

Universitätsklinikum Hamburg - Eppendorf

Aus dem Therapie - Zentrum für Suizidgefährdete
(Leitung: Priv. Doz. Dr. med. R. Lindner)

der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
(Direktor: Prof. Dr. med. D. Naber)

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Suizidalität in der Einweisungspraxis des Psychiatrischen Notdienstes und der Sozialpsychiatrischen Dienste in Hamburg

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg vorgelegt von

Antonia Ballerstedt

aus Hamburg

Hamburg 2011

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 27.03.2012

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. med. P. Götze

Prüfungsausschuss 2. Gutachter: PD Dr. med. R. Lindner

Prüfungsausschuss 3. Gutachter: Prof. Dr. med. K. Püschel

INHALTSVERZEICHNIS	SEITE:
1 ARBEITSHYPOTHESEN UND FRAGESTELLUNGEN	5
2 EINLEITUNG	6
2.1 Allgemeine Begriffsdefinitionen.....	6
2.2 Überblick über den aktuellen Wissensstand.....	7
2.3 Individueller und gesellschaftlicher Rahmen der Zwangseinweisung	8
2.3.1 Zur Auswirkung der Zwangseinweisungen auf die Betroffenen	14
2.4 Gesetzliche Grundlagen	16
2.5 Psychiatrische Notfälle in Hamburg - Organisation und Praxis im SPD und PND.....	19
2.6 Zur Vergleichbarkeit in Bundesländern und europäischen Ländern	21
2.6.1 Vergleich der Bundesländer	21
2.6.2 Europäischer Vergleich	24
2.7 Zur aktuellen Diskussion über die Frage der Zunahme von Zwangseinweisungen in Deutschland	
26	
2.7.1 Probleme in der Diskussion um einen fraglichen Anstieg	29
2.7.2 Erklärungen für einen Anstieg	31
2.8 Einweisungsbegründungen und Diagnosen bei Unterbringungsbeschlüssen	33
2.9 Hilfsmittel zur Entscheidungsfindung bei Zwangseinweisungen.....	37
2.10 Studien zur Suizidalität im ärztlichem Notdienst.....	39
2.11 Zielsetzung dieser Arbeit	41
3 MATERIAL UND METHODEN	42
3.1 Material	42
3.2 Methoden.....	43
3.2.1 Grounded Theory	43
3.2.2 Durchführung dieser Arbeit und Anwendung der Grounded Theory.....	45
4 ERGEBNISSE	47
4.1 Entwicklung der Zahl von Zwangseinweisungen in Hamburg.....	47
4.2 Daten aus dem Jahr 2003.....	50
4.2.1 Monats- und Tagesverteilung.....	51
4.2.2 Untersuchungsort	53
4.2.3 Geschlechterverteilung	54
4.2.4 Diagnoseverteilung	56
4.2.5 Vergleich der Zahl der Einweisungen durch Ärzte des SPD und des PND	58
4.3 Suizidalität.....	60

4.4	Hauptkategorien der Einweisungsgründe.....	65
4.5	Interviews mit Ärzten aus dem SPD und PND.....	72
5	DISKUSSION.....	75
5.1	Einweisungsraten und Einweisungsquoten.....	75
5.2	Geschlechter- , Alters- , Tages- , Wochentags- , Monats- und Ortsverteilung.....	77
5.3	Einweisungsgründe und Diagnosen	79
5.3.1	Diskussion der häufigsten Einweisungsgründe.....	80
5.3.2	Vergleich der Aussagen der Experteninterviews mit den Angaben in den Einweisungsakten.....	83
5.4	Suizidalität.....	84
5.4.1	Informationen zum Alter und Geschlecht der Gruppe mit Suizidalität.....	86
5.5	Arztabhängigkeit der Einweisungen	87
5.6	Abschließende Bewertung dieser Studie	89
5.7	Vorschläge und Ausblicke in die Zukunft.....	91
5.7.1	Leitlinien zur Zwangseinweisung Suizidaler	91
5.7.2	Dokumentation der Einweisungen	93
5.7.3	Kommunikation.....	94
5.7.4	Ein einheitliches Bundesgesetz.....	95
6	ZUSAMMENFASSUNG.....	96
7	ANLAGEN.....	97
7.1	Einweisungsbögen des PND.....	97
7.2	Monitoring - Bogen	101
7.3	Halbstrukturiertes Interview mit Ärzten des PND und SPD	102
7.4	Häufigkeit der Hauptkategorien.....	103
8	LITERATURVERZEICHNIS.....	105
9	DANKSAGUNG.....	113
10	ERKLÄRUNG.....	114

