechenden Vorerfahrungen mit einem solchen Vorgehen rechneten. Bei den 15 subjek-

tiv zwangsbehandelten Personen lag nur in zwei Fällen eine ärztlich dokumentierte Zwangsmedikation vor. Weitere PatientInnen akzeptierten die Medikamente gegen ihre Überzeugung, ohne dass subjektiv eine Zwangsmaßnahme drohte. Viele der behandlungsunwilligen Personen erklärten, sie würden die Medikation nach Entlassung sowieso wieder absetzen. Einverstanden mit der Medikation waren immerhin fast 40 % der Befragten, auch wenn sie nur selten in die Behandlungsplanung einbezogen worden waren.

Etwa die Hälfte der medikamentös behandelten PatientInnen meinten, sie seien über Wirkungsweise und Therapierisiken der Neuroleptika nur unzureichend aufgeklärt worden. Mit ihrer aktuellen neuroleptischen Medikation waren nur 17 % der befragten Personen voll zufrieden. Das Vorliegen von unerwünschten Wirkungen berichteten 42 %, wobei sich die meisten Klagen auf motorische Nebenwirkungen des hochpotenten Neuroleptikums Haloperidol bezogen. In der US-amerikanischen Rechtsprechung, in der psychisch Kranken das Recht zur Medikamentenverweigerung zugesprochen wurde, hatten PatientInnen in ähnlicher Weise über unangemessen hohe Neuroleptikadosierungen, fachlich nicht nachvollziehbare Verordnungspraktiken und eine Bagatellisierung der Nebenwirkungen geklagt (FINZEN et al. 1993). In der Praxis führten die Urteile nicht zu der von Psychiatern befürchteten »Verrottung« unbehandelter PatientInnen, sondern zu einer deutlichen Qualitätsverbesserung psychiatrischer Medikamentenbehandlung durch gleichberechtigte Verhandlungen über wichtige Fragen der medikamentösen Behandlung. Es ist anzunehmen, dass sich die Verordnungspraxis hochpotenter Neuroleptika als Notfall- und Zwangsmedikation auch in Deutschland ändern würde, wenn PatientInnen Regressforderungen zum Beispiel wegen Spätdyskinesien einklagen würden.

Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne erlebten während des aktuellen Aufenthaltes 14 der gerichtlich Untergebrachten (28 %) und drei der ärztlich zurückgehaltenen PatientInnen (38 %). Eine oder mehrere Zwangsinjektionen erhielten vier gerichtlich Untergebrachte und eine ärztlich zurückgehaltene Person. Fixiert und dabei meist auch zwangsmediziert wurden neun der gerichtlich Untergebrachten und zwei der ärztlich Zurückgehaltenen. Zwei der Befragten hatten sich in Anbetracht eines Personalaufgebots derart verhalten, dass von einer weiteren Zwangsmaßnahme Abstand genommen wurde.

Eine Zwangsinjektion ohne Fixierung konnte nur eine der Betroffenen akzeptieren, weil es in einer Notfallsituation keine andere Möglichkeit der Intervention gegeben habe. Das Erleben der Zwangsmaßnahme sei dennoch schrecklich gewesen. Umgekehrt berichteten drei der Befragten relativ beiläufig von einer Zwangsinjektion, gaben jedoch zu erkennen, dass sie die Zwangsmaßnahme im Nachhinein nicht akzeptieren würden. Für zwei der Betroffenen war die Zwangsinjektion subjektiv extrem bedrohlich, wobei ein Patient davon überzeugt war, dass er mit der Injektion vergiftet würde. Ein anderer Mann war davon ausge-

gangen, ihm würde eine von ihm abgelehnte Depotmedikation gespritzt werden. Soweit die Schilderung zutrifft, bemängelte er zu Recht, dass die Zwangsmaßnahme vom behandelnden Arzt in der Aufnahmesituation ohne ein vorherige Klärung der Situation veranlasst worden war.

Die Fixierungen stellten sich aus der Perspektive der Betroffenen als hochgradig belastende Ereignisse dar. Eine Ausnahme bildete ein Mann, der sich vor der Zwangsmaßnahme in einem katatonen Zustand befunden hatte, und die kurze Fixierung zur Zwangsmedikation nicht in Erinnerung behielt. Umgekehrt war ein Mann, der eine Fixierung als beruhigende Maßnahme beschrieb, während des aktuellen Aufenthaltes gar nicht fixiert worden. Bei den übrigen PatientInnen war es aufgrund von Erregungszuständen zu einer oder mehreren Fixierungen gekommen. Von den meisten Befragten wurde die Fixierung nicht als eine Hilfe, sondern als Mittel der Machtdemonstration oder Disziplinierung aufgefasst. Die Bettfesselungen wurden zum Teil in drastischen Worten beschrieben. Schrecklich sei es gewesen, wie eine Vergewaltigung, alles sei aus und gestorben gewesen, wie ein Stück Schlachtvieh fühlte sich einer in der Fixierung. Für eine Patientin war das Ereignis so belastend, dass sie nicht davon sprechen wollte. Einen Mann quälte die Vorstellung, er würde an seinem Geschlechtsteil angefasst, wenn er in der Fixierung urinieren müsse. Eine Frau verglich die Fixierungen mit einer Selbstanalyse, wobei sie eine Vergewaltigung in der Jugendzeit wiedererlebt hätte. Ein Rest an Kontrolle war einer anderen Frau verblieben, weil sie mehrere Jacken anhatte und sich zur Not selbst hätte befreien können.

Den Schilderungen der Zwangsmaßnahmen enthielten kaum Wiedergaben von verbalen Interaktionen und fast gar keine Hinweise auf die Ausschöpfung deeskalierender Maßnahmen. Mehrere der Betroffenen berichteten, dass in der Aufnahmesituation fixiert und zwangsmediziert wurde, ohne dass zuvor eine andere Art von Kontakt hergestellt wurde. Unmittelbar nachbesprochen wurde die Zwangsmaßnahme offenbar nur bei einem Patienten, der dann einsah, dass er nur mit einem Verzicht auf weitere Gegenwehr ein Ende der über Tage wiederholt angeordneten Fixierungen erreichen konnte. Eine Patientin erwähnte, dass ihr Arzt sich nachher für die Fixierungsanordnung entschuldigt hatte. Unbesprochen blieb wohl die Fixierung einer Frau, deren Angaben eine Vielzahl von Hinweisen auf sexuelle Traumata und dissoziative Erlebensweisen enthielt. Sie gab an, die Fixierung wie eine Vergewaltigung erlebt zu haben, während ihr Arzt notierte, sie habe ihn dazu aufgefordert und es anscheinend genossen.

Mehr als die Hälfte der gerichtlich untergebrachten PatientInnen hatten Zwangsmaßnahmen bei früheren Aufenthalten in der Psychiatrie erlebt. Auch weit zurückliegende Vorfälle wurden von den Betroffenen detailliert erinnert und meist als schreckliche Erlebnisse geschildert. Insbesondere vor der Psychiatriereform sei es aus Sicht vieler Betroffenen so gewesen, dass PatientInnen mit Medikamenten »vollgepumpt« wurden und Zwangsmaßnahmen zur Behandlungs-

routine gehörten. Wer seine Medikamente nicht nehmen wollte, wurde im damals zuständigen Landeskrankenhaus fixiert und zwangsmediziert. Aufgrund von Vorerfahrungen mit Zwangsmaßnahmen wären beim aktuellen Aufenthalt viele PatientInnen nicht auf die Idee gekommen, die Medikation zu verweigern.

Die untersuchungsleitende Hypothese, dass das Erleben von Zwangsmaßnahmen die zu erwartenden Behandlungserfolge bei gerichtlich Untergebrachten in entscheidendem Maße beeinträchtigen könnten, wurde im weiteren Verlauf der Untersuchung nicht bestätigt. Das Risiko zusätzlicher Zwangsmaßnahmen war in der vorliegenden Stichprobe mit einem höheren Lebensalter, mit Zwangsmaßnahmen bei früheren Aufenthalten sowie mit den Symptomen »formale Denkstörungen« und »Hostilität« im Aufnahmebefund verknüpft. Personen, die zusätzliche Zwangsmaßnahmen erlebt hatten, unterschieden sich von den übrigen gerichtlich Untergebrachten weder in den Behandlungserfolgen bis zur Entlassung (initiale Behandlungsbewertungen, Rechtsstatuswechsel, Zustandsveränderung, reguläre Entlassung in ambulante Weiterbehandlung), noch in den längerfristigen Behandlungsergebnissen (Compliance sechs Monate nach Entlassung, Wiederaufnahmen innerhalb von 18 Monaten).

Der geringe Zusammenhang zwischen dem Einsatz zusätzlicher Zwangsmaßnahmen und Behandlungserfolgen könnte dadurch begründet sein, dass die Zwangsmaßnahmen fast ausschließlich auf Notfallsituationen zu Beginn der Behandlung begrenzt waren, und somit nicht willkürlich oder als therapeutische Maßnahme eingesetzt wurden. Da die Befragten ihre Ablehnung von Zwangsmaßnahmen noch deutlicher äußerten als in früheren Studien (vgl. FINZEN et al. 1993; NABER et al. 1996; SMOLKA et. al 1997), kann das gute Behandlungsergebnis so verstanden werden, dass PsychiatriepatientInnen nicht wegen, sondern trotz der gewalttätigen Elemente der Behandlung gesund werden.

## 11.4 Bewältigungsstrategien bei gerichtlichen Unterbringungen

Bei der Auswertung der im Interview spontan geschilderten Bewältigungsstrategien und Selbstkonzepte der gerichtlich untergebrachten PatientInnen zeigte sich, dass jeder zehnte Patient nicht nur das Vorliegen einer psychischen Störung, sondern auch seine Rolle als Patient eines Krankenhauses verleugnete. Diese Personen erklärten, sie würden auf der Station gefangen gehalten, vom Staat betäubt, als Genies verfolgt, zu Experimenten herangezogen oder sie befänden sich auf einer Kur. Oft war diese Situationseinschätzung mit Verfolgungs- und Größen erleben verbunden.

Angesichts einer als übermächtig und vergewaltigend erlebten Behandlung versagten für ein Viertel der Befragten die Bewältigungsstrategien. In ihrer Opferrolle unterschieden sich wütende oder resignierte PatientInnen ohne Krankheits-

gefühl von traumatisierten oder retraumatisierten Personen mit Krankheitsgefühl. Ein Teil der »gedemütigten« PatientInnen beklagte sich über die Neuroleptika, weil ihnen durch die Behandlung ihre Überlegenheitsgefühle oder die gewohnten Stimmen verloren gingen. Andere fühlten sich wie der schlechteste Mensch der Welt oder wie ein Kind behandelt, oder sie resignierten in Anbetracht einer gerichtlichen Genehmigung von Zwangsmaßnahmen. Die »traumatisierten« PatientInnen berichteten, sich wie im KZ vorzukommen, hart um ihr Leben kämpfen zu müssen, zwischen die Mühlsteine zu geraten, sich wie ein Stein zu fühlen, sich an Kriegererlebnisse zu erinnern oder nachts vergewaltigt zu werden.

Passiv angepasst und ohne ein eigenes Anliegen verbrachte jeder fünfte untergebrachte Patient die unfreiwillige Behandlung. Die Zeit der Unterbringung vertrieben sie sich, indem sie im Bett lagen, zum Kaffeetrinken und Rauchen aufstanden, Besuch empfangen, Ausgänge nutzten, anderen PatientInnen halfen oder sich mit ihnen zusammen setzten, das Pflegepersonal unterstützten oder in Konkurrenz zu ihm traten. Lästig war für die passiven PatientInnen nur, ständig zu irgendwelchen Therapien aufgefordert zu werden.

Ihre Autonomie verteidigte ein weiteres Fünftel der gerichtlich Untergebrachten durch direkten Widerstand gegen die Behandlungsmaßnahmen. Zwei Personen gingen so weit, dem Arzt eine Behandlungseinsicht vorzuspielen, um baldmöglichst entlassen zu werden. Andere PatientInnen weigerten sich einfach, einen Teil der Medikation einzunehmen, beklagten sich immer wieder über die schreckliche Wirkung der Medikamente, führten diplomatische Gespräche mit ÄrztInnen, setzten Grenzen für weitere Medikamentenerhöhungen, kündigten das Absetzen der Medikation für die Zeit nach der Entlassung an, nutzten Parkausgänge für Besuche zu Hause oder meldeten Einschränkungen ihrer Rechte bei der Polizei. Zwei PatientInnen war es durch beharrliches Ablehnen der Medikation gelungen, unmediziert zu bleiben.

Das letzte Fünftel der gerichtlich Untergebrachten suchte während einer akuten Psychose ein gewisses Maß an Schutz und Kontrolle. Diese PatientInnen waren häufig sozial isoliert und wünschten sich oft ein familienähnliches Stationsklima.

Die fünf geschilderten Bewältigungsstrategien wurden unter der Annahme, dass es sich um zunehmend konstruktive Lösungen des Autonomiekonfliktes gerichtlich Untergebrachter handeln könnte, in die mitgeteilte Reihenfolge gebracht und miteinander verglichen. Bei der Krankheitseinsicht, der Akzeptanz der gerichtlichen Unterbringung und der Behandlungszufriedenheit differenzierten die Bewältigungstypen signifikant in der erwarteten Reihenfolge. Bemerkenswert war, dass der aktive Widerstand gegen die Behandlung mit dem höchsten psychosozialen Funktionsniveau verbunden war. Umgekehrt suchten die kooperationswilligen Personen vermutlich gerade aufgrund der Wahrnehmung von Funktionseinbußen auf der Station Schutz und Hilfe.

