

Ursula Würgler - Der Fürsorgerische Freiheitsentzug ¹

1. Einleitung

1.1 Themenbegründung

Wir haben uns zur Behandlung dieses Themas des fürsorgerischen Freiheitsentzugs vor allem deshalb entschlossen, weil wir während unseres Praktikums auf der Akutstation vom Phänomen der Zwangseinweisung und noch mehr vom Phänomen der Zwangsbehandlung beeindruckt waren. Wahrscheinlich geht es nicht nur uns in diesem Beruf so. Allgemein wird wohl die Zwanganwendung vorerst mit innerer Auflehnung und Abscheu erlebt. Sowohl Zwangseinweisung als auch Zwangsbehandlung stellen in der Psychiatrie ein Phänomen dar, das es in keiner anderen medizinischen Disziplin gibt. Einzig die Psychiatrische Klinik hat die Pflicht und die Kompetenz, PatientInnen gegen ihren Willen zu hospitalisieren und nötigenfalls auch gegen ihren Willen zu behandeln. Obwohl rational eingesehen werden kann, dass eine psychiatrische Versorgung ohne Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung nicht auskommen kann, sträubt sich vorerst innerlich alles gegen die Rechtmässigkeit eines derartigen Eingriffs in die menschliche Integrität und Selbstbestimmung. Obwohl diese spezielle Emotionalität, die uns gegenüber der Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung ergriffen hat, eine Hauptmotiv für diese Themenbearbeitung war, wollen wir uns nicht mit der Frage der jeweiligen Berechtigung von Zwangsmassnahmen auseinandersetzen. Für die Behandlung einer solch diffizilen Fragestellung müssen wir von vorne herein eingestehen, dass uns im psychiatrischen Fachbereich die Beurteilungsfähigkeit für die jeweilige Rechtmässigkeit solcher Handlungen noch weitgehend abgeht.

Eine uns günstig erscheinende Voraussetzung für die Behandlung dieses Themas erscheint die besondere Situation in unserem Kanton. Dieser praktiziert in seinen Ausführungsbestimmungen zum Art. 397 des Zivilgesetzbuchs eine besonders restriktive Auslegungsverordnung. Es war der Wille der damals beteiligten Personen, den Schutzgedanken des fürsorgerischen Freiheitsentzugs für die betroffenen PatientInnen in einen besonders engen Rahmen zu fassen um vorzubeugen, dass der Schutzgedanke Gefahr läuft, unterwandert zu werden. Wir können also davon ausgehen, dass die Situation in unserem Kanton vom Willen getragen ist, den auf Zwangseinweisung angewiesenen PatientInnen in einem möglichst hohen Masse zu schützen und den Missbrauch der psychiatrischen Kompetenz weitmöglichst einzudämmen. Wir haben uns denn auch gefragt, ob es Anzeichen dafür gebe, dass dieser Schutzgedanke in einer möglichst optimalen Form auch umgesetzt wird. Im Kapitel 2.5 gehen wir auf diese spezielle Fragestellung ein.

¹ Diese Arbeit ist 1992 als Abschlussarbeit geschrieben worden. Ursula Würgler ist Psychiatriepflege-Fachfrau und leitete in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik in Liestal viele Jahre das Kreativatelier.

1.2 Methode

Für die Bearbeitung dieses Themengebiets wollen wir uns auf folgende Hilfsmittel stützen:

- Studium der Gesetzestexte
- Auswertung vorhandener Literatur
- Gespräche mit erfahrenen Kollegen aus dem pflegerischen und ärztlichen Bereich
- Abklärung gewisser Detailfragen per Telefon
- Auswertung von selbst erlebten Situationen
- Bezugnahme auf den Pflegeberuf

Gesetzestexte: Wir haben die entsprechenden Paragraphen im Zivilgesetzbuch nachgeschlagen und konnten aus den internen Papieren der Klinik die kantonalen Gesetze, Verordnungen und Weisungen durchsehen. Wir haben miteinander die Auslegung der Gesetze eingehend diskutiert und Fragen, die wir selber nicht klären konnten, mit Hilfe diverser Telefonate mit dem Verwaltungsgericht und dem kantonalen Fürsorgeamt zu klären versucht. Besondere Schwierigkeiten hat uns die Abklärung der Frage bereitet, aufgrund welcher gesetzlichen Regelung eine Zwangsbehandlung von nicht zwangseingewiesenen Patienten erlaubt ist.

Literatur: Ein Oberarzt unserer Klinik hat 1985 in seiner medizinischen Dissertation 75 zwangseingewiesene PatientInnen mit 75 nichtzwangseingewiesenen verglichen². Ein ehemaliger Assistenzarzt der Klinik hat in der gleichen Zeit Angehörige von ausgetretenen PatientInnen befragt, unter anderem auch über den FFE³. Es stehen uns daher umfangreiche Daten zur Beschreibung der PatientInnen, die mit Zwang eingewiesen werden, zur Verfügung. Diese Daten sind in unserer Klinik erhoben worden, was für die Auseinandersetzung mit dem Phänomen eine besonders günstige Ausgangslage darstellt. Wir können uns auf solche Daten abstützen. Aus den Literaturangaben der zwei Publikationen haben wir einige in diesen Arbeiten verwendete Texte selbst durchgesehen. Im Weiteren liess uns die Pro Mente Sana eigene Veröffentlichungen zu diesem Thema zukommen. Zum Schluss war uns ein Kollege behilflich, eine Literaturrecherche zum Thema Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung bei der Ciba-Geigy zu veranlassen. Gemäss dieser Recherche sind von 1966 bis heute 60 Arbeiten in deutscher Sprache verzeichnet. Die einzelnen Arbeiten haben wir aus Zeitgründen nicht organisiert und durchgesehen. Trotzdem gab allein das Studium der veröffentlichten Titel eine gute Übersicht über vorhandene Problemstellungen.

Gespräche: Die vielen durchgeführten Gespräche mit erfahrenen Kollegen haben uns wertvolle Informationen über die Anwendung und Problematik des FFE's erschlossen. Ein anderes Ergebnis dieser Gespräche war die erschreckende Feststellung, wie viele auch erfahrene Kollegen sehr wenig über die Details der Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung wissen.

2 Charles Battegay 1985: Vergleichende sozialpsychiatrische Untersuchungen an zwangseingewiesenen und nichtzwangseingewiesenen Klinikpatienten, Dissertation

3 Andreas Manz 1985: Die Behandlung von psychisch Kranken in der Psychiatrischen Klinik Liestal aus der Sicht der Angehörigen, Dissertation
FFE ist eine gebräuchliche Abkürzung für Fürsorgerischen Freiheitsentzug

Telefonate: Mit Hilfe des Telefons versuchten wir vor allem der Frage nachzugehen, auf welche gesetzliche Regelung sich die Zwangsbehandlung nichtzwangseingewiesener Patienten stützt. Obwohl wir viel Zeit auf diese Telefonate verwendet haben, gelang es uns nicht, diese Frage genau abzuklären. Weder im kantonalen Fürsorgeamt noch beim Verwaltungsgericht konnte man uns klare Antworten auf diese Frage geben.

Auswertung der eigenen Erlebnisse: Von den selbst miterlebten Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen haben wir drei ausgewählt, die uns geeignet erscheinen, exemplarisch beschrieben zu werden.

Bezugnahme auf den Pflegeberuf: Zum Schluss haben wir versucht der Frage nachzugehen, welche Bereiche der Zwangsbehandlung uns in der Pflege speziell betreffen.

1.3 Ziel

Mit der Auswahl dieses Themas verfolgen wir die Absicht, uns mit diesem zentralen Phänomen der Psychiatrie intensiver auseinanderzusetzen und uns persönlich die nötige Grundlage zu erarbeiten, um der Problematik der Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung nüchtern begegnen zu können. Im Weiteren soll der theoretische Teil dieser Arbeit dem Lesenden einen Überblick über den fürsorgerischen Freiheitsentzug und die Zwangsbehandlung geben. Wir haben nämlich festgestellt, dass es zwar klinikintern einige Unterlagen und Weisungen über den FFE gibt. Sie sind aber relativ abstrakt gehalten und befassen sich in komplizierter Sprache fast ausschliesslich mit Verfahrensfragen. Diese Arbeit mag vielleicht eine kleine Lücke schliessen.

1.4 Fragestellung

Die Themenbearbeitung will folgende Fragen beantworten:

- Was ist der fürsorgerische Freiheitsentzug und auf welche gesetzlichen Grundlagen stützt er sich?
- Welche Indikationen und welche Probleme können beschrieben werden?
- Wird in der Praxis der Patient tatsächlich geschützt?
- Welche Erlebnisse haben wir mit der Zwangsbehandlung und der Zwangseinweisung gemacht?
- Was geht uns der FFE als Pflegende selber an?

Vorerst wollen wir uns mit grundsätzlichen Fragestellungen beschäftigen und das Schicksal des fürsorgerischen Freiheitsentzugs beim einzelnen Patienten in den Hintergrund stellen.

2. Hauptteil

2.1 Gesetzliche Grundlagen

2.1.1 Gesetzliche Regelungen auf Bundesebene

Im Zivilgesetzbuch regelt Art. 397 die "fürsorgerische Freiheitsentziehung". Im Art. 397a sind die materiellen Voraussetzungen für die fürsorgerische Freiheitsentziehung wie folgt umschrieben:

"Eine mündige oder entmündigte Person darf wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht, anderen Suchtkrankheiten oder schwerer Verwahrlosung in einer geeigneten Anstalt untergebracht oder zurückbehalten werden, wenn ihr die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann. Dabei ist auch die Belastung zu berücksichtigen, welche die Person für ihre Umgebung bedeutet. Die betroffene Person muss entlassen werden, sobald ihr Zustand es erlaubt."

Die übrigen Paragraphen befassen sich mit Verfahrensfragen. Im Art. 397e ist festgelegt, dass das Verfahren vorbehaltlich einiger Grundregeln durch das kantonale Recht geregelt werden soll.

