

Aus der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal
(Chefarzt: Dr. med. Th. Cahn)

Arbeit unter der Leitung von Prof. Dr. med. F. Labhardt

DIE BEHANDLUNG VON PSYCHISCH KRANKEN IN DER
PSYCHIATRISCHEN KLINIK LIESTAL AUS DER SICHT DER ANGEHOERIGEN

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der gesamten Heilkunde
vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

von

Andreas Manz, von Rothenfluh/BL und Wila/ZH

INHALTSUEBERSICHT

	Seite
<u>A Einführung</u>	1
1. Einleitung	1
2. Fragestellung	1
3. Methodik	7
4. Lesehilfe	9
<u>B Zusammenfassung</u>	14
<u>C Das untersuchte Kollektiv</u>	23
1. Die befragten Angehörigen	23
2. Die Patienten der Befragung	28
3. Die Patienten, die eine Befragung ablehnten	42
<u>D Untersuchungsergebnisse</u>	61
1. Pauschalurteil	62
2. Die "Offenheit" der Klinik	100
3. Die Qualifikation des Arztes und des Pflegepersonals	124
4. Der Klinikeintritt	150
4.1 Gründe, die zum Klinikeintritt führten	151
4.2 Wer hat den Eintritt entschieden?	153
4.3 Zwangseinweisung	170
4.4 Aufnahmeprobleme	187
5. Die Behandlung	191
5.1 Dauer der Klinikbehandlung	192
5.2 Wohlbefinden und Entwicklungsmöglichkeiten in der Klinik	205
5.3 Einbezug der Angehörigen in die Behandlung	222
5.4 Die ungenügende Informationsweitergabe	251
6. Der Austritt	264
6.1 Vorbereitung auf den Austritt	264
6.2 Probleme, die nach Austritt ins Gewicht fielen	280
7. Nutzen der Behandlung	289

8. Suizid	312
8.1 Daten über die Patienten	313
8.2 Befragung der Angehörigen über den Suizid des Patienten	321
8.3 Das spezifische Antwortprofil auf die Standardfragen	329
<u>E Diskussion</u>	365
1. Methodik	366
2. Ergebnisse	369
<u>F Resumé</u>	380
<u>G Anhang</u>	381
1. Standardfragebogen	381
2. Krankengeschichtenerhebungsbogen	390
3. Suizidfragebogen	397
<u>H Register</u>	398
<u>I Literaturverzeichnis</u>	406
<u>K Verdankungen und Widmung</u>	410

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite	
A	EINFUEHRUNG	1
1.	Einleitung	1
2.	Fragestellung	1
3.	Methodik	7
4.	Lesehilfe	9
	Anmerkungen	12
B	ZUSAMMENFASSUNG	14
1.	Pauschalurteil	14
2.	Die "Offenheit der Klinik	14
3.	Die Qualifikation des Arztes und des Pflegepersonals	15
4.	Die Klinikeinweisung	15
5.	Die Zwangseinweisung	17
6.	Die Dauer des Klinikaufenthaltes	18
7.	Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung	18
8.	Die Austrittsvorbereitung	19
9.	Probleme nach dem Klinikaustritt	20
10.	Nutzen der Klinikbehandlung	20
11.	Suizid	21
C	DAS UNTERSUCHTE KOLLEKTIV	23
1.	Die befragten Angehörigen	23
1.1	Alter	24
1.2	Geschlecht	24
1.3	Zivilstand	25
1.4	Berufliche Situation	25
1.5	Verwandtschaftliche Beziehung und Zusammenleben mit dem Patienten	26
1.6	Freizeit	27
1.7	Freunde	27
1.8	Interaktionen mit dem Patienten	28

2.	Die "Offenheit" der Klinik	100
2.1	Ersthospitalisation vor der Reform 1979?	103
2.2	Veränderung an der Kantonalen Psychiatrischen Klinik festgestellt?	105
2.3	Hospitalisationsmuster	107
	- Einzelhospitalisation?	107
	- Anzahl Hospitalisationstage insgesamt	108
2.4	Institutioneller Chronifizierungsgrad	109
2.5	Zwangseinweisung	110
2.6	Austrittsdiagnose	111
2.7	Pauschalurteil	113
2.8	Verwandtschaftsbeziehung zum Patienten	114
2.9	Hat sich der Patient wohl gefühlt?	115
2.10	Konnte er sich erholen?	116
2.11	Ausgang	116
2.12	Austrittsvorbereitung	118
2.13	Suizidalität und Suizid	119
2.14	Zusammenfassung und Diskussion	120
	Anmerkungen	123
3.	Die Qualifikation der Aerzte und des Pflegepersonals	124
3.1	Nutzen der Behandlung	126
3.2	Was hat geholfen?	128
3.3	Einbezug der Angehörigen	131
3.4	Dauer des Klinikaufenthaltes	137
3.5	Hospitalisationsmuster	138
	- Einzelhospitalisation?	138
	- Hospitalisationstage insgesamt	139
3.6	Ersthospitalisation vor 1979?	140
3.7	Institutioneller Chronifizierungsgrad	141
3.8	Zwangseinweisung	142
3.9	Austrittsvorbereitung	143
3.10	Zeit und Vertrauen	143
3.11	Zusammenfassung	145
3.12	Diskussion	147
	Anmerkungen	149

D	UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE	61
1.	Pauschalurteil über die Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal	62
1.1	Anzahl Hospitalisationen in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik	63
1.2	Anzahl Hospitalisationstage insgesamt	65
1.3	Institutioneller Chronifizierungsgrad der Patienten	66
1.4	Klinik vor der Reform noch erlebt? (Ersthospitalisation in der KPK vor 1979)	67
1.5	Eintrittsmodus	68
1.6	Beurteilung der Aerzte und Pfleger	70
1.7	Uebereinstimmung mit der Hospitalisationsnotwendigkeit	72
1.8	Probleme bei der Aufnahme	73
1.9	Empfindungen des Angehörigen beim Klinikeintritt	73
1.10	Subjektive Einschätzung der Aufenthaltsdauer des Patienten in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik	74
1.11	Auskunft an die Angehörigen während der Klinikbehandlung	76
1.12	Positive Urteile über Aspekte der Klinik	80
1.13	Negative Urteile über Aspekte der Klinik	82
1.14	Nutzen der Klinikbehandlung	83
1.15	Vorbereitung auf den Klinikaustritt	85
1.16	Probleme nach dem Klinikaustritt	86
1.17	Wünsche an die Klinik	87
1.17.1	Eintritt	88
1.17.2	Behandlung	89
1.17.3	Austritt	91
1.17.4	Suizid	92
1.17.5	Anderes	92
1.18	Die Negativbewertung der Klinik	92
1.19	Zusammenfassung und Diskussion des Pauschalurteils über die Kantonale Psychiatrische Klinik	96
	Anmerkungen	98

2.	Die "Offenheit" der Klinik	100
2.1	Ersthospitalisation vor der Reform 1979?	103
2.2	Veränderung an der Kantonalen Psychiatrischen Klinik festgestellt?	105
2.3	Hospitalisationsmuster	107
	- Einzelhospitalisation?	107
	- Anzahl Hospitalisationstage insgesamt	108
2.4	Institutioneller Chronifizierungsgrad	109
2.5	Zwangseinweisung	110
2.6	Austrittsdiagnose	111
2.7	Pauschalurteil	113
2.8	Verwandtschaftsbeziehung zum Patienten	114
2.9	Hat sich der Patient wohl gefühlt?	115
2.10	Konnte er sich erholen?	116
2.11	Ausgang	116
2.12	Austrittsvorbereitung	118
2.13	Suizidalität und Suizid	119
2.14	Zusammenfassung und Diskussion	120
	Anmerkungen	123
3.	Die Qualifikation der Aerzte und des Pflegepersonals	124
3.1	Nutzen der Behandlung	126
3.2	Was hat geholfen?	128
3.3	Einbezug der Angehörigen	131
3.4	Dauer des Klinikaufenthaltes	137
3.5	Hospitalisationsmuster	138
	- Einzelhospitalisation?	138
	- Hospitalisationstage insgesamt	139
3.6	Ersthospitalisation vor 1979?	140
3.7	Institutioneller Chronifizierungsgrad	141
3.8	Zwangseinweisung	142
3.9	Austrittsvorbereitung	143
3.10	Zeit und Vertrauen	143
3.11	Zusammenfassung	145
3.12	Diskussion	147
	Anmerkungen	149

4.	Der Klinikeintritt	150
4.1	<u>Gründe/Probleme</u> , die zum Klinikeintritt führten	151
4.2	<u>Einweisungsinstanz</u>	153
4.2.1	Diagnose	154
4.2.2	Eintrittsart	158
4.2.3	Institutioneller Chronifizierungsgrad	161
4.2.4	Vereinbarte Nachbehandlung nach dem Austritt	164
4.2.5	Hilfsinstanz bei einer Krise nach dem Austritt	167
4.2.6	Zusammenfassung	169
4.3	<u>Zwangseinweisung</u>	170
4.3.1	Alter	172
4.3.2	Geschlecht	173
4.3.3	Austrittsdiagnose	174
4.3.4	Einweisungsinstanz	175
4.3.5	Hospitalisationsmuster	176
4.3.6	Institutioneller Chronifizierungsgrad	177
4.3.7	Aufnahmeprobleme	178
4.3.8	Mit Einweisung einverstanden?	179
4.3.9	Empfindungen des Angehörigen bei der Einweisung	180
4.3.10	Dauer der Klinikbehandlung	180
4.3.11	Einbezug der Angehörigen	182
4.3.12	Nutzen der Klinikbehandlung	182
4.3.13	Medikamente bei Austritt	182
4.3.14	Probleme nach dem Austritt	184
4.3.15	Krise nach dem Austritt	185
4.3.16	Zusammenfassung und Diskussion	186
4.4	<u>Aufnahmeprobleme</u>	187
4.5	Zusammenfassung	189
	Anmerkungen	190
5.	Die Behandlung in der Klinik	191
5.1	<u>Dauer</u> der Klinikbehandlung	192
5.1.1	Verwandtschaftsstellung des Angehörigen zum Patienten	195
5.1.2	Diagnose	197
5.1.3	Ersthospitalisation vor 1979?	199
5.1.4	Hospitalisationsmuster	200
5.1.5	Institutioneller Chronifizierungsgrad	201

5.1.6	Zwangseinweisung	201
5.1.7	Pauschalurteil über die Klinik	202
5.1.8	Qualifikation der Aerzte	202
5.1.9	Krise nach dem Klinikaustritt	202
5.1.10	Zusammenfassung	204
5.2	<u>Wohlbefinden und Entwicklungsmöglichkeiten in der Klinik</u>	205
5.2.1	Hat sich der Arzt gut um den Patienten gekümmert	207
5.2.2	Hat sich das Pflegepersonal gut um den Patienten gekümmert?	208
5.2.3	Hatte der Patient guten Kontakt mit anderen Patienten?	209
5.2.4	Welche Behandlungsangebote haben geholfen?	210
5.2.5	Alter	211
5.2.6	Geschlecht	212
5.2.7	Austrittsdiagnose	213
5.2.8	Hospitalisationsmuster	214
5.2.9	Zwangseinweisung	216
5.2.10	Institutionelle Chronifizierung	217
5.2.11	Zusammenfassung "Kurhaus"	218
	Emanzipatorische Wirkung der Klinikbehandlung	219
5.2.12	Behandlungsangebote	219
5.2.13	Einbezug der Angehörigen	221
5.3	<u>Einbezug der Angehörigen</u>	222
	- Aeusserungen im Wortlaut	222
	- Grundsätzliche Ueberlegungen und Daten	224
5.3.1	Auskunft an den Angehörigen	231
5.3.2	Wissen über die Krankheit	232
5.3.3	Information über die Therapie	234
5.3.4	Die Rolle des Angehörigen	234
5.3.5	Nutzen der Behandlung	237
5.3.6	Qualifikation des Arztes	237
5.3.7	Dauer der letzten Hospitalisation	238
5.3.8	Institutioneller Chronifizierungsgrad	239
5.3.9	Austrittsvorbereitung	239
5.3.10	Krisenprävention	243
5.3.11	Krise nach dem Austritt	247
5.3.12	Zusammenfassung und Diskussion	248

5.4	Die <u>ungenügende Informationsweitergabe</u> an die Angehörigen	251
5.4.1	Einbezug in die Behandlung	253
5.4.2	Wunsch, über Therapie orientiert zu werden	254
5.4.3	Verwandtschaftsstellung	255
5.4.4	Austrittsdiagnose	256
5.4.5	Einzelhospitalisation	257
5.4.6	Dauer der Stichhospitalisation	258
5.4.7	Institutionelle Chronifizierung	259
5.4.8	Zwangseinweisung	260
5.4.9	Zusammenfassung	260
	Anmerkungen	262
6.	Der Austritt	264
6.1	<u>Vorbereitung</u> auf den Austritt	264
6.1.1	Austrittsinformation	265
6.1.2	Orientierung, was in einer Krise zu tun wäre	267
6.1.3	Krise und Wiedereintritt	268
6.1.4	<u>Probleme</u> nach dem Austritt	270
6.1.5	Vereinbarte Nachbehandlung	271
6.1.6	Diagnose	273
6.1.7	Hospitalisationsmuster	274
6.1.8	Zwangseinweisung	276
6.1.9	Institutionelle Chronifizierung	277
6.1.10	Zusammenfassung	278
6.2	Probleme, die nach Austritt ins Gewicht fielen	280
6.2.1	Dauer des letzten Klinikaufenthaltes	281
6.2.2	Hospitalisationsmuster	282
6.2.3	Institutionelle Chronifizierung	283
6.2.4	Zwangseinweisung	284
6.2.5	Alter und Geschlecht	285
6.2.6	Diagnose	286
6.2.7	Zusammenfassung	287
	Anmerkungen	288

7.	Nutzen der Behandlung	289
7.1	Nutzen von verschiedenen Behandlungsangeboten	291
7.2	Uebereinstimmung mit der Hospitalisationsnotwendigkeit	292
7.3	Wünsche an das Eintrittsprocedere	293
7.4	Einschätzung der Aufenthaltsdauer	294
7.5	Einbezug der Angehörigen in die Behandlung	295
7.6	Ursache für ungenügende Informationsweitergabe	296
7.7	Negative Urteile über Aspekte der Klinik	297
7.8	Pauschalurteil über die Klinik und Qualifikation des Arztes	298
7.9	Alter	299
7.10	Geschlecht	300
7.11	Diagnose	301
7.12	Hospitalisationsmuster	302
7.13	Rehospitalisationen	305
7.14	Institutionelle Chronifizierung	306
7.15	Eintrittsmodus	307
7.16	Vereinbarte Nachbehandlung	308
7.17	Medikamente	309
7.18	Zusammenfassung	309
	Anmerkungen	311
8.	Suizid	312
8.1	Daten der Suizidpatienten	313
	- Zusammenstellung	314
	- Durchschnittsberechnung	315
	- Hospitalisationsmuster	315
	- Geschlecht und Alter	316
	- Diagnosen	316
	- Eintrittsart	318
	- Austrittsmedikation	319
	- Institutionelle Chronifizierung/Arbeit/Rente	320
	- Zusammenfassung	321

8.2	Befragung der Angehörigen	321
8.2.1	Die Motive	321
8.2.2	Die Ausführung	324
8.2.3	Die mögliche Verhinderung	326
8.2.4	Die Einstellung des Angehörigen	327
8.2.5	Vorwürfe?	328
8.2.6	Zusammenfassung	329
8.3	Antwortprofil auf den Standardfragebogen	329
8.4	Zusammenfassung	362
	Anmerkungen	363
E	DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	365
1.	Methodik	366
1.1	Angehörigenbefragung	366
1.2	Chronifizierungsparameter	366
1.3	Aussagewert der Antworten	367
1.4	Die Durchführung der Befragung	367
1.5	Die Suizide	368
1.6	Die Tauglichkeit der Fragen zur Evaluation des Psychiatriekonzeptes	368
2.	Ergebnisse	369
2.1	Gesamtwürdigung	369
2.2	Das Behandlungsteam	369
2.3	Die Einbeziehung der Angehörigen und die Krisen- prävention	371
2.4	Die sozialtherapeutische Unterstützung des Patienten	372
2.5	Die eingeschränkte Indikationsstellung für einen Klinikeintritt	373
2.6	Die Zwangseinweisung	374
2.7	Der Wandel der Psychiatrischen Klinik zum Akutspital	375
2.8	Die Suizide	376
	Anmerkungen	378

F	RESUME	380
G	ANHANG	381
1.	Standardfragebogen	381
2.	Krankengeschichtenerhebungsbogen	390
3.	Suizidfragebogen	397
H	REGISTER	398
I	LITERATURVERZEICHNIS	406
K	VERDANKUNGEN UND WIDMUNG	410

A EINFUEHRUNG

1. EINLEITUNG

Als 1978 in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal ein neuer Chefarzt zu bestellen war und 1981 vom Landrat das Psychiatriekonzept ¹⁾ verabschiedet wurde, wurde gleichzeitig eine begleitende wissenschaftliche Evaluation des Konzeptes für die Jahre 1981 bis 1985 in Auftrag gegeben. Die hier vorliegende Studie versteht sich als Grundlagenarbeit für den Schlussbericht der Evaluation des Psychiatriekonzeptes Basel-land. Es wurde versucht, Aspekte der Arbeit der Psychiatrischen Klinik durch die Augen von betroffenen Angehörigen zu erfassen und zu werten.

2. FRAGESTELLUNG

2.1 Grundsätzliches

Die zwei neuen Chefärzte ²⁾ arbeiteten nach ihrem Amtsantritt die mitgebrachten Grundideen, welche die wählende Behörde offenbar überzeugt hatten, zu einem umfangreichen Konzept aus. Es wurde 1981 dem Landrat zur Genehmigung vorgelegt. Die Leitgedanken, welche die Psychiatrische Klinik betreffen - ihren Behandlungsauftrag, die Behandlungsideologie und die Stellung der Klinik im übrigen psychiatrischen und helfenden Netzwerk - waren Ausgangspunkt für die hier vorliegende Untersuchung. Dabei galt es zu berücksichtigen, dass die Angehörigen von Psychiatriepatienten nicht das Abstraktum eines Psychiatriekonzeptes in ihrem Hauptblickwinkel haben. Den meisten sind wohl die konkreten Erlebnisse und Eindrücke, die durch die Hospitalisation der Patienten evoziert werden, bedeutend vordergründiger präsent. Die Untersuchung hatte demnach den gleichen Weg von den Konzeptleitgedanken bis zur Formulierung von erlebnisnahen Fragen zurückzulegen. Die Ergebnisse, gewonnen durch diese Art der Befragung, kann demzufolge nur in Ansätzen die Frage beantworten, ob der eingeschlagene Kurs der versuchten Realisierung von Konzeptleitgedanken in den Augen der Angehörigen zum Wohle des Patienten und zur Stärkung seiner gesellschaftlichen Position geführt hat.