Bei der Vorhersage der Behandlungserfolge gerichtlicher Unterbringungen

bewiesen die aus den Interviews extrahierten Bewältigungsmuster nur eine begrenzte Relevanz. Die Bewältigungsstrategien hatten keinen Einfluss auf den Rechtsstatuswechsel im Laufe der Behandlung, die Zustandsverbesserung bei Entlassung und die Compliance sechs Monate nach Entlassung. Beim Entlassungsmodus und bei der Wiederaufnahme innerhalb von 18 Monaten zeigte sich ein differenziertes Bild, das nicht zu der vermuteten Skalierung passte. Eine reguläre Entlassung in eine geplante Weiterbehandlung erfolgte mit größter Wahrscheinlichkeit bei den Schutz suchenden PatientInnen und bei denen, die ihre Patientenrolle verleugnet hatten, während die Widerständler nur selten in ärztlicher Absprache entlassen werden konnten. Die Rehospitalisierungsrate war besonders hoch, wenn gerichtlich untergebrachte PatientInnen früh in der Behandlung kooperierten, und besonders niedrig bei gedemütigten oder traumatisierten PatientInnen.

Die Befunde legen nahe, dass es sich bei den Bewältigungstypen um Untergruppen gerichtlich Untergebrachter handelt, deren Eigenarten in der Behandlungsplanung und Gesprächsführung berücksichtigt werden sollte. Die krankheitsuneinsichtigen PatientInnen, die entweder ihre Patientenrolle verleugnen oder sich aus anderen Gründen ohne eigenes Anliegen der Behandlung beugen, erscheinen im psychiatrischen Alltag vielleicht deshalb als wenig problematisch, weil die traditionelle Psychiatrie auf diese Patientenrollen zugeschnitten ist. Die Behandlung der übrigen Bewältigungstypen, die unter den gerichtlich Untergebrachten eine Mehrheit bilden, erfordert in besonderem Maße eine persönliche und psychotherapeutische Befähigung des Behandlers, die im gegenwärtigen Ausbildungssystem kaum vermittelt wird. Besonders wichtig erscheint es, Hinweise auf dissoziatives Erleben und Traumatisierungen wahrzunehmen und ins Gespräch zu bringen. Autonomiebestrebungen von Patientenseite sind, auch wenn sie zunächst als Therapiestörungen erscheinen, oft wesentliche Ressourcen der PatientInnen. Mit Personen, die Schutz und Hilfe in der Psychiatrie suchen, ist unter Umständen mühsam zu erarbeiten, wie sie auch außerhalb des Krankenhauses Unterstützung finden können.

## 11.5 Akzeptanz der unfreiwilligen Behandlung und Zufriedenheitsurteile

Fragen zur Akzeptanz der gerichtlichen Unterbringungen ergaben, dass immerhin 39 % der gerichtlich Untergebrachten in der dritten Woche nach Unterbringung feststellten, dass die freiheitsbeschränkende Maßnahme notwendig war. Fast die Hälfte der unfreiwillig Behandelten gab an, bei Aufnahme so krank gewesen zu sein, dass eine ernsthafte Eigengefährdung bestand. Die prinzipielle Möglichkeit, psychisch Kranke unter Umständen auch gegen ihren Willen zu behandeln,

hielten 50 % der aktuell Untergebrachten für richtig. Dennoch beurteilten 78 % der Befragten die Unterbringung als einen ungerechtfertigten Eingriff in ihre persönlichen Rechte. Mehr als die Hälfte der PatientInnen nahm an, dass andere Menschen wegen der Behandlung in der Psychiatrischen Einrichtung auf sie herabsehen.

Die Akzeptanz der Unterbringung korrelierte entsprechend der eingangs aufgestellten Hypothesen mit dem psychosozialen Funktionsniveau und der Krankheitseinsicht der Betroffenen. Explorativ ließ sich feststellen, dass auch die vom Arzt beschriebene Fremdgefährdung, verschiedene Aspekte der Behandlungszufriedenheit, das Erleben der Unterbringungsverhandlung und die Möglichkeit der Mitentscheidung in der Behandlung mit der Akzeptanz der Unterbringung zusammenhingen. Am stärksten korrelierte die Akzeptanz der unfreiwilligen Behandlung mit der rückblickenden Wahrnehmung einer Eigengefährdung vor Aufnahme.

Behandlungsbewertungen wurden bei den gesetzlich untergebrachten Personen sowohl im Interview als auch mit Hilfe von Fragebögen erhoben. Aus den Interviews wurde ein Bewertungsindex extrahiert, der das Verhältnis zwischen negativ erlebten und positiven bewerteten Behandlungsaspekten wiedergibt. Gemäß der Fokussierung der Interviews auf Belastungen durch eine unfreiwillige Behandlung überwogen die kritischen Äußerungen, die fast 70 % der Behandlungsbewertungen ausmachten. Der Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit ergab demgegenüber, dass etwa 65 % der gerichtlich Untergebrachten während des stationären Aufenthalts zumindest einigermaßen mit der Behandlung zufrieden war.

Bei vergleichbaren Befragungen zur globalen Zufriedenheit mit psychiatrischen Einrichtungen zeigte sich unabhängig von Diagnose und Gesundheitssystem durchgängig eine hohe Zufriedenheit der PatientInnen, wobei die Zufriedenheitsraten kaum unter 90 % lagen (vgl. LEIMKÜHLER & Müller 1996; GRUYTERS & PRIEBE 1994). Auffällig war in mehreren Untersuchungen, dass PatientInnen ihre klinische Versorgung weit positiver einschätzen, als dies vom Personal erwartet wurde bzw. als dies die objektiven Bedingungen erwarten ließen (KALMAN 1983). Viele Nutzer psychiatrischer Einrichtungen antworteten anscheinend im Sinne sozialer Erwünschtheit, insbesondere bei skalierten Antwortmöglichkeiten, weniger bei offenen Fragen. Insofern spiegelt in der vorliegenden Studie die Zufriedenheitsrate der gerichtlich Untergebrachten von 65 % entweder eine vergleichsweise geringe Zufriedenheit mit der Behandlung oder eine hohe Offenheit der Stellungnahmen.

Unter den Zufriedenheitsaspekten, die im Klientenbogen zur Behandlungsbewertung (KliBB) erfasst wurden, bewerteten die gerichtlich Untergebrachten den Umgang mit nichtärztlichen MitarbeiterInnen am besten (85 % positiv), gefolgt von der respektvollen Behandlung (76 % positiv), dem einführenden Engagement der ÄrztInnen (65 % positiv), den Gruppenangeboten (54 % positiv) und

der medikamentösen Behandlung (52 % positiv). Dieselbe Rangfolge ergab sich bei den freiwillig behandelten PatientInnen der Vergleichsgruppe. Die wichtigsten Zufriedenheitsquellen, die von den gerichtlich untergebrachten PatientInnen im Interview genannt wurden, stellten die Zuwendung des Personals (42 %), verschiedene Versorgungsaspekte (42 %), verschiedene Schutzaspekte (32 %), das Zusammenleben mit anderen PatientInnen (22 %) und spezifische Therapieangebote (20 %) dar. Beschwerden bezogen sich am häufigsten auf Einschränkungen der Autonomie (58 %), gefolgt von Kritik am Personal (54 %), an den MitpatientInnen (42 %), an der Ausgangsregel (42 %), an der Versorgung (30 %), an der mangelnden Beschäftigung (30 %), an der Medikation (30 %), an der Erschwerung des Kontakts zur Außenwelt (26 %) und an den tagesstrukturierenden Maßnahmen (20 %). Wünsche und Verbesserungsvorschläge betrafen die Ausweitung der therapeutischen Angebote, die Förderung eines alltagsnahen Stationsmilieus (Soteria-Elemente), die veränderte Zuordnung von PatientInnen zu Stationen und die Stärkung der Patientenrechte. In einer ebenfalls auf einer qualitativen Inhaltsanalyse basierenden Untersuchung hatten SPIESSL, SPIESSL und CORDING (1999) herausgefunden, dass für die Zufriedenheit allgemeinspsychiatrischer PatientInnen eine erfolgreiche Therapie, die Wahrung der Menschenrechte, Privatsphäre, einfühlsame Ärzte, fachlich kompetente Ärzte, freier Ausgang und freundliche Mitarbeiter eine wichtige Rolle spielten. TherapeutInnen unterschätzten die Bedeutung des freien Ausgangs, der Mitsprache bei der Therapie sowie der Rücksichtnahme unter PatientInnen. Bei einer in der Neuköllner Abteilung durchgeführten Nutzerbefragung (FÄHNDRICH & SMOLKA 1998) bekamen die Wochenendbeurlaubungen, das Pflegepersonal und die ärztlichen Einzelgespräche die besten Beurteilungen, während die Trennung vom Umfeld, das Zusammenleben mit PatientInnen und die Aufklärung über die Medikamente überwiegend negativ bewertet wurden.

Beim Vergleich der gerichtlich Untergebrachten mit der Gruppe freiwillig behandelter PatientInnen zeigten sich bei der Frage nach der allgemeinen Behandlungszufriedenheit in der dritten Behandlungswoche keine signifikanten Unterschiede. Eine statistisch bedeutsame Einbuße der Patientenzufriedenheit wäre bei der Untersuchungsgruppe angesichts der unfreiwilligen Behandlung und der größeren Schwere der Erkrankung zu erwarten gewesen. Als trennschärfer erwiesen sich die Fragen nach der Bereitschaft zur freiwilligen Wiederaufnahme, der Arztzufriedenheit, der Zufriedenheit mit sonstigen therapeutischen Angeboten und dem ihnen entgegengebrachten Respekt. Hier lagen die Bewertungen der gerichtlich Untergebrachten deutlich unter denen der Vergleichsgruppe. Insgesamt waren also zu Behandlungsbeginn durchaus Einschränkungen der Behandlungszufriedenheit gerichtlich untergebrachter PatientInnen festzustellen.

Bestätigt wurden Annahmen, wonach eine geringe Behandlungszufriedenheit innerhalb der Gruppe gerichtlich Untergebrachter mit einem männlichen Ge-

schlecht, mit mangelnder Krankheitseinsicht und mit der Bewältigungsstrategie zusammenhängen. Die explorative Korrelationsanalyse ergab zudem Anhaltspunkte für einen Einfluss der Staatsangehörigkeit, der Aufnahme als Notfall, der Begleitung zur Aufnahme, des Einverständnisses bei Aufnahme, des Erlebens der Aufnahme, der Zustandsveränderung, des Erlebens der Unterbringungsverhandlung, der Möglichkeit zur Mitentscheidung, der Ausgangsregel, des Erlebens der geschlossenen Tür und des Zusammenlebens mit anderen PatientInnen auf die Behandlungsbewertungen.

Sechs Monate nach Entlassung äußerten sich jeweils etwa die Hälfte der ursprünglich gerichtlich Untergebrachten und der freiwillig Behandelten erneut zur Bewertung der Behandlung. Unter den zuvor gerichtlich untergebrachten TeilnehmerInnen der Nachbefragung waren PatientInnen überrepräsentiert, die schon bei der ersten Befragung die Unterbringung eher akzeptieren konnten, weil sie von einer Eigengefährdung ausgingen. Im zeitlichen Abstand gaben die nachbefragten gerichtlich untergebrachten PatientInnen weitaus häufiger an, sie seien bei Klinikaufnahme krank gewesen. Dennoch stimmten auch ein halbes Jahr nach Entlassung im Vergleich zu freiwillig Behandelten deutlich weniger der zuvor Untergebrachten der Feststellung zu, dass die Behandlung notwendig gewesen sei.

Für die globale Behandlungszufriedenheit ergab der Gruppenvergleich auch ein halbes Jahr nach Entlassung, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen gerichtlich Untergebrachten und freiwillig Behandelten bestanden. Eine Zunahme der Zufriedenheit war bei den ehemals gerichtlich Untergebrachten insbesondere bei der Einschätzung der medikamentösen Therapie zu verzeichnen, während die freiwillig Behandelten im Rückblick mit der Behandlung insgesamt und besonders mit dem Arzt zufriedener waren als während des Aufenthalts. Demgegenüber nahm bei den gerichtlich Untergebrachten die Zufriedenheit mit dem Klinikarzt im zeitlichen Verlauf sogar von 68 % auf 58 % ab und wich damit signifikant von der Beurteilung der freiwilligen PatientInnen ab.

Die verbliebene Unzufriedenheit mit den Klinikärzten bestätigte die Befunde früherer Untersuchungen zwangsweise behandelter PatientInnen (ULLRICH et al. 1995; SMOLKA et al. 1997). Es ist zu vermuten, dass die nachträgliche Kritik an den ÄrztInnen noch deutlicher ausgefallen wäre, wenn sich alle gerichtlich Untergebrachten an der Nachbefragung beteiligt hätten. Als Erklärung für das schlechte Abschneiden der KlinikärztInnen kann angenommen werden, dass die Behandler von den Betroffenen für die erlittenen Freiheitsbeschränkungen verantwortlich gemacht wurden. Plausibel erscheint auch, dass die Arzt-Patienten-Beziehung schon alleine durch die unfreiwillige Behandlungssituation gestört war, die ein therapeutisches Arbeiten im eigentlichen Sinn ausschließt. Angesichts der Interviewergebnisse ist davon auszugehen, dass die interpersonelle Qualität der Behandlung gerichtlich Untergebrachter in vielen Fällen ungenügend war, weil

in vielen Fällen indirekter Druck ausgeübt wurde und dabei die Autonomiebedürfnisse der Betroffenen ebenso wie deren Rechte auf medikamentöse Aufklärung und Selbstbestimmung mit Verweis auf die Unterbringungssituation übergangen wurden. In der Nachbefragung hatte nur ein Viertel der Untergebrachten angegeben, dass der Arzt mit ihnen noch einmal ausführlich über die gerichtliche Unterbringung und ggf. über Zwangsmaßnahmen gesprochen hatte. Ebenso gering war der Anteil derer, bei denen Behandlungsvereinbarungen für künftige unfreiwillige Aufnahmen thematisiert wurden. Das Ausblenden des zentralen Behandlungsthemas der Unfreiwilligkeit aus den Einzelgesprächen stellt gerade angesichts der bemerkenswert hohen eigenen Einsicht der PatientInnen in die Notwendigkeit des Krankenhausaufenthalts einen wesentlichen Qualitätsmangel der betrachteten Behandlungen dar.