1 Arbeitshypothesen und Fragestellungen

Diese Arbeit beschäftigt sich mit den Hintergründen, dem Umfeld, den Argumenten und Eindrücken, die zu Zwangsunterbringung durch die Ärzte des psychiatrischen Notdienstes (PND) und des sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD) in Hamburg führten.

Durch die Auswertung von 741 Unterbringungsanträgen aller zwangseingewiesenen Menschen aus dem Jahr 2003 des Psychiatrischen Notdienstes und sozialpsychiatrischen Dienstes wird untersucht, welche Gründe jeweils für eine Zwangseinweisung nach dem §12 des Hamburgischen Gesetzes über Hilfe und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) ausschlaggebend waren.

Die Diagnosen und Kriterien zur Zwangseinweisung, welche die Ärzte in den Unterbringungsanträgen beschrieben, wurden mittels einer systematischen qualitativen Methode, abgeleitet von der Grounded Theory, gruppiert und zusammenfassend benannt. Diese wurden mit Einweisungsgründen verglichen die in halbstrukturierten Interviews mit 19 einweisenden Ärzten genannt wurden.

Zusätzlich wurden aus den Akten Alter und Geschlecht der Personen, Uhrzeit, Wochentag, Monat, Ort der Untersuchung der Zwangsunterbringung, einweisender Arzt - erfasst und bezüglich ihrer Häufigkeit und Verteilung ausgewertet.

Ein Drittel (33,9%) der von Zwangsunterbringung betroffenen Personen im Jahr 2003 wurde durch die Ärzte des Psychiatrischen Notdienstes und des Sozialpsychiatrischen Dienstes nach dem HmbPsychKG §12 begutachtet und eine Unterbringung empfohlen. Die anderen zwei Drittel betrafen Zwangsunterbringungen, die überwiegend durch Ärzte in den Krankenhäusern und zum Teil durch niedergelassene Ärzte veranlasst wurden.

Da es keine aktuellen Untersuchungen über die Häufigkeit der verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbilder im Hamburger Notdienst gibt, soll diese Arbeit darüber hinaus klären, welche Rolle die Suizidalität bei den hier dokumentierten Zwangsunterbringungen einnimmt, das heißt, wie häufig und unter welchen psychiatrischen und sozialen Bedingungen Suizidalität und Suizidversuche als Einweisungsgründe der Ärzte des PND und SPD im Jahr 2003 vorkamen.

Der erhoffte klinische Gewinn soll einen Überblick über verlässlichere Einweisungskriterien geben, die zur Definition von entscheidungsrelevanten Variablen beitragen.

Es ergibt sich die Möglichkeit des Vergleiches der unterschiedlichen Einweisungskriterien und Handlungsweisen einweisender Ärzte.

Bei grenzwertigen Indikationen für Zwangsunterbringung könnte die Beschäftigung mit den Einweisungskriterien Übereinstimmung der Einweisungspraxis erreichen und eine bessere Grundlage schaffen für Alternativen zur Versorgung.

Die Arbeit kann somit zu einer Qualitätssicherung gesundheitspolitischer und klinisch - psychiatrisch relevanter Behandlungsformen beitragen.

Anmerkung für diese Arbeit:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird hier ausschließlich die männliche Form verwendet. Gemeint sind stets Personen beider Geschlechter.

2 Einleitung

2.1 Allgemeine Begriffsdefinitionen

Im Folgenden werden einige der zentralen Begriffe definiert, die in dieser Arbeit Verwendung finden: Zwang, Unterbringung, Errichtung und Gewalt sind in dieser Diskussion wichtige Begriffe, die unterschiedlich in den Fachkreisen gebraucht werden.

