

Isolierung und Zwangsinjektion im Urteil der betroffenen Patienten und des Pflegepersonals

Eine begleitete Quartalsstichprobe

Katharina Schmied und Klaus Ernst

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, CH-8029 Zürich, Schweiz

Seclusion and Emergency Sedation: Opinions of Patients and Nursing Staff

Summary. All cases of seclusion and emergency sedation at a regional psychiatric university hospital were studied for a period of 3 months. The patients involved, and their nursing staff, were questioned on the day following the above mentioned incidents and the patients again after their remission from the exceptional state that had caused them. Every sixth patient underwent, at least once, either seclusion or emergency sedation, or both. These occurred most frequently during the first week of hospitalization, and in patients with a predominantly negative attitude. Women showed violent behaviour more often than men and also admitted to it more frequently. Seclusion was generally better accepted than emergency sedation. In less than half the cases the patients clearly rejected the past coercive measure; cases of total acceptance, however, were even less frequent, though acceptance tended to increase with remission. The authors dealt with the legal status of coercive measures. They also stressed the importance of discussing them afterwards both with patients and nursing staff in order to preserve the self-respect of all concerned.

Key words: Seclusion – Emergency medication – Compulsory treatment – Patients rights – Compliance

Zusammenfassung. In einer psychiatrischen Universitäts- und Regionsklinik wurden während drei Monaten alle Fälle von Isolierung und Zwangssedierung untersucht. Die betroffenen Kranken wurden am Tag nach der Maßnahme und später nochmals nach Abklingen des anlassgebenden Ausnahmestandes nach ihrer Meinung befragt, im ersten Zeitpunkt auch das beteiligte Pflegepersonal. Jeder sechste eintretende Kranke erfuhr mindestens einmal eine dieser beiden Zwangsmaßnahmen. Die Maßnahmen häuften sich in der ersten Woche des Klinikaufenthaltes und bei primär ablehnend eingetretener Isolierung.

* Kurzfassung der Dissertation von K. Schmied.

Sonderdruckanforderungen an: K. Schmied, Reinacherstraße 3, CH-8032 Zürich, Schweiz

stellten Kranken. Frauen waren häufiger tätig und gaben dies auch häufiger zu als Männer. Isolierungen wurden im ganzen besser akzeptiert als Zwangsinjektionen. Insgesamt lehnten die Kranken die Maßnahmen in weniger als der Hälfte der Fälle eindeutig ab, noch seltener freilich akzeptierten sie sie klar. Mit der Remission nahm die akzeptierende Haltung meist zu. Die rechtlichen Voraussetzungen werden dargestellt. Die Bedeutung des nachfolgenden therapeutischen Gesprächs wird betont.

Schlüsselwörter. Isolierung – Notfallsedierung – Zwangsbehandlung – Patientenrechte – Compliance

1. Einleitung und Fragestellung

Situationen, in denen gegen den Willen der Kranken gehandelt werden muß, fordern von Arzt und Pflegepersonal besondere Aufmerksamkeit. Schon die *psychiatrische Hospitalisierung an sich* wird von manchen Patienten als Zwang erlebt. Wie oft dies zutrifft und wie oft nicht, wenn man die Kranken danach fragt, referiert die bemerkenswerte Literaturübersicht von Weinstein (1979). Es zeigt sich dabei u. a., daß *formalrechtlicher Zwang* (Übersicht von Waller 1982) für den Patienten keineswegs ein subjektives Zwangserlebnis zu bedeuten braucht. Dies bestätigen auch Untersuchungen aus der eigenen Klinik an Frischaufgenommenen (Ernst und Egloff 1974; LaRoche und Ernst 1975), Chronischkranken (Steiner 1976) und Entlassungsfähigen (Kläui 1982). Umgekehrt schließt *formelle Freiwilligkeit* keineswegs aus, daß der Eintretende sich unter Druck gesetzt fühlt.

Rechtliche Kriterien eignen sich also nicht dafür, die Realität der Kranken zu erfassen. Will man deren wirkliche Meinung erfahren, muß man sie persönlich fragen. Dabei zeigt sich dann in der Regel, daß eine Minderheit – aber mit ein bis zwei Fünfteln eine gewichtige Minderheit – der Patienten die Klinikeinweisung als unnötig, ungerecht oder unverhältnismäßig beurteilt. (Ernst und Egloff 1974; Kläui 1982; La Roche und Ernst 1975; Weinstein 1979).

Wenn schon der Eintritt in die psychiatrische Klinik oft unfreiwillig erfolgt, ist es zum vornherein unwahrscheinlich, daß die nachfolgende Behandlung innerhalb der Klinik ohne jeden Zwang auskommt. In der Tat werden in Kliniken, die auch Schwerstkranke aufnehmen, *Isolierungen, sedierende Injektionen und Fixierungen (Anbinden)* gegen den Willen der Kranken angewendet. In der hier untersuchten Klinik kommen Fixierungen allerdings so selten vor, daß im vorliegenden Zusammenhang nicht darüber berichtet wird. Isolierungen und Zwangsinjektionen lassen sich dagegen in dieser Klinik zählen und beschreiben. Dabei wird auch auf die einschlägige Literatur hingewiesen. Diese ist aber dürftig, vor allem im deutschsprachigen Raum. Seit alters publiziert jedermann gerne über sein No-restraint, selten jemand über sein Restraint.