## 11.6 Kurz- und längerfristige Behandlungserfolge

Bei mehr als der Hälfte der gerichtlich Untergebrachten war es gelungen, die Betroffenen nach Ablauf der Unterbringungsfrist noch zu einem freiwilligen Verbleib auf der Station zu motivieren. Die Rechtsstatuswechsler hatten, ähnlich wie in der Studie von ULLRICH et al. (1995), im Vergleich zu den durchgängig Untergebrachten bereits in der Erstbefragung eine signifikant höhere Krankheitseinsicht und eine größere Akzeptanz der Unterbringung geäußert. Der Wechsel in eine freiwillige Weiterbehandlung war zudem positiv mit einer Begleitung durch Bezugspersonen zur Aufnahme, mit der Möglichkeit zur Mitentscheidung bei der medikamentösen Behandlung, dem Erleben der Unterbringungsverhandlung und verschiedenen Aspekten der Behandlungszufriedenheit korreliert. Geringer war die Wahrscheinlichkeit eines Rechtsstatuswechsels bei Personen, die gegen ihren Willen und in deutlich gereizter Stimmung aufgenommen wurden. Das beste Prädiktormodell zur Vorhersage des Rechtsstatuswechsels beschränkte sich auf die Variable »Krankheitseinsicht«.

Die medikamentöse Behandlung führte bis zur Entlassung der gerichtlich untergebrachten PatientInnen zu Therapieerfolgen, die sich lediglich in der Häufigkeit unerwünschter Wirkungen von den Erwartungswerten freiwillig Behandelter unterschieden. Die Häufung wesentlicher oder starker Nebenwirkungen bei gerichtlich Untergebrachten lässt sich plausibel dadurch erklärt, dass die PatientInnen im Vergleich zu freiwillig Behandelten ungünstigere psychopathologische Befunde und größere psychosoziale Funktionseinbußen aufwiesen, und von daher häufiger mit hochpotenten Neuroleptika bzw. mit höheren Dosierungen behandelt werden mussten. Umgekehrt könnte man argumentieren, dass gerade Personen mit erhöhter Empfindlichkeit für unerwünschte Wirkungen der Neuroleptika eine freiwillige stationäre Behandlung scheuen.

Zu beachten ist auch, dass bei fast einem Drittel der gerichtlich Untergebrachten eine weitgehende medikamentöse Therapieresistenz festgestellt wurde. Nach Pharmastudien sprechen etwa 25 % der PatientInnen nicht ausreichend auf Neuroleptika an (STRAUBE & WAGNER 1989). Demnach gibt es eine Untergruppe gerichtlich Untergebrachter, bei denen eine erzwungene medikamentöse Behandlung mehr schadet als nutzt. In diesen Fällen könnte es ratsam sein, zurückhaltend mit hochpotenten Neuroleptika umzugehen und gemeinsam nach umfassender Aufklärung über Alternativen zu beraten. Für die Mehrzahl der gerichtlich Untergebrachten bleibt jedoch festzuhalten, dass Neuroleptika im Sinne einer Symptomreduktion auch helfen, wenn sie unfreiwillig eingenommen werden.

Mit einer Zustandsverbesserung bei Entlassung ging überzufällig häufig ein Rechtsstatuswechsel der gerichtlich Untergebrachten einher. Die explorative Analyse ergab statistisch bedeutsame Zusammenhänge des Therapieerfolgs mit psychosozialen und psychologischen Faktoren wie der Berufstätigkeit, der Begleitung durch Helfer, der eher eigenen Initiative zur Aufnahme, der Wahrnehmung einer Stigmatisierung durch die psychiatrische Behandlung und der Selbstwahrnehmung von Befindlichkeitsveränderungen vor Aufnahme. Das beste Vorhersagemodell enthielt die Variablen »Initiative zur Aufnahme«, »Begleitung durch Helfer« und »Berufstätigkeit«. Eine gute soziale Einbindung könnte somit einen wichtigen Anhaltspunkt für eine günstige Prognose bei der unfreiwilligen Behandlung schizophrener Erkrankter darstellen.

Beim Entlassungsmodus zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den gerichtlich Untergebrachten und der Vergleichsgruppe freiwillig Behandelte. In 22 % der Fälle wurden die Behandlungen gerichtlich Untergebrachter irregulär und zusätzlich bei 14 % gegen ärztlichen Rat beendet. Bei weiteren 14 % der unfreiwilligen Behandlungen blieb trotz regulärer Entlassung unklar, in welcher Weise die ambulante Nachbehandlung erfolgen würde. Insgesamt konnten nur 56 % der gerichtlichen Unterbringungen in Übereinstimmung mit dem behandelnden Arzt und mit geplanter Weiterbehandlung abgeschlossen werden. Bei den freiwillig Behandelten lag der Anteil regulärer Entlassungen dagegen bei über 80 %.

Besonders häufig wurden untergebrachte PatientInnen irregulär entlassen, die auf der Station um die Wahrung ihrer Autonomie bemüht waren. Die ungeplante und aus der Perspektive des Klinikarztes verfrühte Entlassung korrelierte außerdem mit einer geringen Erkrankungsdauer, mit einem manischen Syndrom bei Aufnahme, mit einer behördlichen Zwangseinweisung in die Behandlung und mit einer geringen Wirksamkeit der neuroleptischen Medikation. Das beste Vorhersagemodell bestand aus den Variablen »Erkrankungsdauer« und »Zwangseinweisung«.

Die Compliance in der Nachbehandlung konnte bei 87 % der zuvor gerichtlich Untergebrachten und bei 91 % der freiwillig Behandelten aufgrund von Selbst-

oder Fremdauskünften hinreichend zuverlässig eingeschätzt werden. Es zeigte sich, dass zwischen beiden Gruppen ein halbes Jahr nach Entlassung weder für die Inanspruchnahme der ärztlichen Sprechstunde noch für die zuverlässige Einnahme neuroleptischer Medikation statistisch relevante Unterschiede bestanden. Von den gerichtlich Untergebrachten nahmen mindestens 63 % noch die verordneten Medikamente und 56 % gingen regelmäßig zum Arzt. Auch die vorliegenden Angaben zur Zustandsveränderung infolge der Krankenhausbehandlung wiesen keine Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Vergleichsgruppe auf. Bei mindestens 40 % der unfreiwillig behandelten PatientInnen hatte sich der Gesundheitszustand nach der gerichtlichen Unterbringung deutlich verbessert.

Der Rechtsstatuswechsel innerhalb der stationären Behandlung unterschied signifikant gerichtlich untergebrachte Personen mit guter und mit schlechter Compliance in der Nachbehandlung. Die explorative Datenanalyse ergab eine höhere Compliance bei längerer Erkrankungsdauer, bei Nichtbezug von Sozialhilfe, bei deutscher Staatsangehörigkeit, bei guter Compliance vor der Unterbringung und bei höherer Akzeptanz der Unterbringungsgesetze. Das Vorhersagemodell enthielt als stärksten Faktor die nicht beanspruchte Sozialhilfe und einen als chronisch bezeichneten Krankheitsverlauf. In anderen Studien lagen die Non-complianceraten bei schizophren Erkrankten bei 50–60 % (vgl. ALBUS, BURKES & SCHERER 1995; GODEMANN 2001). Prospektive Studien ergaben, dass Krankheitseinsicht, ein biologisches Krankheitsmodell, positive Beurteilung des behandelnden Arztes, Zustimmung zum Krankenhausaufenthalt und geringe Nebenwirkungen eine bessere Medikamentencompliance bewirken (GODEMANN 2001). In der eigenen Stichprobe gerichtlich Untergebrachter war die Bereitschaft zur ambulanten Rückfallschutzbehandlung eher mit einer langjährigen Einbettung in ein psychiatrisches Versorgungssystem verknüpft. Nicht wenige der »ProblempatientInnen« wurden schon über Jahre in der eigenen Institutsambulanz versorgt.

In den Wiederaufnahmeraten unterschieden sich gerichtlich Untergebrachte ebenfalls nicht von freiwillig Behandelten. In beiden Gruppen kam die Hälfte der PatientInnen innerhalb von 18 Monaten erneut in die stationäre Behandlung. Die Wiederaufnahmen waren mit Ergebnissen früherer Studien vergleichbar, wonach bei Schizophrenen etwa 40 % der entlassenen PatientInnen innerhalb eines Jahres wieder aufgenommen werden (GAEBEL & PIETZCKER 1985). Auffällig selten war die Rehospitalisierung von gerichtlich untergebrachten PatientInnen, die sich während des Aufenthalts als Opfer der Psychiatrie empfunden hatten oder bei denen Hinweise auf eine Traumatisierung bestanden. Unter den übrigen Behandlungsergebnissen bestanden statistische Zusammenhänge der Wiederaufnahmen mit der initialen Akzeptanz der Unterbringung und der im Interview wiedergegebenen Behandlungszufriedenheit. Signifikante Korrelationen fanden sich außerdem mit einer längeren Erkrankungsdauer, mit einer größeren Zahl stationä-

rer Voraufenthalte, mit einer eher eigenen Initiative für die Aufnahme, mit einer eher als fair erlebten Unterbringungsverhandlung und mit der Möglichkeit, bei der Medikation mitzuentcheiden. Der aussagekräftigste Prädiktor einer Wiederaufnahme gerichtlich untergebrachter PatientInnen war mit Abstand die zu Beginn der unfreiwilligen Behandlung eingeschätzte Eigengefährdung. Bei der Betrachtung von Wiederaufnahmeraten bleibt prinzipiell die Frage offen, ob eine Rehospitalisierung als Scheitern der rückfallvorbeugenden Behandlung oder als Behandlungserfolg im Sinne einer rechtzeitigen Wiederaufnahme bei Rezidiven aufzufassen ist. Jedenfalls erfolgte die Wiederaufnahme bei zwei Dritteln der beim Voraufenthalt gerichtlich Untergebrachten auf freiwilliger Basis.

## 11.7 Fazit und Ausblick

Die Qualitätssicherung bei gerichtlichen Unterbringungen psychisch Kranker ist ein bislang sowohl in der Literatur als auch in der Praxis vernachlässigtes Thema. Die bestehenden, überwiegend auf dem medizinischen Krankheitsmodell und quantitativer Methodik beruhenden Forschungsergebnisse konnten der Komplexität der Thematik nicht gerecht werden, weil Vereinfachung und Distanzierung vom Subjekt die Ausgangspunkte der Betrachtung darstellten. In der klinischen Psychiatrie repräsentieren direkte und indirekte Zwangsmaßnahmen nicht nur strittige Behandlungsmethoden, sie stellen vielmehr Formen der Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Institution dar. Für die Qualitätsverbesserung ist es daher notwendig, die Alltagspraxis auszuleuchten und dabei im Sinne einer Subjektorientierung näher an den Patienten heranzugehen.

Angesichts der sonst oft emotional geführten Debatten über Zwang in der Psychiatrie können die in der vorliegenden Studie mitgeteilten Zahlen zur Ergebnisqualität durchaus eine Beruhigung vermitteln. Es zeigte sich, dass die Behandlungen gerichtlich untergebrachter PatientInnen in Bezug auf Symptomreduktion, Compliance und Wiederaufnahmen ebenso erfolgreich waren wie die bei einer Vergleichsgruppe freiwillig behandelte PatientInnen, und das, obwohl die unfreiwillig Behandelten bei Aufnahme noch deutlich kränker waren als die Freiwilligen. Die erzwungenen Behandlungen führte auch nicht generell zu einer geringen Zufriedenheit mit der stationären Behandlung, selbst wenn es zu Fixierungen oder Zwangsinjektionen gekommen war. Allein die Bewertung der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus wurde durch die gerichtlichen Unterbringungen deutlich, und auch über den aktuellen Aufenthalt hinaus, gemindert.

Es fragt sich nun, wie »belastbar« und auf andere Institutionen übertragbar die gefundenen Daten zur Ergebnisqualität sind. In der somatischen Medizin sind Complianceraten von mehr als 50 % eine Rarität. Wieso sollten ausgerechnet die überwiegend krankheitsuneinsichtigen schizophren Erkrankten nach einem

erzwungenem Krankenhausaufenthalt bereit sein, sich freiwillig einer längerfristigen ambulanten Behandlung zu unterziehen? Das intensive Bemühen um die Förderung von Krankheitsverständnis und Behandlungsbereitschaft stellt, im Gegensatz zu vielen anderen Bereichen der Medizin, einen Schwerpunkt der psychiatrischen Arbeit dar. Einen noch viel größeren Einfluss dürfte das soziale und therapeutische Netzwerk der Familien und des »komplementären« Bereiches haben. Nicht zuletzt könnten spezifische Qualitätsmerkmale der Neuköllner Klinik, wie die weitgehende Türöffnung, das Durchmischungsprinzip oder der restriktive Umgang mit Zwangsmaßnahmen, zum Erfolg der Behandlungen beigetragen haben. Weitere Studien, die Klinikvergleiche einbeziehen, sind erforderlich, um die Frage nach der Ergebnisqualität bei gerichtlichen Unterbringungen allgemeingültig beantworten zu können.

Eines der wichtigsten Ergebnisse der Gespräche mit unfreiwillig Behandelten war, dass sich die PatientInnen bereits im akuten Stadium einer schizophrenen Psychose ernsthaft und kritisch mit der erfahrenen Behandlung auseinandersetzen konnten. Die Betroffenen nahmen genau wahr, in welchem Ausmaß ihnen Fairness und Respekt entgegengebracht wurde, und in welchen Punkten ihre Autonomie übermäßig eingeschränkt wurde. Den meisten der Befragten war es wichtig, den eigenen Standpunkt ausreichend vertreten zu können und in Entscheidungen einbezogen zu werden. Demnach ließ sich das häufig anzutreffende Vorurteil widerlegen, nach dem es nicht möglich sei, gleich zu Behandlungsbeginn therapeutische Einzelgespräche oder Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen durchzuführen. Die hohe Teilnehmerrate zeigte überdies die hohe Relevanz der Thematik für die Betroffenen.