2.1.2 Kantonale Gesetzgebung

In der Gesetzessammlung "Einführung des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs" wird unter Art. 58 die fürsorgerische Freiheitsentziehung auf kantonaler Ebene geregelt. Die Regelung befasst sich dabei vor allem mit Verfahrensfragen. Aus Art. 58e, Ziff. 1, ist hervorzuheben: "Liegt Gefahr im Verzug, so kann die fürsorgerische Freiheitsentziehung vorsorglich ohne Einholung eines Gutachtens und ohne nähere Abklärung der persönlichen Verhältnisse des Betroffenen angeordnet werden." Das fehlende Gutachten wird durch ein einfaches ärztliches Zeugnis ersetzt, das sich auf eine unmittelbar vorausgehende Untersuchung stützen muss (Art. 58e, Ziff. 2).

2.1.3 Praxis der Rechtsprechung

Die überwiegende Zahl der fürsorgerischen Freiheitsentziehungen wird als vorsorgliche Massnahme eingeleitet. Daher kommt der Formulierung in Art. 58e des Kantonalen Gesetzes "liegt Gefahr in Verzug ..." eine besondere Bedeutung zu. Die Formulierung lässt einen breiten Interpretationsspielraum offen, was als "Gefahr", die unmittelbar zu befürchten sei, betrachtet wird. Einzig im Art. 12a des Spitalgesetzes wird die Gefahr etwas näher umschrieben: "... eine unmittelbare schwere, sonst nicht abwendbare Gefahr für das Gemeinwesen oder Dritte ..."

Im Kanton Baselland ist das Verwaltungsgericht die zuständige Instanz, die durch ihre Gerichtspraxis den Begriff der "Gefahr" genauer spezifiziert hat. Wir haben uns sagen lassen, dass im Kanton Baselland dieser Begriff sehr restriktiv ausgelegt wird. Eine im Verzug liegende Gefahr wird lediglich bei akuter Suizidalität oder bei unmittelbarer Fremdgefährlichkeit als gegeben betrachtet.

2.2 Der fürsorgliche Freiheitsentzug in der KPK Liestal, zwei Untersuchungen

Charles Battegay hat im Rahmen einer Doktorarbeit die Zwangseinweisung in die Psychiatrische Klinik Liestal genau untersucht. Die Untersuchung gibt Einblicke in die besondere Situation der fürsorglichen Freiheitsentziehung in Baselland und umschreibt Besonderheiten, die bei PatientInnen anzutreffen sind, welche zwangseingewiesen werden müssen. Aus diesem Grunde werden wir im Folgenden einige Aspekte und Zahlen dieser Untersuchung zusammenfassen.

13% der Eintritte in die Kantonale Psychiatrische Klinik erfolgen per FFE. Jeder sechste zwangseingewiesene Patient macht einen Rekurs an das Verwaltungsgericht. Die Hälfte dieser Rekurse wird gutgeheissen. Diese hohe Zahl der gutgeheissenen Rekurse besagt nicht, dass die Zwangseinweisungen zu Unrecht erfolgt waren. Das Verwaltungsgericht hat nämlich einen Rekurs auch dann gutzuheissen, wenn am Tage der Verhandlung dem Gericht die Voraussetzungen für die zwangsweise Zurückbehaltung der PatientInnen als nicht mehr gegeben erscheinen.

Da die vorsorgliche Anordnung des fürsorglichen Freiheitsentzugs für die Dauer von zehn Wochen Gültigkeit hat, muss vor Ablauf dieser Frist ein ärztliches Gutachten erstellt werden, aufgrund dessen das Statthalteramt über die Verlängerung der Freiheitsentziehung entscheidet. Lediglich 4 % der Zwangseinweisungen sind über die Dauer von zehn Wochen weitergeführt worden. Durchschnittlich wurde die zwangsweise Zurückbehaltung der PatientInnen nach 30 Tagen wieder aufgehoben. Die durchschnittliche Hospitalisationsdauer der zwangseingewiesenen PatientInnen betrug dabei 34,2 Tage, also lediglich 4,2 Tage mehr als die durchschnittliche Dauer der administrativen Freiheitsentziehung. Das heisst, dass bei zwangseingewiesenen Personen 86 % der gesamten Hospitalisationsdauer unter der "Gewalt" der fürsorglichen Freiheitsentziehung gestanden hatte.

Charles Battegay ist der Frage nachgegangen, worin sich zwangseingewiesene PatientInnen von freiwillig eingetretenen unterscheiden. Dabei hat er folgende Unterschiede gefunden:

- Zwangseingewiesene PatientInnen sind häufiger geschieden, unter 30 Jahre alt und aggressiv. Sie stammen häufiger aus einem fremden Kulturkreis, sind öfter eingewiesen aufgrund einer Psychose oder ihrer Suizidalität und ausgetreten unter der Diagnose Schizophrenie oder Borderline. Sie kamen häufiger in der Nacht und wurden durch die Polizei oder den Krankentransport gebracht. Sie wurden öfter durch einen somatischen Arzt oder eine Klinik eingewiesen und hatten häufiger einen Vorkontakt zu einem somatischen Arzt drei Wochen vor Eintritt. Sie waren öfter ohne Berufsabschluss und waren häufiger bis zur Einweisung voll arbeitstätig.
- Markanterweise unterschieden sich zwangseingewiesene und nichtzwangseingewiesene PatientInnen nicht im Geschlecht, im Schulabschluss, in der Wohnsituation vor Eintritt und in der Dauer und Anzahl vorangegangener Hospitalisationen. Ebenfalls unterschieden sie sich nicht in der Art der Nachbehandlung.
- Während der Hospitalisation hatten zwangseingewiesene PatientInnen mehr Suizidimpulse und -gedanken, entwichen doppelt so häufig aus der Klinik (13,3% aller zwangseingewiesenen PatientInnen!), hatten eine durchschnittlich kürzere Hospitalisationsdauer, wurden häufiger isoliert oder mit anderen Zwangsmassnahmen behandelt und sie waren häufiger verbal aggressiv.

Zwangseingewiesene PatientInnen hatten erstaunlicherweise weniger Suizidversuche zu verzeichnen als die nichtzwangseingewiesenen.

In der Untersuchung von Andreas Manz wurden die Angehörigen von 100 PatientInnen der Psychiatrischen Klinik Liestal, die im zweiten Halbjahr 1982 ausgetreten waren, eingehend befragt. Die Charakteristiken der zwangseingewiesenen PatientInnen deckten sich weitgehend mit denen, die bereits Charles Battegay beschrieben hatte. Für uns sind dabei folgende Feststellungen erwähnenswert:

Die Angehörigen von zwangseingewiesenen Patienten wurden häufiger in die Behandlung miteinbezogen. Den Ärzten wurde von diesen Angehörigen auffallend seltener Inkompetenz attestiert. Häufiger wurde hingegen beklagt, die Ärzte hätten sich zu wenig um den Patienten gekümmert. Gehäuft sagten sie, dass sie vom Personal nicht ernst genommen worden seien. Die Angehörigen zwangseingewiesener PatientInnen beklagten häufiger, eine Austrittsvorbereitung hätte gefehlt und sie bezeichneten häufiger die Austrittsvorbereitung als unzureichend. Zwangseingewiesene PatientInnen haben sich gemäss dem Urteil ihrer Angehörigen in der Klinik seltener wohl gefühlt, konnten sich aber fast ebenso gut erholen wie nichtzwangseingewiesene PatientInnen. Angehörige von zwangseingewiesenen PatientInnen fühlten sich öfters nicht genügend informiert. Der Nutzen des Klinikaufenthalts wurde häufiger verneint!

Andreas Manz weist in der Diskussion der Befragungsergebnisse darauf hin, dass sich die Kritik der Angehörigen vor allem gegen eine unnötige Komplizierung der Einweisungsprozedere gerichtet habe. So schreibt er wörtlich: "Durch die Einschaltung des Statthalters ist mehr Zeit für die Einweisung 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."

2.3 Indikation zur Zwangseinweisung bei Süchtigen

Die fürsorgerische Freiheitsentziehung ist bei Suchtkranken umfassender und in einem separaten Gesetz geregelt⁴. Dieses Gesetz regelt die Ermahnung und die Weisungen an chronisch süchtige Personen und regelt auch die zwangsweise Unterbringung in einer geeigneten Behandlungsinstitution. Die Psychiatrische Klinik ist dabei nur in den seltensten Fällen die "dafür geeignete Institution", wie es das Gesetz verlangt. In unseren Überlegungen können wir uns daher auf diejenigen Fälle von fürsorgerischer Freiheitsentziehung bei Süchtigen beschränken, die eine Einweisung in unsere Klinik zur Folge haben würden. Zu dieser Thematik haben wir in einer Übersichtsarbeit über das Suchtwesen in der Region Basel von A. Manz eine Umschreibung der Indikationen gefunden⁵.

⁴ Gesetz vom 29.04.65 betreffend das Fürsorgewesen für Alkoholgefährdete.

⁵ Andreas Manz 1989: Erhebungen zur Suchthilfe in der Region Basel, Basel, Seite 117 - 118

Folgende Indikationen werden dabei erwähnt:

1. Akute Suizidalität
2. Der Schutz eines ungeborenen Kindes
3. Eine akute Gefährdung von Dritten
4. Schwere Verwahrlosung von Jugendlichen
5. Frühmanifestationen hirnerkranklicher Veränderungen

Eine Indikation für eine Zwangseinweisung hält er nicht für gegeben, wenn ein Prozess mit vielen ermüdenden Rückfällen durchbrochen werden sollte. Diese häufigste Situation bei Süchtigen sollte mit einer Differenzierung des Behandlungsplans aufgefangen werden oder der Behandelnde sollte sich in der Geduld des Abwartens üben.