Im folgenden sollen 5 *Fragen* beantwortet werden:

1. Wie häufig kommt es in der untersuchten Universitätsklinik (die gleichzeitig Regionsklinik mit Versorgungsauftrag und Aufnahmefreizeit ist) zu Isolierungen und zu sedierenden Zwangsinjektionen, einerseits pro Tag und andererseits pro 100 eintretende Patienten?

2. Welche Situationen führen nach den Angaben des Pflegepersonals zu solchen Maßnahmen und welche Kranke werden mehr als andere davon betroffen?
3. Wie oft werden die Zwangsmaßnahmen von den Patienten akzeptiert bzw. verurteilt – am Tag nach dem Ereignis und später nach Abklingen des anlaßgebenden psychischen Ausnahmezustandes?
4. Wie häufig urteilte die Untersucherin die angewandte Maßnahme als unverhältnismäßig?
5. Lassen sich die untersuchten Zwangsmaßnahmen inskünftig abbauen oder mildern?

2. Die lokalen rechtlichen Grundlagen

In der Schweiz sind die Grundzüge des *Einweisungsverfahrens* für psychisch Kranke (insbesondere die richterliche Rekursinstanz) im Art. 397 a-f des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) einheitlich geregelt. Vorschriften über die Anwendung von *Zwang innerhalb der Kliniken* sind dagegen den Kantonen überlassen. Im Kanton Zürich gelten die Bestimmungen der „Verordnung über die Kantonalen Krankenhäuser“.

Isolierungen werden durch den folgenden Abschnitt des § 61 dieser Verordnung erfaßt: „Die Anwendung körperlichen Zwangs ist auf Notfälle zu beschränken. Es ist hierüber eine schriftliche Kontrolle zu führen.“

Sedierende Zwangsinjektionen fallen unter den § 53 der selben Verordnung. Es heißt dort u.a. über körperliche Eingriffe bei „nicht urteilsfähigen“ Patienten: „Auf die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters und der Vormundschaftsbehörde kann verzichtet werden, wenn Gefahr im Verzug liegt und die Zustimmungsberechtigten nicht rechtzeitig erreichbar sind oder deren Entscheid nicht rechtzeitig eintrifft“ (Unterstreichung vom Ref.). Die Klinikleitung betrachtet Zwangsinjektionen aber nicht nur als „körperlichen Eingriff“, sondern auch als „Anwendung körperlichen Zwanges“. Sie verlangt deshalb auch über diese Ereignisse vom Pflegepersonal vollständige Rapporte und führt darüber eine zentrale schriftliche Kontrolle.

3. Definitionen und klinischer Rahmen

Eine *Isolierung* ist dann gegeben, wenn der oder die Kranke allein in einen Raum eingeschlossen wird. (Mehrere Kranke werden nie ohne Pflegepersonal im selben geschlossenen Raum belassen.) Rufen oder Klopfen des Patienten bleiben für das Personal hörbar. Seltene Fälle, in denen der Kranke nachträglich behauptete, die Isolierung absichtlich provoziert zu haben, wurden gleichwohl gezählt.

Eine *Zwangsinjektion* liegt dann vor, wenn der Kranke eine akut benötigte Medikation sowohl per os wie i.m. (s.c. oder i.v. kam nicht vor) in Worten und/oder Gesten ablehnt und wenn ihm dann die Injektion mit oder ohne körperliche Gewaltanwendung dennoch verabreicht wird. (Einflößen von Medikamenten per os gegen den Widerstand des Kranken ist unstatthaft.) Mit Ausnahme eines einzigen Falles (akut benötigtes Antiparkinsonmittel) handelte es sich dabei um Neuroleptika und Sedativa.

Diese Definition ist im Gegensatz zu derjenigen der Isolierung unscharf. Es steht im Ermessen des Pflegepersonals, von welchem Grad der erkennbaren Abneigung an es die Applikation als Zwangsmaßnahme melden will. Das Pflege-

personal ist darüber aufgeklärt, daß die schriftlich begründete Meldung unter anderem zur rechtlichen Entlastung der betreffenden Pflegepersonen dient. Die Untersucherin hatte denn auch den Eindruck, daß das Personal die Meldung im Zweifelsfall eher erstattete als unterließ.

Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich hat die Aufgabe, als Regionalklinik mit 428 Betten ihre Region mit 661 000 Einwohnern zu versorgen. Dies entspricht 0,65 Betten auf 1000 Einwohner. Mit rund 1 400 Aufnahmen pro Jahr trägt die Klinik den Charakter einer psychiatrischen Akut- und Notfallklinik. Dennoch kann sie ihre chronisch hospitalisierungsbedürftig werdenden Kranken nicht wegverlegen.