Die qualitative Auswertung der Interviews erbrachte eine Reihe von überraschenden, aber auch berührenden Erkenntnissen. Die gerichtlich Untergebrachten äußerten eine beachtliche Einsicht in die krankheitsbedingte Eigengefährdung und die Notwendigkeit der Behandlung. Die Mehrzahl der Betroffenen war von der Polizei ins Krankenhaus gebracht worden. Die Schilderungen der Polizeieinsätze zeigten, dass auch erregte und schwer formal denkgestörte PatientInnen noch in der Lage waren, einen Beitrag zur Deeskalation drohender Gewaltsituationen zu leisten. Die richterlichen Anhörungen waren aus Sicht der meisten PatientInnen keine fairen Verfahren, weil die RichterInnen nicht unabhängig entschieden. Die Mehrfachfunktion des Arztes als Befürworter der Unterbringung, Gutachter und Therapeut störte das Vertrauen in die Behandlung erheblich. Indirekter Druck im Sinne von impliziten Ankündigungen von Zwangsmaßnahmen fand bei der Medikamentenverordnung und bei den Ausgangsregelungen statt. Die oft unausgesprochenen oder aus Vorerfahrungen geschlossenen Zwangsandrohungen führten dazu, dass auf fortgesetzte Zwangsinjektionen und Türschließungen weitgehend verzichtet werden konnte. Die Medikamente wurden oft ohne eine ausreichende Aufklärung und Mitsprachemöglichkeit der PatientInnen angesetzt.

Zwangmaßnahmen im engeren Sinne wurden bei einem Teil der Untergebrachten vorwiegend in Notfallsituationen zu Beginn der Behandlung durchgeführt und von den Betroffenen durchgängig als traumatische Situationen geschildert, was besonders für Fixierungen zutrifft. Die PatientInnen zeigten angesichts der erzwungenen Behandlung unterschiedliche Bewältigungsmuster. Als zentrale Coping-Strategien wurden Verleugnung des Patientenstatus, hilflose Wut, passive Anpassung, Verteidigung der Autonomie und schutzsuchendes Verhalten beschrieben.

Die Einstellung und das Erleben von MitarbeiterInnen psychiatrischer Einrichtungen im Hinblick auf Gewalt und Zwang in der Psychiatrie könnte einen Fokus künftiger Forschung darstellen. Es ist nicht zu vergessen, dass besonders das Pflegepersonal häufig Opfer von Patientenübergriffen wird. Von Interesse wäre es, herauszufinden, wie die Professionellen zur Deeskalation von Gewaltsituationen beitragen und welche Verhaltensweisen des Personals Zwangsmaßnahmen wahrscheinlicher machen. Innerhalb von Einzelfallanalysen könnten beide Sichtweisen erfasst und gegenüber gestellt werden. Interventionsstudien könnten aufzeigen, inwieweit qualitätssichernde Maßnahmen, wie z.B. die Einrichtung von Arbeitsgruppen oder eine spezielle Schulungen des therapeutischen Personals im Umgang mit unfreiwillig Behandelten zur Verminderung von Zwang in der Psychiatrie beitragen können.

Die im Titel der vorliegenden Arbeit implizierte Frage lässt sich insgesamt so beantworten, dass Zwang in der Behandlung schizophrener Erkrankter nur dann als für alle Beteiligten »sinnvoll« anzusehen ist, wenn er sich nicht auf Macht, sondern auf Kommunikation, Beziehung und Kenntnis der Vorgeschichte stützt. Die Interviews zeigten, dass die therapeutischen Beziehungen bei gerichtlichen Unterbringungen in der Regel noch durch ein eindeutiges Machtgefälle und eine Vernachlässigung des subjektiven Erlebens der Betroffenen geprägt waren. Für zukünftige Bemühungen um Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen sind daher weitere Schritte notwendig, die von der traditionell asymmetrisch angelegten Beziehung zwischen PatientInnen und TherapeutInnen hin zu einer subjektorientierten Behandlung führen. Dies schließt nicht aus, dass ÄrztInnen klar ihre Gründe für eine notwendige Freiheitseinschränkung vertreten und im Einzelfall gegen den erklärten Willen der PatientInnen entscheiden.

# Literaturverzeichnis

- ACKERKNECHT, E. H. (1985). *Kurze Geschichte der Psychiatrie* (3. verbesserte Aufl.). Stuttgart: Enke.
- ADAMS, N. H. & HAFNER, R. J. (1991). Attitudes of psychiatric patients and their relatives to involuntary treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 25, pp. 231–237.
- ALBUS, M., BURKES, S. & SCHERER, J. (1995). Welche Faktoren beeinflussen die Medikamenten-Compliance? *Psychiatrische Praxis*, 22, 228–230.
- AMADOR, X., STRAUSS, D., YALE, S. & GORMAN, J. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 113–132.
- AMERING, M., GÖSSLER, R., KATSCHNIG, H. & SIBITZ, I. (2002). *Wissen – genießen – besser leben. Ein Seminar für Menschen mit Psychoseerfahrungen* (Psychosoziale Arbeitshilfe 20). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- ANDREASEN, N. C. (1990). Positive and negative symptoms: Historical and conceptual aspects. In N. C. ANDREASEN (ed.), *Modern problems of pharmacopsychiatry: Positive and negative symptoms and syndromes* (pp. 1–42). Basel: Karger.
- ANGERMEYER, M. C. (1994). Einstellung der Bevölkerung zu Psychopharmaka. In: D. NABER & F. MÜLLER-SPAHN (Hrsg.), *Clozapin. Pharmakologie und Klinik eines atypischen Neuroleptikums* (S. 113–123). Berlin: Springer.
- ANGERMEYER, M. C., MATSCHINGER, H. & HOLZINGER, A. (1999). Akzeptanz gemeindepsychiatrischer Reformen in der Bevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 26, 16–21.
- ANGERMEYER, M. C. & SCHULZE, B. (1998). Psychisch Kranke – eine Gefahr? *Psychiatrische Praxis*, 25, 211–220.
- ANGERMEYER, M. C. & SIARA, C. S. (1994). Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Teil 1: Die Entwicklung im Jahr 1990. *Nervenarzt*, 65, 41–48. Teil 2: Die Entwicklung im Jahre 1991. *Nervenarzt*, 65, 49–56.
- ARANGO, C., BARBA, A. C., GONZÁLES-SALVADOR, T. & ORDÓNEZ, A. C. (1999). Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 493–503.
- ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR METHODIK UND DOKUMENTATION IN DER PSYCHIATRIE (Hrsg.) (1995). *Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (5. neubearbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- AUSTEDA, F. (1981). *Wörterbuch der Philosophie*. Augsburg: Humboldt.
- BASTIAAN, P., DEBUS, S. & HALTERHOF, H. (1998). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Fixierungen auf den medizinischen Stationen der Medizinischen Hochschule Hannover. *Psychiatrische Praxis*, 25, 231–234.
- BATESON, G. (1985). *Ökologie des Geistes. Antrophosophische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven* (H.G. Holl, Übers.). Frankfurt am

- Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag. (Original erschienen 1972: Steps to an Ecology of Mind. Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution und Epistemology)
- BAUMANN, J. (1966). *Unterbringungsrecht*. Tübingen: J. C. B. Mohr.
- BÄUML, J. (1994). *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige*. Berlin: Springer.
- BECK, J. & KOLK, B. v. d. (1987). Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychiatric women. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1474–1476.
- BECK, J. & GOLOWKA, E. A. (1988). A study of inforced treatment in relation to Stone's ›thank you‹ theory. *Behavioral Science and Law*, 6, 559–566.
- BÉNAYAT-GUGGENBÜHLER, M., HAUG, H. -J., FINZEN, A. & HOFFMANN-RICHTER, U. (1998). Zur Isolierpraxis in einer psychiatrischen Klinik. *Psychiatrische Praxis*, 25, 248–249.
- BENEKEM, M. & RASMUS, W. (1992). »Clinical Global Impressions« (EDCEU). Some critical comments. *Pharmacopsychiatry*, 25, 172–176.
- BERGENER, M., HEILIGER, A. & HOLZSCHNEIDER, H. (1988). *Zur Problematik des Freiheitsentzugs bei psychisch Kranken. Die Zwangsunterbringung nach dem PsychKG NW am Beispiel der Stadt Köln*. Berlin: Springer.
- BERGER, M. & GAEBEL, W. (Hrsg.). (1997). *Qualitätssicherung in der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- BERZEWSKI, H. (1999). Juristische Aspekte des psychiatrischen Notfalls. *Psycho*, 25, 539–549.
- BHUGRA, D. (1989). Attitudes towards mental illness. A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 1–12.
- BJORKLY, S. (1999). A ten-year prospective study of aggression in a special secure unit for dangerous patients. *Scandinavian Journal of Psychiatry*, 40, 57–65.
- BLEULER, E. (1911). *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke. (Reprint mit einem Vorwort von Manfred Bleuler. Tübingen: Archiv der Edition Diskord, 1988).
- BLOMHOFF, S., SEIM, S. & FRIIS, S. (1990). Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved? *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 771–775.
- BOCK, T. (1997). Modelle gewaltarmer Psychiatrie. Auswirkungen eines neuen Psychose-Verständnisses. In M. EINK (Hrsg.), *Gewalttätige Psychiatrie: ein Streitbuch* (S. 201–212). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- BOCK, T. (1999). *Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie. Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen* (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- BOCK, T. (2000). Gemeinsam gegen Vorurteile. Zur Auseinandersetzung um eine Anti-Stigma-Kampagne. *Soziale Psychiatrie*, (4), 16–18.
- BÖKER, W. & HÄFNER, H. (1973). *Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Springer.
- BONTA, J., LAW, M. & HANSON, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123–142.

- BORTZ, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4. vollst. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- BOSCH, G. (1971). Zur Frage des Abbaus von Zwangseinweisungen. *Nervenarzt*, 42, 65–74.
- BOSCH, G. (1974). Zwangseinweisungen psychisch Kranker. *Sozialpsychiatrische Informationen*, (4), 70–83.
- BREHM, J. (1966). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- BRIERE, J. & ZAIDI, L. (1989). Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1602–1606.
- BRILL, K.-E. (1997). Betreuerbestellung ist zum Lotteriespiel geworden. *Psychosoziale Umschau*, 12, 13–14.
- BRUNS, G. (1989). Drei Typen der stationären psychiatrischen Versorgung – ein statistischer Vergleich. *Öffentliches Gesundheitswesen*, 51, 17–20.
- BRUNS, G. (1993). *Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- BRUNS, G. (1997). Die psychiatrische Zwangseinweisung. In M. EINK (Hrsg.), *Gewalttätige Psychiatrie: ein Streitbuch* (S. 57–70). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- BÜHRING, P. (2001). Psychiatrie Reform. Auf halbem Weg stecken geblieben. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (6), 256–259.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.) (1996). *Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken: Projekt 1994–1996 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- CALLAN, A. & LITTLEWOOD, R. (1998). Patient satisfaction – ethic origin or explanatory model? *International Journal of Social Psychiatry*, 44, 1–11.
- CASCARDI, M. & POYTHRESS, N. (1997). Correlates of perceived coercion during psychiatric hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 445–458.
- CHRISTE, C. (1989). *Suizid im Alter. Dimensionen eines ignorierten Problems*. Bielefeld: Kleine.
- COLLEGIUM INTERNATIONALE PSYCHIATRIAE SCALARUM (Hrsg.) (1996). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. (4. überarbeitete Aufl.). Göttingen: Belz Test.
- CORDING, C. (Hrsg.) (1999). *Qualität in der Psychiatrie. Sichtweisen von Klinikern, Krankenkassen, MDK und Krankenhausträgern*. Regensburg: S. Roderer.
- CORDING, C., GAEBEL, W., SPENGLER, A., STIEGLITZ, R.-D., GEISELHART, H., JOHN, U., NETZOLD, D. W., SCHÖNELL, H., SPINDLER, P. & KRISCHKER, S. (1995). Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 24, 3–41.
- CORDING, C. & KRISCHKER, S. (1999). »Problempatienten« als ein Fokus der Qualitätssicherung im Psychiatrischen Krankenhaus. In C. CORDING (Hrsg.) *Qualität in der Psychiatrie. Sichtweisen von Klinikern, Krankenkassen, MDK und Krankenhausträgern* (S. 75–86). Regensburg: S. Roderer.
- COURNOS, F., MCKINNON, K. & STANLEY, B. (1991). Outcome of involuntary medication in a state hospital system. *American Journal of Psychiatry*, 148, 489–494.