2.2 Postulate aus dem Psychiatriekonzept

Wir glauben, die wichtigsten Anliegen des Psychiatriekonzeptes, welche sich mit der Klinik befassen, mit folgenden Themenbereichen umschreiben zu können. (Miteinbezogen wurden auch die Ergänzungen, welche in der "Standortbestimmung" ³⁾ im März 1983 niedergelegt wurden.)

- Oeffnung der Klinik
- Ueberprüfung der Eintritts- und Behandlungsindikationen
 - a) Stellung der Zwangseinweisung
 - b) Beschränkung des Behandlungsauftrages
- Modifikation der Behandlungsprozesse
 - a) Verteilung der therapeutischen Arbeit auf ein Behandlungsteam
 - b) Einbezug der Angehörigen
 - c) Behandlungsdauer
 - d) Stellenwert der Medikamente
- Die Klinik als Teil eines Netzwerkes
 - a) Austrittsvorbereitungen
 - b) Eintrittsmodalitäten
 - c) Einweisungs- und Nachbehandlungsinstanzen
- Das Verhältnis zur Selbsttötung

Wir haben unsere Untersuchung auf diese wichtigsten Postulate des Konzeptes ausgerichtet und durch geeignete Fragen versucht herauszufinden, was die Angehörigen zu den Folgen der Leitgedanken zu sagen haben. Aus der klinischen Erfahrung heraus brachten wir die Erwartung mit, dass die Angehörigen im grossen und ganzen mit den Folgen des eingeschlagenen Reformweges einverstanden sind.

Neben wertenden Aussagen interessierten uns auch solche der Angehörigen, welche beschreibenden Charakter hatten. Besonders mit letzteren wollten wir ermesen, ob die angestrebten Haltungen, Ziele und Wege die Wahrnehmungs- und Verarbeitungspähre der Angehörigen erreicht hatten.

2.2.1 Oeffnung der Klinik

"... die Psychiatrie hat die Funktion, den Ausschluss (aus der Gesellschaft) zu besiegeln. Wir versuchen, diese gesellschaftliche Rolle zu überwinden, indem wir die Klinik öffnen, ambulante Behandlungsmöglichkeiten aufbauen und den Patienten nach Möglichkeit nicht aus der Umgebung reißen, beziehungsweise ihn frühzeitig aus der Klinik entlassen."⁴⁾

Wir haben uns gefragt, ob die Oeffnung der Klinik für die Angehörigen spürbar geworden ist und wie sie diese erleben. Weiter wollten wir wissen, ob eine gewisse Gruppe von Patienten in den Augen ihrer Angehörigen vor allem von der "offeneren Klinik" profitieren. Ausgehend vom obigen Zitat interessierte uns auch, ob die Angehörigen die möglichst frühzeitig angestrebte Entlassung der Patienten begrüßen.

2.2.2 Ueberprüfung der Eintritts- und Behandlungsindikationen

a) Stellung der Zwangseinweisung

"Die Psychiatrie soll also nicht mehr dazu eingesetzt werden, der Gesellschaft die Auseinandersetzung mit anderstartigen, merkwürdigen oder lästigen Personen zu ersparen."⁵⁾

"Die klare Codifizierung des Vorgehens bei Zwangseinweisungen und die Wahrung der Patientenrechte ist das Ziel der neuen ZGB-Ergänzungen über den FFE."⁶⁾

Wir wollten wissen, ob sich die hier dargelegte Codifizierung des FFE's in den Augen der Angehörigen bewährt hat, ob zwangseingewiesene Patienten die Klinik und deren Behandlungsablauf anderstartig erleben als andere Patienten. Wir wollten auch wissen, ob Angehörige die in diesem Konzeptzitat angetönte Auseinandersetzung von Exponenten der Gesellschaft mit "anderstartigen Personen" zu spüren bekommen.

b) Beschränkung des Behandlungsauftrages

"Die Klinik soll allmählich immer mehr zum Akutspital werden."⁷⁾

"Es ist in den letzten beiden Dezenien immer deutlicher erkannt worden,

dass den grossen psychiatrischen Kliniken strukturelle Momente innewohnen, die den Patienten schädigen, indem sie seine Autonomie und seine sozialen Fähigkeiten angreifen und auf die Dauer weitgehend zerstören können."⁸⁾

"Die psychiatrische Spitalbehandlung wird daher durchschnittlich intensiver (folglich pro Pflage-tag teurer), aber erheblich kürzer ausfallen."⁹⁾

"Die Aussonderung (der Suchtkranken) entspricht der Erfahrung, dass in Situationen der allgemeinen psychiatrischen Versorgung, die naturgemäss auf die Behandlung der Psychotiker und Neurotiker zugeschnitten sind, sich als wenig effektiv erweisen für die Dauerbetreuung dieser speziellen Gruppen."¹⁰⁾

"Die Psychotherapie in der Klinik muss sich mit einer beschränkten Zielsetzung begnügen: Den Anfang eines neuen Weges zu ermöglichen - die Länge des Weges muss ambulant durchlaufen werden, sonst kommt es zu einer Verlängerung des stationären Aufenthaltes, was sich therapeutisch ungünstig auswirkt. Aus diesem Grunde soll auch auf die Einrichtung einer spezialisierten Psychotherapiestation verzichtet werden."¹¹⁾

Zu überprüfen war also, was die Angehörigen von Suchtkranken über die erklärte Eingrenzung der Behandlungszuständigkeit und die weitgehende Delegation der Therapieaufträge an spezialisierte Institutionen zu sagen haben. Auch hier war die Länge der Klinikbehandlung angesprochen, worüber wir die Meinung der Angehörigen einholen wollten.

2.2.3 Modifikation der Behandlungsprozesse

a) Verteilung der therapeutischen Arbeit auf ein Behandlungsteam

"Die Spezialisten (Aerzte, Psychologen, Ergotherapeuten) sollen vielmehr ihren Vorsprung an Fachkompetenz dazu verwenden, eine grosse Zahl von "Universalisten", d.h. das diplomierte Pflegepersonal zu instruieren und supervisieren."¹²⁾

Wir wollten überprüfen, wie weit die Angehörigen von einer solcher Art angestrebten Verteilung der therapeutischen Arbeit auf ein Behandlungsteam beeindruckt waren.

"Wir richten das Augenmerk auf das Beziehungsnetz, welches die individuelle Entwicklung bestimmt. Das bedeutet in erster Linie:

- bewusstes Gestalten der Beziehungsstruktur auf der Station ("therapeutisches Milieu"). In der Gemeinschaft einer therapeutisch geführten Station trägt jedes Team-Mitglied ein Stück therapeutischer Verantwortung.
- Kristallisationspunkt des Gemeinschaftslebens sind Gruppensitzungen, die nach einem festen Plan regelmässig stattfinden. Damit ist ein Rahmen gegeben, der eine Solidarität unter den Patienten ermöglicht und spezielle Lernprozesse fördert."¹³⁾

Haben die Angehörigen realisiert, dass das "therapeutische Milieu" Kernpunkt der Rehabilitationsbemühungen darstellt? Hatten die Angehörigen den Eindruck, dass die Gruppensitzungen hilfreich waren, dass eine Solidarität unter den Patienten sich ereignete oder dass soziale Lernprozesse beim Patienten während des Aufenthaltes feststellbar waren?

b) Einbezug der Angehörigen

"'Offene Klinik' heisst vornehmlich auch offene Kommunikation nach Draussen. Die Verbindung des Patienten mit seinen Angehörigen und seinem ganzen Beziehungsnetz soll aufrechterhalten werden. Die Familienangehörigen sind in die Störung des einen Mitgliedes eigentlich immer tief verstrickt, daher sollen sie auch an der therapeutischen Arbeit teilnehmen."¹⁴⁾

"Im ganzen Klinikbereich werden die Angehörigen und stellvertretende externe Betreuer in das Setting einbezogen. Dabei gibt es gelegentlich noch Schwierigkeiten dadurch, dass die Verantwortlichen der Klinik den Rollenerwartungen der Angehörigen nicht immer entsprechen und eingefahrene Muster (Kustodialprinzip!) die Konfliktbewältigung bisweilen in Frage stellen."¹⁵⁾

Fühlten sich die Angehörigen gut und genügend in die Behandlung miteinbezogen und war die Art und Weise der Einbeziehung in den Augen der Angehörigen für sie wertvoll und wohltuend? Durch die Anlage der Befragung

erwarteten wir speziell reichhaltige und kompetente Hinweise zu diesem Postulat.

c) Die Behandlungsdauer

In vielen der obigen Zitate wird die Frage der Behandlungsdauer angesprochen. Erklärtes Ziel des Psychatriekonzeptes ist, die stationäre Behandlungsdauer zugunsten einer ambulanten Betreuung zu verkürzen, damit Hospitalisationsschäden (Hospitalismus) möglichst vermieden werden können, damit die Auseinandersetzung mit der Umgebung durch die Klinikbehandlung nicht unterlaufen wird und damit der Patient mit Hilfe von ambulanten Hilfsstrukturen seiner eigenen Umgebung nur für kurze Zeit entrissen wird. Wir sind den Folgen einer eher knapp gehaltenen Behandlung nachgegangen, haben aber die Angehörigen auch gefragt, ob sie den Eindruck gehabt haben, dass der Patient trotzdem zu lange in der Klinik behalten wurde.

d) Stellenwert der Medikamente

"Es soll andernseits sicherlich vermieden werden, dass das Medikament an Stelle einer Auseinandersetzung tritt."¹⁶⁾

"Eine einseitige Ausrichtung auf die medikamentöse Therapie konnte zugunsten eines therapeutischen Bezugssystems vollständig überwunden werden."¹⁷⁾

Wie bewerten die Angehörigen den Stellenwert der Medikamente in der Psychiatrie?

2.2.4 Die Klinik als Teil eines Netzwerkes

"Sofern also keine akute Gefahr besteht und die Pflege nicht aufwendig ist, sollte eine Betreuung im angestammten Milieu dann im Prinzip angestrebt oder beibehalten werden, wenn durch eine stationäre Behandlung keine therapeutischen Gewinne in Aussicht stehen."¹⁸⁾

"Die Kantonalen Dienste sehen gerade in der Verknüpfung der verschiedenen Instanzen zu einem Netz, in welchem der Patient aufgefangen werden kann, eine seiner wesentlichen Aufgaben; denn diese Funktion ist zu kom-

plex, um von einer peripheren Stelle erfüllt werden zu können. Der Staat möchte den Aufbau initiieren, aber nicht unbedingt alles selber durchführen."¹⁹⁾

Da die Kapazitäten und Qualitäten des ambulanten psychiatrischen Betreuungsnetzes nicht Gegenstand dieser Dissertation sind, wurde auf diesen Aspekt der Netzwerkfunktion der Klinik lediglich durch die Evaluation der Austrittsvorbereitungen und durch die Analyse der Eintrittsmodalitäten eingegangen. Die Frage nach den Kapazitäten und Qualitäten des ambulanten psychiatrischen Versorgungsnetzes wird in einer parallel durchgeführten medizinischen Dissertation von SCHMID erhoben, auf welche hier verwiesen sei.²⁰⁾

2.2.5 Das Verhältnis zur Selbsttötung

"Die Freiheit, die den Patienten zugestanden wird, kann in einzelnen Fällen auch die Freiheit zum Tod bedeuten."²¹⁾

Im Stichprobenkollektiv der untersuchten Patienten waren von 175 Patienten 10 durch Selbsttötung gestorben. Von deren 7 haben wir die Angehörigen eingehend befragt und unser Augenmerk speziell auf obige Konzeptrichtlinien gelegt. Wir wollten von diesen Angehörigen wissen, ob eine der Konzeptveränderungen für den Suizid verantwortlich gemacht werden kann.

3. METHODIK

Mittels einem umfangreichen standardisierten Fragebogen wurden 100 Angehörige von ehemaligen Klinikpatienten befragt. Dazu wurden alle Patienten, welche im Juni, Juli, November oder Dezember 1982 aus der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal austraten - es waren insgesamt 175 - schriftlich oder telefonisch angefragt, ob sie einverstanden wären, dass der ihnen am nächstenstehende Angehörige über seine Meinung zur Klinik, zum Konzept und zur ambulanten Betreuung befragt würde. 102 von 126 angefragten Patienten²²⁾ stimmten zu und nannten uns den zu befragenden "nächsten Angehörigen". Das Interview fand meistens bei der befragten Person zu Hause statt und dauerte in der Regel 1 1/2 Stunden²³⁾.

Obwohl sich die Untersuchung als Grundlagenarbeit einer Konzeptevaluation versteht, wurde sie nicht darauf ausgerichtet, die Frage zu beantworten, ob die Angehörigen mit der Arbeitsweise der Klinik vor 1979 besser zufrieden waren als 1982. Der Aussagewert in Bezug auf die Fragestellung "vorher/nachher" ist demnach sehr beschränkt. Eine solche Aufgabenstellung hätte sehr viel grössere methodische Probleme aufgeworfen. Wir haben uns damit begnügt, eine Momentaufnahme des Meinungsprofils der Angehörigen von Patienten anzufertigen, die im Verlaufe des Jahres 1982 aus der Klinik ausgetreten waren. Viele der geäusserten Ansichten betreffen demnach die Situation der Klinik 1981 und 82. Da die Befragung hauptsächlich 1984 durchgeführt wurde, flossen auch Meinungsrevisionen, welche nach 1982 entstanden sind, mit ein. Erlebnisse, die ganz zu Beginn der Klinikreform (1980) entstanden, waren manchmal ebenfalls urteilsprägend. Selten einmal galten ältere Erlebnisse (solche, welche vor 1979 sich ereigneten) mitbestimmend für das Urteil über die heutige Klinik.

Die Befragung der 100 Angehörigen wurde von drei Psychiatern (SCHMID, HAFNER, MANZ) zu je einem Drittel durchgeführt. Die Befragung umfasste folgende Themenschwerpunkte:

- Klinik
- Medikamente
- Ambulante Fachbetreuung
- Soziale Umgebung des Patienten
- Arbeit des Patienten

Im weiteren wurden aus den Krankengeschichten jeweils 40 Parameter extrahiert, die teilweise für die Analyse der Meinungsprofile beigezogen wurden.

Die hier vorliegende Arbeit befasst sich lediglich mit dem Thema der Klinik. Der benutzte Fragebogen wurde von SCHMID, HAFNER, GEBERT²⁴⁾ LATZL ausgearbeitet und lag beim Einstieg von mir in das Untersuchungsprojekt bereits vor.

P. SCHMID²⁰⁾ wird in einer eigenständigen Dissertation die Themen "ambulante Fachbetreuung" und "Medikamente" bearbeiten und U. HAFNER²⁵⁾ wird in seine Dissertation die Themen "soziale Integration" und "Arbeit" des Patienten analysieren.

4. LESEHILFE

Da die Arbeit umfangreicher als vorgesehen ausgefallen ist, wollen wir versuchen, durch verschiedene Hilfsmittel die Uebersicht für den Leser etwas zu vereinfachen.

- a) Am Anfang soll ein sehr detailliertes Inhaltsverzeichnis den raschen Zugriff erleichtern.
- b) Am Schluss wurde ein Schlagwortregister abgedruckt.
- c) Ueber jeder Seite wird das jeweilige Oberthema angegeben.
- d) Um den Umgang mit den vielen Tabellen zu erleichtern, haben wir meistens die Schwerpunktaussage der Tabelle unter dieser in wenigen Worten zusammengefasst. Bei grossen Tabellen wird manchmal der Blick mit einem Stern (*) gelenkt. Rohdaten zu den Tabellen, Voraussetzungen oder Ableitungen stehen oberhalb der Tabelle, Zusammenfassungen und Interpretationen jeweils unter der Tabelle.
- e) In den meisten Tabellen werden jeweils zwei Arten von Prozentzahlen angegeben. Die obere erfasst die horizontale Aufteilung (R% = Reihen%), die untere gibt die vertikale Aufteilung (K% = Kolonnen%) wieder.

f) Für diejenigen Leser, die im Lesen von Quervergleichstabellen ungeübt sind, wollen wir eine kurze Anleitung geben:

z.B. Tabelle 46

Arzt kompetent	R%	Urteil über Klinik ist						Reihen- Total
	K%	gut		durchschnittl.		schlecht		
Ja	56,9 92,5	37	40,0 81,3	26	3,1 25,0	2	65 81,3	
Nein	20,0 7,5	3	40,0 18,8	6	40,0 75,0	6	15 18,7	
Kolonnen- Total		40 50,0	32 40,0		8 10,0		80 100,0	

In dieser Tabelle wird die Frage, ob die Angehörigen den Arzt als kompetent erlebt hatten mit dem Pauschalurteil über die Klinik verglichen.

In der Tabelle sind neben den absoluten Zahlen (37, 26, 2, 3, 6, 6) auch die Prozentzahlen der Berechnung angegeben, wobei zwei Dimensionen berücksichtigt wurden:

- die obere der zwei Prozentzahlen geben die Reihenprozente (R%) an (56,9 + 40,0 + 3,1 = 100,0). Daraus kann abgelesen werden, wieviele % der Angehörige, die den Arzt kompetent fanden, die Klinik pauschal gut, durchschnittlich oder schlecht bewerteten.
- die untere Prozentzahlen geben die Kolonnenprozente (K%) an (92,5 + 7,5 = 100,0). Daraus ist ersichtlich, wieviele % der Angehörigen, welche die Klinik gut bewerten, den Arzt kompetent oder inkompetent erlebten.

Um nun die folgenden Unterschiede von Aussage A und Aussage B gewichten zu können, müssen die Prozentzahlen des "Reihentotals" mit den unteren Prozentzahlen (K%) der Tabellenspalten verglichen werden. Im vorliegenden Beispiel kann abgelesen werden, dass die Übereinstimmung "gute Klinik/kompetenter Arzt" überdurchschnittlich ausfällt (92,5%) statt 81,3% und dasselbe für die Übereinstimmung "schlechte Klinik/inkompetenter Arzt" (75,0% statt 18,7%) gilt.