Zu Isolierung und Zwangsinjektionen kam es in der Berichtszeit ausschließlich auf den drei geschlossenen, rund um die Uhr pflegerisch betreuten *Intensivstationen* für schwer verhaltensgestörte Kranke. Für Männer diente zur Zeit der Untersuchung ein alter Wachsaal. Er umfaßte 13 Betten im Saal und drei in Einzelzimmern, die auch als Isolierzimmer gebraucht wurden. Für Frauen bestanden zwei unter sich gleichartige, neu gebaute Intensivzentren mit je vier Zweierzimmern und je einem für Isolierungen reservierten Einerzimmer.

Die auslösenden Situationen für Isolierungen und/oder Zwangsinjektionen trugen immer akuten Charakter. Solche Situationen traten dann ein, wenn ein dem Kranken nicht mehr zumutbarer Leidenszustand oder – häufiger – sein grob störendes, bedrohliches oder tätliches Verhalten sich durch Zuwendung, Gespräch und Beschäftigung nicht innerhalb tragbarer Frist hinreichend mildern ließ. Isolierungen nimmt das Pflegepersonal in der Regel von sich aus vor. Für Zwangsinjektionen bedarf es dagegen einer schriftlichen ärztlichen Verordnung. Diese kann in Reserve (mit dem Vermerk „auch gegen Willen“) vorliegen. Dieser Modus drängt sich dann auf, wenn Arzt und Personal der Auffassung sind, die Zwangsinjektion lasse sich vielleicht vermeiden, sie könnte aber vielleicht auch plötzlich dringend nötig werden. Diesem häufigeren Fall steht der selteneren gegenüber, daß Arzt und Pflegepersonal die Zwangssedierung für aktuell dringend und ohnehin unvermeidbar halten. In dieser Situation wirkt der Arzt bei der Injektion mit und bleibt wenn immer möglich bis zum Eintritt der Beruhigung beim Patienten.

Während der Berichtszeit wurden ausschließlich Notfallinjektionen gemäß § 53 der Kantonalen Krankenhausverordnung registriert. Nicht-dringliche Zwangsbehandlungen bei nicht grob störenden Kranken wurden nicht beobachtet. Es besteht allerdings kein Zweifel daran, daß eine Minderzahl von Kranken ihre kurmäßig verordneten Neuroleptika nur auf Zureden hin widerwillig und in diesem Sinne „gezwungenermaßen“ einnehmen (La Roche und Ernst 1975; Steiner 1976; Kläui 1982). Da der besonnene Kranke in diesen Fällen aber keinerlei Not-situation erzeugt, faktisch keinen Zwang erleidet und über die uneingeschränkte Möglichkeit zur Verweigerung verfügt, bleibt er außerhalb des Bereiches der gesetzlich erfaßbaren Zwangsmaßnahmen, die uns hier beschäftigen.

4. Methode

Die Beobachtungsperiode erstreckte sich vom 7. 2. 1981 bis zum 20. 5. 1981, mit urlaubsbedingten Unterbrechungen von insgesamt 12 Tagen. Während dieser 92 Tage sah die Untersucherin jeden Morgen die eingegangenen Tagesrapporte aller Klinikabteilungen durch. Sie notierte sich dabei alle (gesetzlich vorgeschriebenen) Meldungen über Isolierungen und Zwangsinjektionen, die sich am Vortag und während der Nacht ereignet hatten. Anschließend besuchte sie die betroffenen Kranken und Pflegeteams. Am Montag Morgen konnten maximal drei Tage seit dem Ereignis verstrichen sein, an den übrigen Tagen höchstens 24 Stunden. Die Untersuchungsgespräche wurden halbstrukturiert geführt (drei vorgeschriebene Fragen, freie Reihenfolge, beliebige Zusatzthemen).

Die betroffenen Patienten konnten für dieses *Erstgespräch* in jedem Fall erreicht werden, die handelnden Schwestern und Pfleger wegen des Schicht-

Tabelle 1. Übersicht über die Isolierungen (Is) und Zwangsinjektionen (In)

	In 3 Monaten	130 Ereignisse			58 Patienten			
	Beim selben Patienten	m	w	tot	m	w	tot	
69 Is 77 In	Nur Isolierungen	15	38	53	2	13	15	33
	Isol. + Injekt. ^a	6	10	16	8	10	18	mit Is
	Nur Injektionen	40	21	61	16	9	25	43 mit In
Summen			61	69	130	26	32	58
Alle Aufnahmen					174	174	348	

^a meist kombiniert, seltener zeitlich getrennt

wechselt nicht immer persönlich. In dieser Minderzahl der Fälle war auf die mündlichen Übergaberapporte und die schriftlichen Meldungen im laufenden Pflegebericht (Kardexblatt) abzustellen.