Drei Indikationen möchten wir besonders hervorheben:

- Der Schutz des ungeborenen Kindes infolge des Alkoholismus einer schwangeren Mutter: Trinkt die Mutter während ihrer Schwangerschaft, entstehen häufig bleibende hirnerkrankliche Schädigungen beim ungeborenen Kind. Zahlenmässig sind solche hirnerkrankliche Schädigungen nicht selten. Selten sind hingegen klare Behandlungsmassnahmen bei schwangeren Alkoholikerinnen, die notfalls auch per Zwang durchgesetzt werden. Auf der Akutstation hat eine Kollegin eine Einweisung aus der beschriebenen Motivation erlebt. Im "Windspiel" kannte sie einige Personen, die infolge des Alkoholismus während der Schwangerschaft ihrer Mutter geschädigt worden waren. Die Vermutung ist hier wohl angebracht, dass die psychosoziale Versorgung hier eine wichtige Pflichterfüllung in der Prävention der Alkoholembryopathie vernachlässigt.
- Die sich abzeichnende Demenz: Manz schreibt dazu wörtlich "Es wäre Zynismus, eine Therapie im freiwilligen Rahmen zu planen, wenn auf der hirnerkranklichen Ebene die Ansprechbarkeit des Klienten langsam dahinschwindet". Diese Argumentation erscheint uns einleuchtend, da in einem solchen Falle nicht mehr zugewartet werden kann, auf dass der Patient seinen eigenen Entscheid zur Behandlung fällen würde. Ein solcher Entscheidungsprozess benötigt Zeit. Der Patient selber hat aber in seiner ganzen Biographie offenbar zu lange zugewartet und nun sind Anzeichen sichtbar, dass er bald keine eigene Entscheidungsmöglichkeit mehr hat, da sein Gehirn in Bälde zu stark geschädigt sein wird.
- Im Rahmen einer längeren Familientherapie kann die Möglichkeit eintreten, dass die Eltern als stärkste aller Konsequenzen eine Ausnüchterung gegen den Willen des Betroffenen und anschliessender Besinnungszeit beantragen können müssen. Wenn ein süchtiges Familienmitglied trotz vielen ambulanten Bemühungen nicht dazu in der Lage ist, sich der im Gange befindlichen Auseinandersetzung mit klarem Kopfe zu stellen, erscheint uns eine zwangsweise herbeigeführte Ausnüchterung und eine befristete Auseinandersetzung (mit einem nun nicht mehr intoxikierten Kopf) eine Indikation der Zwangsmassnahme, die durchaus im vitalen Interesse des gezwungenen Patienten anzusehen ist. Wichtig ist dabei die Einbettung in einen längerfristigen Therapieprozess. Für ein solches fürsorgerisches Freiheitsentzugsverfahren kann aber durchaus der ordentliche Weg mittels eines psychiatrischen Gutachtens beschritten

werden, da die Massnahme nicht überstürzt und plötzlich einsetzen muss, sondern im Rahmen eines längerfristigen Prozesses angesiedelt ist.

2.4 Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung

Für die beteiligten Fachpersonen sind Zwangsbehandlungen emotional weit belastender als Zwangseinweisungen, bei denen die Abwicklung von Formalitäten weit mehr im Vordergrund steht als emotional belastende Interaktionen mit dem Patienten.

Wir sehen eigentlich keinen prinzipiellen Unterschied zwischen der Hospitalisation gegen den Willen des Patienten und der Behandlung gegen seinen Willen. Beide Male ist eine erklärte Willenskundgebung eines mündigen Menschen ausser Kraft gesetzt. In der Realität wird aber sehr wohl ein Unterschied gemacht. Auch freiwillig eingetretene PatientInnen oder solche, die durch einen Arzt eingewiesen werden, werden, wenn es die Umstände aus dem Blickwinkel der Behandelnden erfordern, unter Anwendung äusseren Zwanges behandelt. In der Untersuchung von Charles Battegay ist errechnet, dass 17,3 % der nichtzwangsweise eingewiesenen PatientInnen eine Behandlung unter Zwang erleben. Zwangsausübung erfolgt bei insgesamt 20 % aller PatientInnen (37,3 % der per FFE eingewiesenen PatientInnen), wobei solche Massnahmen überdurchschnittlich bei der Diagnose Borderline (42 %), Schizophrenie (39 %) und affektive Psychose (33 %) vorkommen.

Wir haben bei unseren Recherchen nicht herausfinden können, auf welche gesetzliche Regelung sich die Zwangsbehandlung von nichtzwangsingewiesenen PatientInnen abstützt. Beruft man sich dabei lediglich auf die potentielle Möglichkeit des Patienten, sofort die Entlassung zu verlangen oder auf eventuelle Bundesgerichtsentscheide?

Aus einer Untersuchung von Katharina Schmid und Klaus Ernst aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich⁶ geht hervor, dass auch dort jeder sechste eingetretene Kranke mindestens einmal entweder eine Isolierung oder eine Zwangssedierung erfährt.

Schmid und Ernst befragten das Pflegepersonal, aus welchen Gründen es zur Isolierung kam. Bei den Männern wurden überwiegend "andere Störungen" wie Lärmen und Drohen genannt. Bei den Frauen war der überwiegende Grund in der Tätlichkeit der PatientInnen gegeben. Bei der Frage, weshalb es zur Zwangsinjektion gekommen sei, lag die Begründung bei den Männern hauptsächlich in deren Leiden, bei den Frauen ebenso häufig in der Tätlichkeit oder in ihrem Lärmen und Drohen.

Schmid und Ernst befragten die PatientInnen ein erstes Mal ein bis drei Tage nach erfolgter Zwangsmassnahme und ein zweites Mal nach 10 bis 30 Tagen. Die erstere Befragung war nicht sehr aussagekräftig, da die Antworten unklar blieben. Bei der späteren Befragung war auffallend, dass die Isolationsmassnahmen von den Männern besser akzeptiert wurden als von den Frauen. Die Zwangs-Injektionen wurden von Männern und Frauen auch aus Distanz überwiegend ablehnend beurteilt. Stellt man dabei in Rechnung, dass vor allem die Zwangs-Injektion aufgrund des Leidens der PatientInnen erfolgte, stimmt die noch immer ablehnende Haltung der PatientInnen 10 bis 30

⁶ Katharina Schmid und Klaus Ernst 1983: Isolierung und Zwangsinjektionen im Urteil der betroffenen Patienten und des Pflegepersonals, Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, Springer-Verlag, S. 211 - 222

Tage nach erfolgter Zwangs-Injektion bedenklich. Wir gehen davon aus, dass eine Behandlung langfristig nur dann für die PatientInnen als sinnvoll erachtet werden kann, wenn sie die Behandlung unterstützen, was ihr Einverständnis voraussetzt. Wir haben während unserer Lehre sehr wohl gelernt, dass psychisch Kranke diese Einsicht des Öfters aus Krankheitsgründen anfänglich nicht aufbringen können. Wenn die Einsicht aber auch nach einer gewissen Zeit nicht eintritt, wird wahrscheinlich mit wenig Kooperation der PatientInnen zu rechnen sein und die Fragwürdigkeit der Verletzung des Selbstbestimmungsrechts der PatientInnen nimmt zu.

Wir wollen solche Überlegungen hingegen nicht als Kritik an solchen Vorgehensweisen verstanden wissen. Wir haben in einigen selbst erlebten Fällen durchaus realisiert, in welche Zwickmühle die Behandlung von chronisch psychisch Kranken gehen kann. Ein später geschilderter Patientenfall soll dies veranschaulichen.

In der erwähnten Untersuchung von Schmid und Ernst haben wir im Weiteren zwei sehr wichtige pflegerische Grundregeln für die Handhabung von vermeintlichen Zwangsmassnahmen gefunden.

1. "Wenn immer möglich soll eine Pflegeperson nie allein Hand an einen widerstrebenden Patienten legen. Wer Hilfe holt, demonstriert dem Kranken nicht unfaire Übermacht, sondern er gibt ihm auch die Chance des Gesprächs mit einem Dritten und erspart ihm gegebenenfalls eine gefährliche Rauferei."
2. "Es ist für die Ärzte nicht standesunwürdig, bei einer Zwangsmassnahme persönlich mitzuwirken, wenn man selber keine andere Lösung zu vertreten hat. Für alle Klinikangestellten gilt schliesslich: Wie demütigend eine Zwangsmassnahme für den Kranken (und die Pflegeperson selber!) zu werden droht, hängt stark davon ab, mit welchen Worten und in welchem Gesprächston Schwestern, Pfleger und Ärzte ihr Handeln begleiten."

Verschiedene Vorkommnisse haben uns gelehrt, mindestens die erste Grundregel zu beherzigen. Für uns beide war es ein sehr ambivalentes Erlebnis, als das erste Mal nach dem Drücken des Alarms der "hilflose, arme" Patient plötzlich von einer grossen Schar von pflegendem Personal umstellt worden war. Das Kräfteverhältnis erschien uns unfair. Er hatte ja keine Chance. Irgendwie wurde dadurch ein schlechtes Gewissen gegenüber dem unterlegenen Patienten mobilisiert. Dass es für die PatientInnen tatsächlich viel einfacher und schonender ist, wenn möglichst viele Personen bei einer Isolation mitmachen, haben wir durch den Vergleich der verschiedenen Erlebnisse und der verschiedenen Umstände gelernt. Die zweite Grundregel wird leider nur allzu oft vergessen. Diejenigen Isolationen, die unter Mitwirken des verordnenden Arztes durchgeführt werden konnten, waren tatsächlich für uns viel einfacher und besser zu verarbeiten, als diejenigen, die aus ferner Anordnung heraus erfolgen mussten.

2.5 Die Umsetzung des Schutzgedankens des Gesetzes

Wie Charles Battegay in seiner Untersuchung schreibt, ist der Grundgedanke des Gesetzes der Schutz der PatientInnen vor zu langer ungewollter Internierung. In der Ausgestaltung des Basellandschaftlichen Einführungsgesetzes soll dabei eine Affäre mit dem Beobachter eine Rolle gespielt haben, wie wir uns haben sagen lassen. Der Beobachter hatte einen Patientenfall aus der

Psychiatrischen Klinik Liestal aufgegriffen. Dieser Patient war während Jahrzehnten zwangsweise in der Klinik hospitalisiert gewesen. Der Kanton akzeptierte seine Schuldigkeit und zahlte aufgrund einer Vergleichsverhandlung mit dem Patienten eine grössere Schadenersatzsumme.

Wir haben uns nun die Frage gestellt, aufgrund welcher Kriterien beurteilt werden kann, ob die Anwendung der fürsorgerischen Freiheitsentziehung tatsächlich betroffene PatientInnen schützt. Diese Frage ist natürlich sehr schwierig zu beantworten, ist doch der "Schutz" der PatientInnen ein sehr komplexer Begriff.