Ein anderer Vergleich von der Kolonnen-Total-Prozentzahl mit der R%-Zahl in den Spalten führt zum gleichen Ziel.

ANMERKUNGEN ZUR EINFUEHRUNG

- 1) "Die gegenwärtige und künftige psychiatrische Versorgung im Kanton Basel-Landschaft (Psychiatriekonzept)", Bericht des Regierungsrates an den Landrat vom 11. November 1980. Der Landrat nahm am 7. September 1981 zustimmend Kenntnis von dem vorgelegten Psychiatriekonzept.
- 2) Der Aufgabenbereich des zu ersetzenden Chefarztes wurde in zwei voneinander getrennte Verantwortungsteile gegliedert, einem stationären und einem ambulanten. Der Externe Psychiatrische Dienst (EPD) musste dabei von Grund auf neu aufgebaut werden. Die Klinik musste in ihren Strukturen und Zielen reformiert werden.
- 3) "Psychiatriekonzept Baselland - Standortbestimmung März 1983". Antrag des Regierungsrates zur Kenntnisnahme an den Landrat vom 12. September 1983.
- 4) Psychiatriekonzept S. 25
- 5) Ebd., S. 26
- 6) Ebd., S. 25
- 7) Ebd., S. 57
- 8) Ebd., S. 57
- 9) Ebd., S. 59
- 10) Ebd., S. 30
- 11) Ebd., S. 64
- 12) Ebd., S. 64
- 13) Ebd., S. 65
- 14) Ebd., S. 66
- 15) Standortbestimmung S. 6
- 16) Psychiatriekonzept S. 63
- 17) Standortbestimmung S. 4
- 18) Psychiatriekonzept S. 27
- 19) Ebd., S. 84
- 20) P. SCHMID: Med. Diss. Basel, in Vorbereitung
- 21) Standortbestimmung S. 7
- 22) Von den 175 Patienten der Stichprobe wurden 26 von der Untersuchung ausgeschlossen. 23 Patienten konnten nicht erreicht werden (Begründung und genauere Analyse siehe Seite 43)
- 23) Bei der Evaluation von sozialen Diensten - seien dies Altersprogramme, Rechtsauskunftsstellen, Fürsorgeeinrichtungen, Kliniken usw. - werden in der Regel die Klienten und nicht irgendwelche Stellvertreter befragt. Eine Uebersicht vermittelt Brian Stipak "Using clients to Evaluate Programms" Evaluation Studies Review Annual, Beverly Hills, Vol. 7, 1982, S. 585 - 602.
Der Einbezug von Angehörigen in Studien ist dagegen markant, wenn es darum geht, eine Prognose (für die Aufenthaltsdauer in einer Klinik, der Rehabilitationsphase oder die Wiedereinweisung in eine Klinik) zu erstellen - stellvertretend für eine grössere Anzahl von Arbeiten werden folgende angeführt:
James R. Greenley: "The psychiatric patient's family and length of hospitalisation" Journal of Health and Social Behavior, Vol.13, 1972, S. 25 - 37

Fortune Mannino und Milton F. Shore: "Family structure, aftercare and post-hospital adjustment" American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 44, 1974, S. 76 - 85

Alex Pokorny und Catherine Bentinck "A study of relatives' views of state mental hospital patients" Social Casework, Vol. 59, 1969, S. 519 - 526.

24) A. GEBERT und LATZL sind die Leiter der Firma "BRAINS", welche 1981 vom Regierungsrat mit der begleitenden Evaluation des Psychiatriekonzeptes beauftragt worden waren.

25) U. HAFNER: Med. Diss. Basel, in Vorbereitung.

B ZUSAMMENFASSUNG

Wir haben in der vorliegenden Arbeit 100 Angehörige über ihre Meinung befragt, wie sie die Behandlung der Patienten in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal erlebt haben. Die Befragung erfolgte in einem Gespräch von etwa 1 1/2 Stunden Dauer mittels eines standartisierten Fragebogens.

1. Pauschalurteil

47 Angehörige betrachten die Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal (KPK) als "gute Klinik", 10 bewerteten sie als "schlecht" und die übrigen Angehörigen sprechen das Prädikat "durchschnittlich" aus. Wir haben dieses Urteil mittels 19 weiteren Parametern aufgeschlüsselt. Das Pauschalurteil über die Klinik zeigt im Urteil der Angehörigen eine hohe Übereinstimmung mit deren Qualifikation der Kompetenz vom Arzt und Pflegepersonal. Für die Angehörigen steht demnach die Kompetenz des Fachpersonals stellvertretend für die Qualifikation der Klinik als gesamtes. Ein zu langer Aufenthalt des Patienten in der Klinik wirkte sich negativ auf das Pauschalurteil der Angehörigen aus. Angehörige, die den Klinikaufenthalt des Patienten als zu lange beurteilen, bewerteten die Klinik als schlecht. War die Hospitalisation für die Angehörigen zu kurz, so fand sich keine solche Übereinstimmung in der pauschalen Bewertung der Klinik.

2. Die "Offenheit" der Klinik

Die Angehörigen setzten sich im hohem Masse mit der "Offenheit" der Kantonalen Psychiatrischen Klinik auseinander. Drei Viertel der Angehörigen erwähnen die Offenheit der Klinik in positiver Weise. Eltern und Angehörige von suizidalen Patienten hatten am häufigsten Angst vor einer zu grossen Offenheit der Klinik. Aber selbst die Angehörigen von Patienten, die sich suizidiert hatten, fanden mehrheitlich die Offenheit der Klinik als positives Kriterium der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal.

3. Die Qualifikation des Arztes und des Pflegepersonals

Vier Fünftel der Angehörigen bejahten die Kompetenz des Fachpersonals der Kantonalen Psychiatrischen Klinik. Dieses Urteil zeigte unter 10 Parametervergleichen keine signifikanten Übereinstimmungen. Es war also nicht möglich, eine generelle Begründung für die Urteilsfindung festzulegen. In den Befragungen wurde denn auch deutlich, dass eine Absprechung einer Kompetenz mit individuellem und ganz verschiedenartigen eigenen persönlichen Erlebnissen der Angehörigen zu tun hat. Die negativen Erlebnisse liessen sich nicht auf einen standartisierten Nenner bringen. Einzig konnte bestätigt werden, dass die Kompetenz des Fachpersonals für die Pauschalurteilbildung über die Klinik von grosser Bedeutung ist.

4. Die Klinikeinweisung

In den Augen der Angehörigen, kam es am häufigsten wegen sozialer Stresssituation oder wegen einer sich verschlimmernden Krankheit zu einem Klinikeintritt, wobei sich die Probleme am häufigsten in der Familie äusserten und sich in Form von Nervosität, Aggressivität, Verwirrtheit, Apathie, Schlafstörungen oder Suizidalität äusserten. Die Externen Psychiatrischen Dienste weisen häufiger die chronifizierten Patienten ein. Die nicht institutionell chronifizierten Patienten kommen gehäuft selber, via Notfallarzt oder durch einen freipraktizierenden Psychiater in die Klinik. Es ist vor allem die Struktur einer Behandlungsinstitution dafür massgebend, welche Patientengruppe in der Krise erreicht wird. Alle einweisenden Instanzen, welche selber eine ambulante Weiterbehandlung nach dem Klinikaustritt anbieten, werden von den Patienten nach dem Austritt in gleich häufigem Masse wieder benutzt (Externe Psychiatrische Dienste, freipraktizierender Psychiater, Hausarzt). Waren die eingewiesenen Patienten bereits in Behandlung, so zeigten die Externen Psychiatrischen Dienste die höchste Ansprechquote in der Krise. Die Patienten der Kantonalen Psychiatrischen Klinik werden etwa zu gleichen Teilen von den Externen Psychiatrischen Diensten, von freipraktizierenden Psychiatern oder von Hausärzten eingewiesen. Die Einweisungen von den Externen Psychiatrischen Diensten zeigen relative Häufigkeiten bei

den chronifizierten Patienten (1,9 mal häufiger als bei nicht chronifizierten Patienten) und bei den "normalen" Eintritten zu abgemachten Zeiten tagsüber (1,6 x). Zwei Drittel der eingewiesenen Patienten übernehmen die Externen Psychiatrischen Dienste auch wieder für eine Weiterbehandlung nach Klinikaustritt. Die Angehörigen dieser Patienten wenden sich in einer Krise auch wieder an die Externen Psychiatrischen Dienste. Die Einweisungen von freipraktizierenden Psychiatern zeigen relative Häufigkeiten bei schizophrenen Patienten (1,6 x) und betreffen vor allem nicht chronifizierte Patienten (3,1 x). Auch sie übernehmen zwei Drittel der eingewiesenen Patienten wieder für eine Weiterbehandlung nach Klinikaustritt. In einer Krisensituation wandten sich die Angehörigen der Patienten wiederum an den freipraktizierenden Psychiater. Die Einweisungen der Hausärzte zeigen relative Häufigkeiten bei depressiven Patienten (1,7 x) und sie weisen die Patienten gehäuft notfallmässig am Tage ein (1,7 x). Sie behandeln einen Grossteil der eingewiesenen Patienten, häufig in Partnerschaft zu den Externen Psychiatrischen Diensten, nach dem Austritt wieder weiter. Die Angehörigen dieser Patienten haben sich in einer Krise auch wieder an die Hausärzte oder Externen Psychiatrischen Dienste gewandt.

Die Einweisungen von Notfallärzten und anderen Kliniken zeigen relative Häufigkeiten bei suizidalen Patienten (1,6 x), Nachteinweisungen (1,5 x), Zwangseinweisungen (1,9 x) und bei nicht chronifizierten Patienten (2,0 x). Die Hausärzte, freipraktizierenden Psychiater und die Externen Psychiatrischen Dienste teilen sich zu gleichen Teilen in die Nachbetreuung dieser Patientengruppe. Hatten diese Patienten nach Austritt erneut eine Krise, so haben sich deren Angehörige am häufigsten an die Externen Psychiatrischen Dienste gewandt. Die Selbsteinweisungen waren gehäuft bei der Gruppe der Suchtkranken festzustellen (2,1 x). Die meisten Patienten dieser Gruppe wurden nach Austritt an die Externen Psychiatrischen Dienste oder einen freipraktizierenden Psychiater weitergewiesen. Im Allgemeinen ist eine hohe Konstanz der Einweisungs- und Weiterbehandlungsinstanz nach Austritt festzustellen. Eine besonders hohe Rate, in Krisen von den Angehörigen dann auch tatsächlich benutzt zu

werden, zeigen die Externen Psychiatrischen Dienste. Dieses Ergebnis bestätigt die Erkenntnis aus der Praxis, dass nur ein ambulanter Dienst die notwendige Beweglichkeit auftragen kann, in Krisen so oft wie möglich zur Verfügung zu stehen. Aerzten mit freier Praxis (Hausärzte und Psychiater) ist aus dem Umstand, dass sie in Krisen nicht im gleich hohen Masse Partner von psychisch Kranken und deren Angehörigen sein können, kein Vorwurf zu machen.

5. Die Zwangseinweisung

Patienten, welche zwangsweise in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik hospitalisiert wurden, unterscheiden sich im Alter, Anzahl und Dauer der Hospitalisationen sowie im institutionellen Chronifizierungsgrad nicht von den übrigen Patienten. Die Angehörigen dieser Patienten berichteten gleich häufig von Problemen, die es bei der Aufnahme gegeben habe. Die zwangseingewiesenen Patienten erhielten gleich häufig Medikamente beim Austritt verschrieben wie der Durchschnitt der übrigen Patienten. Frauen wurden häufiger zwangseingewiesen. In der Gruppe der zwangshospitalisierten Patienten finden sich schizophrene Erkrankungen und Süchte gehäuft. Diese Patienten wurden häufiger durch Notfallärzte und freipraktizierende Psychiater eingewiesen, wobei die somatisch tätigen Aerzte überwiegen. Die Angehörigen waren häufiger mit einer Einweisung auch nicht einverstanden und erlebten selber Schuldgefühle, häufiger empfanden sie die Einweisung als schlimmes Erlebnis. Sie beurteilten häufig die Aufenthaltsdauer als zu kurz oder zu lange. Die Angehörigen wurden etwas häufiger in die Behandlung miteinbezogen, verneinten aber häufiger einen Nutzen des Klinikaufenthaltes. Die zwangseingewiesenen Patienten hatten denn auch häufiger innerhalb der durchschnittlich 18 Monate nach Austritt erneut eine Krise und sie mussten häufiger als der Durchschnitt der untersuchten Patienten wieder in die Klinik eintreten. Die Angehörigen erzählten etwas häufiger von Problemen, welche es nach Austritt gegeben habe, die daraus sich ergeben haben, dass sich durch den Klinikaufenthalt nichts geändert habe und das Zusammenleben mit den Patienten sich weiter schwierig gestalten würde. Insgesamt kann aber gesagt werden, dass auch die Angehörigen von zwangseingewiesenen Patienten mit der

Klinik, der Behandlung, dem Personal und dem Behandlungserfolg überwiegend zufrieden waren.

6. Die Dauer des Klinikaufenthaltes

40% der Angehörigen betrachten die Dauer des letzten Klinikaufenthaltes der Patienten entweder als zu lange (17) oder zu kurz (24). Die Patienten, deren Angehörige den Aufenthalt als zu lange betrachteten, waren häufiger länger als drei Monate hospitalisiert (3,5 x) und kamen bei einer Krise nach dem Austritt häufiger wieder in die Klinik zurück (1,7 x). Ihre Angehörigen waren häufiger aussenstehende Verwandte oder Bekannte (1,4 x) und diese gaben häufiger ein negatives Pauschalurteil über die Klinik ab (1,8 x!). Die Patienten, deren Angehörige den letzten Aufenthalt als zu kurz betrachteten, waren häufiger kürzer als drei Wochen hospitalisiert (1,5x), waren insgesamt bisher häufiger weniger als drei Monate insgesamt in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik gewesen (1,6 x), sind gehäuft als nicht chronifiziert zu betrachten (1,4 x), wurden häufiger als der Durchschnitt der übrigen Patienten zwangseingewiesen (2,7 x!), erlebten nach Austritt häufiger erneut eine Krise (1,9 x), wobei es in den Krisen seltener zu einem Klinikwiedereintritt kam (0,4 x). Ihre Angehörigen waren überdurchschnittlich häufiger Ehepartner (1,4 x). Keine Häufigkeitsunterschiede waren bei den Merkmalen "Ersthospitalisation vor 1979", "Einzel-/Mehrfachhospitalisation" und "Kompetenz des Arztes" feststellbar. Mehrfachhospitalisierte Patienten waren seltener nur ganz kurz in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik (0,8 x), wenig chronifizierte Patienten waren häufiger ganz kurz (1,4 x), chronifizierte Patienten häufiger länger als drei Monate in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik (2,1 x). Patienten, welche länger als drei Monate in der Klinik waren, hatten seltener erneut eine Krise (0,8 x) und kamen in einer solchen seltener erneut in die Klinik (0,6 x).

7. Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung

Drei Viertel der Angehörigen sagen, in die Behandlung einbezogen worden zu sein, wobei die Mehrzahl der Gespräche (84%) gemeinsam mit dem Patienten stattgefunden hatten. 2/3 der Angehörigen hatten das Gefühl, ge-

nügend Auskunft erhalten zu haben. Ueber die Therapie fühlte sich nur noch 57% informiert, 70% der Angehörigen wünschte hingegen, über die Therapie orientiert zu werden. Lediglich 20% hatten in Erinnerung, darüber informiert worden zu sein, was sie im Falle einer Krise tun müssten. Dass vor allem die Krisenvorbesprechung zu kurz kommt oder von den Angehörigen nicht verstanden wird, ist ein deutlicher Hinweis für notwendige Verbesserungen. Die Angehörigen verfügen nicht sehr oft über konkrete Austrittsinformationen. Stattgefundene Orientierung hat aber mehrheitlich etwas genützt, ansonsten mehr Information gewünscht wurde. Die Untersuchung zeigt deutlich, dass ein grosser Hunger nach Information und Betreuung von Seiten der Angehörigen vorhanden ist. Sie zeigt auch, dass Angehörige oft sehr verletzt auf ein Hinterfragen ihres Rollenanteiles an der Krise/Krankheit des Patienten reagieren und dass ein grosses Bedürfnis nach Entlastung sichtbar ist. Wiederholt wurde die Betreuung der Angehörigen mit ihren Problemen in einem vom Patienten losgelösten Setting angeregt.

8. Die Austrittsvorbereitung

Die Hälfte aller Angehörigen betrachten die stattgefundene Austrittsvorbereitung als ausreichend, zwei Drittel haben eine solche Vorbereitung wahrgenommen. Es wird sichtbar, dass die Qualität der Austrittsvorbereitungen noch verbessert werden kann. Eine gute Austrittsvorbereitung wurde von den Angehörigen angegeben, die erlebt hatten, dass die Klinik einen Beitrag in der Lösung von Problemen, die nach Austritt auf sie zukamen, leisten konnte. Diejenigen Angehörigen, die weniger Krisen resp. Wiedereintritte nach der Hospitalisation erlebten, sprachen häufiger von einer ausreichenden Vorbereitung auf den Klinikaustritt. Angehörige von zwangseingewiesenen Patienten beklagen häufiger den qualitativen und quantitativen Mangel an Austrittsvorbereitung. Auch bei schizophrenen Patienten sollen die Austrittsvorbereitungen häufiger unbefriedigend, bei Alkoholikern befriedigend verlaufen.

9. Probleme nach dem Klinikaustritt

Die Hälfte der Angehörigen konnten auf eine entsprechende Frage ein konkretes und klassifizierbares Hauptproblem nennen, welches ihnen nach Austritt des Patienten Schwierigkeiten bereiteten. Es waren dies:

1. Das Problem, dass sich nichts geändert hatte	:	12
2. Die Arbeitsproblematik	:	10
3. Das Zusammenleben mit dem Patienten allgemein	:	9
4. Die Angst vor dem Wiederauftauchen der Symptome	:	8
5. Die soziale Instabilität	:	7
6. Die Haltung von Nachbarn	:	1

Die Art der Hauptprobleme der Angehörigen nach dem Klinikaustritt der Patienten ist unterschiedlich, je nach Diagnose, Alter oder Geschlecht des Patienten. Angehörige von zwangseingewiesenen Patienten haben auch andere Hauptprobleme nach dem Klinikaustritt zu bestehen. Keine Abhängigkeit lässt sich vom Hospitalisationsmuster, Grad der institutionellen Chronifiziertheit finden. Angehörige, die den Aufenthalt als zu kurz betrachteten, beklagen signifikant häufiger, dass sich an der Problematik nichts geändert habe. Die Mehrzahl der Angehörigen sehen in den Externen Psychiatrischen Diensten in einer Krisensituation eine brauchbare Hilfe und nützen das Angebot auch, wobei wiederholt ein Notfalldienst gewünscht wurde.