In einem späteren Zeitpunkt, wenn der zur Zwangsmaßnahme anlaßgebende psychopathologische Zustand des Patienten abgeklungen war, wurde der letztere (diesmal aber nicht mehr das Pflegepersonal) für ein *Zweitgespräch* aufgesucht. Dieses kam meist nach 10 bis 30 Tagen zustande (in zwei Extremfällen nach einem Tag bzw. nach 8 Wochen). Es unterblieb nur in zwei Fällen, weil der Ausritt des Patienten dem *Zweitgespräch* zuvor kam (s. Tabelle 5).

Beim Erst- wie beim *Zweitgespräch* wurden in allen Fällen sowohl den Patienten wie den Pflegeteams unter anderem die folgenden 3 *Fragen* gestellt:

1. *Warum* kam es zur Isolierung/Injektion?
2. *Wer* verursachte die Isolierung/Injektion?
3. Finden Sie rückblickend die Injektion/Isolierung *annehmbar*?

Die Fragen beleuchteten verschiedene Seiten desselben Erlebens. Sie decken sich zum Teil ihrem Sinn nach.

Die Gruppe der untersuchten Patienten wurde in bezug auf die Verteilung verschiedener Merkmale mit allen während 92 Tagen aufgenommenen 348 Kranken als *Kontrollgruppe* verglichen.

Die Wahrscheinlichkeit *P*, daß Unterschiede zwischen gefundenen Zahlenverhältnissen auf bloßem Zufall beruhen, wird im folgenden mit der Chi-Quadratmethode für vier oder mehr Felder berechnet.

5. Ergebnisse

5.1 Die Maßnahmen von außen betrachtet

Gesamtfrequenzen. Nach Tabelle 1 kam es in der ganzen Klinik nicht ganz alle Tage (69 mal in 92 Tagen) zu einer Isolierung und ungefähr ebenso oft (77 mal) zu einer Zwangsinjektion. Etwas häufiger als alle Tage (130 mal in 92 Tagen) kam es zur einen, zur anderen oder zu beiden Maßnahmen.

Die Maßnahmen fallen meist in die ersten beiden Wochen der Hospitalisierung (s. unten). Da der Median der Hospitalisierungszeiten aller 348 Aufgenom-

menen bei etwa 4 Wochen liegt, ist ein Vergleich mit eben dieser Gesamtstichprobe der gleichzeitig Aufgenommenen sinnvoller als ein Vergleich mit einem Stichtagsbestand. In einem solchen würden sich Langzeithospitalisierte häufen, bei denen Zwangsmaßnahmen nur noch äußerst selten vorkommen. Es ergibt sich, daß rund jede(r) 10. Aufgenommene früher oder später mindestens eine Isolierung, jede(r) 8. eine Injektion und jede(r) 6. die eine, die andere oder beide Maßnahmen erfährt. Die Isolierungsfrequenz entspricht den Zahlen mehrerer anderer Autoren auffallend gut (Mattson und Sacks 1978; Soloff und Turner 1981; Wells 1972), während gelegentlich auch höhere Frequenzen erwähnt werden (26% bei Plutchnik et al. 1978; 36% bei Schwab und Lahmeyer 1979; 44% bei Binder 1979).

Die Geschlechtsunterschiede gehen wahrscheinlich u.a. auf die unterschiedlichen baulichen Einrichtungen zurück (s. oben) und werden deshalb hier nicht interpretiert. *Altersgruppen, Berufsniveau, Hospitalisierungszahlen und Diagnosen* der Betroffenen zeigen im Vergleich mit allen Aufgenommenen keine signifikanten Abweichungen. In vergleichbaren Untersuchungen häufen sich unter den Isolierten oft jüngere Kranke, wohl wegen deren besonderer Lebhaftigkeit (Mattson und Sacks 1978; Plutchnik et al. 1978; Tardiff 1981). Die beiden ersten dieser drei Arbeiten erwähnen ferner eine Übervertretung der schizoprenen, die letztere der oligophrenen Kranken. Da aber die unterschiedliche Risikozeit der verschiedenen diagnostischen Gruppen, d. h. deren verschieden lange durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf den betreffenden Krankenabteilungen, nicht berücksichtigt werden, bleibt die Bedeutung der Befunde unklar.

Derzeitige Hospitalisierungsdauer. 42% aller Isolierungen und 61% aller Injektionen erfolgten innerhalb von fünf Tagen, 55% bzw. 75% innerhalb von 15 Tagen nach der Aufnahme. Nachher nimmt die Häufigkeit beider Maßnahmen rasch ab. Dabei gehören die betroffenen Kranken im Vergleich zu allen Aufgenommenen keineswegs zu den unter-, sondern zu den überdurchschnittlich lang Hospitalisierten. Die Maßnahmen häufen sich also eindeutig am Anfang des Klinikaufenthaltes und verteilen sich nicht gleichmäßig über denselben (ebenso Binder 1979).

Wiederholte Maßnahmen. Die Prozentanteile der Kranken, die während ihrer ganzen Klinikbehandlung nur eine einzige Maßnahme oder aber mehrere solche erfahren haben, läßt sich bei beschränkter Untersuchungszeit nicht genau ermitteln. Innerhalb der 3monatigen Beobachtung handelte es sich bei 17 von 33 Isolierungen und bei 26 von 43 Injektionen, also jeweils bei gut der Hälfte der Betroffenen, um einmalige Ereignisse. Nur 20% der Betroffenen erlebten eine mehr als zweimalige Maßnahme.