- CREFELD, W. (1997). Die Zahl der Zwangseinweisungen nehmen weiter zu. *Psychosoziale Umschau*, 12, 14–15.
- CUFFEL, B. J. (1992). Characteristics associated with legal status change among psychiatric patients. *Community Mental Health Journal*, 28, 471–482.
- CUMMING, M. E. & CUMMING, J. (1957). *Closed Ranks. An experiment in mental health education*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- DARSOW-SCHÜTTE, K. I. & MÜLLER, P. (2001). Zahl der Einweisungen nach PsychKG in 10 Jahren verdoppelt. *Psychiatrische Praxis*, 28, 226–229.
- DARVEZ-BORNOZ, J.-M., LEMPÉRIERE, T., DEGIOVANNI, A. & GAILLARD, P. (1995). Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 78–84.
- DAVIS, S. (1991). Violence by psychiatric inpatients: A review. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 585–590.
- DIETZ, A., PÖRKSEN, N. & VOELZKE, W. (Hrsg.). (1998). *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Vertrag.
- DILLING, H., MOMBOUR, M. & SCHMIDT, H. (Hrsg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien/Weltgesundheitsorganisation* (2. korr. Aufl.). Bern: Huber.
- DÖRNER, K. & PLOG, U. (1984). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie* (1. Aufl. der völlig neubearbeiteten Ausg.). Rehbürg: Psychiatrie-Verlag.
- DORNWART, R. A. (1988). A ten-year follow-up study of the effects of deinstitutionalisation. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 287–291.
- EDWARDS, J., JONES, D. & REID, W. (1988). Physical assaults in a psychiatric unit of a general hospital. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1568–1571.
- EINK, M. (1997). Häßliche Geschichten von Zweifel, Angst und Scham. Eine Einführung. In M. EINK (Hrsg.), *Gewalttätige Psychiatrie. Ein Streitbuch* (S. 7–12). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- EINK, M. (1998). Vom Therapiezwang zur Fesselung. Psychiatrisch Tätige als Gewalt-Tätige. *Soziale Psychiatrie*, (1), 4–7.
- ENGBERG, M. (1994). Mortality and suicide rates of involuntarily committed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 35–40.
- ERNST, K. (1988). *Anwendung von Gewalt und Zwang durch eine psychiatrische Klinik. Praktische Klinikpsychiatrie*. Berlin: Springer.
- ERONEN, M., HAKOLA, P. & TIHONEN, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archive of General Psychiatry*, 53, 497–501.
- FÄHNDRICH, E. (2000). Erfahrungen mit der Basisdokumentation im klinischen Bereich. *Psycho*, 26, 381–385.
- FÄHNDRICH, E. & EICHLER, G. (1995). Zwangseinweisung und Gemeindepsychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 22, 150–153.
- FÄHNDRICH, E., KEMPF, M., KIESER, C. & SCHÜTZE, S. (1991). Die Angehörigenvisite (AV) als Teil des Routineangebots einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus. *Psychiatrische Praxis*, 28, 115–117.
- FÄHNDRICH, E. & NEUMANN, M. (1999). Die Polizei im psychiatrischen Alltag. *Psychiatrische Praxis*, 26, 1–6.

- FÄHNDRICH, E. & SMOLKA, M. (1998). Die psychiatrische Abteilung im Urteil der Patienten. Eine Nutzerbefragung als Teil der Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 25, 72–75.
- FÄHNDRICH, E. & STIEGLITZ, R.-D. (1989). *Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems*. Berlin: Springer.
- FAULSTICH, H. (1998). *Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949*. Freiburg i. B.: Lambertus.
- FINZEN, A. (1997). *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Prävention, Behandlung, Bewältigung*. (1. Aufl. der Neuausgabe). Bonn: Psychiatrie-Verlag (Gemeinschaftsausgabe mit dem Thieme Verlag).
- FINZEN, A. (2001). *Psychose und Stigma: Stigmabewältigung – Zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen* (2. korr. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- FINZEN, A. (1998a). Das pinelsche Pendel. Soziale und biologische Psychiatrie in den Wechselfällen der Geschichte. In A. FINZEN: *Das Pinelsche Pendel. Die Dimension des Sozialen im Zeitalter der biologischen Psychiatrie* (S. 10–39). Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag.
- FINZEN, A. (1998b). Wie Feuer und Wasser. Sozialpsychiatrie und Antipsychiatrie. In A. Finzen: *Das Pinelsche Pendel. Die Dimension des Sozialen im Zeitalter der biologischen Psychiatrie* (S. 40–59). Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag.
- FINZEN, A., HAUG, H.-J., BECK, A. & LUETHY, D. (1993). *Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- FINZEN, A. & SCHÄDLE-DEININGER, H. (1979). »Unter elenden menschenunwürdigen Umständen«. *Die Psychiatrie-Enquête*. Rehburg: Psychiatrie-Verlag.
- FISCHER, G. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt (UTB für Wissenschaft).
- FISHER, W. A. (1994). Restraint and seclusion: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1584–1591.
- FLICK, U. (1997). Entwürfe des Ver-rückten als subjektive und soziale Konstruktion. Theoretische und methodische Zugänge zu Alltagsvorstellungen. In M. C. ANGERMEYER & M. ZAUMSEIL (Hrsg.), *Ver-rückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins* (S. 28–48). Bonn: Edition das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag.
- FRIEDLEIN, C. (1984). *Geschichte der Philosophie. Lehr- und Lernbuch* (14. durchgesehene Aufl.). Berlin: E. Schmidt.
- FRITZ, U., MACK, B., RAVE-SCHWANK, M. (1991). Gewalt in der Psychiatrie. Evaluation der Fixierungsdokumentation in einem psychiatrischen Krankenhaus. *Psychiatrische Praxis*, 18, 162–166.
- GAEBEL, W. (Hrsg.). (1995). *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Wien: Springer.
- GAEBEL, W. (1996). Schizophrenien und wahnhaftige Störungen. In H. J. FREYBERGER & R.-D. STIEGLITZ (Hrsg.), *Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 112–128). Basel: Karger.
- GAEBEL, W. (1999). Qualitätssicherung in der Psychiatrie. In H. HELMCHEN, F. HENN,

- H. LAUTER, N. SATORIUS (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart, Band 2, Allgemeine Psychiatrie* (S. 367–389). Berlin: Springer.
- GAEBEL, W. & PIETZCKER, A. (1985). Multidimensional study of the outcome of schizophrenic patients 1 year after clinic discharge. *European Archive of Psychiatry and Neurological Sciences*, 235, 45–52.
- GALTUNG, J. (1993). Kulturelle Gewalt. In: LANDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG BADEN-WÜRTTEMBERG (Hrsg.), *Aggression und Gewalt* (S. 52–73). Stuttgart: Kohlhammer.
- GEBHARDT, R. P. & STEINERT, T. (1999). Should severely disturbed psychiatric patients be distributed or concentrated in specialized wards? An empirical study on the effects of hospital organization on ward atmosphere, aggressive behavior, and sexual molestation. *European Psychiatry*, 14, 291–297.
- GELMAN, S. (1999). *Medicating schizophrenia, a history*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- GENZ, A., KRÜGER, E. & DOST, B. (1988). Aggressives Verhalten in der psychiatrischen Klinik. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, 40, 542–550.
- GODEMANN, F. (2001). Patient compliance in der Behandlung schizophrener Psychosen. *Psycho*, 27, 385–388.
- GOFFMAN, E. (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen* (N. Lindquist, Übers.). Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp. (Original erschienen 1961: *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*)
- GOFFMAN, E. (1994). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (11. Aufl.). (F. Haug, Übers.). Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft. (Original erschienen 1963: *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*)
- GOODMAN, L. A., SALYERS, M. P., MUESER, K. T., ROSENBERG, S. D., SWARTZ, M., ESSOCK, S. M., OSHER, F. C., BUTTERFIELD, M. I. & SWANSON, J. (2001). Recent victimization in women and men with severe mental illness: Prevalence and correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 615–632.
- GOODWIN, D. W., ALDERSON, P. & ROSENTHAL, R. (1971). Clinical significance of hallucinations in psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 24, 76–80.
- GREENBERG, W. M., MOORE, D. L. & HERRON, R. (1996). Patients' attitudes toward having been forcibly medicated. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 24, 513–524.
- GREENFIELD, T. K., MC NIEL, D. E. & BINDER, R. L. (1989). Violent behavior and length of psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 809–814.
- GRUYTERS, T. & PRIEBE, S. (1994). Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatrische Praxis*, 21, 88–95.
- GRUYTERS, T. (1995). *Patienten bewerten ihre Behandlung. – Auf dem Weg zu einer subjektorientierten Evaluation in der Psychiatrie*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- GUNKEL, S. (1993). Traumatische Erlebnisse schizophrener Patienten aufgrund von Erkrankung und Behandlung. *TW Neurologie und Psychiatrie*, 7, 176–177.

- GUNKEL, S., BRÖKER, M. & PRIEBE, S. (1996). Psychiatrische Behandlung aus der Sicht chronisch schizophrener Patienten. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 26, 20–23.
- HADDENBROCK, S. (1972). Unterbringung und Freiheitsentziehung aus psychiatrischer Sicht. In: H. GÖPPINGER & H. WITTER (Hrsg.). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie* (Bd. 2, S. 1385–1426). Berlin: Springer.
- HÄFNER, H. (2001). Die Psychiatrie-Enquête. Historische Aspekte und Perspektiven. *Psycho*, 27, 258–270.
- HAHLWEG, K. (1998). Schizophrenie (von Kurt Hahlweg und Matthias Dose). *Fortschritte der Psychotherapie, Band 2*. Göttingen: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- HALTERHOF, H. (1997). Die Fixierung Relikt vergangener Zeiten? In M. EINK (Hrsg.): *Gewalttätige Psychiatrie. Ein Streitbuch* (S. 71–86). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- HANSSON, L. (1989). Patient satisfaction with in-hospital psychiatric care. A study of a 1-year population of patients hospitalized in a sectorized care organisation. *European Archive of Psychiatry and Neurological Science*, 239, 93–100.
- HARRIS, G. T., RICE, M. E. & PRESTON, D. L. (1989). Staff and patient perceptions of the least restrictive alternatives for the short-term control of disturbed behavior. *Journal of Psychiatry and Law*, 17, 239–263.
- HARRIS, G. T. & VARNEY, G. W. (1986). A ten-year study of assaults and assaulters on a maximum security psychiatric unit. *Journal of Interpersonal Violence*, 1, 173–191.
- HÄRTER, M. & BERGER, M. (1999). Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung. In: M. HÄRTER, M. GROSS-HARDT & M. BERGER (Hrsg.), *Leitfaden Qualitätszirkel in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 7–18). Göttingen: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- HÄRTER, M., GROSS-HARDT, M. & BERGER, M. (Hrsg.). (1999). *Leitfaden Qualitätszirkel in Psychiatrie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- HÄRTER, M. & STIEGLITZ, R.-D. (1999). Qualitätsmanagement in Psychiatrie und Psychotherapie. In: M. HÄRTER, M. GROSS-HARDT & M. BERGER (Hrsg.), *Leitfaden Qualitätszirkel in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 19–25). Göttingen: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- HASELBECK, H. (1985). Zur Sozialgeschichte der »Offenen Irrenfürsorge«. Vom Stadtasyl zum Sozialpsychiatrischen Dienst. *Psychiatrische Praxis*, 12, 171–179.
- HAUG, H.-J. & STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.). (1995). *Qualitätssicherung in der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- HELLERSTEIN, D., FROSC, W. & KOENIGSBERG, H. W. (1987). The clinical significance of command hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 144, 219–221.
- HELMCHEN, H. (1986). Ethische Fragen in der Psychiatrie. In K. P. KISKER, H. LAUTER, J. E. MEYER, C. MÜLLER & E. STRÖMGREN (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 2, Krisenintervention, Suizid, Konsiliarpsychiatrie* (3. Aufl.) (S. 309–368). Berlin: Springer.
- HELMCHEN, H. & OKASHA, A. (2000). From the Hawaii Declaration to the Declaration of Madrid. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 20–23.
- HELMCHEN, H. & VOLLMANN, J. (1999). Ethische Fragen in der Psychiatrie. In H.

- HELMCHEN, F. HENN, H. LAUTER & N. SARTORIUS (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart. Band 2: Allgemeine Psychiatrie* (4. Aufl.) (S. 521–577). Berlin: Springer.
- HEMPRICH, R. D. & KISKER, K. P. (1997). Die »Herren der Klinik« und die Patienten. Erfahrungen aus der teilnehmend-verdeckten Beobachtung einer psychiatrischen Station. In U. HOFFMANN-RICHTER, H. HASELBECK & R. ENGFER (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie vor der Enquête* (S. 166–187). Bonn: Psychiatrie-Verlag. (erstmal erschienen 1968: *Nervenarzt*, 39, 434–441)
- HIRSCH, R. D. & VOLLHARDT, B. R. (2001). Gewalt in stationären Einrichtungen: gesellschaftlich sanktioniert? *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 14, 11–21.
- HOFFMANN-RICHTER, U. (2000). *Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile*. Bonn: Edition das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag.
- HOLZINGER, A., ANGERMEYER, M. C. & MATSCHINGER, H. (1998). Was fällt Ihnen zum Wort Schizophrenie ein? Eine Untersuchung zur sozialen Repräsentation der Schizophrenie. *Psychiatrische Praxis*, 25, 9–13.
- HUBSCHMIDT, T. (1991). Gewalt in der Ohnmacht. Vom Umgang mit gewalttätigen Psychiatriepatienten. *Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 27, 111–119.
- ISOHANNI, M. & NIEMINEN, P. (1990). Relationship between involuntary admission and the therapeutic process in a closed ward functioning as a therapeutic community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 240–244.
- JAECKEL, M. & WIESER, S. (1970). *Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit*. Stuttgart: Thieme.
- JAMES, D. V., FINEBERG, N. A., SHAH, A. K. & PRIEST, G. (1990). An increase of violence on an acute psychiatric ward. *British Journal of Psychiatry*, 156, 846–852.
- JANSSEN, B., JÄNNER, M., SCHNEIDER, F., GAEBEL, W., BURGMANN, C., HELD, T., HOFF, P., PRÜTTNER, C., SASS, H., MECKLENBURG, H. & RUTH, A. (1998). Qualitätsindikatoren der stationären Behandlung schizophrener Patienten. Ergebnisse einer Pilotstudie zur externen Qualitätssicherung mit Hilfe einer Tracer-Diagnose. *Psychiatrische Praxis*, 25, 303–309.
- JASPERS, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie* (9. Auflage). Berlin: Springer.
- JETTER, D. (1986). *Das europäische Hospital. Von der Spätantike bis 1800*. Köln: DuMont Buchverlag.
- JOHNSON, M. E. (1998). Being restrained: A study of power and powerlessness. *Issue of Mental Health Nursing*, 19, 191–206.
- JUNGBAUER, J., BISCHOPF, J. & ANGERMEYER, M. C. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 28, 105–114.
- JÜRGENS, A., KRÖGER, D., MARSCHNER, R. & WINTERSTEIN, P. (1999). *Das neue Betreuungsrecht. Systematische Darstellung mit Änderungen zum 1. Januar 1999* (4. neubearb. Aufl.). München: Beck.
- KALMAN, T. P. (1983). An overview of patient satisfaction treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 48–54.
- KANE, J. M., QUITKIN, F., RIFKIN, A., WEGNER, J., ROSENBERG, G. & BORENSTEIN, M.