10. Nutzen der Klinikbehandlung

Von hundert befragten Angehörigen sind 65 der Ansicht, der Klinikaufenthalt habe etwas genützt, 20 verneinen einen solchen Nutzen und für 15 hat die Hospitalisation einen Teilerfolg gebracht. In den Augen der Angehörigen haben vor allem Medikamente genützt, hingegen wurde bei Aufgehalten, die als zu kurz eingestuft wurden, signifikant gehäuft Nutzlosigkeit festgestellt. Der Einbezug der Angehörigen steigerte nicht deren Nutzenbeurteilung, hingegen war die Hospitalisation für ältere Patienten offenbar erfolgreicher, wobei kein Unterschied bei Männern und Frauen feststellbar war. Patienten mit psychotischen Störungen profi-

tierten mehr als solche mit einer neurotischen Problematik. Der Nutzen war unabhängig von der objektiven Dauer und der Anzahl der Hospitalisationen beurteilt worden. Bei zwangseingewiesenen Patienten beurteilten die Angehörigen den Aufenthalt etwas häufiger als nutzlos. Die Externen Psychiatrischen Dienste und die freipraktizierenden Psychologen betreuen diejenigen Patienten häufiger, von denen die Angehörigen sagen, der Klinikaufenthalt hätte etwas genützt. Bei angeblich nutzlosen Hospitalisationen war gehäuft keine Nachbehandlung vereinbart worden.

11. Suizid

Bei den Suizidpatienten handelte es sich mehrheitlich um schizophrene Patienten. Sie waren etwas institutionell chronifizierter und hatten seltener eine Arbeit. Nur dann suizidierten sie sich während der Hospitalisation, wenn der letzte Aufenthalt überdurchschnittlich lang war. Die Krankheitsanamnese war durchschnittlich 8,6 Jahre, obwohl die Patienten insgesamt auffallend jung (Durchschnitt: 33 Jahre) waren.

Auffallend ist, wieviele Angehörige nach dem Suizid erleichtert waren und wie wenig Vorwürfe an die Behandelnden gerichtet wurde. Alle drei Patienten, die sich während dem Klinikaufenthalt suizidierten, waren schon relativ lange (fünf Monate und mehr) hospitalisiert. Nur ein Suizid passierte in den Augen der Angehörigen wegen fehlerhaftem Verhalten der Klinik. Trotz der Erleichterung können die Angehörigen den Suizid nicht vergessen. Sie haben den Entscheid des Patienten aber überwiegend akzeptiert. Nur zwei denken, der Suizid wäre längerfristig vermeidbar gewesen. Keiner der Angehörigen macht sich schwere Vorwürfe. Die Hälfte denkt, dass die Suizidhandlung lange geplant gewesen war. Suizidale Aeusserungen wurden (vermutlich) von fünf der sieben Patienten in den zwei Wochen vor der Tat gemacht, wobei von allen, solche Aeusserungen auch schon früher gut bekannt waren und deren momentane Signalfunktion für eine akute Gefährdung für die Betreuer und Angehörigen schwer auszuwerten war.

Die Besonderheiten der Antwortprofile von den zwei Angehörigengruppen lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

a) Suizidierte Patienten:

Die Krisenmanifestation, die zur Einweisung führte, erfolgte hauptsächlich im Familienrahmen. Fast immer hat ein Arzt diese Einweisung veranlasst. In der Klinik soll die Beschäftigungstherapie besonders hilfreich gewesen sein. Alle Angehörigen derjenigen Patienten, die sich während der Hospitalisation suizidierten, waren intensiver in die Behandlung miteinbezogen gewesen. Diese Angehörigen sind der Klinik gegenüber etwas kritischer eingestellt. Für die Bewältigung von Krisen hätten sie sich öfters einen psychiatrischen Notfalldienst der Externen Psychiatrischen Dienste gewünscht.

b) Suizidale Patienten:

Bei diesen Patienten war ein Mangel an Aggressivität in ihrer Krisenmanifestation festzustellen. Die Patienten kamen fast ausschliesslich aufgrund einer ärztlichen Intervention in die Klinik. Die Angehörigen waren von der Einweisung häufiger überrascht und seltener beim Eintritt dabei. Die Einweisung evozierte häufiger Scham bei ihnen und wurde als schlimmes Erlebnis erfahren. In der Klinik sollen vor allem die psychotherapeutischen Angebote hilfreich gewesen sein. Die Angehörigen waren etwas seltener, dafür aber intensiver und variantenreicher (in verschiedenartigen Gesprächen) in die Behandlung einbezogen. Trotzdem ist ein grosser Informationsmangel festzustellen. Insbesondere hat es in der Arbeit mit den Angehörigen an einer Beratung gemangelt, wie sie sich bei einer nächsten Krise verhalten könnten²⁵⁾. Die Angehörigen von suizidalen Patienten waren insgesamt der Klinik etwas kritischer eingestellt und gaben für eine empfundene Nutzlosigkeit des Klinikaufenthaltes etwas häufiger der Klinik die Schuld.

E DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

1. Methodik

- 1.1 Angehörigenbefragung
- 1.2 Chronifizierungsparameter
- 1.3 Aussagewert der Antworten
- 1.4 Die Durchführung der Befragung
- 1.5 Die Suizide
- 1.6 Die Tauglichkeit der Fragen zur Evaluation des Psychiatriekonzeptes

2. Ergebnisse

- 2.1 Gesamtwürdigung
- 2.2 Das Behandlungsteam
- 2.3 Die Einbeziehung der Angehörigen und die Krisenprävention
- 2.4 Die sozialtherapeutische Unterstützung der Patienten
- 2.5 Die Behandlung der einzelnen Krankheitsgruppen
- 2.6 Die Zwangseinweisung
- 2.7 Der Wandel der Psychiatrischen Klinik zum Akutspital
- 2.8 Die Suizide

Wir wollen die Ergebnisse dieser Untersuchung auf zwei Ebenen diskutieren, auf einer formalen/methodischen und auf einer inhaltlichen.

1. Methodik

1.1 Angehörigenbefragung

Die Befragung der Angehörigen zum Zwecke der Evaluation des Psychiatriekonzeptes Baselland, welches den Patienten von Ausschliessung und Bevormundung weitmöglichst befreien möchte, stellt grundsätzlich einen Widerspruch in sich dar. Dementsprechend sind die Ergebnisse für die Evaluation nur bedingt aussagekräftig, spielen doch zu viele unklare und nichterfasste Bilder und Vorurteile der Angehörigen im Meinungsprozess mit. Auch wenn die Betreuung der Angehörigen eine wichtige - und wie dargestellt noch ungenügend ausgebaute - Aufgabe der psychiatrischen Klinik darstellt, so ist die Aufgabe doch primär auf den Patienten und in dessen Diensten ausgerichtet. Anwalt für den Patienten zu sein, steht häufig im Widerspruch mit Interessen von Angehörigen oder anderer Teile der Gesellschaft. Eine kritische oder gar wütende Stellungnahme der Angehörigen über die Klinik stellt allein noch nicht die Qualität der Behandlung des Patienten in Frage. Damit sollen bedenkenswerte Hinweise auf Mängel in der Behandlung der untersuchten Klinik nicht heruntergespielt werden.

1.2 Die institutionelle Chronifizierung

Es ist uns bewusst, dass der von uns benutzte und zum Zwecke dieser Arbeit entwickelte Parameter aus dem Produkt von "Hospitalisationstage insgesamt" und "Anzahl Hospitalisationen" wenig fundiert und möglicherweise ungenau ist. Es wäre wünschenswert, wenn in einer späteren Arbeit die Klassierungsqualität dieses einfachen Parameters (mittels Score-Analyse von breiter abgestützten Merkmalen der Chronifiziertheit einer psychischen Krankheit) überprüft würde und an einer davon unabhängigen klinischen Klassierung gemessen würde. Möglicherweise klassiert das Produkt aus dem Logarithmus der Hospitalisationsanzahl und dem Total aller Hospitalisationstage genauer.

1.3 Der Aussagewert der Antworten auf die gestellten Fragen

Einige Fragen erhoben objektivierbare Umstände, andere waren auf eine Interaktion oder die Meinung der Angehörigen ausgerichtet. Bei letzteren ist es ungewiss, ob die erhaltenen Antworten tatsächlich Meinungen zu den gestellten Fragen darstellten oder ob ganz andere Faktoren als die jeweilige Antwort bestimmte (soziale Norm, Hemmung dem Fragesteller gegenüber, unbewusste allgemeine Aggressivität oder Anpasserei (chronische "Ja"-Sager resp. "Nein"-Sager), Benutzung einer Frage, um einem anderen Anliegen Ausdruck zu geben, etc.).

1.4 Die Durchführung der Befragung

Die Befragung der 100 Angehörigen erfolgte durch drei Psychiater je zu einem Drittel. Alle drei waren in ihrer Ausbildung und Erfahrung keine Anfänger mehr. Es war aber unvermeidlich, dass verschiedene Grundhaltungen der Befrager und verschiedene Identifikationen mit Klinik und Externem Psychiatrischen Dienst die Befragung beeinflusste, auch wenn versucht wurde, dies möglichst zu vermeiden. Vor der Befragung fanden genaue Absprachen über Befragungstechnik und -stil statt. Während der Untersuchung trafen sich die drei Befrager periodisch, um aufgetretene Verständnis- und Interpretationsschwierigkeiten zu besprechen und anzugleichen. Trotzdem liessen sich nicht alle Verschiedenheiten vermeiden. Die Berechnung von unterschiedlichen Antwortprofilen ergab bei vier von 40 Fragen signifikante Unterschiede¹⁾. Drei der vier Fragen (1A, 4A, 18) wurden für die Auswertung nicht herangezogen. Bei der vierten Frage 26 würde - nach Elimination der methodischen Zweideutigkeit - die Aussage wahrscheinlich noch eindeutiger ausfallen.

1.5 Die Suizide

Es war uns ein Anliegen, für die Evaluation des Psychiatriekonzeptes auch Grundlagenmaterial zum Thema Suizid bereitzustellen. Um den Rahmen unserer Untersuchung nicht zu sprengen, hatten wir uns an die Suizide zu halten, welche im Untersuchungskollektiv vorlagen. Die Anzahl der untersuchten Fälle ist deshalb zu klein geblieben, um stat. Aussagewert zu haben. Für eine Untersuchung der Suizide, welche während oder kurz nach

der Hospitalisation erfolgten, wird die Zahl noch kleiner. Wir halten den angewandten Untersuchungsansatz für tauglich, eine grössere Zahl von Fällen zu untersuchen und würden gerne eine solche Arbeit damit anregen. Bei einer grösseren Fallzahl (die Zahl der sich von 1979 - 1984 während der Hospitalisation suizidierten Patienten beträgt 31) wären aussagekräftige Vergleiche mit der Gruppe der suizidalen Patienten und mit dem Gesamtkollektiv möglich.

1.6 Die Tauglichkeit der Fragen für die Evaluation des Psychiatriekonzeptes

Um das neue Psychiatriekonzept evaluieren zu können, mussten die Fragen an die Angehörigen auf die Leitgedanken der Reform abgestimmt sein. Zwar wurde bei der Fragenformulierung dies versucht, aber es zeigte sich während der Befragung, dass einzelne Fragen (Fragen 18, 19, 28, 29, 31, 33, 34, 35) ein altes Psychiatrieverständnis immanent hatten. Wiederum andere Fragen waren so formuliert, dass viele Befragte den eigentlichen Sinn der Frage nur teilweise verstanden, sei es aus formalen (Fragen 5, 6, 20) oder inhaltlichen Gründen (Frage 2C). Diese Umstände schmälern zwar den Aussagewert der Befragung, machen sie aber nicht wertlos.

2. Ergebnisse

2.1 Gesamtwürdigung

Die Angehörigen stellen im grossen und ganzen der Psychiatrischen Klinik Liestal ein gutes Zeugnis aus. Die wesentlichen Ziele der Psychiatriereform sind von den Angehörigen verstanden und positiv aufgenommen worden. So schätzt die Mehrzahl die grössere Offenheit der Klinik, befürworten eine möglichst kurze Hospitalisation und wünscht eine gute Verknüpfung mit dem ambulanten Nachbetreuungsnetz. Die Kompetenz von Aerzten und Pflegern wird bejaht, hingegen finden sich kaum Hinweise darauf, dass die Arbeitsweise eines Behandlungsteams verstanden wurde. Der Arzt bleibt weiterhin Gallionsfigur der ganzen Klinik. Oft geäusserte Kritiken, welche behaupten, es bestehe ein Kompetenzenwirrwarr, man könne Behandelnde von Patienten und die verschiedenen Verantwortungsbereiche im Behandlungsteam nicht mehr unterscheiden, treffen nicht zu. Die Angehörigen wünschen und schützen mehrheitlich eine Miteinbeziehung in die Behandlung. Sie zeigen deutlich ihre grosse Verletzbarkeit bezüglich kritischem Hinterfragen ihrer Rolle im Krankheitsprozess des Patienten und sind empfänglich für eine Entlastung von Schuldgefühlen und für eine Betreuung in ihrer eigenen Not²⁾. Die Untersuchung hat vor allem Mängel bei der Durchführung der Arbeit mit den Angehörigen aufgezeigt. Im weiteren weist sie auf die Schwerfälligkeit des Zwangseinweisungsprocedere hin, welches von vielen betroffenen Angehörigen verurteilt wird. Der Klinik selbst machen die Angehörigen von zwangseingewiesenen Patienten keinen speziellen Vorwurf. Die Angehörigen von Patienten, die sich in der Klinik oder später suizidiert hatten, hegen mehrheitlich der Klinik gegenüber keinen Groll. Sie befürworten ebenfalls mehrheitlich die Offenheit der Klinik und glauben, dass der Suizid langfristig nicht zu verhindern gewesen sei. Sie begreifen die Schwierigkeiten, Ueberlegungen und die getroffenen Entscheidungen von der Klinik mehrheitlich.

2.2 Das Behandlungsteam

Die im Psychiatriekonzept niedergelegte Absicht, die Behandlung einem ganzen Team zu übertragen³⁾, wurde von den Angehörigen nicht speziell wahrgenommen - weder im positiven noch im negativen Sinne. Es wurde kei-

ne Frage speziell daraufhin formuliert. Das Antwortprofil zur Frage nach der Kompetenz und der Versorgungsqualität von Ärzten und Pflegepersonal⁴⁾ zeigt hingegen deutlich, dass die Angehörigen mehrheitlich ein antiquiertes, sehr traditionelles Bild einer Behandlungshierarchie haben. Das Pflegepersonal hat für die Augen der Angehörigen noch wenig Profil in seinen Betreuungsaufgaben erlangt. Einzelne positive (und freiformulierte) Stellungnahmen von Befragten zeigen die mögliche wertvolle Potenz, die dem Bezugspersonensystem⁵⁾ und der damit verbundenen persönlichen und individuellen Betreuung innewohnt.

Was nicht aus dieser Arbeit hervorgeht, sondern was eine Erkenntnis aus der praktischen Auseinandersetzung mit den Valenzen des Pflegepersonals für die Betreuung der Patienten darstellt, ist die Ueberzeugung, dass das Bezugspersonensystem nicht ohne tiefergreifenderen Strukturwandel der Einsatzpläne des Pflegepersonals weiterentwickelt werden kann.

1. Die Pfleger/Schwester sind durch ihre wechselnden Diensteinsätze stark im Bestreben gestört, Kontinuität in der Bezugspersonenarbeit zu erreichen.
2. Rationalisierungsüberlegungen reduzieren die Zahl des Pflegepersonals auf einer Station auf den unbedingt notwendigen Bestand. Dadurch wächst der Anteil der unreduzierbaren Ueberwachungsaufgabe pro Person und bestimmt mehr und mehr die Gedankenprozesse der Pfleger und Schwestern in den Zeiteinheiten, die von diesen frei und kreativ eingesetzt werden könnten.
3. Es fehlen weitgehend Kompetenzdefinierungen der Bezugsperson, die ihr genügend Verantwortung für die Exploration des Patienten und die Erarbeitung von Rehabilitationsschritten mit dem Patienten übertragen würden. Es fehlen auch Vorstellungen, wie die Bezugsperson diese Kompetenzen innerhalb ihres rotierenden Dienstplanes erfüllen soll.
4. Die primäre Schulung des Pflegepersonals an der Schule für Psych. Krankenpflege bereitet den Pfleger/die Schwester kaum auf Gesprächsführung und Leitung von Gruppen (Stationsversammlung/Austrittsgruppen/Freizeitgestaltungsgruppen etc.) vor.
5. Die Zunahme an "Spezialisten"⁶⁾ verdrängt das Pflegepersonal oft von der Gesprächsfront, auch wenn eine gegenseitige Einbeziehung ge-

wünscht ist. Die Gesprächsplanungsabläufe sind auf Aerzte und Spezialisten und nicht auf die Arbeitseinteilungen der Pfleger ausgerichtet. Neben der Nachtwachenrotation und der Sonntagspräsenz spielt dabei auch die Arbeitsgewichtsmassierung des Pflegepersonals auf den Morgen eine grosse Rolle. Wichtige Gespräche in der Sozialpsychiatrie (mit Angehörigen) finden aber mehrheitlich am Nachmittag oder frühen Abend statt.

Zusammenfassend möchten wir der Befürchtung Ausdruck geben, dass ohne klare Neudefinition des Kompetenz- und Arbeitsbereiches des Pflegepersonals und eine Abstimmung auf die angestrebte Teamarbeit, das Pflegepersonal wieder vermehrt auf frühere Ueberwachungsaufgaben zurück verweisen⁷⁾ und von Spezialisten verdrängt werden wird.

2.3 Die Einbeziehung der Angehörigen und die Krisenprävention

Die Häufigkeit der Einbeziehung der Angehörigen in die Klinikbehandlung ist als sehr hoch einzustufen, wenn man bedenkt, dass ca. 20% der Hospitalisationen kürzer als eine Woche ausfielen und dass 5 - 8 der befragten Angehörigen den Patienten bei der letzten Hospitalisation noch gar nicht kannten (und also auch nicht einbezogen werden konnten).