2.5.1 Reduktion der Zwangseinweisung

Man kann sagen, dass eine effektive Anwendung des Patientenschutzes dann gegeben ist, wenn die Anzahl von Zwangsinternierungen möglichst klein ist und wenn die Dauer der zwangsweisen Hospitalisation möglichst kurz ist. Wie ist nun die Zahl von 13 % zwangseingewiesener PatientInnen diesbezüglich zu bewerten? Aus der Einleitung der Untersuchung von Charles Battegay entnehmen wir, dass es offenbar nur wenige verlässliche Untersuchungen über die Anzahl Zwangseinweisungen gibt. Die erwähnten Zahlen sind aber allesamt höher als diejenigen im Kanton Baselland. Daraus lässt sich zumindest ableiten, dass die Anzahl Zwangseinweisungen mit 13% relativ niedrig erscheint und der Schutzgedanke umgesetzt wird. Die durchschnittliche Hospitalisationsdauer von 30 Tagen erscheint ebenfalls als recht klein. Mindestens kann daraus geschlossen werden, dass mittels FFE kaum Dauerinternierungen vorkommen. In der Stichprobe von 75 PatientInnen bei Charles Battegay war die längste Hospitalisationsdauer einer zwangseingewiesenen Person mit 270 Tagen angegeben, diejenige einer nichtzwangseingewiesenen Person mit 720 Tagen.

Heiko Waller⁷ benutzt als Massstab des Patientenschutzes ebenfalls die Zwangseinweisungsquote der PatientInnen in eine Psychiatrische Klinik. Er bezeichnet die Annahme als gesichert, dass die Zwangseinweisungsquote auf 3 bis 5 % aller Aufnahmen gesenkt werden kann, wenn von allen Möglichkeiten der psychosozialen Betreuung innerhalb und ausserhalb der Klinik Gebrauch gemacht wird. Er nennt zwei Kliniken in Deutschland, die eine sehr tiefe Prozentzahl an Zwangseinweisungen aufweisen. Diese verfügen über ein besonders gut ausgebautes Vor- und Nachsorgebetreuungsnetz.

Waller geht am Schluss seines Buchs eingehend auf die Verhütung von Zwangseinweisungen ein. Als Hauptfaktor für die Prävention nennt er die Organisation der psychiatrischen Versorgung. Er schreibt dabei "die Organisation der psychiatrischen Versorgung erweist sich als ganz entscheidender Faktor dafür, ob ein therapeutischer Kontakt rechtzeitig, hilfreich und als nicht stigmatisierend ermöglicht wird."⁸ Insbesondere weist er auf die Bedeutung organisatorischer Faktoren für das Krankheitsverhalten und für das Zustandekommen von Zwangseinweisungen hin. Der Mangel an Alternativen in der psychiatrischen Versorgung wird als Hauptfaktor in diesem Prozess bezeichnet. In der Folge listet er einen Massnahmenkatalog für die Reduktion von Zwangseinweisungen auf.

7 Heiko Waller 1982: Zwangseinweisung in der Psychiatrie, Verlag Hans Huber, Bern

8 Heiko Waller 1982: Seite 159

1. Aufbau eines mobilen Kriseninterventionsteams, bestehend aus Psychiatern, Gemeindeschwestern, Sozialarbeitern, das rund um die Uhr einsatzfähig ist.
2. Fortbildung von Nicht-Psychiatern über Behandlung und Notfallbehandlung in der Psychiatrie.
3. Umstrukturierung der traditionellen Stationen in therapeutische Gemeinschaften.
4. Initiierung von Laienhilfe im Krankenhaus.
5. Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern (Kriseninterventions-Stationen).
6. Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung durch den Aufbau von sogenannten Standardversorgungsgebieten. In diese Sektoren ist das ganze Spektrum von Tages- und Nachtkliniken, Übergangswohnheimen und Kriseninterventionsstationen, Werkstätte für Behinderte etc. zu integrieren.

Wir haben uns gefragt, wie diesbezüglich die Situation der psychosozialen Versorgung im Kanton Baselland aussieht. Zahlenmässig müsste gemäss den Kriterien von Heiko Waller die Rate der Zwangseinweisungen noch beträchtlich zu senken sein. Waller nennt als Grundmassnahme für eine solche Senkung die Schaffung eines gut qualifizierten sozialpsychiatrischen Interventionsteams. Im Kanton Baselland verfügen wir über zwei sozialpsychiatrische Beratungsstellen, die Externen Psychiatrischen Dienste. Bei unseren Praktika ist uns aufgefallen, dass diese Dienste kaum mobile psychosoziale Interventionen unternehmen, heute noch viel weniger als früher. Insbesondere steht der EPD als mobiles Einsatzteam während den kritischen Zeiten übers Wochenende und über die Nacht nicht zur Verfügung. Neuerdings verweigert der EPD auch ein Ausrücken zu Notfallbehandlungen tagsüber!

Wir möchten nun folgende Hypothese aufstellen: Die Rate der Zwangseinweisungen in die Psychiatrische Klinik könnte sich in unserem Kanton in erheblichem Masse senken, wenn die Externen Psychiatrischen Dienste ein mobiles sozialpsychiatrisches Interventionsteam, das rund um die Uhr einsatzfähig ist, bereitstellen würden. Diese Dienstleistung war eigentlich im Psychiatriekonzept⁹ durchaus vorgesehen, auch wenn mit einer längeren Einführungszeit gerechnet worden war.

Ambros Uchtenhagen berichtet von einem Tessiner Gesetzesentwurf, der als Einführungsgesetz zum §397 ZGB auf kantonaler Ebene geschaffen wurde. Dieser enthält ausdrücklich das Recht des Patienten auf Behandlung in einer psychiatrischen Institution auf freiwilliger Basis. Der Behandlungsanspruch ist damit zu einem klagbaren Recht geworden¹⁰.

Wenn ein Behandlungsrecht existiert, das, wenn immer möglich, eine Behandlung auf freiwilliger Basis vorsieht, könnte theoretisch ein zwangseingewiesener Patient den Kanton darauf hin einklagen, dass er es unterlassen habe, geeignete Institutionen ins Leben zu rufen, die nach dem Stand der heutigen Erkenntnisse dazu fähig wären, im Finden von anderen Alternativen eine zwangsweise Behandlung zu verhindern.

Wenn es die Pflicht des Kantons wäre, die Externen Psychiatrischen Dienste derart mit Pflichten

⁹ Psychiatriekonzept des Kantons Baselland, 1980

¹⁰ Ambros Uchtenhagen 1982: Zwangseinweisungen in der Psychiatrie - rechtliche und praktische Gegebenheiten, die Situation in der Schweiz, in Heiko Waller, Zwangseinweisung in der Psychiatrie, Verlag Hans Huber, Bern Seite 39 - 40

und Personal auszurüsten, dass sie alles unternehmen könnten, um in einer längerfristigen Krisenintervention eine sich anbahnende zwangsweise Intervention zu entschärfen, hätte sich unsere sozialpsychiatrische Versorgung im Kanton insgesamt erheblich verbessert. Die Wahrnehmung einer solchen Aufgabe kann nur ein interdisziplinär zusammengesetzter Dienst erfüllen, der seine Aufgabenplanung auf die zeitraubende Aufarbeitung solcher Krisen ausrichten kann. Darin sehen wir für den Kanton und die Externen Psychiatrischen Dienste ein lohnendes und notwendiges Feld zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in unserem Kanton.

2.5.2 Die Gründe für die Zwangseinweisung

In der nachfolgenden Betrachtung beschränken wir uns auf die überwiegende Anwendung des FFE's als vorsorgliche Massnahme. Wir haben uns die Frage gestellt, ob es eigentlich genügt, die deklarierten Voraussetzungen für die Anwendung der vorsorglichen Massnahme des fürsorgerischen Freiheitsentzugs auf die akute Selbstgefährdung und auf die Fremdgefährlichkeit zu beschränken. Der Buchstabe des Gesetzes ist wahrscheinlich mit Absicht dahingehend sehr weit gefasst. Die kantonale sehr engmaschige Auslegung ist sicherlich eine der Voraussetzungen, dass der FFE nicht zu häufig angewendet wird und damit PatientInnen vor willkürlicher Zwangseinweisung geschützt werden können. Andererseits bleiben dabei die vielen Fälle unberücksichtigt, in denen zum Wohle der PatientInnen eine momentane Zwangsmassnahme durch eine Einweisung gegen den eigenen Willen erfolgen sollte, aber die Voraussetzungen einer akuten Suizidalität und einer Fremdgefährlichkeit nicht gegeben sind. Wir denken dabei vor allem an PatientInnen, die in einen akuten psychotischen Zustand geraten und deshalb nicht mehr fähig sind, einer Hospitalisation zuzustimmen und aufgrund der Auslegung der FFE Gesetzgebung nicht zwangsweise hospitalisiert werden können, sofern sie nicht akut suizidal oder fremdgefährlich sind. Die Folge davon ist, dass die betreffenden PatientInnen über eine längere Zeit der notwendigen Hilfe verlustig gehen, selber darunter enorm leiden müssen und die Umgebung in einem Übermass strapaziert wird, so dass die Beziehungen zum betreffenden Patienten stark gefährdet werden. Andreas Manz hat uns erzählt, dass eine recht oft gehörte Klage der befragten Angehörigen klinikentlassener PatientInnen darin bestand, dass sie im Rahmen eines akuten Wiederaufflammens einer chronischen Psychose unendlich gelitten haben, Ärzte, Polizei oder Statthalter um Hilfe angerufen haben, diese ihnen aber die Hilfe abschlagen mussten, da sie sich aus gesetzlichen Gründen nicht zum Eingreifen befugt erklärten. So erzählte er uns von einer Patientin, deren Ehemann vier Jahre lang die paranoide Psychose seiner Frau habe ertragen müssen, ohne dass ihm die vielen von ihm angerufenen Stellen hätten helfen können. Als dann eines Tages seine Frau "glücklicherweise" mit dem Messer auf einen Nachbarn losgegangen sei, hätte seine Frau zwangseingewiesen und einer Behandlung zugeführt werden können. Die Patientin sei in der Folge aus ihrer Paranoia "erwacht" und sei in den folgenden Jahren sehr dankbar gewesen, dass dies geschehen sei. Es waren auch keinerlei Probleme mehr mit der zuverlässigen Medikamenteneinnahme vorhanden. Insbesondere hatte sich das Leben des Ehemanns nachher wieder wesentlich stabilisiert. Die Zwangseinweisung hatte die Voraussetzung für das weitere Zusammenleben gegeben, was für die Patientin selbst von zentraler Bedeutung war. Anhand dieses Falls kann aufgezeigt werden, in welcher Zwickmühle sich die gesetzliche Abgrenzung der materiellen Voraussetzung einer vorsorglichen Anwendung der fürsorgerischen

Freiheitsentziehung sich bewegen muss¹¹.