- (1983). Attitudinal changes of involuntarily committed patients following treatment. *Archive of General Psychiatry*, 40, 374-377.
- KETELSEN, R. & PIETERS, V. (in Vorb.). Prävention durch Nachbereitung – Maßnahmen im Rahmen der tertiären Prävention. In R. KETELSEN, M. SCHULZ & C. ZECHERT (Hrsg.), *Weniger Zwang in der Psychiatrie – der professionelle Umgang mit aggressiven Menschen in seelischen Krisen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- KETELSEN, R., SCHULZ, M. & ZECHERT, C. (Hrsg.) (in Vorb.). *Weniger Zwang in der Psychiatrie – der professionelle Umgang mit aggressiven Menschen in seelischen Krisen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- KETELSEN, R., ZECHERT, C., KLIMITZ, H. & RAUWALD, C. (2001). Entwicklung eines Kooperationsmodells zwischen drei psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen am Beispiel der Fixierungsdokumentation. *Psychiatrische Praxis*, 28, 69–74.
- KEUPP, H. (1972). Sind psychische Störungen Krankheiten? Einführung in eine Kontroverse. In H. KEUPP (Hrsg.), *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse* (S. 1–43). München: Urban & Schwarzenberg.
- KEUPP, H. (Hrsg.). (1979). *Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- KISKER, K. P. (1979). Antipsychiatrie. In K. P. KISKER, J. E. MEYER, C. MÜLLER & E. STRÖMGREN (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 1/1, Grundlagen und Methoden der Psychiatrie* (2. Aufl.) (S. 811–825). Berlin: Springer.
- KJELLIN, L., ANDERSSON, K., CANDEFJORD, I. L., PALMSTIERN, T. & WALLSTEN, T. (1997). Ethical benefit and costs of coercion in short-term inpatient psychiatric care. *Psychiatric Services*, 48, 1567–1570.
- KLIMITZ, H., UHLEMANN, H. & FÄHNDRICH, E. (1997). Fixieren wir zu häufig? Indikation, Häufigkeit und Randbedingungen von Fixierungen in einer alltagspsychiatrischen Abteilung. – Eine prospektive Studie. *Psychiatrische Praxis*, 24, 1–5.
- KNOLL, M. (1985). Über den Ursprung der Gewalt in der Psychiatrie – ein Beitrag zur double-bind-Wut. *Psychiatrische Praxis*, 12, 116–123.
- KÖHLER, K. (1991). *Kindesmißbrauch: Gewalt ver-rückt die Seele; Zur Rekonstruktion der Lebensgeschichte von psychisch Kranken*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- KOLBINGER, R., KOLBINGER, H. M. & SCHMIDT, R. (1992). Über die Rechtfertigung ärztlicher Entscheidungen in der Psychiatrie. *Fundamenta Psychiatrica*, 6, 17–20.
- KRISOR, M. (1993). *Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie. Das Herner Modell im Gespräch*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- KULENKAMPFF, C. (1997). Erkenntnisinteresse und Pragmatismus. Erinnerungen an die Zeit von 1945 bis 1970. In U. HOFFMANN-RICHTER, H. HASELBECK & R. ENGFER (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie vor der Enquête* (S. 84–96). Bonn: Psychiatrie-Verlag. (erstmal erschienen 1984: In K. DÖRNER (Hrsg.), *Fortschritte der Psychiatrie im Umgang mit Menschen* (S. 127–138). Rehbürg-Loccum: 36. Gütersloher Fortbildungswoche)
- KUNZE, H. & KALTENBACH, L. (Hrsg.) (1994). *Psychiatrische Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

- KUNZE, H. (1997). Die Psychiatrie-Personalverordnung als Instrument der Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie. In M. BERGER & W. GAEBEL (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 54–63). Berlin: Springer.
- LÄNGLE, G., KAISER, N., RENNER, G. & WASCHULEWSKI, H. (2000). Führt eine veränderte Dokumentation zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen? *Psychiatrische Praxis*, 27, 243–247.
- LAZARUS, R. S. (1966). *Psychological stress and coping process*. New York: Mc Graw Hill.
- LEFERINK, K. (1997). Die Person und ihre Krankheit. »Mangelnd Krankheitseinsicht« als Identitätsstrategie bei Menschen mit chronischer Schizophrenie. In M. C. ANGERMEYER & M. ZAUMSEIL (Hrsg.), *Ver-rückte Entwürfe. Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins* (S. 206–261). Bonn: Edition das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag.
- LEHMANN, L. S., PADILLA, M., CLARK, S. & LOUCKS, S. (1983). Training personal in the prevention and management of violent behavior. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 40–43.
- LEIMKÜHLER, A. M. & MÜLLER, U. (1996). Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt*, 67, 765–773.
- LIBERMAN, R. P., JACOBS, H. E., BOONE, S. E., FOY, D. W., DONAHOE, C. P., FALLOON, I. R. H., BLACKWELL, G. & WALLACE, C. J. (1986). Fertigkeitstraining zur Anpassung Schizophrener an die Gesellschaft. In W. BÖKER & H. D. BRENNER (Hrsg.), *Bewältigung der Schizophrenie* (S. 96–112). Bern: Huber.
- LINDEN, M. (1982). Die Veränderung von Krankheitsmodellen und Compliance bei schizophrenen Patienten. In H. HELMCHEN, M. LINDEN & U. RÜGER (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie* (S. 95–99). Berlin: Springer.
- LINDEN, M., NATHER, J. & WILMS, H. U. (1988). Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten. *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*, 56, 35–43.
- LINDQUIST, P. & ALLERBECK, P. (1990). Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *British Journal of Psychiatry*, 157, 345–350.
- LINK, B. G., ANDREWS, H. & CULLEN, F. T. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, 57, 275–292.
- LOPEZ, R., JAKOB, O., HOFFMANN-RICHTER, U. & FINZEN, A. (1998). Fürsorgliche Freiheitsentziehung. Ordentliches Verfahren und Gefahr im Verzug. *Psychiatrische Praxis*, 25, 246–247.
- LUHMANN, N. (1975). *Macht*. Stuttgart: Enke.
- MACMILLAN, H. L., FLEMING, J. E., STREINER, D. L., LIN, E., BOYLE, M. H., JAMIESON, E., DUKU, E. K., WALSH, C. A., WONG, M. Y.-Y. & BEARDSLEE, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1878–1883.
- MAYRING, P. (1996). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- McEVOY, J. P., APPLEBAUM, P. S., APPERSON, L. J., GELLER, J. L. & FRETER, S. (1989).

- Why must some schizophrenic patients be involuntary committed? The role of insight. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 13–17.
- McFARLAND, B. H., BRUNETTE, M., STEKETEE, K. & FAULKNER, L. R. (1993). Long-term follow-up of rural involuntary clients. *Journal of Mental Health Administration*, 20, 46–57.
- MCNEIL, D. E. & BINDER, R. L. (1995). Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients risk of violence. *American Journal of Psychiatry*, 152, 901–906.
- MCNEIL, D. E., BINDER, R. L. & GREENFIELD, T. K. (1988). Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 145, 965–970.
- MERTON, R. K. & KENDALL, P. L. (1993). Das fokussierte Interview. In C. HOPF & E. WEINGARTEN (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung* (S. 171–201). Stuttgart: Klett-Cotta.
- MODESTIN, J. & AMMANN, R. (1996). Mental disorder and criminality: Male schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 166, 69–82.
- MONAHAN, J. (1997). Clinical and actuarial predictions of violence. In D. FAIGMAN, D. KANE, M. SAKS & J. SANDERS (eds.), *Modern scientific evidence: The Law and science of expert testimony (Vol 1)*. St. Paul: West Publishing Company.
- MONAHAN, J., HOGE, S. K., LIDZ, C., ROTH, L. H., BENNETT, N., GARDNER, W. & MULVEY, E. (1995). Coercion and commitment: Understanding involuntary mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18 (3), 249–263.
- MÖRCHEN, G., PIETERS, V., WEICKERT, A., NIEDERLE, C., FÄHNDRICH, E. & VOIGTLÄNDER, W. (2002) Armut und soziale Unterversorgung bei stationär behandelten psychisch Kranken. *Psychiatrische Praxis*, 29, 295–300.
- MOSCOVICI, S. (1984). The phenomena of social representations. In R. M. FARR & S. MOSCOVICI (eds.), *Social representations* (pp. 3–69). Cambridge: Cambridge University Press.
- MULLEN, P. E. (1984). Mental disorder and dangerousness. *Australien and New Zealand Journal of Psychiatry*, 18, 8–17.
- MÜLLER, C. (1993). *Vom Tollhaus zum Psychozentrum. Vignetten und Bausteine zur Psychatriegeschichte in zeitlicher Abfolge*. Hürtgenwald: G. Pressler.
- MÜLLER, I. (1987). *Furchtbare Juristen. Die unbewältigte Vergangenheit unserer Justiz*. München: Kindler.
- MÜLLER, P. (1999). Neue PsychKGs: Liberale Absicht und reale Nachteile durch weiter eingeschränkte Rechte der betroffenen Patienten. *Recht & Psychiatrie*, (3), 107–111.
- NABER, D., KIRCHER, T. & HESSEL, K. (1996). Schizophrenic patients' retrospective attitudes regarding involuntary psychopharmacological treatment and restraint. *European Psychiatry*, 11, 7–11.
- NEEDHAM, I. (1997). Zwangsmaßnahmen und Ethik: Entwurf eines ethischen Modells für die Pflege. *Psychiatrische Pflege*, 3, 211–216.
- NELSON, E. C., HEATH, A. C., MADDEN, P. A., COOPER, M. L., DINWIDDIE, S. H., BICHHOLZ, K. K., GLOWINSKI, A., MCLAUGHLIN, T., DUNNE, M. P., STATHAM, D. J. & MARTIN, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. *Archive of General Psychiatry*, 59, 139–145.

- NICHOLSON, R. A. (1988). Characteristics associated with change in the legal status of involuntary psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 424–429.
- NICHOLSON, R. A., EKENSTAM, C. & NORWOOD, S. (1996). Coercion and the outcome of psychiatric hospitalisation. *Internat. Journal of Law and Psychiatry*, 18, 249–263.
- NOBLE, P. & ROGERS, S. (1989). Violence by psychiatric inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 155, 384–390.
- OKASHA, A. (2000). Ethics of psychiatry practice: consent, compulsion and confidentiality. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 693–698.
- OTTE, C. & NABER, D. (2001). Differenzialindikation der neuen Antipsychotika. *Psycho*, 27, 487–483.
- OWEN, C., TARANTELO, C., JONES, M. & TENANT, C. (1998). Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatric Services*, 49, 1452–1457.
- PALMSTRIERNA, T. & WISTEDT, B. (1988). Staff observation aggressive scale. SOAS. Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 657–663.
- PANSE, F. (1964). Das psychiatrische Krankenhauswesen. In J. STRAHLAU & B. E. ZOLLER (Hrsg.), *Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens, Heft 19*. Stuttgart: Thieme.
- PEECK, G., VON SECKENDORFF, C. & HEINECKE, P. (1995). Ergebnisse der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrierfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung. *Sozialpsychiatrische Informationen*, (4), 30–34.
- PFANNKUCH, H. (1997). »Offene Türen überall«. Über die Selbstverständlichkeit des Herner Modells. In M. EINK (Hrsg.), *Gewalttätige Psychiatrie. Ein Streitbuch* (S. 173–190). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- PLOG, U. (1998). Subjektivität – der Königsweg zur gewaltfreien Psychiatrie? *Soziale Psychiatrie*, (1), 9–11.
- 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), 22–24.
- POULSEN, H. D. (1997). Diagnoses among committed and detained psychiatric patients in Denmark. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 459–468.
- POWELL, G., CAAN, W. & CROWE, M. (1994). What events precede violent incidents in psychiatric hospitals? *British Journal of Psychiatry*, 165, 107–112.
- PRIEBE, S. & GRUYTERS, T. (1993). *Klientenbogen zur Behandlungsbewertung (KliBB)*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- PRIEBE, S., BRÖKER, M. & GUNKEL, S. (1998). Involuntary admission and posttraumatic stress disorder symptoms in schizophrenia patients. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 220–224.
- RABINOWITZ, J. & MARK, M. (1999). Risk factors for violence among long-stay psychiatric patients: National study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 341–347.
- RÄSÄNEN, P., TIHONEN, J., ISOHANNI, M., RANTAKALIO, P., LEHTONEN, J. & MORING, J. (1998). Schizophrenia, alcohol abuse and violent behavior: A 26-year follow-up study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 42, 437–441.
- RASMUSSEN, K. & LEVANDER, S. (1996). Crime and violence among psychiatric patients in a maximum security psychiatric hospital. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 455–471.