Die Dauer der Isolierung. Ihr Median beträgt für Männer etwa 6, für Frauen 1 bis 2 Stunden, für alle Isolierten 2-3 Stunden. Der Geschlechtsunterschied röhrt daher, daß die Männer viel häufiger als die Frauen eine ganze Nacht lang im Isolierzimmer verbrachten. Es sollte damit verhindert werden, daß sie ihre Mitpatienten im Wachsaal störten, während ein solcher Wachsaal auf den Frauenabteilungen nicht existierte. Insgesamt entspricht die Isolierungsdauer etwa denjenigen anderer Autoren (Plutchnik et al 1975; Soloff und Turner 1981).

Die primäre Ablehnung des Klinikeintrittes durch die später von Zwangsmaßnahmen Betroffenen. Schon seit Jahren vor dem Beginn der vorliegenden Studie tragen die

Tabelle 2. Die Ursachen der Maßnahmen im Urteil von Patienten und Pflegepersonal

„Warum kam es zur Isolierung?“

Anzahl Ereign.	Urteil von	Leiden des Pat ^a	Täglichkeiten ^b	andere Störg. ^c	Unrecht am Pat.	Antwort unklar
21 m	Pat.	0	0	1	3	17
	Pfl.	0	5	16	0	0
48 w	Pat.	4	20	4	1	19
	Pfl.	3	34	11	0	0

„Warum kam es zur Injektion?“

46 m	Pat.	2	3	2	10	29
	Pfl.	23	11	12	0	0
31 w	Pat.	2	3	0	13	13
	Pfl.	11	11	9	0	0

^a selten Depression, häufig wahnschaft-halluzinatorische endogene oder exogene Verwirrung ohne ausschlaggebende Störung der Umgebung

^b auch gegen Sachen (z. B. Geschirrbruch, Überschwemmung etc.)

^c z. B. Lärmen, Drohen

Aufnahmeärzte beim Aufnahmestatus routinemässig ein, ob sie die „Einstellung des Patienten zum Klinikeintritt“ als „akzeptierend“, „ambivalent oder indifferent“, „ablehnend“ oder „aus cerebralen Gründen (z. B. infolge Demenz oder Sopor) nicht beurteilbar“ einschätzen. Diese Einstellungsverteilung war nun bei den später von Maßnahmen betroffenen Patienten schon bei der Aufnahme mit 25% „Akzeptierenden“ ungünstiger (P kleiner als 0,001) als bei allen Aufgenommenen mit 57% (Die Geschlechtsunterschiede sind dabei unbedeutend.) Die Maßnahme erscheint also meist nicht als Reaktion auf einen aus heiterem Himmel hereingebrochenen Konflikt, sondern eher als vorläufiger Höhepunkt in der Eskalation einer Auseinandersetzung. Diese schwelt meist nicht erst seit dem Klinikeintritt, sondern schon vor der Einweisung häuften sich bei den betreffenden Kranken Täglichkeiten (Ernst 1975; Freytag 1975; Tardiff 1981; Wells 1972).

5.2 Die Maßnahmen im rückblickenden Urteil der Betroffenen

Es werden von nun an (ab Tabelle 2) nicht Personen, sondern Ereignisse (Maßnahmen) gezählt. Dies ist sinnvoll, weil es sich gezeigt hat, daß bei ein und demselben Patienten sowohl die „objektiven“ Ursachen wie die „subjektiven“ Bewertungen bei wiederholten Maßnahmen fast immer die gleichen bleiben.

Die Ursachen der Maßnahmen (Tabelle 2). „Unklare Antworten“ machen bei den Männern die Mehrzahl, bei den Frauen eine ansehnliche Minderzahl der Antworten aus. Der Geschlechtsunterschied röhrt zum Teil von den bei den Männern häufiger auftretenden alkoholischen Verwirrungszuständen her, die die Erinnerung an die Maßnahme trüben. Daraüber hinaus verbirgt sich aber hinter

Tabelle 3. Verursachende Person in der Meinung der Patienten

„Wer verursachte die Isolierung?“				
Anzahl Ereignisse	Ich selber	Pfleger Schwestern	Andere ^a	Antwort unklar
21 m	2	1	0	18
48 w	21	10	1 ^a	16
„Wer verursachte die Injektion?“				
46 m	3	13	4 ^a	26
31 w	6	9	4 ^a	12

^a „die Ärzte, die Klinikdirektion, die Pharma-Industrie, die Gesellschaft“

den unklaren Antworten ein schwer bestimmbarer Anteil von *Ablehnung*. Diese wird spürbar in einer Antwort wie z. B. „das nimmt mich auch wunder“ — auch wenn im übrigen kein deutlicher Protest vom Patienten zu erhalten ist. Die Anzahl der als unannehmbar empfundenen Maßnahmen ist also nicht bloß gleich der in der Kolonne „Unrecht“ stehenden Zahl, sondern sie liegt irgendwo zwischen dieser und ihrer Summe mit den „unklaren“ Antworten.