Ein von uns befragter Psychiater nimmt an, dass der im Arztzeugnis häufig erwähnte Grund der akuten Suizidalität des Öfteren ein konstruierter Grund für die Einweisung sei, da die notwendige Zwangseinweisung nur unter diesem Grund erfolgen könne. Der einweisende Arzt werde durch die restriktive Auslegung in eine unangenehme Situation gebracht. Er müsse manchmal zwischen einer genauen Einhaltung eines ihm bekannten Gesetzes und einer seiner Beurteilung nach notwendigen und im Interesse des Patienten stehenden Intervention entscheiden. Diese Situation sei im Kanton Basel-Stadt weniger dramatisch, gelte dort doch das Kriterium der "Behandlungsbedürftigkeit" als Kriterium für eine vorsorgliche Einweisung per fürsorgerischen Freiheitsentzug.

Wir können aufgrund unserer noch spärlichen eigenen Erfahrungen nicht genau ermessen, wie häufig "Gesetzesbeugung" bei einer Zwangseinweisung im Spiele ist.

2.6 Eigene Erfahrungen

2.6.1 Frau M., 5. und 6. Hospitalisation per FFE¹²

Frau M., 45-jährig, kommt per fürsorgerischen Freiheitsentzug infolge Verwahrlosung im Rahmen einer Psychose in die Klinik. Es ist ihre fünfte psychiatrische Hospitalisation. Die Nachbarn von Frau M. hatten bei der Polizei Meldung gemacht, da sich Frau M. seit Wochen in ihrer Wohnung eingeschlossen hatte und sich nicht mehr blicken liess. Ein Psychiater wurde zugezogen und es wurde ein vorsorglicher fürsorgerischer Freiheitsentzug angeordnet. Sie habe keinen Widerstand geleistet, weder bei der Überführung in die Klinik durch die Polizei noch während dem Klinikaufenthalt. Ihr Widerstand war hingegen passiver Natur. Obwohl Frau M. anfänglich überhaupt nichts gesprochen hatte, wusste man klar, dass sie die Behandlung nicht wollte. Diese Situation ergab mit der Zeit für die Behandelnden, so auch für mich, ein eigenartiges Gefühl. Ich fühlte mich immer mehr schuldig, ihr die Spritzen zu verabreichen.

Vom Vorleben der Frau M. weiss ich nicht allzu viel. Sie soll Sprachlehrerin an einer Handelsschule gewesen sein, ledig, eine Einzelgängerin. 1989 kam es zur ersten Hospitalisation. Sie fühlte sich damals seit längerer Zeit von ihren Arbeitskollegen verfolgt. Mit der Zeit kam es zu mehreren Krankmeldungen ihrerseits. 1989 reduzierte sie ihr Pensum um 50 %. Rückblickend darf man annehmen, dass die Patientin durch den Tod ihres Vaters (1989) schwer getroffen wurde. Da sie sich sehr auf ihren Vater abgestützt hatte, fand sie sich in der neuen Situation nicht mehr zurecht und erkrankte.

Während der ganzen Hospitalisationszeit verweigerte sie konsequent die Medikation und musste deshalb täglich zwangsgespritzt werden. Trotzdem konnte sie mit der Zeit in Ausgang gelassen werden. Sie unternahm stets, wie ich bei Gelegenheit herausgefunden hatte, den immer gleichen Spaziergang in ein nahe gelegenes Dorf und kehrte jeweils wie vereinbart wieder zurück. Sie liess

11 Eine fürsorgerische Freiheitsentziehung nach ordentlichem Verfahren setzt das Vorliegen eines fachärztlichen Gutachtens voraus. Ein solches zu erstellen ist bei manchen nichtkooperativen psychotischen PatientInnen äusserst schwierig. Die zwangsweise Zuführung zur Erstellung eines solchen ist gesetzlich nur für suchtkranke Personen vorgesehen (11 Absatz 1 des Gesetzes vom 29.04.65 betreffend das Fürsorgewesen für Alkoholgefährdete).

12 Alle drei Beispiele sind aus der Optik der Pflegenden dargestellt.

keinen Zweifel darüber offen, dass sie freiwillig nie und nimmer Medikamente zu nehmen bereit war. Mit der Zeit lehnte die Bezugsschwester die Abgabe der Medikation per Spritze ab. Man sistierte danach die Medikation und Frau M. wurde darauf wieder mutistischer. Frau M. machte einen Rekurs gegen ihren FFE an das Verwaltungsgericht. Am Tag vor ihrer Verhandlung hatte sie die paranoide Überzeugung, die Verhandlung hätte schon stattgefunden. Normalerweise waren immer nur ganz kurze Gespräche mit ihr möglich. Am Verhandlungstag konnte Frau M. dem Gericht hingegen ihre Anliegen kompetent vertreten. Von ärztlicher Seite wurde auf die noch vorhandene Selbstgefährdung hingewiesen. Der Richter erachtete die vorgebrachte Begründung aber für nicht ausreichend und hob den FFE auf. Frau M. trat noch am gleichen Tag aus der Klinik aus. Eine ambulante Betreuung lehnte sie mit Entschiedenheit ab.

Drei Wochen später musste sie erneut per FFE eingewiesen werden. Das Regime im Wachsaal mit der Zwangsmedikation während zwei Monaten begann von neuem. Anfangs Juni trat sie aus der Klinik aus. Sie konnte sich schliesslich damit einverstanden erklären, monatlich eine Depotmedikation einzunehmen. Diese Medikation wurde mit dem EPD vereinbart.

Im Rahmen einer Fortbildung in der Klinik¹³ wurde ein Interview mit Frau M. protokolliert, das folgenden Wortlaut hatte:

"Es fällt ihr die Eintrittssituation ein. Sofort sei sie gezwungen worden, ein Bad zu nehmen. Sie habe sich am Lavabo waschen wollen, das sei ihr nicht erlaubt worden, obwohl sie mehrmals insistiert habe. Es habe auch keine Begründung gegeben, warum sie unbedingt ein Bad nehmen sollte. Sie sei dann einfach in die Badewanne befördert worden, dabei habe sie Ekel empfunden, da die gemeinsame Badewanne doch nicht hygienisch sei.

Bei den Medikamenten sei es genau dasselbe. Sie wolle keine, aber man bestimme, dass sie welche nehme. Sie bleibe dabei, dass sie keine Tabletten schlucke, deshalb werde sie täglich gespritzt. Jetzt habe ihr zum Glück die Ärztin gesagt, dass die Medikamente mit der Zeit weggelassen werden könnten, jetzt habe sie wieder Hoffnung. Solange sie Medikamente nehmen müsse, fühle sie sich ganz ausgeliefert. Auch sei das Spritzen entwürdigend.

Wehren wolle sie sich nicht, da sonst noch ein Unglück geschehen würde und die Nadel sie dann verletzen könnte. Lange Pause, in der die Patientin an die Decke starrt. Es sei auch Gewalt, dass sie nicht alleine spazieren gehen dürfe. Sie könne schon fragen, dass jemand mitkomme, aber es habe ja nie jemand Zeit. Die anderen meinten wohl, sie würde sich entfernen, aber sie käme ganz sicher wieder zurück. Das glaube ihr aber niemand. Das seien Einschränkungen, die für sie gar keinen Sinn machen würden, wie das mit dem Waschen. Das alles rege sie innerlich auf, sie zeige es auch äusserlich. Einen solchen Ärger kenne sie sonst nicht, sie sei sonst eine gelassene Frau. Es rege einen jedes Mal wieder auf; sie schicke sich halt jetzt hinein, damit sie wieder austreten könne. Bei diesen Einschränkungen fühle sie sich selber ganz machtlos, sie könne ja nichts machen. Auch das Personal könne ja nichts machen, die hätten ihre Vorschriften. Diese führe das Personal sehr korrekt durch. Einmal habe ihr eine Schwester sogar gesagt, dass ihr das Spritzen zuwider sei, dass sie das aber machen müsse. Dies zu hören, sei gut gewesen.

Die Patientin schweigt lange. Zwangseinweisungen sollten verboten sein. Die Klinik könne aber nichts dafür, dass seien die Ärzte von draussen. Bei ihr sei das ganz sicher nicht gerechtfertigt

13 Thema: "Psychiatrie und Gewalt"

gewesen, schon gar nicht mit solcher Gewalt. Sie sei einfach zu Hause abgeholt worden, als sie im Bett lag, vom Krankenauto. Sie wisse bis heute nicht, wer die Einweisung angeordnet habe. Gewehrt habe sie sich nicht, was wolle sie denn gegenüber zwei starken Männern. Es gäbe einem aber schon zu denken, dass in einem freien Land wie in der Schweiz so etwas möglich sei, dass es keinen Respekt vor den Rechten des Einzelnen gebe. Aber offenbar verbiete das Gesetz ja diese Gewalt nicht. Den Rekurs habe sie zu spät eingereicht, deshalb und aus anderen Gründen sei er auch abgelehnt worden. Über die Ärzte sei sie schon sehr enttäuscht. Diese könnten ja auch eine Gesetzesveränderung bewirken. Sie selbst sei ohnmächtig. Ohnmächtig sei sie auch hier in der Klinik, da ja die Ärzte bestimmen könnten, wann sie nach Hause gehe. Sie fühle sich abhängig und ausgeliefert.

Das Gespräch ist immer wieder von langem Schweigen unterbrochen. Man erhielt den Eindruck, dass die Patientin sehr damit beschäftigt ist, Kontrolle zu bewahren und bei diesem Thema nicht zuviel Ärger, Wut und Aggression zu zeigen."