- RAUWALD, C. & RUPP, M. (in Vorb.). Übersicht und Grundbegriffe. In R. KETELSEN, M. SCHULZ & C. ZECHERT (Hrsg.), *Weniger Zwang in der Psychiatrie – der professionelle Umgang mit aggressiven Menschen in seelischen Krisen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- RENNER, G. (1998). Behandlung ohne Einwilligung – Untersuchungen zur Reaktion von Patientinnen und Patienten auf Freiheitsbeschränkungen und Handlungsansätze. In: J. KEBBEL & N. PÖRKSEN (Hrsg.), *Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Tagungsbericht Bonn, 24./25. September 1997* (S. 141–152). Köln: Rheinland Verlag.
- RICHTER, D. & BERGER, K. (2001). Patientenübergriffe auf Mitarbeiter. Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situation und Folgen. *Nervenarzt*, 72, 693–699.
- RICHTER, E. A. (2001). Psychiatrie in der DDR. Stecken geblieben: Ansätze vor 38 Jahren. *Deutsches Ärzteblatt*, (6), 259–261.
- RIECHER, A., RÖSSLER, W., LÖFFLER, B. & FÄTKENHEUER, B. (1991). Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 21, 197–208.
- RIECHER-RÖSSLER, A. & RÖSSLER, W. (1992). Die Zwangseinweisung psychiatrischer Patienten im nationalen und internationalen Vergleich. Häufigkeiten und Einflussfaktoren. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 60, 375–382.
- ROSENHAN, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 79, 250–256.
- ROSENTHAL, B., HAUG, H.-J., HOFFMANN-RICHTER, U. & FINZEN, A. (1994). Zur Isolierpraxis in einer psychiatrischen Klinik. *Psychiatrische Praxis*, 21, 151–153.
- ROSSI, M., JACOBS, M., MONTELEONE, M., OLSEN, R., SURBER, R. W., WINKLER, E. L. & WOMMACK, A. (1985). Violence or fear-inducing behavior associated with hospital admission. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 643–647.
- ROTTER, J. B. (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1–28.
- ROTTHAUS, W. (1996). Willkür verringern – Versuch einer Ethik des Helfens. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 14, 263–270.
- SAAGE, E. & GÖPPINGER, H. (1994). Freiheitsentziehung und Unterbringung. Materielles Recht und Verfahrensrecht. Kurzkomentar. *Beck'sche Kurzkomentare, Band 32*. (3. völlig neu bearbeitete Aufl. von R. MARSCHNER, B. VOLCKART & B. WAGNER). München: C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung.
- SAGDUYU, K., HORNSTRA, R. H., MUNRO, S. & BRUCE-WOLFE, V. (1995). A comparison of the restraint and seclusion experience of patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Missouri Medicine*, 92, 303–307.
- SAILAS, E. & FENTON, M. (2002). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses (Cochrane Review). In: *Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software.
- SANGUINETI, V. R., SAMUEL, S. E., SCHWARTZ, S. L., ROBESON, M. R. (1996). Retrospective study of 2,200 involuntary psychiatric admissions and readmissions. *American Journal of Psychiatry*, 153, 392–396.
- SCHANDA, H. & TAYLOR, P. (2001). Aggressives Verhalten psychiatrisch Kranker im stationären Bereich. *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*. S. 443–452.
- SCHAUB-RÖMER, C. (1997). *Zwang in der Psychiatrie: Eine Übersicht mit besonderer Berücksichtigung der Sichtweise der Angehörigen psychisch Kranker*. Regensburg: Roderer.

- SCHMIED, K. & ERNST, K. (1983). Isolierung und Zwangsinjektion im Urteil der betroffenen Patienten und des Pflegepersonals. Eine begleitete Quartalsstichprobe. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 233, 211–222.
- SCHMITT, W. (1997). Über sozialpsychiatrische Konzepte in älterer und neuerer Zeit. In U. HOFFMANN-RICHTER, H. HASELBECK & R. ENGFER (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie vor der Enquête* (S. 38–61). Bonn: Psychiatrie-Verlag. (erstmal erschienen 1969: *Therapiewoche*, 19, 2191–2200).
- SCHNEIDER, K. (1992). *Klinische Psychopathologie* (14. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- SCHROEDER, F. C. (1997). Der Geisteskranke in der Rechtsgeschichte. In G. WAHL & W. SCHMITT (Hrsg.), *Heilen – Verwahren – Vernichten. Mochentaler Gespräche zur Geschichte der Seelenheilkunde, Band 2* (S. 61–65). Reichenbach: Verlag Kommunikative Medien und Medizin.
- SCHUHMACHER, C. (1997). *Freiheitsentziehende Maßnahmen mit mechanischen Mitteln bei der Betreuung von gebrechlichen Menschen. Recht und Praxis der Fixierung*. Köln: Bundesanzeiger Verlag.
- SEIBT, M. (1997). Gewalt und Zwang in der Psychiatrie. In M. EINK (Hrsg.), *Gewalttätige Psychiatrie. Ein Streitbuch* (S. 191–200). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- SELIGMAN, M. E. P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- SHAH, A. K., FINEBERG, N. A. & JAMES, D. V. (1991). Violence among psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 305–309.
- SHERIDA, M., HENRION, R., ROBINSON, L. & BAXTER, V. (1990). Precipitants of violence in a psychiatric in-patient setting. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 776–780.
- SIMON, F. B. (1982). Das verlorene Vertrauen und der Ruf nach Kontrolle – Systemtheoretische Aspekte der »Ausgrenzung«. *Psychiatrische Praxis*, 9, 59–63.
- SIMON, M. D. (2000). Wir melden uns zu Wort. Die Angehörigen von psychisch Kranken beziehen Position. *Psychiatrische Praxis*, 27, 209–213.
- SIMONSEN, E. (1992). Compulsory admission for treatment – An interview study of patients. Admission procedure, use of restraint and treatment. *Ugeskr Laeger*, 154, 1831–1834.
- SMOLKA, M., KLIMITZ, H., SCHEURING, B. & FÄHNDRICH, E. (1997). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie aus der Sicht der Patienten. Eine prospektive Untersuchung. *Nervenarzt*, 68, 888–895.
- SNYDER, W. (1994). Hospital downsizing and increased frequency of assaults on staff. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 378–380.
- SPENCE, N. D., GOLDNEY, R. D. & COSTAIN, W. F. (1988). Attitudes towards psychiatric hospitalisation of involuntary and voluntary patients. *Australian Clinical Review*, 8, 108–116.
- SPENGLER, A. & BÖHME, K. (1989). Versorgungsepidemiologische Aspekte der sofortigen Unterbringung. *Nervenarzt*, 60, 226–232.
- SPENSLEY, J., EDWARDS, D. W. & WHITE, E. (1980). Patient satisfaction and involuntary treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50, 725–727.
- SPIESSL, H., CORDING, C. & KLEIN, E. (1995). Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. *Krankenhauspsychiatrie*, 6, 156–159.
- SPIESSL, H., KRISCHKER, S. & CORDING, C. (1998). Aggressive Handlungen im

- psychiatrischen Krankenhaus. Eine auf die psychiatrische Basisdokumentation gestützte 6-Jahres-Studie bei 17943 stationären Aufnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 25, 227–230.
- SPIESSL, H., SPIESSL, A. & CORDING, C. (1999). Die »ideale« stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 26, 3–8.
- SPÖRKELE, H., RUCKRIEGEL, B., JANSSEN, H. & EIBNER, A. (Hrsg.) (1997). *Total Quality Management im Gesundheitswesen* (2. überarb. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- STEADMAN, H. J., MULVEY, E. P., MONAHAN, J., ROBBINS, P. C., APPELBAUM, P. S., GRISSE, T., ROTH, L. H. & SILVER, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archive of General Psychiatry*, 55, 1–9.
- STEINERT, T. (2002). Gewalttätiges Verhalten von Patienten in Institutionen. Vorhersagen und ihre Grenzen. *Psychiatrische Praxis*, 29, 61–67.
- STEINERT, T., BRENNER, R., DEIFEL, G., GEBHARDT, R. P., KOCH, K., KOHLER, T., ONNEN, V., SCHMIDT-MICHEL, P.-O., SÜSS, C. & VOLLMER, E. (1998). Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus. Ein Aspekt der Qualitätssicherung. *Spektrum*, 27 (2), S. 35–39.
- STEINERT, T. & GEBHARDT, R. P. (2000). Erfolge Zwangsmaßnahmen willkürlich? *Psychiatrische Praxis*, 27, 282–285.
- STEINERT, T., HACKENBRUCH, N. & FAUST, V. (1993). Anlässe von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus. *Psychiatrische Praxis*, 20 (Sonderheft), 8–11.
- STEINERT, T., HERMER, K. & FAUST, V. (1996). Comparison of aggressive and non-aggressive schizophrenic inpatients matched for age and sex. *European Journal of Psychiatry*, 10, 100–107.
- STEINERT, T., SIPPACH, T. & GEBHARDT, R. P. (2000). How common is violence in schizophrenia despite neuroleptic treatment? *Pharmapsychiatry*, 33, 98–102.
- STEINERT, T., VOGEL, W. D., BECK, M. & KEHLMANN, S. (1991). Aggression psychiatrischer Patienten in der Klinik. Eine 1-Jahres-Studie an vier psychiatrischen Landeskrankenhäusern. *Psychiatrische Praxis*, 18, 155–161.
- STEINERT, T., WIEBE, C. & GEBHARDT, R. P. (1999). Aggressive behavior against self and others amongs first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50, 85–90.
- STEINERT, T. (in Vorb.). Indikation von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken. In R. KETELSEN, M. SCHULZ & C. ZECHERT (Hrsg.), *Weniger Zwang in der Psychiatrie – der professionelle Umgang mit aggressiven Menschen in seelischen Krisen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- STIELS-GLENN, M. (1996). Über den Umgang mit Gewalt. Beobachtungen bei Fortbildungen für Pflegepersonal in der Psychiatrie. *Psychiatrische Pflege*, 2, 192–195.
- STIERLIN, H. (1956). *Der gewalttätige Patient. Eine Untersuchung über die von Geisteskranken an Ärzten und Pflegepersonal verübten Angriffe*. Basel: Karger.
- STONE, A. (1975). *Mental health law: A system in transition*. Washington, DC: U. S. Government Printing.
- STRAUBE, E. R. & WAGNER, W. (1989). Voraussage des kurz- und mittelfristigen Krank-

- heitsverlaufs Schizophrener. Eine erste Analyse. In W. BÖKER & H. D. BRENNER (Hrsg.), *Schizophrenie als systematische Störung* (S. 117–128). Bern: Huber.
- STRAUSS, A. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: UTB.
- SVENSSON, B. & HANSSON, L. (1994). Patient satisfaction with inpatient psychiatric care. The influence of personality traits, diagnosis and perceived coercion. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 379–384.
- SWANSON, J. W., HOLZER, C. E., GANJU, V. K. & IONO, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761–770.
- SZASZ, T. S. (1978). *Psychiatrie – die verschleierte Macht. Essays über die psychiatrische Entmenschlichung des Menschen* (T. M. Höpfner, Übers.). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. (Original erschienen 1970: *Ideology and Insanity*)
- SZASZ, T. S. (1980). *Recht, Freiheit und Psychiatrie. Auf dem Weg zum »therapeutischen Staat«?* (W. Schwarz, Übers.). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. (Original erschienen 1963: *Law, Liberty and Psychiatry: An Inquiry into the Social Use of Mental Health*)
- TRENCKMANN, U. (1997). Gegen das Vergessen. Rezeption der NS Vergangenheit durch die beiden deutschen Staaten. In G. WAHL & W. SCHMITT (Hrsg.), *Heilen – Verwahren – Vernichten. Mochentaler Gespräche zur Geschichte der Seelenheilkunde, Band 2* (S. 195–209). Reichenbach: Verlag Kommunikative Medien und Medizin.
- ULLRICH, J., ULMAR, G. & STARZINSKI, T. (1995). Krankheitsmodelle und Einstellungswandel unfreiwillig aufgenommener schizophrener Patienten. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 63, 480–486.
- VARTIAINEN, H., VOURIO, O., HALONEN, P. & HAKOLA, P. (1995). The patients' opinions about curative factors in involuntary treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 163–166.
- VOSS, W. (1997). *Praktische Statistik mit SPSS*. München: Hanser.
- VRIJLAND, A. J. (1998). Zwangsmaßnahmen im europäischen Vergleich. In J. KEBBEL & N. PÖRKSEN (Hrsg.) *Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Tagungsbericht Bonn, 24./25. September 1997* (S. 49–57). Köln: Rheinland Verlag.
- WAGNER, R. F. (1998). Der Einfluss subjektiver Theorien auf den Prozess der Krankheitsverarbeitung – dargestellt am Beispiel von Patienten mit chronischer Pankreatitis. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 48, 491–498.
- WAHL, M. (1997). »Dementes«, »furiosi«, »monstrosi«. Über den Umgang mit Geisteskranken und Behinderten in der abendländischen Antike. In G. WAHL & W. SCHMITT (Hrsg.), *Heilen – Verwahren – Vernichten. Mochentaler Gespräche zur Geschichte der Seelenheilkunde, Band 2* (S. 15–26). Reichenbach: Verlag Kommunikative Medien und Medizin.
- WALLER, H. (Hrsg.). (1982). *Zwangseinweisung in die Psychiatrie: zur Situation in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich und in der Schweiz*. Bern: Huber.
- WALLSTON, K. A., WALLSTON, B. S. & DEVELLIS, R. (1978). Development of the multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Educational Monographs*, 6, 160–171.