Daß das *Pflegepersonal* die Maßnahmen im Unterschied zu den Patienten nie als ungerecht und auch nie als unklar begründet beschreibt, versteht sich wohl von selbst. Unerwartet ist dagegen, daß die Isolierungen von den *Patienten* nur selten als *klares Unrecht* bezeichnet werden und daß dieses Urteil auch bei den Injektionen nur in der Minderzahl der Fälle ausgesprochen wird. Anderseits gibt auch nur eine kleine Minderzahl der Patienten vorbehaltlos zu, daß der Grund für die Maßnahme im *eigenen Verhalten* lag — mit der bemerkenswerten Ausnahme der weiblichen Isolierten, die diesen Zusammenhang 28 von 48 mal einräumten. Der Unterschied zu den Männern ist hier mit *P* unterhalb 0,001 hochsignifikant.

Daß schwerkranke Frauen häufiger *täglich* werden als schwerkranke Männer (hier mit *P* unterhalb 0,001 hochsignifikant), weiß jeder Klinikerfahrene. (Nur bei schweren Gewalttaten liegt das Geschlechtsverhältnis umgekehrt, vgl. Ernst 1975; Freytag 1975). Man würde aber nicht zum vornherein erwarten, daß tatsächlich 20 von 34 wegen Tätigkeiten isolierten psychischkranken Frauen ihr störendes Verhalten nachträglich zugeben.

Alles in allem werden die Injektionen von den Kranken mit *P* unterhalb 0,01 stärker abgelehnt als die Isolierungen, wobei dieser Unterschied in der Hauptsache auf die Frauen zurückgeht.

Die verursachende Person (Tabelle 3). Auch hier drückt sich die stärkere Ablehnung der Injektion im Vergleich mit der Isolierung aus. Ebenso wird nochmals die viel größere „Konzilianz“ der Frauen im Vergleich zu den Männern deutlich, besonders bei der Beurteilung der Isolierungen.

Die Veränderung des Urteils der Patienten mit der Remission (Tabelle 4). Die unklaren Antworten nehmen vom Erst- zum Zweitgespräch ab, weil viele

Tabelle 4. Die Bewertung der Maßnahmen durch die Patienten nach ein (bis 3) und nach 10–30 Tagen

„Finden Sie rückblickend die Isolierung annehmbar?“					
Anzahl Ereign.	Abstand in Tagen	akzeptierend	ambiv., indiff.	ablehnend	Antwort unklar
21 m	1(- 3) 10 -30	0 14	0 1	2 3	19 3
48 w	1(- 3) 10 -30	21 18	2 6	11 18	14 6
„Finden Sie rückblickend die Injektion annehmbar?“					
Anzahl Ereign.	Abstand in Tagen	akzeptierend	ambiv., indiff.	ablehnend	Antwort unklar
46 m	1(- 3)	0	2	16	28
45 m ^a	10 -30	8	8	21	8
31 w	1(- 3)	3	0	17	11
30 w ^a	10 -30	4	7	13	6

^a in je einem Fall kein Zweitgespräch wegen sofortigem Austritt nach dem Erstgespräch

berauschte, delirierende, verwirzte, autistische und negativistische Kranke inzwischen remittierten. Aus demselben Grund nehmen aber die *ambivalenten und indifferenten* Bewertungen zu (vor allem bei den Injektionen): Manche Patienten, die von ihren akuten exogenen Ausnahmezuständen genesen sind, können sich nicht mehr an das Ereignis erinnern.

Im ganzen kommt es viel häufiger zur Verdeutlichung als zur Verunsicherung des Urteils. Dabei zeigt sich ein markanter Geschlechtsunterschied: Bei den *Männern* kommt es viel häufiger zur „Versöhnung“ als zur verschärften Ablehnung, in bezug auf die Isolierungen sogar drastisch. Bei den *Frauen* ist diese Entwicklung nur bei den Injektionen und nur als schwacher Trend erkennbar, während sich bei den Isolierungen die Ablehnung sogar eher noch etwas verstärkt.

Daß insgesamt die Injektionen bedeutend heftiger abgelehnt werden als die Isolierungen, ging schon aus den früheren Tabellen hervor.

6. Diskussion

Die Ablehnung der Patienten gegenüber den Zwangsmäßignahmen ist bedeutend weniger einhellig als es der Außenstehende erwartet. Nach Ablauf von 10–30 Tagen werden die Isolierungen nur noch von einer Minderzahl der Betroffenen klar abgelehnt. Auch bei den Zwangsinjektionen erreichen jetzt die eindeutig Protestierenden nirgends mehr 50%, wenn sie auch die eindeutig Akzeptierenden immer noch deutlich überwiegen. – Daß ein Kranker eine Maßnahme nachträglich akzeptiert, heißt allerdings noch nicht, daß sie auch adäquat war.