Die deutlichste Lücke im Behandlungsablauf der Kantonalen Psychiatrischen Klinik, die durch diese Arbeit herausgearbeitet wurde, betrifft die Betreuung und Informierung der Angehörigen resp. deren Einbeziehung in die Therapie der Patienten. Aus vielen anderen Arbeiten^{9/10)} ist bekannt, dass das Erreichen eines befriedigenden Informationsgrades bei Patienten und Angehörigen äusserst schwierig ist. So fasste HOHL⁸⁾ seine "Gespräche mit Angehörigen psychiatrischer Patienten" zusammen. "Eines der konsistentesten Ergebnisse dieser Arbeit besteht in der Unzufriedenheit der Angehörigen mit den restriktiven Informationsverhalten der Aerzte. Nahezu ausnahmslos klagten sie darüber, dass sie auf ihre Fragen im Zusammenhang mit der Krankheit ihres Familienmitgliedes von den Aerzten keine oder nur unbefriedigende Antworten erhalten". Auch KRAUS⁹⁾ fasst zusammen: "Hervorzuheben sind die Klagen über ungenügende Information hinsichtlich aller durch die Krankheit aufgeworfenen Fragen". Wie

unsere Untersuchung zeigt, liegt die Problematik in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik nicht so sehr in der mangelhaften Häufigkeit der Einbeziehung der Angehörigen in den Behandlungsprozess. Trotz Einbezug in die Behandlung fühlen sich diese oft unverstanden, unterbetreut und nicht informiert. Mit zunehmender Tendenz wird in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik versucht, familientherapeutische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Die Untersuchung zeigt, dass das Einbringen von psychodynamischen Gesichtspunkten viel Taktgefühl und Erfahrung erfordert - was allzu oft der Ausbildungssituation der Behandelnden widerspricht. Viele Angehörige haben die Interventionen als Schuldzuschreibung missverstanden. Die familientherapeutische Beziehung, die in einer Klinik entsteht, ist denn auch eine ganz spezielle: Sie wurde nicht bewusst gesucht, sie steht unter einem Zeitdruck und der Indexpatient hat eine ganz spezielle Stellung.

Die hier herausgearbeitete Lücke in der Angehörigenbetreuung der Kantonalen Psychiatrischen Klinik betrifft nicht nur die Folgen von übereilten familientherapeutischen Interventionen sondern auch die Arbeit mit Angehörigen als eine eigenständige Gruppe. Nur wenige Behandlungssituationen führen zu familientherapeutisch orientiertem Vorgehen. Mit OLBRICH²⁸⁾ sind wir der Ansicht, dass für das Informations- und Betreuungsbedürfnis der Angehörigen spezielle Angehörigengruppen geschaffen werden sollten. Ein Anfang in diese Richtung wurde mit der Ausarbeitung eines Seminars für Angehörige von Suchtkranken gemacht¹¹⁾, welches seit 1984 im wöchentlichen Rhythmus von der Kantonalen Psychiatrischen Klinik in Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen des Kantons und der Al-Anon-Gruppe Liestal¹²⁾ angeboten wird. Das Seminar erfreut sich einer wachsenden Nachfrage und Beliebtheit.

2.4 Soziale Unterstützung der Patienten

Die Angehörigen beklagen den Mangel an sozialtherapeutischer Unterstützung der Patienten und der Familien und eine mangelnde Hilfe in Arbeitsfragen. In der Tat ist der Sozialdienst der Klinik mit einer Stelle sehr schwach ausgebaut. Bei dem praktizierten und sich als sinnvoll erweisenden Bezugspersonensystem⁵⁾ wäre ein Ausbauen des zentralen Sozialdien-

stes nur wenig sinnvoll. Vielmehr sollte dem Pflegepersonal die Möglichkeit und das Wissen zur Verfügung gestellt werden, vermehrt den Patienten sozialtherapeutisch zu begleiten. Dies steht im Widerspruch mit dem immer mehr geforderten personellen Rationalisierungsprozess und Stellenabbau, der das Pflegepersonal vermehrt auf bloße Ueberwachungsfunktionen zurückverweist, die soziale Begleitung und die Erarbeitung eines tragenden Sozialnetzes (Arbeit, Kontaktmöglichkeiten, Wohnen, Finanzen etc.) verwaist lässt. Im weiteren steht die Notwendigkeit, dass das Pflegepersonal vermehrt sozialtherapeutisch aktiv werden könnte, im Widerspruch mit noch bestehendem zu starkem administrativem und technischem Zentralismus. Wie im therapeutisch-medizinischen Bereich bereits erfolgt, sollte eine Delegation von Kompetenzen an die Peripherie auch im administrativen und technisch/betrieblichen Bereich erfolgen. Dadurch würde die Kreativität von Mitarbeitern eines Behandlungsteams weniger behindert¹³⁾.

Es ist deshalb zu fordern: 1. Etwas mehr Pflegepersonal für die Abteilungen. 2. Spezielle Schulung im sozialtherapeutischen Bereich. 3. Erweiterung des zentralen Sozialdienstes um eine Stelle und Uebertragung der Ausbildungs-, Beratungs- und Begleitungsfunktion des Pflegepersonals an diesen Sozialdienst. 4. Delegation von Kompetenz an die Peripherie auch im administrativen und technisch/betrieblichen Bereich der Klinikführung.

2.5 Die eingeschränkte Indikationsstellung für einen Klinikeintritt

Im Psychiatriekonzept wurde dem Willen Ausdruck gegeben¹⁴⁾, die Hospitalisationsindikationen zu überprüfen und wenn immer möglich und sinnvoll diese enger gefasst zu stellen. Andere Psychiatrieplaner verfolgten ähnliche Schritte^{15/16/17/18)}. Die Auseinandersetzung um die Hospitalisationsnotwendigkeit und um die Form einer adäquaten Behandlung beginnt dann oft schon vor dem Eintritt. Besonders klar erfolgte die Abgrenzung in der Suchttherapie¹⁹⁾ und der stationären Psychotherapie²⁰⁾. Die Beschränkung des Angebotes an Suchtpatienten auf die körperliche Entziehung und die parallel einhergehende Festerknüpfung des vor der Hospitalisation geplanten Weiterbehandlungsprogrammes hat gute Ergebnisse her-

vorgebracht. Die von vielen Angehörigen formulierten Klagen über eine Nicht-Aufnahme des Patienten in die Klinik oder die Nutzlosigkeit des Aufenthaltes sind wohl zur Hauptsache problemimmanent.

Ein Punkt scheint in der restriktiven Fassung des Behandlungsangebotes an die Süchtigen aber übersehen worden zu sein: Die restriktive Aufnahmepraxis führt zum Wegfallen einer Triagegelegenheit der Klinik für diese Patientengruppe. Da es dem Hausarzt, den Angehörigen oder dem Patienten selbst überlassen bleibt, den adäquaten Hilfskanal zu finden, falls eine Entziehung zur Zeit ohne Aussicht auf Erfolg erscheint, unterbleibt eine fachgerechte Betreuung der noch nicht motivierten Süchtigen allzu oft. Nicht alle Hausärzte finden die Weiterweisung des Süchtigen, mit dem sie nicht mehr weiterkommen, an eine ambulante Fachstelle zur weiteren Abklärung, Betreuung und Motivation als sinnvollen Weg. Wir vermuten, dass diese Hausärzte in den sozialtherapeutischen Abmulanzen keine fachkollegiale Stelle erblicken. Die Eingestehung der eigenen Fachkenntnisse ist für die Aerzte mit dem Reflex einer Einweisung gekoppelt "komme ich ambulant nicht mehr weiter, so ist eine Klinikbehandlung indiziert". Wir halten daher die Schaffung eines zweiten Suchtberaters an der Klinik mit erweitertem Aufgabenbereich für die ambulante Triagierung der zugewiesenen Süchtigen für dringend indiziert. Nur die Klinik kann umfassenderweise eine bedingungslose Zuweisung von Süchtigen des Kantones, eine Abklärungsarbeit und Weiterweisung an eine der Problematik angepasste Behandlungsinstanz verarbeiten²¹⁾. Mit dieser zusätzlichen Stelle soll nicht das stationäre Angebot erweitert, sondern das ambulante Netz effizienter geknüpft werden. Eine Angliederung dieser Aufgabe an die Externen Psychiatrischen Dienste erscheint aus fachkollegialen Gründen (gegenseitige Unterstützung und Vertretung der zwei Suchtberater) nicht sinnvoll.

2.6 Zwangseinweisung

Die Kodifizierung der Zwangsbehandlung eines Menschen hat zweifelslos den Rechtsstatus der Betroffenen wesentlich verbessert. Missstände können damit effizient vermieden werden, da der Patient verschiedene Rekursinstrumente erhalten hat. Die Kritik der Angehörigen richtet sich

gegen eine unnötige Komplizierung des Einweisungsprocedures. Durch die Einschaltung des Statthalters wird mehr Zeit notwendig und häufig wird auch die Polizei als Ausführungsinstanz hinzugezogen. Die Zwangseinweisung gerät dadurch ausserhalb des ärztlichen Handelns, was zwar eine saubere Abgrenzung zu polizeilichen Instanzen ermöglicht, hingegen die Angehörigen stark belastet und den Patienten oft unnötig provoziert und ihn in die Nähe eines Verbrechers rücken lässt. Wiederholt sah sich ein Patient in der Massnahme der polizeilichen Abführung in seinem paranoiden oder Versündigungswahn bestätigt. Wir meinen, dass mit der heutigen Praxis "das Bad mit dem Kinde ausgeschüttet" worden ist²⁹⁾.

2.7. Der Wandel der Psychiatrischen Klinik zum Akutspital

Die Untersuchung zeigt, dass die Angehörigen kurze Aufenthalte mehrheitlich begrüssen. Viele wünschten sich eine noch intensivere und vielfältigere Behandlung, mehr Zeit des Personals für Gespräche und mehr Informationsmöglichkeiten. Auf der einen Seite werden die multiplen Interaktionen zwischen den verschiedensten Patientengruppen als belastend erlebt, auf der anderen Seite verfolgt die Psychiatriekonzeption eine Reduktion der Ausgliederung von Personen mit schweren Problematiken aus der Gesellschaft - und stellvertretend auch auf der Station. Um diesen Forderungen in vermehrtem Masse nachkommen zu können, braucht es in erster Linie eine Verkleinerung der Stationengrösse, womit die Interaktionsfrequenz unter den Patienten deutlich reduziert werden könnte, die Uebersicht gesteigert würde und unproduktive Kontrollkräfte verringert werden könnten. Mit HAASE²²⁾ stimmen wir überein, dass eine Station nicht mehr als maximal 25 Plätze haben darf.

Wenn die Konzeptrichtung, dass vor allem Hospitalisation verkürzt und vermieden werden soll, weitergelten soll, so wird eine weitere Reduktion der Pfl egetagezahl bei gleichbleibendem Personal unumgänglich sein. Dies ist nicht ohne politische Unterstützung durchzuführen. Schrittweise werden sich bei gleichbleibenden Gesamtkosten (welche im Masse der normalen Teuerung ansteigen) die relativen Tageskosten pro Patient erhöhen als Ausdruck der vorgezeichneten und beabsichtigten Entwicklung in Richtung Akutspital³⁰⁾. Dies erfordert aber erneut den politischen Grundsatzent-

scheid, dass als Referenzgrösse der Kosten nicht die Patiententageskosten sondern die indexierten Gesamtkosten (nicht das Restdefizit nach Eingang der Krankenkassenzahlungen) der Klinik zu bewerten sind. Die Auseinandersetzung, welchen Anteil die Krankenkasse daran zu leisten hat, ist dann eine Diskussion, welche auf dem Grundsatzentscheid aufzubauen ist.

2.8 Die Suizide

Im untersuchten Kollektiv fanden sich drei Patienten, die sich während des Klinikaufenthaltes suizidiert hatten. Der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal wurde wiederholt der Vorwurf gemacht, eine zu unkritische offene Klinikgestaltung führe zu unverantwortlich und überdurchschnittlich vielen Suiziden.

Seit dem Beginn der Klinikreform 1979 haben sich bis Ende 1984 31 Patienten während der Hospitalisation suizidiert²³⁾. In der gleichen Zeitperiode sind 4008 Patienten entlassen worden. Das ergibt eine Suizidrate von 772/100'000 Entlassungen. Es liegen uns keine Zahlen aus der gleichen Zeitperiode zu Vergleichszwecken vor. In allen psychiatrischen Kliniken hat die Suizidrate in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Nachstehend sind die Suizidzahlen von fünf kantonalen psychiatrischen Klinik der Schweiz aufgeführt, die zeitlich am wenigsten weit zurück liegen.

<u>Klinik</u>	<u>Untersuchungsperiode</u>	<u>Untersucher</u>	<u>Suizidrate/ 100'000 Entlassungen</u>
PUK Zürich	1970 - 77	ERNST K. ²⁴⁾	420
PUK Basel	1970 - 79	WIDMER L. ²⁵⁾	220
PUK Bern	1976 - 80	MODESTIN J. ²⁶⁾	535
PK Münsingen	1976 - 80	MODESTIN J. ²⁶⁾	629
PK Beverin	1970 - 79	MAIER Ch. ²⁷⁾	490
PK Liestal	1979 - 84	MANZ A.	772

J. MODESTIN²⁶⁾ stellte 38 Untersuchungen zusammen und fand eine Streubreite der angegebenen Suizidraten zwischen 25,2 (öffentlicher Irrenanstalten von England und Wales 1890 - 1902) und 940 (Rehabilitationsstation der PUK Mannheim 1968 - 73). Die Suizidrate der KPK Liestal fügt sich am oberen Rand der untersuchten Kliniken ein und ist nicht als unvergleichbar hoch zu bewerten.

Teilweise ist die Höhe der Suizidrate auch Berechnungsartefakt. Eine Universitätsklinik hat wohl ein breiteres Indikationsangebot als eine andere Klinik. Dadurch finden auch weniger gefährdete Patienten klinische Aufnahme und "verbessern" die Suizidrate. Die PUK Basel versorgt eine etwa gleich grosse Bevölkerungszahl, wie die KPK Liestal, registriert aber doppelt so viele Aufnahmen. Dies kann unmöglich mit einer doppelt so grossen Suizidrate der Basler Bevölkerung erklärt werden. Die KPK Liestal verfolgt eine eher restriktive Aufnahmepolitik und kann in vermehrtem Masse auf ein ambulantes Auffangnetz zurückgreifen. Sie filtert dadurch im höheren Masse die stark gefährdeten Patienten heraus, was sich dann in einer scheinbar hohen Suizidrate niederschlägt.

Trotz der Durchsicht von ca. 30 Arbeiten neueren Datums haben wir keine Angaben von anderen Autoren über die Ansichten und Reaktionsweisen der Angehörigen von Suizidanten gefunden. Die Untersucher sind so sehr mit dem Hergang, der Ankündigung, der Psychodynamik, der möglichen Vermeidbarkeit etc. beschäftigt, dass ein Blick auf die betroffenen Angehörigen bisher unterblieb. Wir wagen zu behaupten, dass der Grund einerseits im latenten Schuldgefühl der Fachleute zu suchen ist, welche versucht sind, dies wegzurationalisieren. Andererseits besteht wohl ein grosses Interesse an Analysen der geschehenen Suizide, um gegenüber Infragestellungen der politischen und fachlichen Aufsichtsbehörde gewappnet zu sein.

ANMERKUNGEN ZUR DISKUSSION

- 1) Auf dem Vertrauensniveau $P = 0,01$ waren folgende Antwortprofile signifikant unterschiedlich:
 - Frage 1A "Hat sich die KPK seit ihrem ersten Kontakt geändert?"
Schmid: 70,6% Nein
Manz: 81,3% Ja (p = 0,0027)
 - Frage 4A "Wenn der Patient schon einmal in einer psychiatrischen Klinik war, war er schon früher in der KPK Liestal?"
Schmid: 96,0% Ja
Hafner: 50,0% Nein (p = 0,0008)
 - Frage 18 "Wissen Sie, was der Patient hatte?"
Hafner: 75,0% Ja
Manz: 90,0% Ja (p = 0,0034)
 - Frage 20 "Oder wünschten Sie gar nicht, über die Therapie orientiert zu werden?"
Hafner: 61,5% "Ja" (Nein bedeutet: Ich wollte nicht orientiert sein)
Schmid: 84,8% "Nein" (Doch bedeutet: Ich hätte es gerne gehabt, orientiert zu werden")
(p = 0,0067)
- Bei der Frage 20 stellen formale Verständnisschwierigkeiten bei der Fragestellung (doppelte Verneinung) den Hauptgrund für das unterschiedliche Antwortprofil der drei Befragter dar. Aufgrund der Diskussion mit Hafner ist anzunehmen, dass ein Grossteil seiner Befragten sich ebenfalls wünschten, über die Therapie besser informiert worden zu sein.
- 2) DOERNER K. et al.: "Freispruch der Familie" Psychiatrieverlag 1982
- 3) Psychatriekonzept Seite 64 - 66
- 4) Fragen 2E - H und 22A + B, siehe Anhang und Kapitel D3
- 5) Jeder Patient hat unter dem Pflegepersonal eine für ihn speziell bezeichnete Person zur Seite, welche ihn während des Aufenthaltes begleitet und persönlicher als die anderen Pfleger und Schwestern für die Lösung von Problemen behilflich ist.
- 6) Sozialarbeiter/Psychologen/Bewegungstherapeuten/Ergotherapeuten/Suchtberater/Praktikanten all dieser Berufsrichtungen
- 7) POLETTI Rosette: "Ein Auftrag, der uns herausfordert" Vortrag 1984 (unveröffentlicht)
- 8) HOHL Joachim: "Gespräche mit Angehörigen psychiatrischer Patienten" Psychiatrie-Verlag 1983
- 9) KRAUS P.: "Probleme der Angehörigen chronisch-seelisch Kranker" Nervenarzt 1976
- 10) "Der Arzt im Spiegel jugendlicher Patienten" Psyche + Soma 1980
- 11) MANZ A./MERZ F.: "Konzept des Seminars für Angehörige von Suchtkranken 1984
- 12) Al-Anon ist eine den Anonymen Alkoholikern (AA) parallel geschaltete Selbsthilfegruppe für Angehörige von Suchtkranken. Sie arbeitet nach den selben Prinzipien wie die AA.
- 13) POELDINGER W.: "Organisationsprobleme an psychiatrischen Klinik" SAEZ 1984

- 14) Psychiatriekonzept Seite 23f./26/28/30
- 15) POELDINGER W.: "Die Psychiatrische Klinik im Wandel" SAeZ 1982
- 16) DEGKWITZ/SCHULTE: "Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik" Nervenarzt 1971
- 17) FINZEN A.: "Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenversorgung" Nervenarzt 1982
- 18) HEINRICH/MUELLER: "Psychiatrisch-soziologische Daten und Thesen zur Reform der Anstaltspsychiatrie als das Kernstück der Psychiatriereform" Nervenarzt 1977
- 19) Psychiatriekonzept Seite 30/32/34
- 20) Ebd. Seite 64
- 21) Ebd. Seite 84
- 22) HAASE H.J.: "Von der Irrenanstalt über das Grosskrankenhaus zum ausdifferenzierten Fachkrankenhaus" Psycho 1980
- 23) Die Suizide, die nach Weglaufen und während einem Urlaub erfolgten, sind miteingeschlossen.
- 24) ERNST K.: "Die Zunahme der Suizide in den psychiatrischen Kliniken" Soz. Präventmed. 1979
- 25) WIDMER L.: "Die Suizide in der PUK Basel von 1900 - 1979" Med. Diss. Basel 1981
- 26) MODESTIN J.: "Suizid in der psychiatrischen Institution" Nervenarzt 1982
- 27) MAIER Ch.: "Die Suizide in der Klinik Beverin 1920 - 79" Schw. Arch. N.N.P. 1981
- 28) OLBRICH R. et al.: "Ein Programm zur Betreuung von Angehörigen schizophrener Patienten" Psych. Prax. 1983
- 29) BATTEGAY Ch.: "Vergleichende sozialpsychiatrische Untersuchungen an zwangseingewiesenen und nichtzwangseingewiesenen Klinikpatienten" Med. Diss. Basel 1985
- 30) Psychiatriekonzept Seite 30

F RESUME

Mittels einem umfangreichen, standardisierten Fragebogen wurden 100 Angehörige von ehemaligen Klinikpatienten der Kantonalen Psychiatrischen Klinik über ihre Meinung zum Klinikaufenthalt des Patienten, zu seiner Nachbetreuung, zu seiner sozialen Integration, zur Arbeitssituation von ihm und zur medikamentösen Behandlung befragt. In der vorliegenden Arbeit wurde das Meinungsprofil der Angehörigen zum Klinikaufenthalt ausgewertet. Dazu wurden Angaben aus den Krankengeschichten hinzugezogen. Eine Analyse des Meinungsprofils wurde im weiteren durch einen Quervergleich der verschiedenen Antworten versucht.