Unser Kommentar: Bei Frau M. haben sich bei uns verschiedene Fragen zum Behandlungsauftrag, zur Verantwortlichkeit und zur Rechtmässigkeit der Zwangshandlung aufgetan. Das Gesetz über den fürsorgerischen Freiheitsentzug ist unterteilt in zwei Handhabungsarten. Der meistens angewandte Teil des fürsorgerischen Freiheitsentzugs betrifft die vorsorgliche Anordnung dieses Freiheitsentzugs. Damit soll sofort eingegriffen werden können, wenn Gefahr in Verzug ist. Die Gefahr beschränkt sich grundsätzlich auf zweierlei Feststellungen: Einerseits soll dann eingegriffen werden, wenn ein Patient akut suizidal ist. Andererseits soll auch eingegriffen werden können, wenn eine Person aus Geisteskrankheit akut die Umgebung bedroht. Der Kanton Baselland hat in seiner Verwaltungsgerichtspraxis diese Gesetzgebung sehr strikte ausgelegt und hat in der dazu gehörigen Verordnung keine weiteren Interventionsgründe akzeptiert. Dies im Gegensatz z.B. zum Kanton Basel-Stadt, wo auch eine "Behandlungsnotwendigkeit" als Kriterium aufgelistet wird. Diese sehr enge Interpretation im Kanton Baselland würde eigentlich bedingen, dass sich der einweisende Statthalter sehr eng an von Ärzten festgestellte Notlagenkriterien halten würde. Das Beispiel von Frau M. zeigt, dass in der Praxis der Spielraum offenbar viel weiter ist. Frau M. war nachweislich verwahrlost und mit Sicherheit behandlungsbedürftig. Eine akute Selbstgefährlichkeit könnte hineininterpretiert werden, wenn man die somatische Dehydratation als solche betrachtet. Man wusste von ihr, dass sie sich nicht akut, sondern chronisch gegenüber einer Behandlung und gegenüber dem Leben als Ganzes verweigert. Nach dem Buchstaben des Gesetzes müsste eigentlich ein solches Vorhaben akzeptiert werden. Eine Intervention wäre lediglich auf der Ebene der Verwahrlosung möglich. Eine vorsorgliche Anordnung des fürsorgerischen Freiheitsentzugs fällt daher weg. Die Zwangseinweisung wäre eigentlich lediglich durch einen ordentlichen fürsorgerischen Freiheitsentzug mittels eines ärztlichen Gutachtens möglich.

Man könnte sich nun mit solchen formalen Betrachtungen begnügen. Das Schicksal und die Krankheitsgeschichte von Frau M. haben uns aber in viel weiterem Sinne betroffen gemacht. Wir konnten feststellen, dass Frau M. über die Dauer von zweimal zwei Monaten mit grosser Konstanz signalisiert hatte, dass sie keinerlei Behandlung wünsche. Sie wartete lediglich geduldig die "Quälerei" ab, wartete auf den Augenblick, wo sie wieder austreten konnte und sich den "Belästigungen" entziehen konnte. Deutlich war aber, dass Frau M. an einer Geisteskrankheit litt

oder dass sie, das konnten wir leider selber nicht genügend beurteilen, aus anderen Gründen eine totale Lebensverweigerung praktizierte. Nun stellt sich bei uns die Frage, ob das Spital, das sich im Namen der Patientin veranlasst fühlt, Frau M. zwangsweise über mehrere Monate zu behandeln, damit nicht sehr umfassende Verantwortungen und Pflichten gegenüber dem Leben von Frau M. eingeht. Frau M. wurde auf Veranlassung der Nachbarn durch die Beurteilung eines Arztes mit Erlaubnis des Statthalters in die Klinik eingewiesen. Frau M. zeigte das Bild einer völlig isolierten, sich vom Leben total abgewandten Frau. Die Klinik befand nun, dass Frau M. geisteskrank sei und einer Zwangsbehandlung bedürfe. Diese Ansicht wurde auch durch den zweiten Klinikaufenthalt bestätigt. Zweierlei Betrachtungsweisen stehen grundsätzlich einander gegenüber:

- Auch wenn Frau M. als krank bezeichnet werden muss, so geht sie ihrer persönlichen Entscheidungsfreiheit nicht verloren. Weigert sich Frau M. während einer gewissen Zeit konstant, jegliche Behandlung anzunehmen, so ist es irrelevant, ob die Beurteilenden dies als Krankheitssymptom betrachten. Der Wille von Frau M. ist als solcher zu respektieren, auch wenn dies ihren Tod bedeuten würde. Dementsprechend ist Frau M. nach einer gewissen Zeit wieder zu entlassen. Ein Behandlungssetting gegen ihren Willen ist ihr nicht aufzuzwingen.
- Mit der Zwangseinweisung wurde festgestellt, dass Frau M. in der Weise krank ist, dass sie sich selber in hohem Masse gefährdet. Frau M. hat nun ein Recht, dass die Behandelnden während einer genügend langen Zeit alles unternehmen, die Geisteskrankheit zu bekämpfen. In diesem Rahmen müssen sich die Behandelnden ein genaues Bild vom Leben von Frau M. machen, damit sie in etwa begreifen können, in welcher Lage Frau M. sich gegenwärtig befindet und in welcher Abfolge die hier nun gezeigte Lebenssituation sich entwickelt hat. Damit die Behandelnden eine Entscheidung über ihre Zuständigkeit zum Schutze der Patientin machen können, müssen sie sehr umfänglich in der Umgebung und im Vorleben von Frau M. recherchieren, damit sie sich in Frau M. einfühlen können und ein Urteil fällen können, ob Frau M. mit der Zeit den Behandelnden dankbar werden würde, dass sie sie aus einem tiefen Tal, in das sie sich hineinmanövriert hat, herausgeholt haben. Dazu würde es neben den umfänglichen Anamneseerhebungen auch eine genügende Geduld in der Behandlung, auch wenn sie vorerst erfolglos bleibt, benötigen. Die einmal übernommene Verantwortung könnte nie mehr total abgegeben werden.

2.6.2 Isolation von Herrn Z.

Herr Z. wurde am Vorabend von einer Rehabilitationsabteilung zu uns auf die Akutstation gebracht. Er bedrohte das Team seiner Abteilung massiv. Vermutlich bestand ein Zusammenhang mit seinen kurz davor begangenen Kioskeinbrüchen im Parterre.

Am folgenden Tag machte ich gerade die Pausen-Ablösung im IPS, als zwei Frauen des K-Teams mit einem Plastiksack voller Kleider für Herrn Z. erschienen. Sie deponierten diesen bei mir am Pult und wollten sich nach dem Befinden von Herrn Z. erkundigen. Es war vorgesehen, dass Herr Z. 3 - 4 Tage bei uns im IPS bleiben sollte. Er schlief zu diesem Zeitpunkt. Als er auf das leise Ansprechen der beiden Besucherinnen hin die Augen aufschlug, erregte er sich sofort ob deren Anblick und wurde verbal stark aggressiv. Die beiden Frauen gingen rasch weg. Mit mir im IPS befand sich noch eine Therapeutin, die sich am Esstisch mit 2 - 3 Patienten beschäftigte. Sie schien, im Gegensatz zu mir, Herrn Z. sehr gut zu kennen. Doch auch sie vermochte ihn nicht zu beruhigen.

Herr Z. ging ins WC und als er dieses wieder verliess, gab es einen fürchterlichen Knall (später stellte sich heraus, dass er die Toilettentüre kaputt getreten hatte¹⁴). Ich begann mich nun ziemlich hilflos zu fühlen und versuchte ihm zu erklären, dass er, falls er sich nicht beruhigen könne, in das ihm so verhasste Isolierzimmer gesperrt würde. Zudem telefonierte ich nach vorne und bat um männliche Verstärkung. Ich hatte den Verdacht, dass Herr Z. vor mir, dem kleinen unbekanntem Neuling, keinen Respekt habe. Als Pfleger W. kam, fühlte ich mich gleich etwas sicherer. Herr Z. warf sich dann aufs Bett, so dass die Decke zu Boden fiel. Mein Wunsch war, ihm die Isolation wenn irgendwie möglich zu ersparen. Ich erinnerte mich an meine kurz zuvor absolvierte Nachtwache. Herr Z. schlief damals ebenfalls im Isolierzimmer. Man musste ihm aber die Türe etwas offen lassen, weil er panische Angst vor der verschlossenen Türe hatte.

Ich nahm mich nun langsam dem kompliziert verschlossenen Plastiksack voller Kleider an und versorgte die Kleider im Schrank. Ich realisierte nicht, dass er mich beobachtete und bezog deshalb seine plötzlichen und erneut lauten verbalen Drohungen nicht sofort auf mich. Ich beschäftigte mich noch ein paar Sekunden weiter mit dem Plastik-Knoten. Erst als Herr Z. aufsprang und sich mit funkelnden Augen in meine Richtung bewegen wollte, realisierte ich die Gefahr. Er rutschte "glücklicherweise" auf seiner Bettdecke aus, sodass ich Zeit gehabt hätte, den Alarmknopf zu betätigen. Ich war aber wie erstarrt, in einer Mischung von Panik und Wut. Pfleger O. der die Szene mitverfolgte, übernahm nun das Kommando. Er schickte mich zusammen mit einer Patientin, die nicht ins IPS gehörte und sich einmischte, nach vorne, um Hilfe zu holen und beorderte Herr Z. ins Isolier.

Was nun im IPS geschah und was zu nachhallenden Kontroversen im Team führte, kann ich nicht mehr als direkt Beteiligte nacherzählen. Die Therapeutin P. brach am Nachmittag desselben Tages bei der Abteilungsversammlung-Nachbesprechung in Tränen aus. Sie hätte die Art und Weise, wie Pfleger W. den jungen Herrn Z. alleine ins Isolier zwang, schlecht ertragen: Er hätte seinen ganzen Arm unter das Kinn des Patienten gerammt und mit der anderen Hand den Arm des Patienten auf den Rücken gedreht, ihn ins Isolier geschubst und die Türe verschlossen, bis die nötigen Leute da waren und die weiteren Massnahmen (Medikation) vorbereitet waren.

Ich hatte etwas mit Schuldgefühlen zu kämpfen, denn eigentlich wäre es ja meine Aufgabe gewesen, die nötige Isolation zu initiieren. Ich hätte vermutlich schon zum früheren Zeitpunkt reagieren sollen, als Herr Z. die verriegelte Toilettentüre aus dem Rahmen sprengte! Ich konnte mir halbwegs wegen Mangel an Erfahrung verzeihen. Doch manchmal habe ich die Befürchtung, dass ich ewig grosse Probleme damit haben werde, zum rechten Zeitpunkt eine Isolation zu veranlassen und solche auch ohne schlechtes Gewissen zu verdauen. In dieser Berufsthematik werde ich wahrscheinlich viele Jahre brauchen, bis ich mich einigermaßen sicher fühlen werde.