Die Zwangsinjektionen werden im ganzen stärker abgelehnt als die Isolierungen. Vielleicht liegt der Grund darin, daß gelegentliches Eingesperrtwerden vielen Menschen von Kind an „vertraut“ ist, während die Zwangsinjektion als eine eingreifendere Verletzung der körperlichen und (bei Psychopharmaka) der seelischen Integrität erlebt wird. Nie wurde von Isolierten über klaustrophobe Ängste geklagt.

Wurden die Zwangsmaßnahmen unverhältnismäßig häufig angewendet? Die Untersucherin gelangte nicht zu dieser Überzeugung. Ein einziges Mal erschien ihr die Art des Vorgehens von Seiten des Pflegepersonals als unnötig hart (übrigens in Übereinstimmung mit der nachträglichen Beurteilung durch die hauptsächlich betroffene Pflegeperson selber). Dieser verhältnismäßig günstige Eindruck vermag freilich seine „Richtigkeit“ nicht unter Beweis zu stellen. Der Leser kann nicht wissen, ob er einer ehemaligen Assistenzärztin der Klinik Neutralität gegenüber der Institution zubilligen soll oder nicht.

Zudem läßt sich grundsätzlich nie ausschließen, daß durch noch geduldigeres oder geschickteres Verhalten des ärztlichen und pflegerischen Personals eine bestimmte Zwangsmaßnahme vermeidbar gewesen wäre. Umgekehrt kann man aber auch mindestens bei allen vorgefallenen (z. T. erheblichen) Tätigkeiten die Ansicht vertreten, daß eine frühzeitige Isolierung oder Zwangssedierung die entscheidende Eskalation zum Vorteil des Kranken und seiner Mitpatienten verhindert hätte.

Wie könnten die Zwangsmaßnahmen in der untersuchten Klinik reduziert werden? Daß wir praktikable Behandlungs- und Pflegeregeln dieser Art nach all unserer Untersuchungsarbeit nicht vorlegen können, mag enttäuschen. Auch strengere gesetzliche Kontrollmaßnahmen als die bestehenden versprechen u. E. keine Verbesserung für die Patienten. Stärkere Einschränkungen der Zwangsinjektionen würden für viele Kranke einfach zu vermehrten und wesentlich länger dauernden Isolierungen führen, bis hin zum „Zellendasein“ vergangener Zeiten. Umgekehrt kann Mangel an Isolierungsmöglichkeiten zu übermäßigem Neuroleptikaverbrauch führen (Patzold 1976). Abgesehen von der erhöhten Intoxikationsgefahr bedeutet dies für maniform angetriebene und reizbare Patienten die größere Plage als eine zeitlich umschriebene Isolierung. Werden schließlich beide Arten von Maßnahmen über ein gewisses Maß hinaus erschwert, finden die Kliniken Mittel und Wege, untragbare Kranke zu entlassen und ihre Wiederaufnahme unter verschiedenen Begründungen von sich zu weisen. Eine solche Aufnahmepolitik ist aber geeignet, das Leiden der Kranken und ihrer Angehörigen nicht zu verringern, sondern zu vergrößern.

Auch eine weitergehende „Kontrolle“ der Zwangsmaßnahmen durch Assistenz- oder Oberärzte würde wenig ändern. Zwar trägt jeder Arzt die alleinige Verantwortung für seine festen wie für seine Reservemedikationen. Auf den (meist durchaus begründeten) Wunsch des Pflegepersonals verweigert aber kaum je ein zuständiger Arzt die sedierende Verordnung definitiv. Noch viel seltener beanstandet er die Ermessensentscheide des Pflegepersonals auf dem Gebiet der Isolierungen. Seine vorgängige „Bewilligung“ oder nachträgliche „Genehmigung“ einzuholen bedeutet eine Alibiübung.

Hingegen ist an der schriftlichen Meldepflicht des Personals für alle Zwangsmaßnahmen festzuhalten. Sie bedeutet die adäquatere und auch wirksamere Bremse als andere Einschränkungsversuche. Gleichzeitig dokumentiert sie die Verantwortung der Krankenhausleitung für die Maßnahmenpraxis. Selbstverständlich gehört aber die Diskussion von Zwangsmaßnahmen an die Personalbesprechungen und Supervisionsveranstaltungen, die unter ärztlicher Beteiligung stattfinden. Hier erfährt der Arzt zusätzlich zu seinem unmittelbaren Erleben des Abteilungs-Alltags, welche außerordentliche, mit fast keinem anderen Beruf vergleichbare Belastung der Umgang mit schwierigen Kranken für das Pflegepersonal bedeutet.

Wie lassen sich unvermeidliche Zwangsmaßnahmen so rücksichtsvoll wie möglich durchführen? Diese Frage lässt sich bedeutend klarer beantworten als die vorausgegangene. Eine erste pflegerische Grundregel lautet: 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 die Chance des Gesprächs mit einem Dritten und er erspart ihm gegebenenfalls eine gefährliche Rauferei (Ernst 1981, S. 198).