Die pauschale Beurteilung der KPK Liestal durch die Angehörigen kann als gut bezeichnet werden, insbesondere die angestrebte Offenheit der Klinik wird mehrheitlich begrüsst. Die Kompetenz des Arztes gilt nach wie vor als unkritischer Parameter für die Qualität der Klinik. Insgesamt wird die Qualifikation des Pflegepersonals und der Aerzte von den Angehörigen gut bewertet. Die Modalitäten, Motive und Wege der Klinikeinweisung werden genau untersucht. Ein relativ grosser Anteil betroffener Angehöriger von zwangseingewiesenen Patienten äussern sich negativ über die heute geltende Ausführungsmodalität bei der Zwangseinweisung. Die Dauer des Klinikaufenthaltes und der Nutzen der Klinikbehandlung wird diskutiert.

Quantitativ werden die Angehörigen in den allermeisten Fällen in die Behandlung miteinbezogen und erleben diese Einbeziehung auch bewusst als solche. Inhaltlich werden Compliance-Schwierigkeiten und solche einer noch mangelhaften Abstimmung der Informationsweitergabe auf die Bedürfnisse der Angehörigen sichtbar. Insbesondere kommen gewisse wichtige Informationen, die zu einer Austrittsvorbereitung gehören, beim Adressaten nicht als solche an oder werden mangelhaft gegeben. Im weiteren wird sichtbar, dass eine adäquate Informationsweitergabe nicht auf eine Mehrzahl von Gesprächen angewiesen ist, dass die Erarbeitung von inhaltlichen Prozessen aber eine Gesprächsvielzahl bedingt.

Abschliessend werden die Ergebnisse von sieben Interviews mit Angehörigen von Suizidanten dargestellt. Es fällt auf, dass mehrheitlich an die Klinikadresse keine Vorwürfe gerichtet werden und dass der Suizid längerfristig als unvermeidbar angesehen wird.

G ANHANG

1. Standardfragebogen

1. Wir haben unterschiedliche Meinungen über das Hasenbühl (KPK) gehört. Welcher Meinung würden Sie zustimmen? (Antworten wurden vorgegeben)

Es ist eine gute Klinik	47	47,5%
Es ist eine durchschnittliche Klinik	42	42,4%
Es ist eine schlechte Klinik	10	10,1%

1A. Hat sich das Hasenbühl seit Ihrem ersten Kontakt geändert?

Ja	43	49,4%
Nein	44	50,6%

2. Wie beurteilen Sie den Klinikaufenthalt für den Patienten? (Karte)

Der Patient fühlte sich dort wohl	Ja	43	43,9%
	Nein	55	56,1%
Der Patient konnte sich erholen	Ja	68	68,7%
	Nein	31	31,3%
Der Pat. hat sich selber besser kennengelernt	Ja	33	37,5%
	Nein	55	62,5%
Der Pat. hat etwas im Umgang mit Menschen gelernt	Ja	46	48,9%
	Nein	48	51,1%
Der Arzt des Patienten war kompetent	Ja	65	80,2%
	Nein	16	19,8%
Das Pflegepersonal war kompetent	Ja	67	83,7%
	Nein	13	16,2%
Der Arzt hat sich gut um den Patienten gekümmert	Ja	67	77,9%
	Nein	19	22,1%
Das Pflegepersonal hat gut für den Pat. gesorgt	Ja	70	80,5%
	Nein	17	19,5%
Der Patient hatte guten Kontakt mit anderen Pat.	Ja	45	48,4%
	Nein	48	51,6%

3. In der Klinik bietet man ja verschiedene Arten von Behandlungen und Aktivitäten an. Was, denken Sie, hat dem Patienten am meisten geholfen? (Karte, nur die ersten 3 Nennungen aufgreifen)

Einzelgespräche	62	61,4%
Kleingruppen	21	20,8%
Abteilungsversammlung	9	8,9%

Atmosphäre in der Klinik	12	11,9%
Ausgang	25	24,8%
Beschäftigungstherapie	40	39,6%
Gespräche mit Mitpatienten	22	21,8%
Medikamente	25	24,8%
Hat nichts genützt	9	8,9%
Essen	3	3,0%
Komfort	4	4,0%
weiss nicht	5	5,0%
4. War es das erste Mal, dass der Patient in einer psychiatrischen Klinik war?		
Ja	39	38,6%
Nein	62	61,4%
4A. Wenn nein, war der Patient schon früher in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal?		
Ja	54	75,0%
Nein	18	25,0%
5. Was waren die <u>Gründe</u> , die zum letzten Klinikeintritt führten?		
Der Patient braucht die Klinik immer wieder	6	5,9%
Der Pat. wurde beim vorletzten Mal zu früh entlassen	5	5,0%
Der Pat. hat es noch nicht geschafft, er musste nochmals in die Klinik kommen	8	7,9%
Die Krankheit hat sich verschlimmert	46	45,5%
Soziale Stresssituation	44	43,6%
Medikamente wurden abgesetzt	9	8,9%
Alkohol und Drogen	6	5,9%
Andere	9	8,9%
6. Was wurde danach zum <u>Hauptproblem</u> , das zum Klinikeintritt führte?		
Der Patient ging nicht mehr zur Arbeit, war nicht mehr arbeitsfähig	27	27,0%
Pat. machte Probleme in der Familie	40	40,0%
Pat. machte Probleme in der sozialen Umgebung (wurde auffällig)	29	29,0%
Isolation	3	3,0%
Entscheid in einer Suchtentwicklung	4	4,0%
Anderes	9	9,0%

7. Und wie zeigte sich dies in seinem Verhalten?
- | | | |
|--------------------------------|----|-------|
| Schlafstörung | 31 | 30,7% |
| Pat. wurde apathisch/depressiv | 25 | 24,8% |
| Pat. wurde nervös/aggressiv | 39 | 38,6% |
| Pat. wurde verwirrt (spinnt) | 29 | 28,7% |
| Pat. wollte sich umbringen | 27 | 26,7% |
| Pat. hatte Angst | 9 | 8,9% |
| Pat. war dauernd betrunken | 5 | 5,0% |
| Anderes | 11 | 10,9% |
8. Wer hat entschieden, dass der Pat. (wieder) in die Klinik musste?
- | | | |
|--------------------------------|----|-------|
| Der behandelnde Arzt des Pat. | 7 | 6,9% |
| Der Klinikarzt | 4 | 3,9% |
| Externe Psychiatrische Dienste | 13 | 12,7% |
| Freipraktizierender Psychiater | 12 | 11,8% |
| Hausarzt | 16 | 15,7% |
| Der Angehörige | 11 | 10,8% |
| Der Pat. selbst | 23 | 22,5% |
| Notfallarzt/andere Klinik | 17 | 16,7% |
| Andere | 8 | 7,8% |
9. Fanden Sie selber, die Einweisung in die Klinik damals sei das Beste für den Patienten?
- | | | |
|------|----|-------|
| Ja | 95 | 94,1% |
| Nein | 6 | 5,9% |
10. Hat die Klinik den Pat. ohne Probleme aufgenommen?
- | | | |
|-------------------------|----|-------|
| Es gab grosse Probleme | 3 | 2,9% |
| Es gab gewisse Probleme | 7 | 6,9% |
| Es ging ohne Probleme | 92 | 90,2% |
11. Waren Sie beim Klinikeintritt dabei?
- | | | |
|------|----|-------|
| Ja | 45 | 44,1% |
| Nein | 57 | 55,9% |
12. Wie empfanden Sie den letzten Klinikeintritt? (Mehrfachnennungen waren möglich)
- | | | |
|---------------------------------------|----|-------|
| Ich habe mich vor den Leuten geschämt | 5 | 5,2% |
| Ich habe mich schuldig gefühlt | 21 | 21,9% |

Ich hatte Angst vor Vorwürfen v. Angehörigen	4	4,2%
Für mich ist es einfach ein schlimmes Erlebnis	41	42,7%
Ich war erleichtert	64	66,7%
Ich hatte Angst davor, dass ich es allein nicht schaffe	9	9,4%
13. Wie beurteilen Sie die Dauer des letzten Klinikaufenthaltes d. Pat.?		
Zu lange	17	17,0%
Zu kurz	24	24,0%
Gerade richtig	59	59,0%
14. Waren Sie während des Klinikaufenthaltes des Pat. in irgend einer Weise in die Behandlung einbezogen?		
Ja	74	73,3%
Nein	27	26,7%
15. Wenn ja, in welcher Form?		
Einzelgespräche mit Arzt/Pfleger	18	23,7%
Gespräche zusammen mit dem Pat. und Arzt/Pfleger	64	84,2%
Zusammen mit weiteren Angehörigen des Pat.	9	11,8%
Anders	5	6,6%
16. Wie oft fanden solche Gespräche statt? (Beim <u>letzten</u> Klinikaufenthalt)		
Einmal	22	29,3%
Ein- bis dreimal	34	45,3%
Häufiger	19	25,3%
17. Haben Sie das Gefühl, Sie hätten genügend Auskunft erhalten?		
Ja	57	64,8%
Teils	9	10,2%
Nein	22	25,0%
18. Wissen Sie, was der Pat. hat(te)?		
Ja	69	70,4%
Teils	17	17,3%
Nein	12	12,2%

18A. Interviewpartner gibt die Diagnose an	55	57,3%
Interviewpartner versteht die Probleme des Pat.	77	80,2%
Interviewpartner sieht, dass er/sie selber in das Leiden des Pat. einbezogen ist	46	47,9%
19. Hat man Sie über die Therapie des Pat. orientiert?		
Ja	54	56,8%
Teils	4	4,2%
Nein	37	38,9%
20. Oder wünschten Sie gar nicht, über die Therapie orientiert zu werden?		
Ja (ich wollte nicht)	23	30,7%
Nein (doch)	52	69,3%
21. Wenn Sie orientiert wurden, wer orientierte Sie?		
Der Klinikarzt	42	66,7%
Pflegepersonal	10	15,9%
Patient	23	36,5%
Andere	2	3,2%
21A. Interviewpartner gibt Therapie an	59	89,4%
Interviewpartner versteht die Therapie	49	74,2%
Interviewpartner sieht seine/ihre eigene Rolle	29	43,9%
22. Wenn Sie das Gefühl haben, nicht oder nicht genügend informiert worden zu sein, was ist der Grund dafür?		
Niemand hat Auskunft geben können	4	10,8%
Er wurde nicht ernst genommen	11	29,7%
Er wurde vor den Kopf gestossen	7	18,9%
Niemand hat für ihn genügend Zeit gehabt	10	27,0%
Interviewpartner hatte Hemmungen, das Gespräch zu verlangen/Grund lag bei ihm/ihr	9	24,3%
Anderes	8	21,6%
22A. Was hat Ihnen als Besucher an der Klinik gefallen? (die 3 ersten Nennungen)		
Aerzte	8	8,3%
Pflegepersonal	16	16,7%
Infrastruktur (notieren was)	33	34,4%

Sauberkeit	6	6,3%
Ordnung	4	4,2%
Besuchszeitenregelung	14	14,6%
Man hat Zeit für den Patienten	3	3,1%
Man hat Zeit für mich	1	1,0%
Man nimmt mich ernst	5	5,2%
Man hat Vertrauen in mich	3	3,1%
Gemeinschaft	11	11,5%
Freundlicher Umgang mit Patienten	38	39,6%
Dass alles für alle <u>offen</u> ist	32	33,3%
Ausgangsregelung	4	4,2%
Atmosphäre	6	6,3%
Bauanlage	4	4,2%
Bessere Therapien	7	7,3%
Nichts	10	10,4%
Anderes	3	3,1%

22B. Es gibt immer etwas, das man besser machen kann - was hat Ihnen als Besucher der Klinik nicht gefallen? (die ersten 3 Nennungen)

Aerzte	8	8,2%
Pflegepersonal	3	3,1%
Infrastruktur (notieren was) / IPS	22	22,4%
Ich habe Angst vor den anderen Patienten	4	4,1%
Mangelnde Privatsphäre	22	22,4%
Man weiss nie, wer zuständig ist	4	4,1%
Ich musste viel warten	2	2,0%
Ungemütliche Räume	9	9,2%
Man hat zu wenig Zeit für den Patienten	14	14,3%
Man hat zu wenig Zeit für mich	9	9,2%
Man nimmt mich nicht ernst	5	5,1%
Man hat kein Vertrauen in mich	1	1,0%
Man ist unfreundlich	1	1,0%
Alles ist <u>zu offen</u>	9	9,2%
Zu wenig Ordnung	2	2,0%
Bedrückende Atmosphäre (v.a. im IPS)	7	7,1%
Verschlossene Türen	2	2,0%
Zu wenig Personal	2	2,0%
Stimmung unter den Patienten	4	4,1%

Patienten-Vermischung	3	3,1%
Patienten und Personal sind voneinander nicht unterscheidbar	1	1,0%
Behandlung	4	4,1%
Angehörige sind vor den Kopf gestossen	2	2,0%
Nichts	24	24,5%
Anderes	8	8,2%
23. Hat der Klinikaufenthalt überhaupt etwas genützt?		
Ja	65	65,0%
Teils	15	15,0%
Nein	20	20,0%
24. Wenn nein, woran liegt das?		
An der Klinik	10	31,3%
An der Art der Behandlung	13	40,6%
am Patienten/an seiner Krankheit	16	50,0%
Anderes	3	9,4%
25. Was war <u>das grösste Problem für Sie</u> nach dem Austritt des Pat.?		
Dass sich nichts geändert hat	12	12,8%
Das Zusammenleben mit dem Patienten	9	9,6%
Die Arbeitsplatzsuche	10	10,6%
Angst vor dem Wiederauftauchen der Symptome	8	8,5%
Soziale Instabilität	7	7,4%
Nichts	26	27,7%
Anderes	21	22,3%
26. Fand eine Vorbereitung auf den Klinikaustritt des Pat. statt?		
Ja	64	66,0%
Nein	33	34,0%
27. War diese Vorbereitung für Sie ausreichend?		
Ja	44	68,8%
Teils	11	17,2%
Nein	9	14,1%

28. Sind Sie von der Klinik darüber orientiert worden, was Sie im Falle einer Krise tun müssten?			
Ja		19	19,4%
Teils		5	5,1%
Nein		74	75,5%
29. Hat diese Information etwas genützt?			
Ja		15	65,2%
Teils		4	17,4%
Nein		4	17,4%
30. Wenn teils oder nein, was würde mehr nützen?			
Noch mehr Information		14	50,0%
Wenn der Notfalldienst der Externen Psychiatrischen Dienste besser funktionieren würde		7	25,0%
Anderes		6	21,4%
Noch einige Fragen zur Austrittsinformation: Haben Sie danach besser gewusst:			
31. Wie Sie sich dem Pat. gegenüber verhalten sollen?			
Ja	20	32,8%	
Nein	41	67,2%	
32. An wen der Pat. sich regelmässig wenden kann?			
Ja	30	47,6%	
Nein	33	52,4%	
33. Welche Regeln der Pat. einhalten muss?			
Ja	14	24,6%	
Nein	43	75,4%	
34. Was der Pat. nicht machen darf?			
Ja	10	18,9%	
Nein	43	81,1%	
35. Welche Medikamente der Pat. wann einnehmen muss?			
Ja	22	38,6%	
Nein	35	61,4%	
36. Welche Nebenwirkungen die Medikamente haben?			
Ja	11	20,4%	
Nein	43	79,6%	
37. Hatten Sie schon vorher genügend Informationen?			
Ja	37	41,6%	
Nein	52	58,4%	

38. Hätte die Klinik etwas besser machen müssen?

Ja	63	64,3%
Nein	35	35,7%

39. Wenn ja, was?

40. Was konnte die Klinik/der EPD tun, um die Eintrittssituation für Sie erträglicher zu gestalten? ...

41. Haben Sie noch Anliegen anzubringen, die nicht in den Fragebogen gepasst haben? ...

Die Befragung erhielt noch weitere 134 Fragen zu den Themen Arbeit (48), soziale Umgebung des Patienten (28), Medikamente (11) und ambulante Betreuung (57). Diese Fragen wurden in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt. Sie stellen die Grundlagen der Dissertation von P. Schmid und U. Hafner dar.