- WAY, B. B. & BANKS, S. M. (1990). Use of seclusion and restraint in public psychiatry hospitals – patient characteristics and facility effects. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 75–81.
- WEBER, M. (1980). *Wirtschaft und Gesellschaft* (5. Aufl.). Tübingen: J. C. B. Mohr.
- WEBER, T. (1995). *Der Einfluss des Betreuungsgesetzes auf die freiheitsentziehende Unterbringung*. Berlin: Springer.
- WESEL, U. (1989). *Recht und Gewalt. Dreizehn Eingriffe*. Berlin: Kursbuch Verlag.
- WESSELEY, S. C., CASTLE, D., DOUGLAS, A. J. & TAYLOR, P. (1994). The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24, 483–502.
- WESTRIN, C. G. (1997). Compulsory psychiatric care: An arena for conflicts and research. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51 (suppl. 39), 57–61, 73–95.
- WIENBERG, G. (1997). Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion. Begriffliches und Grundsätzliches zum Problem der Gewalt in der Psychiatrie. In M. EINK (Hrsg.), *Gewalttätige Psychiatrie: ein Streitbuch* (S. 14–28). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- WIENBERG, G. (Hrsg.). (1995). »Schizophrenie zum Thema machen«, *Grundlagen und Praxis*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- WITTCHEN, H.- U., SASS, H., ZAUDIG, M. & KOEHLER, K. (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R* (Übersetzt nach der dritten Revision der dritten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association). Weinheim: Beltz.
- WOLFERSDORF, M., STIEGLITZ, R. D., METZGER, R., RUPPE, A., STABENOW, S., HORNSTEIN, C., KELLER, F., SCHELL, G. & BERGER, M. (1997). Qualitätssicherung in der stationären Depressionsbehandlung. *Psychiatrische Praxis*, 24, 120–128.
- WORDMAN, C. & BREHM, J. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. In L. BERKOWITZ (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 8). New York: Academic Press.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (1973). *The International Pilot Study of Schizophrenia*. Genf: WHO-Druck.
- ZECHERT, C. (2000). »... die Öffentlichkeit anzuklagen, bedeutet reine Verdrängung«. *Soziale Psychiatrie*, (4), 10–12.
- ZEILER, J. (1993). Der aggressive Patient – Anmerkungen zur Sozialpsychologie der Gewalt. *Psychiatrische Praxis*, 20, 130–135.

# Anhang

## A. Problemzentriertes Interview

### Erster Interviewteil: Vorgeschichte der gerichtlichen Unterbringung

Offene Frage: Wie kam es zur Aufnahme in die Abteilung für Psychiatrie?

1. Wie würden Sie Ihren psychischen Zustand im Vorfeld der Aufnahme beschreiben? *(Nachfragen zum Erleben der Psychose)*
2. Welche Probleme haben Ihrer Meinung nach zu der Klinikaufnahme beigetragen? *(Nachfragen zu psychosozialen Belastungen und Umgang mit Medikamenten)*
3. Wer hat letztendlich für die Klinikaufnahme gesorgt? *(Nachfragen zur Rolle der Angehörigen, des einweisenden Arztes und der Polizei)*
4. Wie haben Sie die Aufnahmesituation erlebt? *(Nachfragen zu Zwang und Gewalt in der Aufnahmesituation)*
5. Wie haben Sie die Unterbringungsverhandlung erlebt?
6. Was denken Sie, wie wäre die Aufnahme in die Klinik zu vermeiden gewesen?

### Zweiter Interviewteil: Erleben der gerichtlichen Unterbringung

Offene Frage: Wie erleben Sie Ihre Situation als Patient hier im Krankenhaus?

1. Gibt es etwas, das Sie hier als eher angenehm oder hilfreich erleben?
2. Was empfinden Sie hier als eher unangenehm?
3. Würden Sie gerne hier etwas nach Ihren Wünschen verändern wollen?
4. Würden Sie sich gerne bei einer unabhängigen Stelle über mögliche Unregelmäßigkeiten beschweren? *(Wenn ja worüber?)*
5. Können Sie frei, d. h. ohne Ängste vor den Folgen, selbst entscheiden oder mitentscheiden, wie Sie behandelt werden? *( in welchen Bereichen ja, in welchen Bereichen nicht? Wie wird Druck ausgeübt?)*

6. Werden Sie über den Sinn und Zweck von Behandlungsmaßnahmen und auch über deren Risiken und Nebenwirkungen vollständig und verstehbar aufgeklärt?
7. Sind Ihre Bürgerrechte in irgendeiner Form eingeschränkt worden? (z. B. *sind Dinge verboten worden, wie freier Ausgang, Umgang mit Ihrem Geld oder Eigentum, freier Telefon- und Briefverkehr, Ausübung der Religion etc.*)
8. Wenn die Stationstür verschlossen war, wie haben Sie das erlebt?
9. Wurden während ihres bisherigen stationären Aufenthaltes Zwangsmaßnahmen gegen Ihren Willen (Fixierungen oder Zwangsmedikationen) durchgeführt? (*separat für jede angegebene Zwangsmaßnahme Nachfragen zum Anlass, dem Erleben und der Akzeptanz der Zwangsmaßnahmen und zu erwünschten Behandlungsalternativen*).
10. Haben Sie sich während der Behandlung hier auf der Station einem indirekten Zwang oder Druck ausgesetzt gefühlt? (z. B. »Wenn Sie die Medikamente nicht nehmen, bekommen Sie keinen Urlaub«)
11. Haben Sie aus früheren Aufenthalten in der Psychiatrie bereits Erfahrungen mit gerichtlichen Unterbringungen, Fixierungen oder Zwangsmedikationen? Wenn ja, welche?

## B. Fragebogen zur Akzeptanz der Unterbringung

Bei den nachfolgenden Fragen geht es um Ihr Einverständnis mit der jetzigen stationären Behandlung. Zu den Fragen gehören jeweils vier Antwortalternativen. Bitte wählen Sie diejenige Antwort, die für Sie am ehesten zutrifft.

1. Waren Sie zum Zeitpunkt der Aufnahme mit einer stationären Behandlung in der Abteilung für Psychiatrie einverstanden?
 

Ja, völlig einverstanden.....	1
Ja, einigermaßen einverstanden.....	2
Nein, eher dagegen.....	3
Nein, absolut dagegen.....	4
2. Wie erinnern Sie Ihren psychischen Zustand bei Aufnahme aus heutiger Sicht? Denken Sie, dass Sie damals eher gesund oder krank waren?
 

Sehr krank.....	1
Ziemlich krank.....	2
Eher gesund.....	3
Völlig gesund.....	4

3. Bestand vor der Aufnahme aufgrund Ihres psychischen Befindens eine Gefahr für Ihr Leben oder Ihre Gesundheit?
- |                              |   |
|------------------------------|---|
| Ja, ganz sicher.....         | 1 |
| Ja, etwas.....               | 2 |
| Nein, eher nicht.....        | 3 |
| Nein, ganz sicher nicht..... | 4 |
4. Bestand vor der Aufnahme aufgrund Ihres psychischen Befindens eine unmittelbare Gefahr für andere?
- |                              |   |
|------------------------------|---|
| Ja, ganz sicher.....         | 1 |
| Ja, etwas.....               | 2 |
| Nein, eher nicht.....        | 3 |
| Nein, ganz sicher nicht..... | 4 |
5. Fühlen Sie sich jetzt eher krank oder eher gesund?
- |                     |   |
|---------------------|---|
| Sehr krank.....     | 1 |
| Ziemlich krank..... | 2 |
| Eher gesund.....    | 3 |
| Völlig gesund.....  | 4 |
6. Geht es Ihnen jetzt besser oder schlechter als zum Zeitpunkt Ihrer Aufnahme in die Psychiatrische Abteilung?
- |                       |   |
|-----------------------|---|
| Viel besser.....      | 1 |
| Etwas besser.....     | 2 |
| Etwas schlechter..... | 3 |
| Viel schlechter.....  | 4 |
7. Können Sie in der Rückschau zustimmen, dass die Aufnahme/ Unterbringung zum damaligen Zeitpunkt notwendig war?
- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Ja, sehr notwendig.....         | 1 |
| Ja, einigermaßen notwendig..... | 2 |
| Nein, eher unnötig.....         | 3 |
| Nein, absolut unnötig.....      | 4 |
8. Haben Sie die Aufnahme/Unterbringung als Zwangsmaßnahme gegen Ihren Willen oder als ungerechtfertigten Eingriff in ihre persönlichen Rechte erlebt?
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Ja, auf jeden Fall..... | 1 |
| Ja, einigermaßen.....   | 2 |
| Nein, eher nicht.....   | 3 |
| Nein, gar nicht.....    | 4 |

9. Haben Sie die Aufnahme/Unterbringung als Erleichterung erlebt, weil Ihnen eine Entscheidung abgenommen wurde?
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Ja, auf jeden Fall..... | 1 |
| Ja, einigermaßen.....   | 2 |
| Nein, eher nicht.....   | 3 |
| Nein, gar nicht.....    | 4 |
10. Glauben Sie, dass Menschen auf Sie herabsehen, wenn Sie diese Einrichtung nutzen?
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Ja, auf jeden Fall..... | 1 |
| Ja, etwas.....          | 2 |
| Nein, eher nicht.....   | 3 |
| Nein, gar nicht.....    | 4 |
11. Was halten Sie insgesamt von der Aufnahme/Unterbringung im Krankenhaus?
- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| War sehr hilfreich.....         | 1 |
| War einigermaßen hilfreich..... | 2 |
| War eher demütigend.....        | 3 |
| War eine Strafe.....            | 4 |
12. Würden Sie zu einem späteren Zeitpunkt in einer ähnlichen Situation von sich aus die Hilfe der Psychiatrischen Abteilung in Anspruch nehmen?
- |                              |   |
|------------------------------|---|
| Ja, ganz sicher.....         | 1 |
| Ja, vielleicht.....          | 2 |
| Nein, eher nicht.....        | 3 |
| Nein, ganz sicher nicht..... | 4 |
13. Was denken Sie im allgemeinen über die gesetzlich verankerte Möglichkeit, psychisch Kranke unter bestimmten Voraussetzungen gegen ihren Willen in der Psychiatrie zu behandeln?
- |                           |   |
|---------------------------|---|
| Völlig richtig.....       | 1 |
| Einigermaßen richtig..... | 2 |
| Eher falsch.....          | 3 |
| Absolut falsch.....       | 4 |

### C. Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Bei den nachfolgenden Fragen geht es um Ihre Beurteilung der jetzigen stationären Behandlung. Bitte wählen Sie diejenige Antwort, die für Sie am ehesten zutrifft.

1. Glauben Sie, dass Sie hier insgesamt die für Sie richtige Behandlung erhalten?
 

Ja, auf jeden Fall.....	1
Ja, einigermaßen.....	2
Nein, eher nicht.....	3
Nein, gar nicht.....	4
2. Fühlen Sie sich von Ihrem Arzt verstanden und setzt er sich für Sie ein?
 

Ja, auf jeden Fall.....	1
Ja, einigermaßen.....	2
Nein, eher nicht.....	3
Nein, gar nicht.....	4
3. Ist der Umgang mit den sonstigen Mitarbeitern für Sie eher angenehm oder unangenehm?
 

Sehr angenehm.....	1
Einigermaßen angenehm.....	2
Eher unangenehm.....	3
Sehr unangenehm.....	4
4. Glauben Sie, dass Sie hier die für Sie richtigen Medikamente erhalten?
 

Ja, auf jeden Fall.....	1
Ja, einigermaßen.....	2
Nein, eher nicht.....	3
Nein, gar nicht.....	4
5. Glauben Sie, dass die sonstigen Angebote hier (wie z.B. Ergotherapie, Musiktherapie, Psychosegruppe) für Sie richtig sind?
 

Ja, auf jeden Fall.....	1
Ja, einigermaßen.....	2
Nein, eher nicht.....	3
Nein, gar nicht.....	4
6. Fühlen Sie sich hier insgesamt geachtet und respektiert?
 

Ja, auf jeden Fall.....	1
Ja, einigermaßen.....	2
Nein, eher nicht.....	3
Nein, gar nicht.....	4

7. Ist die bisherige Behandlung hier für Sie hilfreich gewesen?
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Ja, auf jeden Fall..... | 1 |
| Ja, einigermaßen.....   | 2 |
| Nein, eher nicht.....   | 3 |
| Nein, gar nicht.....    | 4 |

## D. Einschätzung des Behandlungserfolgs

### Fragen an den weiterbehandelnden Arzt sechs Monate nach Entlassung

- In welcher Weise hat der Patient nach der Klinikentlassung Ihre ärztliche Sprechstunde in Anspruch genommen?
 

Nicht erschienen.....	1
Nach Befinden bzw. unregelmäßig erschienen.....	2
Regelmäßig bzw. nach Terminabsprache erschienen.....	3
- Wie beurteilen Sie die Mitwirkung und Verlässlichkeit des Patienten bei der neuroleptischen Behandlung?
 

Nicht beurteilbar .....	0
Nicht eingenommen bzw. abgesetzt.....	1
Nach Befinden bzw. unregelmäßig eingenommen.....	2
Regelmäßig bzw. nach Empfehlung eingenommen.....	3
- Wie beurteilen Sie insgesamt die Zustandsveränderung des Patienten im Vergleich mit dem Beginn der Krankenhausbehandlung?
 

Nicht beurteilbar .....	0
Zustand ist sehr viel besser.....	1
Zustand ist viel besser.....	2
Zustand ist nur wenig besser.....	3
Zustand ist unverändert.....	4
Zustand ist etwas schlechter.....	5
Zustand ist viel schlechter.....	6
Zustand ist sehr viel schlechter.....	7

## E. Lebenslauf des Verfassers

Volker Pieters, geboren 1965 in Eschweiler

- 1984 Abitur am Quirinus Gymnasium Neuss
- 1985–1986 Zivildienst im Landeskrankenhaus Bonn, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 1986–1992 Studium der Rechtswissenschaften, Romanistik und Philosophie an der Freien Universität Berlin und der Universität zu Köln
- 1987–1994 Pflegehelfer auf einer geschlossenen Männerstation der Psychiatrischen Klinik der FU Berlin
- 1989–1994 Studium der Psychologie an der Freien Universität Berlin
- 1995–1996 Diplom-Psychologe in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald
- 1995–2000 Fortbildung zum Verhaltenstherapeuten
- seit 1996 Diplom-Psychologe im Krankenhaus Neukölln, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie (seit 2000: Vivantes Klinikum Neukölln, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie), derzeit beschäftigt in einer psychiatrischen Tagesklinik
- 1999 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten
- 2002 Promotion zum Dr. phil. am Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie der Freien Universität Berlin