Die zweite Grundregel betrifft die Ärzte: Es ist 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.

Aber auch wenn eine unausweichliche Zwangsmaßnahme taktvoll durchgeführt worden ist, darf der Zwischenfall nicht als erledigt gelten. Isolierte Kranken sind in angemessenen Abständen zu besuchen. Dies auch (und vor allem) dann, wenn sie medikamentös sediert wurden – schon im Hinblick auf mögliche körperliche Komplikationen (Mattson und Sacks 1978). Darüber hinaus hinterlassen derartige Eingriffe sehr oft resignierte oder bittere Gefühle im Überwältigten. Pflegepersonen und behandelnde Ärzte sollten nachträglich dem Patienten gegenüber auf das Geschehnis zurückkommen.

Es schadet nichts, wenn dabei nach dem Prinzip des „vorwurfsfreien Vorhaltes“ das psychopathologisch (oder auch einmal normalpsychologisch!) bedingte störende Verhalten des Patienten mit ihm erneut besprochen wird. Mit Vorteil geschieht dies sogar ein weiteres Mal, nachdem der anlassgebende psychopathologische Zustand des Kranken abgeklungen ist, *Was in dieser Studie Untersuchungsmethode war, sollte therapeutische Regel werden*. Aber an die therapeutische Bedeutung solcher Nachbesprechungen für die Patienten denken wir Klinikpsychiater bis heute zu wenig. *Wir sollten dergleichen in unserer Agenda notieren*, wie wir es mit den fälligen Röntgenkontrollen bei einer Fraktur tun. Es sollte seltener vorkommen als es heute vorkommt, daß derselbe Arzt, der regelmäßig am Zweiwegspiegel oder Videomonitor therapeutische Interaktionen erlernt, auf der Abteilung weder seinen heute morgen isolierten oder zwangssedierten Patienten noch dessen Pfleger mit einem Wort danach fragt, was beide vom Zwischenfall halten. Man soll nicht darauf vertrauen, daß Gras über die Sache wachsen werde.

Literatur

- Binder RJ (1979) The use of seclusion on an inpatient crisis intervention unit. *Hosp Community Psychiatry* 30 : 266-269
- Ernst K (1975) Tätigkeiten psychiatrischer Klinikpatienten in der Erinnerung des Pflegepersonals. Eine retrospektive Erhebung. *Psychiatr Clin* 8 : 189-200
- Ernst K (1981) Praktische Klinikpsychiatrie für Ärzte und Pflegepersonal. Springer Berlin Heidelberg New York
- Ernst K, Egloff A (1974) Freiwilligkeit und Zwang bei 200 psychiatrischen Klinikaufnahmen. *Nervenarzt* 45 : 178-182
- Freytag P (1975) Registrierte Tätigkeiten in einer psychiatrischen Klinik. *Med Diss Zürich*
- Kläui Ch (1982) Die psychiatrische Klinikbehandlung in den Augen austretender Patienten. Unveröffentlichtes Manuskript aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich 1982.
- La Roche Ch, Ernst K (1975) Die psychiatrische Klinikbehandlung im Urteil von 200 Kranken und ihren 15 Ärzten. *Arch Psychiat Nervenkr* 220 : 107-116
- Mattson MR, Sacks MH (1978) Seclusion: uses and complications. *Am J Psychiatry* 135 : 1210-1213
- Patzold U, Krüger H, Angermeier M (1976) Einfluß nicht-pharmakologischer Faktoren auf den Neuroleptikaverbrauch bei stationärer psychiatrischer Akutbehandlung. *Psychiatr Prax* 3 : 222-229
- Plutchnik R, Karasu TB, Conte HR, Siegel B, Jerrett J (1978) Toward a rationale for the seclusion process. *J Nerv Ment Dis* 166 : 571-579
- Schmied K (1982) Isolierung und Injektion gegen den Willen des Kranken im Urteil von Patient und Pflegepersonal. Eine Dreimonats-Stichprobe aus einer psychiatrischen Klinik. *Med Diss Zürich*
- Schwab PJ, Lahmeyer CB (1979) Uses of seclusion on general hospital psychiatric unit. *J Clin Psychiatr* 40 : 228-231
- Soloff PM, Turner SM (1981) Patterns of seclusion. A prospective study. *J Nerv Ment Dis* 169 : 37-44
- Steiner J (1976) Die Einstellung Chronischkranker zur psychiatrischen Klinikbehandlung. *Med Diss Zürich*
- Tardif K (1981) Emergency control measures for psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis* 169 : 614-618
- Waller H (Hrsg.) (1982) Zwangseinweisung in der Psychiatrie. Hans Huber, Bern
- Weinstein RM (1979) Patient attitudes toward mental hospitalization: a review of quantitative research. *J Health Soc Behav* 20 : 237-258
- Wells DA (1972) Use of seclusion on a university hospital floor. *Arch Gen Psychiat* 26 : 410-413

Eingegangen am 28. August 1982