2. Krankengeschichtenerhebungsbogen

1. Jahrgang

Einreihung: 1962 und jünger	9	8,8%
1952 - 1961	27	26,5%
1942 - 1951	27	26,5%
1932 - 1941	26	25,5%
1922 - 1931	11	10,8%
1921 und älter	2	2,0%

2. Geschlecht: männlich	46	45,1%
weiblich	56	54,9%

3. Wohnort: oberes BL	44	44,0%
unteres BL	53	53,0%
übrige Region	3	3,0%

4. Interviewer: Urs Hafner	35	34,7%
Peter Schmid	34	33,7%
Andreas Manz	32	31,7%

5. Verwandtschaftsstellung Patient - Angehöriger

Vater	9	8,9%
Mutter	15	14,9%
Geschwister	6	5,9%
Verwandte	4	4,0%
Ehepartner	39	38,6%
Freund/in	10	9,9%
Andere	18	17,8%

6. Ersthospitalisation vor 1979?	Ja	27	27,0%
	Nein	73	73,0%

7. Wesentliche psychiatrische Diagnosen der Stichhospitalisation		
Psychotische Episode/Schizophrenie/Borderline	36	35,3%
Depression/Manie/affektive Psychose	23	22,5%
Psychogener Zustand/Neurose/NN	38	37,3%
Alkoholproblematik/-sucht	20	19,6%
Andere Sucht	7	6,9%
Suizidalität im Vordergrund	15	14,7%
Status nach Suizidversuch	15	14,7%
POS/organische Psychose	4	3,9%
Debilität	3	2,9%
Epilepsie	2	2,0%
unklar	1	1,0%
8. Einzelhospitalisation	47	47,0%
Mehrfachhospitalisation	53	53,0%
9. Anzahl Monate zwischen Austritt und Interview		
bis 6 Monate	1	1,0%
7 bis 12 Monate	9	8,9%
13 bis 18 Monate	51	50,0%
19 bis 24 Monate	38	37,3%
25 und mehr Monate	3	3,0%
10. Dauer der Stichhospitalisation		
weniger als 3 Wochen	48	49,0%
3 Wochen bis 3 Monate	37	36,3%
länger als 3 Monate	17	16,7%
11. Anzahl Hospitalisationen bis und mit Stichprobenhospitalisation		
1	49	48,0%
2	15	14,7%
3	12	11,8%
4 - 6	14	13,7%
7 - 10	7	6,9%
11 und mehr	5	4,9%

12. Anzahl Hospitalisationstage aus diesen Hospitalisationen			
weniger als 20 Tage	30	29,4%	
20 - 90 Tage	30	29,4%	
90 - 180 Tage	14	13,7%	
180 - 360 Tage	14	13,7%	
360 - 720 Tage	8	7,8%	
720 und mehr Tage	6	5,9%	
13. Durchschnittliche Dauer einer solchen Hospitalisation			
weniger als 3 Wochen	39	38,2%	
3 Wochen bis 3 Monate	47	46,1%	
länger als 3 Monate	16	15,7%	
14. Anzahl Hospitalisationen <u>nach</u> der Stichprobenhosp.			
keine	57	55,9%	
1	27	26,5%	
2	12	11,8%	
3 und mehr	6	5,9%	
15. Anzahl Hospitalisationstage daraus			
weniger als 20 Tage	15	33,3%	
20 - 90 Tage	22	48,9%	
90 - 180 Tage	4	8,9%	
180 - 360 Tage	3	6,7%	
360 und mehr Tage	1	2,2%	
16. Eintritt bei der Stichprobenhosp. per FFE?	Ja	19	18,6%
	Nein	83	81,4%
17. Notfall-Nachteintritt		32	31,7%
Notfall-Tageseintritt		35	34,7%
"normaler" Eintritt		34	33,7%

18. Abgemachte Nachbehandlungsart:

Hausarzt	25	24,5%
Freipraktizierender Psychiater	26	25,5%
Freipraktizierender Psychologe	5	4,9%
Externe Psychiatrische Dienste	38	37,3%
Suchtberater	7	6,9%
Gemeindesozialarbeiter	4	3,9%
Selbsthilfegruppe	2	2,0%
Eine Klinik	1	1,0%
Anderes	7	6,9%
Keine	9	8,8%

19. Der Patient oder der Angehörige kannten den Befrager

Ja	51	50,0%
Nein	51	50,0%

20. Wenn ja, wurde der Befrager indentifiziert

Mit der Klinik	31	60,8%
Mit den Externen Psychiatrischen Diensten	19	37,3%
Etwas anderem	1	2,0%

21. Medikamentenverordnung bei Austritt

Ja	67	67,0%
Nein	33	33,0%

22. Wenn ja, welche Art?

Neuroleptika p.o.	45	65,2%
Neuroleptika Depot	7	10,1%
Tranquilizer/Schlafmittel	6	8,7%
Antidepressivum	12	17,4%
Antiepileptikum	1	1,4%
Anticholinergikum (Akineton/Artane/Tremblex)	14	20,3%
Medikament aus somatischem Grund	17	24,6%
Lithium	5	7,2%

23.Institutionelle Chronifizierung	Klasse 1	41	40,2%
	Klasse 2	22	21,6%
	Klasse 3	15	14,7%
	Klasse 4	16	15,7%
	Klasse 5	8	7,8%

24.Stichprobenhosp. mit letzter Hospitalisation identisch?

Ja	61	59,8%
Nein	41	40,2%

25.Anzahl Monate zwischen Stichprobenhosp. und letzter Hosp.

1 - 6 Monate	14	34,1%
7 - 12 Monate	14	34,1%
13 - 18 Monate	13	33,8%

Mit einem analogen Erhebungsbogen wurde zusätzlich die "letzte Hospitalisation" der Patienten erfasst.

Fragen zum Patienten:

1. Geburtsjahr:

2. Geschlecht:	männlich	47	46,1%
	weiblich	55	53,9%

3. Zivilstand:	ledig	38	40,4%
	verheiratet	40	42,6%
	verwitwet	1	1,1%
	geschieden	15	16,0%

4. Wohnort:	im oberen Kantonsteil	37	42,0%
	im unteren Kantonsteil	51	58,0%

5. Seit wann ist der Pat. in dieser Gemeinde ansässig?

6. Anzahl Schuljahre:	weniger als 8 Jahre		5,2%
	8 Jahre		29,2%
	9 Jahre		38,5%
	mehr als 9 Jahre		27,1%

7. Ist der Pat. bevormundet?	Ja	6	6,0%
	Nein	94	94,0%

8. Ist der Pat. in einer Familie aufgewachsen, die von der Landwirtschaft lebt(e)?

Ja	18	18,2%
Nein	81	81,8%

9. Mit wem lebt der Patient gegenwärtig zusammen?

Mutter	18	17,6%
Vater	12	11,8%
Geschwister	8	7,8%
Verwandte	8	7,8%
Ehepartner	38	37,3%
Freund/in	9	8,8%
Andere	37	36,3%

10. Lebt der Patient mit der Auskunftsperson zusammen?			
Ja		61	61,6%
Nein		38	38,4%

Fragen zur Auskunftsperson:

1. Geburtsjahr:

2. Geschlecht:	männlich	47	46,5%
	weiblich	54	53,5%

3. Zivilstand	ledig	14	13,7%
	verheiratet	77	75,5%
	verwitwet	6	5,9%
	geschieden	5	4,9%

4. Die Auskunftsperson des Pat. ist:

Vater		9	8,8%
Mutter		15	14,7%
Geschwister		7	6,9%
Verwandte		1	1,0%
Ehepartner		38	37,3%
Freund/in		14	13,7%
Andere		18	17,6%

3. Suizidfragebogen

1. Welches war Ihrer Ansicht nach der auslösende Punkt für den Suizid gewesen?
2. Wie konnte dieser ausgeführt werden?
3. Ausführungsart?
4. Ausführungszeitpunkt?
5. Hätte er verhindert werden können? Ja/Nein
6. Nur momentan oder auch längerfristig?
7. Wer hätte ihn verhindern können?
8. Mit welchen Mitteln?
9. Was hätte die Klinik anders machen sollen?
10. Machen Sie der Klinik/EPD Vorwürfe?
Welche Schweregrade?
11. Machen Sie sich Vorwürfe?
Welcher Natur?
12. War der Suizid geplant oder eine Kurzschlussreaktion?
13. Was war die Botschaft?
14. Wie stehen Sie heute zu diesem Ereignis? Hat eine Aussöhnung innerlich stattgefunden? Ist die Sichtweise im Laufe der Monate anders geworden?
15. Können Sie den Entscheid Ihres Angehörigen heute akzeptieren?
Ja/Nein
16. Werten Sie die Suizidhandlung als einen bewussten Entscheid?
Ja/Nein
17. Denken Sie noch oft daran oder versuchen Sie zu vergessen?
18. Haben Sie einen Groll gegen Ihren Angehörigen? (Patient)
19. Welches allgemeine Gefühl bleibt zurück?
20. Weiteres

H REGISTER

Abhängigkeit 56
Abklärungsarbeit 374
Ablehnung
-, einer Befragung 43-58
-, einer Klinikaufnahme 188
Ablösung 56
Abwehrvorgänge 278
administrativer Bereich 373
affektive Psychose 40/50/111/154/174/213/256/273/286/301/317
Aggressivität 22/337
Akutspital 3/375f
Al-Anon 372/378
Alkoholismus 40/50/56/154/174/197/213/256/173/286/301/312/317
Alter 24/29/44/172/211/285/299/315
Angehörige
-, Aeusserungen 55ff/88-95/146f/188f/222-224
-, Auskunft an 75ff/132ff/228/231/251/346
-, Befragung 366
-, Einbezug 5/18f/131ff/182/186/221-250/253/262
-, Einstellung zum Suizid 327ff
-, Empfindungen beim Klinikeintritt 73/180/341
-, Kollektivbeschreibung 23-78
Angehörigenseminar 225/372
Angst 82/270/281ff/337
Anmerkungen 12f/59f/98f/190/262/288/311/363f/378
Anticholinergika 182f
Antidepressiva 182f
Antiepileptikum 182f
Anzahl Hospitalisationen 63
-, Hospitalisationstage 65
Apathie 337
Apellhandlungen 324/363
Apomorphinkur 90/99
Arbeit 8/21/151/270/280ff/314/320
-, Bereich 371
-, Suche 184/353
Arzt 4
-, Qualifikation des 14/15/70/80/82/124-149/202/207/237/331
-, Haus- 16/52/153-169/187/272/308/3338/374
-, Notfall- 15/338
-, Klinik- 349
Atmosphäre (in der Klinik) 80/82/129 291/332
Aufnahme
-, Politik 377
-, Probleme 73/178/187-190
-, Zeiten 38
-, Zwang 38
Ausbildung 372
Auseinandersetzung 3/6/100
Ausführungsart des Suizides 324ff/364
Ausgang 80/91/116ff/129/220/291/332
Auskunft an die Angehörigen 76ff/132ff/228/231/346
Aeusserungen von Angehörigen 55ff/88-95/146f/188f/222-224

Ausschluss 3/43/100
Aussonderung 4/375
Ausstossungsprozesse 206
Austritt 264-288
-, Diagnose 40/111f/154/174/213/256/286
-, Information 265/357ff
-, Krise nach 167ff/185/202ff
-, Medikamente 182/319
-, Probleme nach 184/280-287/270/280-287
-, Vorbereitungen 7/19/91f/143/146/239/264-279/380
Behandlung 191
-, Angebote 128f/211/219f/291/374
-, Dauer 4/6
-, Hierarchie 370
-, Indikation 3
-, Nutzen/Erfolg 20f/83f/126f/146/237
-, Team 4/369ff
-, Zuständigkeit 4
Berechnungsartefakt 377
Bereich
-, administrativer 373
-, ärztlicher 373
-, betrieblicher 373
-, technischer 373
Beruf 25
Beschäftigungstherapie 22/129/220/332/361
Betreuung 90
Beurteilung der Aerzte und Pfleger 124/149
Bevormundung 32
Bewachung 312
Beziehung 325
-, Netz 5
Bezirk 31
Bezugsperson 24/55/56/223/370/372f
Bezugssystem 6
Bilanzsuizid 324
Borderline-Persönlichkeitsstruktur 40/50/111/154/174/213/256/273/301/
317
Chronifizierungsgrad, institutioneller 37/40ff/53/59/66/106/109/121/141/
146/161ff/177/200/217/239/244/260/
277/283/306/315/320/366/
chronifizierte Patienten 16/21/40/205
Compliance 226/249/380
Daten
-, der "Ablehner" 42-58
-, der befragten Angehörigen 23-28
-, der Patienten 28-42
-, der Suizidpatienten 313 n- 321
Dauer des Klinikaufenthaltes 4/6/18/36/74f/137/146/171/180f/191/192-205/
238/294/342
Debilität 40
Depression 337/siehe auch "affektive Psychose"
Diagnose 40/50/111/154/174/213/233/256/286/301/314/317/347
Dienstwechsel 326
Diskussion 57/96f/248ff/365-379

Ehe

- , Paartherapie 223
- , Partner 26/33/55f/114/195ff/245/255
Einbezug der Angehörigen 5/18f/89f/131ff/146/182/221-250/295/343ff
Einschätzung
- , der Aufenthaltsdauer 180f/192-205/294
- , der Hospitalisationsnotwendigkeit 179/292/339
Eintritt 150-190
- , Art/Modus 7/38/48/68/88/188/307/312/318/338
- , Gründe/Probleme 335
- , Procedere 293
Einweisende Instanz 153-169
Einzelgespräche 129/220
Einzelhospitalisation 64/
Eltern 26/33/115/122/196/226/245/255
Emanzipation 191/219ff/331
Empfindung des Angehörigen beim Klinikeintritt 73/180
Entlassung
- , zu früh 335
Entzug
- , körperlicher 373
Epilepsie 40
Ergebnisse 369-377
Ergotherapeut 4
Erholung 116/121/206-218/331
Erleichterung 21/74/150/180/328/341
Evaluation 1/8/12/366/368
Externer Psychiatrischer Dienst 15f/22/31/52/153-169/272/293/308/329/
308/ 329/338/374

Fallbeispiel 98/226f

Familien 151/336

- , Dynamik 226

- , System 109/227

- , Therapie 226/372

Frau 148/173/212

Freiheit 7

Freizeit 27

Freunde 27/33/114/195

Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE) 3/16/17/39/49/68

Gemeindesozialarbeiter 52/272/308

Gemeinschaft 5/80

Gesamtkosten 375

Geschlecht

- , der Ablehner 45

- , der Angehörigen 24

- , der befragten Patienten 30/172/212/285/300/317

Geschwister 33/195/255

Gespräche 129/131ff/220/228/231-249/253/291/332/344ff/380

Grausamkeit 312

Grundsatzentscheid

- , politischer 376

Gruppen

- , Klein- 55/129/220/291/332

- , Sitzungen 5/219/291

- , Stationsversammlung 129/219f/291/332

Hausarzt 16/52/153/169/187/308/338/374
Hausbesuch 56/223
Hierarchie 370
Hilfsinstanz bei einer Krise 167
Hospitalisation
-, Anzahl 35/40/46/63
-, Dauer 4/6/36/47/74/171/200/258/315/342/375
-, Dauer insgesamt 37/40/47/65/106/139/176/294/315
-, Muster 34/46ff/167f/121/138f/176/200f/214f/274/282/302ff/315
-, Notwendigkeit 72/292
Hospitalismus 6

Indexpatient 372
Indikation: siehe Behandlungsangebot
Information
-, Nutzen 356ff
-, über die Therapie 76/79/229/234
Informationsweitergabe
-, ungenügende an die Angehörigen 76ff/136f/225f/248/251-261/294/361/
371f

Infrastruktur 80/82/91
Instabilität
-, soziale 270/353
Interaktion
-, Angehörige/Patient 28
Isolation 336
Isolierung 171

Kardex 224
Klinik 8
-, negative Urteile 82/92ff/297/330
-, Offenheit 3/5
-, positive Urteile 80/330
-, Reform 8/51/67/103
Klinikaustritt 264-290/353-360
-, Probleme nach 20/86/167ff/353
-, Vorbereitung auf 85/354
Klinikbehandlung 191-263/331ff/342-352
-, Nutzen der 20f/83f/126f/182/284-311/351
Klinikeintritt 150-190/335-341
-, Empfindungen der Angehörigen beim 73/341
-, Gründe/Probleme 151/335ff/380
-, Modus, siehe Eintrittsart
Klinikeinweisung 15f
Kompetenzbereich 371
-, Definierung 370
Kontakt 331
Konzept 1/8/67/
Koordination 92
Krankengeschichte 8
Krankenkasse 375
Krankheitsanamnese 315
Krise nach Austritt 20/167f/202ff/247/265
-, und Wiedereintritt 246/268
Kritik
-, an der Klinik 77

Krisenprävention 243/267/355

-, Manifestation 22

Kurhaus 205-218

Kustodialprinzip 5

Landrat 1/12/100/123

Lanzzeitpatienten 100/109

Lebensqualität 119

Lithium 182

Manie 314, siehe auch "affektive Psychose"

Medikamente 6/8/129/151/191/220/222/240/242/265/291/314/332/335

-, bei Austritt 182/308/314/319/359

-, Nebenwirkungen 240/243/359

Methodik 7f/366ff

Motive

-, der Ablehnung der Befragung 53

-, eines Suizides 321-24/363

Milieu

-, Gestaltung 191

-, therapeutisches 5

Misstrauen 54/551

Mitpatienten 55/129/209/291

Mutter 26/33/114/195/227

Nachbehandlungsart

-, vereinbarte 51/164ff/271/308/357

Nachbarn 184

Nachtpatient 55

Nebenwirkungen

-, von Medikamenten 240/243/359

Negativbewertung der Klinik 92ff

Netzwerk 6/92/369/374

Neuroleptika 182f/314

Neurose 111/154/174/197/256/273/301/314/317

Neurotiker 4/187

Neurotische Problematik 309

Notfall

-, Arzt 153-169

-, Dienst 22/361

Notwendigkeit der Hospitalisation

-, Uebereinstimmung mit 72/293

Nutzen

-, des Ausganges 116f

-, der Klinikbehandlung 20f/83f/126f/182/187/237/289-311/351

-, der verschiedenen Behandlungsangebote 128/210

Nutzlosigkeit 22/374

Oeffnung 3

Offenheit

-, der Klinik 3/5/14/80ff/100-123/297/380

Orientierung

-, der Angehörigen 76/132ff/267/348f/355

Patienteninformationsträger (PIT) 224

Pauschalurteil 14/62-99/113/121/202/330/369/380/

Pflegepersonal 4/349/370f

-, Qualifikation des 14/15/71/80/82/124-149/202/208/297/331

Polytoxikomanie 56

Polizei 375

Probleme

- , bei der Aufnahme 73/178/187-190/340
- , nach dem Austritt 86
- Psychiater 16/52/153-169/175/191/272/308/338
- Psychiatriekonzept 1/8/12f/23/99/100/121/312/368ff/373
- Psychodynamik 317/372
- Psychologe 4/52/308
- Psychose
 - , affektive 40/50/111/154/174/197/213/256/273/286/301/317
 - , organische 40/50/154/174/197/213/256/273/286/301/317
 - , schizophrene 40/50/111/137/154/174/213/256/273/286/301/317
- Psychotherapie 4/22/361/373
- Psychotiker 4