Kommentar: Anhand dieser Fallgeschichte können zwei Themenkreise besprochen werden.

- Zum einen handelt es sich hier um eine Zwangsbehandlung bei einem nichtzwangseingewiesenen Patienten. Wie schon erwähnt, konnten wir nicht herausfinden, aufgrund welcher rechtlichen Grundlage solche Zwangsbehandlungen bei nichtzwangseingewiesenen Patienten erlaubt sind.

¹⁴ siehe dazu auch Katharina Schmid und Klaus Ernst 1983: Isolierung und Zwangsinjektionen im Urteil der betroffenen Patienten und des Pflegepersonals, Archives of Psychiatrie and Neurological Sciences, Springer-Verlag

- Zum andern illustriert diese Fallgeschichte die Schwierigkeit eines raschen Eingreifens gegenüber einer zögernden und verhandelnden Vorgehensweise. Bei dieser Problemstellung gibt es keine standardmässigen Lösungen.
- Zum Einen ist es notwendig alles zu unternehmen, um den Patienten zu einer freiwilligen Einnahme notwendiger Medikamente zu bewegen.
- Zum andern kann ein zu langes Zögern die Angespanntheit des Patienten derart steigern, dass die anschliessende Zwangsbehandlung in einer sehr aufgeheizten Stimmung erfolgen muss.

Das persönliche Fingerspitzengefühl, eine gute Beziehungsfähigkeit und vor allem genügend berufliche Erfahrung sind notwendig, um den richtigen Mittelweg bei dieser Fragestellung zu finden. Diese Fallgeschichte illustriert im Weiteren, wie vielfältig kleinste Interaktionen des Personals auf einen Patienten, der bereits sehr angespannt ist, wirken können und wie sehr wir Behandelnde geneigt sind, solche Interaktionen zu übersehen.

2.6.3 Herr B., Jahrgang 1956

Es handelt sich um die fünfte Klinikeinweisung. Herr B. wurde von seiner Ehefrau unter falschem Vorwand in die Klinik gebracht. Sie hatte ihrem Ehemann gesagt, mit ihm jemanden in der Klinik besuchen zu wollen. Aus diesem "Besuch" entwickelte sich ein Aufnahmegespräch. Herr B. reagierte zunehmend aufbrausend, entwertend und gesamthaft erregt. Er lief schlussendlich aus dem Gespräch davon. Daraufhin wurde er von der Polizei gesucht und in seiner Wohnung aufgefunden. Herr B. kam alsdann vorerst freiwillig mit zwei Polizisten auf die Station zurück. Er äusserte Wahnideen und gebärdete sich bedrohlich, so dass ein vorsorglicher fürsorgerischer Freiheitsentzug eröffnet wurde.

In der Nacht eskalierte seine Erregung derart, dass er isoliert werden musste. Er bekam 10 mg Haldol, 50 mg Nozinan, 1 Tablette Rohypnol und 2 mg Akineton peros. Am nächsten Morgen wurde das Isolierzimmer geöffnet. Für alle Fälle wurde eine Interventionsmannschaft der Abteilung aufgeboten. Anfänglich verhielt sich Herr B. angepasst, wurde mit der Zeit aber immer gespannter, schlug der Pflegerin die angebotenen Medikamente aus der Hand und gebärdete sich sehr bedrohlich. In der Folge wurde er erneut isoliert. Während der Isolation wehrte sich Herr B. mit seinen Fäusten.

Unseres Erachtens ergab sich ein zu langes Hin und Her zwischen gut gemeintem Zuspruch, die dargebotenen Medikamente freiwillig zu nehmen, und der sofortigen Isolation. Die Isolation konnte schlussendlich nicht umgangen werden.

Einen Tag später schrieb Herr B. einen Rekurs. Da Herr B. einen Freiwilligenschein unterschrieb, kam es nicht zu einer Gerichtsverhandlung und der FFE wurde zwei Wochen nach Eintritt aufgehoben. Die restliche Hospitalisation dauerte dann noch einen weiteren Monat. Nach Austritt besuchte Herr B. bis zur Wiederaufnahme einer neuen Arbeit die Tagesklinik.

Kommentar: Der fürsorgerische Freiheitsentzug von Herrn B. ist für uns ein Beispiel der vorher referierten Grauzone der gestellten Indikationen. Es ist unbestritten, dass Herr B. psychotisch war, dass seine Ehefrau unter diesen Folgen sehr litt und dass Herr B. auch in eigenem Interesse behandelt werden sollte. Es wurde aber im Verlauf der Einleitung einer Hospitalisation die

"Fremdgefährlichkeit" deutlich von der Ehefrau provoziert. In Anwendung der Kriterien für die vorsorgliche Anwendung der fürsorgerischen Freiheitsentziehung müsste eigentlich lediglich auf die eingeleitete Provokation verzichtet werden. Ansonsten war Herr B. in keiner Weise selbst- oder fremdgefährdet. Rechtlich in sauberer Weise hätte über Herrn B. ein ärztliches Gutachten erstellt werden müssen, aufgrund dessen ein ordentliches Verfahren zur Feststellung der Notwendigkeit einer fürsorgerischen Freiheitsentziehung angeordnet worden wäre. Da Herr B. in der Klinik bestens bekannt war und auch im ambulanten Rahmen ein behandelnder Arzt vorhanden war, hätte ein solches Gutachten aufgrund der Krankengeschichte auch erstellt werden können. Das Gesetz sieht nämlich für das Gutachten nicht eine "unmittelbar vorausgegangene ärztliche Beurteilung" vor, wie dies für das Erstellen eines Arztzeugnisses, das die Grundlage für die vorsorgliche Anordnung der fürsorgerischen Freiheitsentziehung darstellt, notwendig ist.

Natürlich wäre diese viel korrektere Anwendung der gesetzlichen Regelungen lediglich formaler Natur gewesen, da sich die Situation von Herrn B. oder diejenige seiner Ehefrau grundsätzlich nicht verändert hätte, es wäre lediglich mehr Zeit notwendig gewesen. Aus unserer Warte ist es schwierig, die Zweckmässigkeit der geltenden gesetzlichen Regelung zu beurteilen, sie ist sicherlich auch in jedem Einzelfall verschieden. Wir können lediglich feststellen, dass bei Herrn B. die geltende gesetzliche Regelung nicht korrekt angewandt worden war.

2.7 Die Bedeutung der Pflege

Im Folgenden gehen wir der Frage nach, welche Aufgaben den Psychiatriekrankenschwestern und -pflegern im Problemfeld der Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung zukommen.

Unser Berufsstand führt die angeordneten Zwangsmassnahmen aus. Wir sind damit mitten im Brennpunkt dieser Thematik gefangen. Ob wir wollen oder nicht, wir müssen uns mit diesem belastenden und unschönen Teil unseres Berufs auseinandersetzen. Wenn es zu Zwangsmassnahmen während der Hospitalisation kommt, fühlen wir uns häufig schuldig, denn wir wissen, dass die Befindlichkeit der Patienten häufig im Zusammenhang mit unserer Arbeit, unserem Tun und unserer Persönlichkeit steht. Unser erstrangiges Bemühen richtet sich auf die Verhinderung von Zwangsmassnahmen. Solche sind sicherlich seltener notwendig, wenn es uns gelingt, eine tragfähige und transparente Beziehung zu den jeweiligen Patienten aufzubauen und zu erhalten. Für jeden von uns stellt es wohl ein Dilemma dar, durch langes Zureden und differenzierte Gespräche mit dem Patienten Zwangsmassnahmen verhindern zu wollen und andererseits durch zu langes Zuwarten mit Zwangsmassnahmen die angespannte Stimmung und die Belastung für den Patienten und die ganze Patientengruppe sowie für das Personal unnötig angeheizt zu lassen oder sogar noch zu verschlimmern. Hier benötigen wir viel Fingerspitzengefühl. Hier ist auch eine gute Zusammenarbeit mit den verordnenden Ärzten notwendig, da die Pflegenden letztendlich Ausführende solcher vom Arzt getroffenen Anordnungen sind.

Die Aufgaben des Pflegepersonals bei Zwangshandlungen können in drei Gruppen aufgeteilt werden.

- Verhinderung von Zwangsmassnahmen
- Durchführung von Zwangsmassnahmen
- Aufarbeitung erfolgter Zwangshandlungen

2.7.1 Die Verhinderung von Zwangsmassnahmen

Wie einleitend dargestellt, spielt der Kontakt mit dem Patienten eine zentrale Rolle bei der Verhinderung von psychischen Erregungszuständen, die in eine Sackgasse führen und nur noch mit einer Zwangsmassnahme aufgefangen werden können. Solche Situationen betreffen vornehmlich Patienten, die bereits in der Klinik sind und innerhalb des Klinikalltags nicht zur Ruhe kommen. Von grosser Wichtigkeit ist dabei das Gespräch mit dem Patienten. Es ist aber ebenfalls sehr wichtig, den Patienten, seine Gestimmtheit und seine Bedürfnisse nach Nähe und Distanz richtig einschätzen zu können. Manchmal müssen Patienten auch in Ruhe gelassen werden, damit sie sich zu Recht finden können. Da solche Patienten sich sehr häufig im Wachsaal befinden, spielt die Atmosphäre, die im Wachsaal herrscht, ebenfalls eine grosse Rolle. Hier hat das Pflegepersonal die Aufgabe, so gut wie möglich die Gruppendynamik des Wachsaals positiv zu beeinflussen. Manchmal sind dazu mehrere Personen notwendig, da gewisse Einzelpatienten viel Zuwendung brauchen, um nicht eine allzu negative Atmosphäre zu verbreiten. Manchmal ist auch eine Entlastung (z.B. mit dem Mittel eines Spaziergangs) notwendig. Wir Pflegenden müssen auch bei drohender Eskalation darauf achten, dass wir die Patienten bei ihrer inneren Angst und Unruhe ansprechen können und nach Möglichkeiten nicht zum Mittel des Drohens greifen. Hier ähnelt die Aufgabe der Erziehung von verhaltensgestörten Kindern.