Qualifikation

- , des Arztes 14f/70/124-149/202/207/237/297
- , der Klinik 92ff/202/380
- , des Pflegepersonals 14f/71/124-149/202/208/297

Rationalisierung 370/373

Reform

- , Klinik vor der 51/67/100/103/140/146/199

Rehabilitations

- , Arbeit 100
- , Bemühungen 5
- , Schritte 370
- Rehospitalisation 246/305

Rente 314/320

Rolle

- , des Angehörigen 234/349/369
- , gesellschaftliche 3
- Rollenerwartung 5/148/370
- Rückfall 55

Scham 22/73/341

Schizophrene Patienten 16/189/198

Schizophrenie 40/50/317

Schlafstörungen 337

Schmerz 74/328

Schulbildung 32/60

Schulung 370/373

Schuld

- , Gefühle 74/150/180/341/369/377
- , Zuschreibung 372

Schutz 119

Selbsteinweisung 16/153-169/338

Seminar für Angehörige von Suchtkranken 225/372

Setting 5/98

Signifikanz 71f/75/78/84/103/112/115/134/181/194/201ff/208f/212/216/222/
234/238/245/265/269/271/276/282/284/291/294/305/309/317/320/
367

Solidarität 5

Sozialarbeiter 262

- , der Gemeinde 272/308
- , Suchtberater 262/272/308/374
- Sozialdienst 372f

Soziale

- , Stresssituation 335
- , Instabilität 184/281
- , Umgebung 8
Sozialtherapie 372f
Sozialpsychiatrie 371
Spezialisten 4/370f
Staat 7
Standortbestimmung 12/149/312
Stations
- , Grösse 375
- , Versammlung 129/219f/291/332
Statthalter 181/189/375
Sucht 40/50/174
- , Berater 52/272/374
- , Klinik 56/188
- , Kranke 4/16/99/111/187/188/196ff/213/225/256/301/314/317
- , Therapie 373
Sündenbock 222/251
Suizid 7/21f/83/92/113/119f/147/286/312-364/367/376f/380
- , Ausführung 324ff/364
- , Motive 321-24/363
- , mögliche Verhinderung 326
- , Rate 376f
- , Versuch 40/50/111/154/174/196/213/256/273/286/301/314
Suizidalität 14/22/40/50/111f/119f/121/152/154/174/196/213/256/273/301
Supervision 4
Symptome 271
Tageskosten 375
Tageszeit 326
Team 5/369ff
Technischer Bereich 373
Therapie 80
- , Wissen über 76/79/229/234/236/348
Tod 7
Tranquilizer 182f
Trauer 328
Triage 374
Uebereinstimmung mit der Hospitalisationsnotwendigkeit 72/292
Ueberwachungsaufgaben 370
Umgebung 336
Urteilsvermögen 329
Vater 33/114/195
Veränderung an der Klinik festgestellt 104ff/121
vereinbarte Nachbehandlung 240/308
Verhalten 33)/357
Verhinderung eines Suizides 21
Verknüpfung
- , zu einem Netzwerk 6/92/369/374
Vertrauen 80/82/143f/146/297
Vertrauensniveau
- , statistisches 378
Verwandte 33/195
Verwandtschaftsbeziehung 26/114/121/195/245/255
Verwahrlosung 56

Verwirrtheit 337
Vorbereitung auf den Klinikaustritt 85/143/354
Vorwürfe 74/341/376
-, von Angehörigen von Suizidanten 21/328f
Wachsaal 87
Wahn 375
Wandel zum Akutspital 3/375
Was hat geholfen? 128f/211/219f/291/374
Wissen
-, über die Krankheit 232/347
-, über die Diagnose 227/ 347
Wiedereintritt 246/305
Wohl gefühlt in Klinik? 115f/121/205-218/331
Wohnregion 31/45
Wünsche an die Klinik 87-92
-, für bessere Betreuung 90
-, an das Eintrittsprocedere 293
-, über Therapie orientiert zu werden 254/348
Wut 251/328/369
Zeit 80/143/146
-, Mangel 76/82/132/252/261/296/297/356
Zittern 243
Zivilstand 25/30
Zusammenfassung 14-22/37/42/48/57/92/96f/120ff/145ff/169/186/189/204f/
219/248ff/260f/278/286/308/329/361f/380/
Zusammenleben 33/184/281ff/353
Zwangsbehandlung 56/189/191
Zwangseinweisung 3/16/17/39/49/59/68/88f/110/121/142/146/150/170-186/
201/216/260/276/284/291/307/314/318/374f/380
Zwangsinjektion 171

I LITERATURVERZEICHNIS

- 1) BARACH L.L.: "Planing mental health services for chronic patients", Hospital and Community Psychiatry, vol. 30, 1979
- 2) BASAGLIA F.: "Was ist Psychiatrie?" Frankfurt 1974
- 3) BATTEGAY Ch.: "Vergleichende sozialpsychiatrische Untersuchungen an zwangseingewiesenen und nicht zwangseingewiesenen Klinikpatienten" Med. Diss. Basel 1985
- 4) BIENER K. et al.: "Selbstmordversuche und Abschiedsbriefe Jugendlicher" Nervenarzt 1976
- 5) BLEULER E.: "Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien" Leipzig 1911
- 6) CAHN Th.: "Psychiatrie und Emanzipation" BaZ 06.09.1980
- 7) CARPENTER M.D.: "Residential placement for the chronic psychiatry patient" Schizophrenia Bulletin, vol. 4, 1978
- 8) CLARKE G.J.: "Detempe of deinstitutionalisation", Milbank Memorial Found Quarterly, Vol. 57, 1979
- 9) CLAUSEN J.A./YARROW M.R.: "Paths to the mental hospital" The Journal of Social Issues, Vol. 11, 1955
- 10) DEGKWITZ R./SCHULTE P.W.: "Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der BRD" Nervenarzt 1971
- 11) "Der Arzt im Spiegel jugendlicher Patienten" Psyche + Soma 1980
- 12) DISTEFANO M. et al.: "Psychiatric patients' and staff's perceptions of client satisfaction with hospital services" Psychological Reports Vol. 46, 1980
- 13) DOERNER K.: "Bürger und Irre" Frankfurt 1969
- 14) DOERNER K. et al.: "Freispruch der Familie" Psychiatrie-Verlag 1982
- 15) EDWARDS D. et al.: "Does patient satisfaction correlate with success?" Hospital and Community Psychiatry, Vol. 29, 1978
- 16) ERNST K.: "Die Zunahme der Suizide in den psychiatrischen Kliniken" Soz. Präventmed. 1979
- 17) FALLADA H.: "Wer einmal aus dem Blechnapf frisst"
- 18) FIESTER A./FORT D.: "A method of evaluating the impact of services at a community mental health center" American Journal of Community Psychology, Vol. 6, 1978
- 19) FIESTER A.: "Goal attainment and satisfaction scores of CMHC clients" American Journal of community Psychology, Vol. 7, 1979
- 20) FINZEN A.: "Psychiatrische Behandlung und Suizid. Kann psychiatrische Behandlung den Patienten-Suizid verhindern?" Psych. Prax. 1984

- 21) FINZEN A.: "Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenversorgung" Nervenarzt 1982
- 22) FOUORAINE J.: "Wer ist aus Holz?" München 1976
- 23) FREUD S.: "Trauer und Melancholie" 1917e
- 24) GEORGOPOULOS B.S. et al.: "Organisation research on health institutions" American Arbor 1972
- 25) GOLDMANN H.H. et al.: "Defining and counting the chronically mentally ill" Hospital and Community Psychiatry, Vol. 32, 1981
- 26) GOVE W.R./FAIN T.: "The length of psychiatric hospitalisation" Social Problems Vol. 22, 1975
- 27) GREENLEY J.R.: "The psychiatric patient's family and length of hospitalisation" Journal of Health and Social Behavior, Vol. 13, 1972
- 28) GROB M. et al.: "Three years of follow-up monitoring perspectives of hospitalized patients and their families" Comprehensive Psychiatry, Vol. 19, 1978
- 29) GROB M.: "How families view psychiatric hospitalisation for their adolescents" Int. J. Soc. Psychiatry, Vol. 18, 1972
- 30) HAASE H.J.: "Von der Irrenanstalt über das Grosskrankenhaus zum ausdifferenzierten Fachkrankenhaus" Psycho 1980
- 31) HAFNER U.: Med.Diss. Basel (in Vorbereitung)
- 32) HAMBOR W./GROSS S.J.: "Families' perceptions of an adolescent member's psychiatric hospitalisation" Am. J. Family Therapy, Vol.5,1977
- 33) HEINRICH K./MUELLER U.: "Psychiatrisch-soziologische Daten und Thesen zur Reform der Anstaltspsychiatrie als das Kernstück der Psychiatriereform" Nervenarzt 1977
- 34) HERZ M./ENDICOTT J./SPITZER R.L.: "Brief versus standard hospitalisation: the families" Am J. of Psychiatry Vol. 133, 1976
- 35) HEUSELER H.: "Ein psychodynamischer Deutungsversuch des präsuizidalen Syndroms" Nervenarzt 1974
- 36) HOHL J.: "Gespräche mit Angehörigen psychiatrischer Patienten" Psychiatrie-Verlag 1983
- 37) HOPP A.D.: "Untersuchungen zu Suizid und Suizidversuch" 1967, zitiert in P. Wellhöfer
- 38) Jahresberichte der Kant. Psychiatrischen Klinik Liestal 1979 - 84
- 39) JERVIS G.: "Kritisches Handbuch der Psychiatrie" Syndikat 1978
- 40) JETTER D.: "Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses" 1981
- 41) KIELHOLZ P.: "Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker" München 1971

- 42) KIROW K./KAMENOW L.: "Ursache und Motive des Selbstmordes bei Schizophrenen" Nervenarzt 1974
- 43) KRAUS P.: "Probleme der Angehörigen chronisch-seelisch Kranker" Nervenarzt 1976
- 44) LABHARDT F.: "Körperliches und seelisches Krankheitsgeschehen bei Depressiven und Süchtigen als Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung" Praxis 1964
- 45) LEBOW J.L.: "Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment" Evaluation and Programm Planing, Vol. 6, 1983
- 46) LOVE R.E. et al.: "The user satisfaction survey" Evaluation and the Health Professions, Vol. 1, 1979
- 47) MAIER Ch.: "Die Suizide in der Klinik Beverin 1920 - 79" Schw. Arch. Neurol. Neuroch. Psychiatr. 1981
- 48) MANNINO F./Shore M.F.: "Family structure aftercare and post-hospital adjustment" American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 44, 1974
- 49) MANZ A.: "Erfahrungen mit den Entzugssymptomen beim medikamentenlosen Drogenentzug" die Kette 1983
- 50) MANZ A.: "Medizinische Aspekte des Cannabis-Gebrauches" in Kessler Th., 1985
- 51) MANZ A.: "Plädoyer für einen medikamentenlosen Drogenentzug" Drogen-Report 1983
- 52) MANZ A./MERZ F.: "Seminar für Angehörige von Suchtkranken - Konzept und erste Erfahrungen", 1985, in Vorbereitung
- 53) MANZ P.: "Psychiatriekonzept im Rahmen der Gesundheitspolitik" Referat, 1980, unveröffentlicht
- 54) MENNINGER K.: "Selbsterstörung" Frankfurt 1974
- 55) MITTERAUER B.: "Können Selbstmorde in einem Psychiatrischen Krankenhaus verhindert werden?" Psych. Prax. 1981
- 56) MODESTIN J.: "Suizid in der psychiatrischen Institution" Nervenarzt 1982
- 57) MUELLER D.: "Selbstmord und psychiatrische Behandlung" Psychiatrie-Verlag, Heft 20, 1978
- 58) NOLL G.A./DUBINSKY M.: "Dimensions of satisfaction with mental health treatment" Evaluation and the Health Professions, Vol. 7, 1984
- 59) POELDINGER W.: "Die Psychiatrische Klinik im Wandel" SAEZ 1982
- 60) POELDINGER W.: "Die Beurteilung und Behandlung der Suizidalität" TU 1980
- 61) POELDINGER W.: "Organisationsprobleme an psychiatrischen Kliniken" SAEZ 1984

- 62) POKORNY A./BENTINCK C.: " A study of relatives' views of state mental hospital patients", Social Casework, Vol. 59, 1969
- 63) POLETTI R.: "Ein Auftrag, der uns herausfordert", Vortrag 1984 (unveröffentlicht)
- 64) Psychiatriekonzept Baselland "Die gegenwärtige und künftige psychiatrische Versorgung im Kanton Basel-Landschaft" Bericht des Regierungsrates 1980
- 65) "Psychiatriekonzept Baselland - Standortbestimmung März 1983"
- 66) RINGEL E.: "Selbstmordverhütung" Frankfurt 1969
- 67) RINGEL E.: "Das präsuizidale Syndrom - medizinische und soziale Konsequenzen" Hexagon 1985
- 68) SCHMID P.: Med. Diss. Basel (in Vorbereitung)
- 69) SCHWARTZ D.A. et al.: "Suicide in the psychiatric hospital" Am. J. Psy. 1975
- 70) SPITZER ST.P./DANZIN N.K.: "The Mental Patient" Studies in the Sociology of Deviance, New York 1976 (Uebersichtsarbeit)
- 71) Statistisches Jahrbuch des Kt. Basel-Land 1983
- 72) STUMME W.: "Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung "Urban & Schwarzenberg, München 1975
- 73) STIPAK B.: "Using Clients to evaluate programmes" Evaluation Studies Review Annual, Beverly Hill, Vol. 7, 1982
- 74) STRUENING E.L./GUTTENTAG M.: "Handbook of Evaluation Research" Beverly Hill 1975
- 75) SZASZ Th.: "Die Fabrikation des Wahnsinns" Frankfurt 1976
- 76) TALBOTT J.A.: "Toward a public policy on the chronic mentally ill patient" American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 50, 1980
- 77) VESKA-Statistik (Vereinigung der Schweizerischen Krankenanstalten) 1982 der KPK Liestal
- 78) WELLHOEFER P.: "Selbstmord und Selbstmordversuch" Stuttgart 1981
- 79) WIENDIECK G.: "Zur appellativen Funktion des Suizidversuches" Med. Diss. Köln 1982
- 80) WIDMER L.: "Die Suizide in der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel von 1900 - 1979" Med. Diss. Basel 1981
- 81) WOLFENSBERGER W.: "The principle of normalisation and its implications to psychiatric services" American Journal of Psychiatry, Vol. 127, 1970
- 82) ZIHLMANN R.: "Die Psychiatrische Versorgung der Region Basel-Stadt" Med. Diss. Basel 1980
- 83) ZIMMER D./UCHTENHAGEN A.: "Der Beitrag des Arztes zur Humanisierung des Krankenhauses" 1982 (unveröffentlicht)

K VERDANKUNGEN UND WIDMUNGEN

Herrn Prof. Labhardt, unter dessen Leitung diese Arbeit entstanden ist, möchte ich herzlich für seine Mühe bei der Durcharbeitung des Manuskriptes und für seine Bereitschaft, die Arbeit zu diskutieren, danken. Ebenfalls möchte ich meinem Chef, Dr. Th. Cahn, meinem Vater, P. Manz, Dr. Ch. Battegay, Dr. U. Argast und Dr. A. Gebert für die kritische Durchsicht des ersten Entwurfes und für die erhaltenen Anregungen und Korrekturen danken.

Meinen zwei Untersuchungskollegen, U. Hafner und P. Schmid, sowie Dr. A. Gebert danke ich für die Bereitstellung der angewandten Methodik und die Ausarbeitung des Fragebogens. Ihnen danke ich auch für das "Mitleiden" und Anspornen. Herrn H. Iff danke ich für die vielen aufwendigen Computerprogrammier- und berechnungsarbeiten.

Diese Arbeit wurde im Rahmen der Evaluationsbemühungen der Beraterfirma "BRAINS" durchgeführt. Den Leitern, Dr. A. Gebert und Dr. Latzl, schulde ich Dank für die Bereitstellung der Berechnungsinfrastruktur und die vielen Beratungen. Dr. Gebert danke ich für seine Hilfestellung bei der Durchsicht der Literatur.

Mein besonderer Dank gilt aber den Sekretärinnen des Aerztesekretariates der Kantonalen Psychiatrischen Klinik, insbesondere Frau A. Sprunger, welche ohne viel Zögern die Herausforderung angenommen hat, die sehr aufwendigen Schreib- und Korrekturarbeiten durchzuführen. Frau von Arx danke ich für die Mehrbelastung, welche sie in dieser Zeit zu tragen hatte. Frau Fiechter möchte ich für das Heraussuchen der vielen Krankengeschichten und für ihre Mithilfe bei der Erhebung von Zahlenmaterial danken.

Diese Arbeit soll meinem Chef, Dr. Th. Cahn, gewidmet sein, ist er doch als spiritus rector der Psychiatriereform im Kanton Basel-Land und als wesentlicher Träger und Garant für deren Realisierung - allen Widerwärtigkeiten zum Trotz - anzusehen.

Auch soll diese Arbeit meinem Vater gewidmet sein, hat er doch - für mich damals auf den Hintergrund seiner eher antipsychotherapeutischen Einstellung heraus recht überraschend - den Willen zu einer Reform der Kantonalen Psychiatrie im wesentlichen politisch abgestützt und durchgetragen.

Mit dem Vorlegen dieser Arbeit verbinde ich die Hoffnung, dass die 1978 begonnene Reform der Psychiatrie - welche Gegenstand dieser Untersuchung ist - immer wieder von Neuem ihren Rückhalt bei den politischen Behörden und deren Exponenten findet.