2.7.2 Durchführung von Zwangsmassnahmen

Ist eine Isolation oder eine zwangsweise Medikation unumgänglich geworden, ist ein rasches, ruhiges und bestimmtes Handeln erforderlich. Dazu braucht es eine klare Konzeption und eine Überzahl von Pflegenden, damit es nicht zu einem Kräftemessen zwischen Patient und Pflegepersonal kommen muss. Dem Patienten ist in kurzen klaren Worten während der Handlung mitzuteilen, was nun geschieht. Nach Möglichkeit soll auch der verordnende Arzt in die Zwangsmassnahme mit eingebunden werden. Dies erleichtert die Beziehung zwischen Pflegenden und Arzt und macht auch gegenüber dem Patienten die Situation transparent. Bei der Isolation ist zu gewährleisten, dass alle Gegenstände und Kleidungsstücke, mit denen sich der Patient verletzen könnte, entfernt sind. Nach erfolgter Isolation ist eine peinliche Überwachung des Patienten notwendig. Immer wieder gibt es im Wachsaal Patienten, die eine solche Handlung zum ersten Mal miterleben. Deren Reaktion muss wahrgenommen werden und angemessen reagiert werden. Der Vorgang der Zwangsbehandlung ist im Kardex festzuhalten.

2.7.3 Aufarbeitung der Erlebnisse des zwangsbehandelten Patienten

Wird ein Patient per fürsorglichen Freiheitsentzug zwangsweise eingewiesen ist es notwendig, mit ihm in mehreren Phasen seiner Hospitalisation über das Geschehene zu sprechen. Da das Pflegepersonal viel häufiger mit dem Patienten sprechen kann und seine Gesprächsbereitschaft und psychische Notlage unmittelbar miterlebt, liegt es vornehmlich am Pflegepersonal, immer wieder

den Patienten auf die gemachten Erlebnisse anzusprechen. Zu diesem Ansprechen gehört gegebenenfalls auch eine Orientierung über das Rekursrecht und allenfalls eine Mithilfe beim Verfassen eines Rekurses an das Verwaltungsgericht. Auch bei Zwangsbehandlungen, die in der Klinik erfolgen, muss mit dem Patienten wiederholt über das Erlebte gesprochen werden. Dabei spielt die subjektive Erlebnisweise des Patienten die Ausgangsrolle des Gesprächs. Das Gespräch soll weniger einer erneuten Belehrung über die Notwendigkeit der Massnahme dienen, sondern soll sich in erster Linie den Empfindungen des Patienten widmen. Ist der Patient erst mal für eine objektivere Beurteilung des Geschehenen aufnahmefähiger, kann ihm auch erneut erklärt werden, wie sich die Lage den Pflegenden präsentiert hatte, aus der die Zwangsbehandlung erfolgt war.

Zwangsbehandlungen führen häufig auch zu Spannungen innerhalb des Behandlungsteams. Solche Spannungen sollen angesprochen werden. Dabei ist zu beachten, dass es meistens nicht um richtig oder falsch gehen kann und dass die Spannungen häufig Folge von verschiedenen Empfindungen darstellen, die der jeweilige Patient bei den verschiedenen Mitarbeitern in verschiedener Weise hervorgerufen hat. Vor allem psychotische Patienten spalten ihre Ausstrahlung unbemerkt auf. Die einzelnen Mitglieder des Behandlungsteams nehmen eine verschiedene Seite der Realität des Patienten wahr. Die Empfindungen widersprechen sich dann häufig sehr krass. Das Behandlungsteam könnte sich verleitet sehen, zwischen besserer und weniger zutreffender Empfindung in Konkurrenz zu geraten. Eine solche Interpretation wäre wahrscheinlich ein falsche, da die einzelnen Mitarbeiter verschiedene Realitäten des Patienten wahrgenommen haben und lediglich ein Zusammentragen der verschiedenen Empfindungen das Bild des Patienten sinnvoll zu ergänzen vermag. Da bei Zwangsmassnahmen die Emotionen besonders intensiv sind, sind solch verschiedene Wahrnehmungen vorprogrammiert. Ein nüchternes Zusammentragen ist sinnvoller als eine Streiterei um die wohl zutreffenste Wahrnehmung, die es ohnehin nicht gibt.

Schlussteil

3.1 Zusammenfassung

In dieser Themenbearbeitung haben wir zuerst die gesetzlichen Grundlagen dargestellt. Der Bund hat 1981 ein Rahmengesetz zur Regelung des fürsorgerischen Freiheitsentzugs erlassen. Die genaue Umsetzung des Gesetzes hat er an die Kantone delegiert. Die Umsetzung im Kanton Baselland gilt als eine restriktive. Damit soll dem Hauptgedanken der gesetzlichen Regelung, nämlich dem Schutz des Patienten vor einem Missbrauch der psychiatrischen Gewalt, Rechnung getragen werden. Ausgehend von der Darstellung der Situation zwangseingewiesener Patienten in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal haben wir die Indikationen und die Problemlagen, die mit dem FFE verbunden sind, erörtert. Wir sind der Frage nachgegangen, ob im Kanton Baselland dem Patientenschutz in optimaler Weise Rechnung getragen wird. Wir sind dabei zum Schluss gekommen, dass die Rate zwangseingewiesener Patienten erheblich zu senken wäre. Die Hauptschuld an einer noch ungenügenden Umsetzung des Patientenschutzgedankens sehen wir in der noch zu lückenhaften ambulanten psychosozialen Versorgung der Patienten, bei denen heute zum Mittel der Zwangseinweisung gegriffen werden muss. Hier kommt unseres Erachtens den

Externen Psychiatrischen Diensten eine Hauptverantwortung zu. So fehlt u.a. dem Kanton Baselland eine Kriseninterventions-Station.

In einem weiteren Teil unserer Arbeit haben wir eigene Erlebnisse mit zwangseingewiesenen oder zwangsbehandelten Patienten dargestellt. Eingehend sind wir der Frage nachgegangen, welche Aufgabe dem Pflegepersonal bei dieser speziellen Patientengruppe zukommt. Dabei haben wir realisiert, wie umfänglich die Aufgaben des Pflegepersonals in diesem Themenbereich sind.

3.2 Schlussfolgerungen

Wir haben aufgrund unserer Beschäftigung mit dem fürsorgerischen Freiheitsentzug zweierlei Schlussfolgerungen gezogen. Die eine betrifft die psychosoziale Versorgung als Ganzes, die andere unsere Stellung als Pflegende innerhalb der Klinik.

Psychosoziale Versorgung: Obwohl im Kanton Baselland eine fortschrittliche ambulante Psychiatrie vorhanden ist, muss aus der Optik des Schutzes des Menschen vor vermeidbarer Zwangseinweisung festgestellt werden, dass die Lage solcher Patienten noch immer nicht eine optimale ist. Basierend auf vorhandener Literatur muss festgestellt werden, dass die Rate zwangseingewiesener Patienten noch viel höher ist als dies notwendig wäre. Diese Rate könnte gesenkt werden, wenn die dazu notwendigen Massnahmen kompromisslos durchgeführt würden. Dazu ist vor allem ein Interventionsteam der Externen Psychiatrischen Dienste, das rund um die Uhr einsatzfähig ist, zu schaffen. Dieses hätte unter anderem die Aufgabe alles zu versuchen, um Interaktionen erregter Patienten aufzufangen. Dies ist eine sehr zeitaufwendige Arbeit, die eine hohe Verfügbarkeit und viel Koordinationsarbeit erfordert.

Aufgabe der Pflegenden innerhalb der Klinik: Die Auseinandersetzung mit diesem Thema hat uns klar gemacht, welche Bedeutung unser Berufsstand für die Prävention von Zwangsbehandlungen innerhalb der Klinik, für deren schonungsvolle Umsetzung und für die Aufarbeitung erfolgter Zwangsbehandlungen hat. Wir haben realisiert, dass wir sehr viel tun können, um das Schicksal und die Belastung für die entsprechenden Patienten erträglicher zu machen und ihnen zu helfen, in dieser schweren Lebenskrise sich, die Umwelt und die erlebten Handlungen besser zu verarbeiten.

Literaturverzeichnis

- Battegay Ch., Vergleichende sozialpsychiatrische Untersuchungen an zwangseingewiesenen und nichtzwangseingewiesenen Klinikpatienten, Dissertation, 1985
- Ernst K./Egloff A., Freiwilligkeit und Zwang bei 200 psychiatrischen Klinikaufnahmen, Nervenarzt 45, Springer-Verlag, 1974, Seite 178 - 182
- Finzen A., Psychiatrie zwischen Hilfe und Gewalt, Sozialpsychiatrische Informationen, 20. Jahrgang, 1990, Nr. 4, Seite 29 - 33
- Manz A., Die Behandlung von psychisch Kranken in der Psychiatrischen Klinik Liestal aus der Sicht der Angehörigen, Dissertation 1985
- Manz A., Erhebungen zur Suchthilfe in der Region Basel, Basel, 1989, Seite 117 - 118
- Schmied K./Ernst K., Isolierung und Zwangsinjektionen im Urteil der betroffenen Patienten und des Pflegepersonals, Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, Springer-Verlag, 1983, Seite 211 - 222
- Uchtenhagen A., Zwangseinweisungen in der Psychiatrie - rechtliche und praktische Gegebenheiten, die Situation in der Schweiz, in Heiko Waller, Zwangseinweisung in der Psychiatrie, Verlag Hans Huber, Bern, 1982 Seite 39 - 40
- Waller H., Zwangseinweisung in der Psychiatrie, Verlag Hans Huber, Bern, 1982
- Die fürsorgliche Freiheitsentziehung. Das Verfahren im Kanton Basel-Landschaft, Internes Papier der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal
- Gesetz des Kantons Basel-Landschaft über die administrative Freiheitsentziehung vom 07.12.81
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch, Orell Füssli Verlag, Zürich, 1992, 397
- Der Beobachter: Gegen Irrenhäuser, Beobachter Nr. 12, 53.Jahrgang, 30.06.1979, Seite 3
- Der Beobachter: In die Waldau gesperrt, Beobachter Nr. 12, 53.Jahrgang, 30.06.1979, Seite 18-19
- Psychiatriekonzept Basel-Landschaft, 1980

Liestal, 21. Oktober 1992