Zwangseinweisung (nach PsychKG) bedeutet die sofortige Klinikeinweisung einer Person gegen ihren ausdrücklich erklärten Willen. Sie wird überwiegend mit ZE abgekürzt. Dieser Begriff wird in dieser Arbeit häufig verwendet, da er ausschließlich die von außen in ein Krankenhaus Eingewiesenen beschreibt und nicht die in der Klinik zurückgehaltenen Personen.

Der Begriff wird unterschiedlich bei Personen verwendet, deren Wille nicht klar geäußert wird, da in diesen Situationen per Definition nicht eindeutig zu bestimmen ist, ob es sich um eine Zwangsmassnahme handelt (siehe Unterbringung). In dieser Arbeit wird bei den jeweiligen Studien zumeist der Begriff aus der jeweiligen Arbeit verwendet, da der verwendete Begriff selten genau definiert wird.

Der Begriff **Unterbringung** (nach PsychKG) erweitert den Begriff der Zwangseinweisung. Gemeint ist die Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung auch dann, wenn die betroffene Person zustimmt, diese Zustimmung aber nicht tragfähig ist, oder es sich um eine demente Person handelt, die eine rechtsgültige Einwilligung nicht geben kann. Auch die Hinderung am Verlassen einer Einrichtung (siehe Errichtung) fällt unter diesen Begriff.

Eine **sofortige Unterbringung** bedeutet, dass Gefahr im Verzug ist und sofort gehandelt werden muss, ggf. ohne eine richterliche Erlaubnis einzuholen. Häufig wird der Begriff der „Zwangseinweisung“ von dem der „sofortigen Unterbringung“ nicht sorgfältig getrennt.

Unter einer **Errichtung** wird eine freiheitsentziehende Maßnahme, die innerhalb eines Krankenhauses vorgenommen wird, verstanden; z.B. wenn eine Person zu ihrem Schutz oder zum Schutz Anderer in einer (oft geschlossenen) Abteilung einer Klinik untergebracht werden muss. In vielen Bundesländern werden dafür statt Errichtung die Begriffe „**zwangsweise Zurückhaltung**“ oder „**fürsorgliche Zurückhaltung**“ gebraucht.

Zwangsmaßnahmen beschreiben alle Formen von Handlungen gegen den Willen des Betroffenen (z.B. Fixierungen, Medikamentengaben, Zwangseinweisungen, Errichtungen).

Die **Zwangseinweisungsrate** ist die Anzahl der Zwangseinweisungen auf 100.000 Einwohner in der untersuchten Region.

Die **Zwangseinweisungsquote** ist der Anteil Zwangseingewiesener bezogen auf alle stationären psychiatrischen Aufnahmen (Behandlungsepisoden) in der untersuchten Region.

Der **psychiatrische Notdienst** wird als PND abgekürzt, der **sozialpsychiatrische Dienst** als SPD (in anderen Bundesländern als SPsD oder SPD_i).

Ergebnisse dieser Arbeit werden in Tabellen mit **Hamburg** bzw. **HH 2003** abgekürzt.

2.2 Überblick über den aktuellen Wissensstand

Um einen Überblick der Diskussionslage zu ermöglichen, fasst dieses Kapitel die Veröffentlichungen zum Thema Zwangseinweisungen in die folgenden fünf Themenbereiche zusammen. Im folgenden Absatz wird eine grobe inhaltliche Zuordnung der einzelnen Arbeiten in die jeweiligen Themenkomplexe vorgenommen:

1. Die ethische Diskussion zum allgemeinen Thema Zwang und Gewalt. Ebenfalls der Umgang damit in der Psychiatrie (z.B. HENN 1996, FINZEN 1993, CHODOFF 1984) wird im **Kapitel 2.3** erläutert und diskutiert.
2. Die gesetzlichen Grundlagen von Unterbringungen, Unterschiede der Landesgesetze, die Kenntnisse der Gesetze, deren rechtmäßige Handhabung und die Unterschiede der Strukturen und Voraussetzungen der Bundesländer (z.B. MARTIN & STEINERT 2005, CORDING & WEIG 2003, FEHN et al. 2003, MARSCHNER 2005, 1998, 1988, GOLLMER 1998) und die gesetzlichen Grundlagen in Deutschland und die Organisation des psychiatrischen Notdienstes in Hamburg werden in **Kapitel 2.4 und 2.5** erläutert.
3. Die Unterschiede der Zahlen von Zwangseinweisungen in den Bundesländern, in Regionen und europäischen Ländern (z.B. SPENGLER 2007, 2005, 1994. SALIZE & DREBING 2004, POLAK & SCHLÄFKE 2001, REGUS & DEPNER 1998, BRUNS 1993, RIECHER - RÖSSLER & RÖSSLER 1993, 1992, LORENZEN 1981) werden im **Kapitel 2.6** behandelt.
4. Die Beobachtung der Entwicklung der Zahlen von Zwangseinweisungen über einen Zeitraum in ganz Deutschland oder in einer Region (z.B. SALIZE et al. 2007, KALLERT 2007, 2005, MÜLLER 2006, 2003) werden in dem **Kapitel 2.7** diskutiert.
5. Studien, die soziale versorgungsepidemiologische Aspekte, Voraussetzungen und Einweisungsgründe für Zwangseinweisungen und die Betroffenen und ihre Probleme und Grundsituation in Typen einteilen (BRUNS 1993, RIECHER & RÖSSLER 1991, SPENGLER et al. 1986, DEGKWITZ 1986, KOWERK 1985, STUMPFE 1981). werden im **Kapitel 2.8 und 2.9** nach Einweisungsbegründungen und Diagnosen zusammengestellt.

2.3 Individueller und gesellschaftlicher Rahmen der Zwangseinweisung

„Der Entzug der körperlichen Freiheit ist der schwerste Eingriff, den der Staat gegenüber einem Mitbürger vornehmen kann. Selbst der größte Straftäter hat nicht mehr zu erwarten als den Entzug der körperlichen Freiheit“ [UNGER 1984, S.430].

Eine Zwangseinweisung ist ein Eingriff in die Selbstbestimmung des Einzelnen, um ihn vor sich selber oder Andere vor ihm und den Auswirkungen seiner Taten zu schützen. Dies ist für den Betroffenen oft ein entscheidender Einschnitt in seinem Leben, der ein psychisches Trauma hinterlassen und schwerwiegende Folgen im psychischen, sozialen und materiellen Bereich des Lebens des Betroffenen haben kann. Es kann, wie auch durch die psychische Erkrankung selbst, zu zusätzlichen Stigmatisierungen im sozialen Umfeld und zu einem belastenden Erleben, wie z.B. Schamgefühlen und ähnlichen Gefühlen, kommen.

Eine Zwangseinweisung kann der Anfang einer negativen persönlichen Entwicklung sein, die im Extremfall destruktive, irreversible Auswirkungen auf das Leben des Betroffenen hat. UNGER (1984), BRUNS (1993) und FINZEN (1993) berichten, dass es zum Entzug des Führerscheines, zur Einschränkung des Wahlrechtes, zum Entzug der Erlaubnis zur Berufsausübung (z.B. für Rechtsanwälte, Ärzte und Krankenschwestern) und zu Einträgen in das polizeiliche Führungszeugnis kommen kann.

In der Akutsituation steht der Arzt vor einem Entscheidungskonflikt, der trotz spezieller Gesetze sehr von seiner Erfahrung und seiner subjektiven Einschätzung der Gefahr abhängig ist. Eingeschätzt werden muss die von der Person ausgehende Gefahr für sich und Andere und das aus der Zwangsunterbringung resultierende Trauma.

In die Einschätzung fließen zusätzlich grundsätzliche Konflikte zwischen der Abwägung des „Rechts“ auf abweichendes und ungewöhnliches Verhalten und der Fürsorgepflicht des Staates gegenüber Schutzbedürftigen ein. FINZEN vertritt, dass *„es Situationen gibt, in denen psychische Kranke ein Recht darauf haben, dass ihnen gegen ihren erklärten Willen geholfen wird“* [FINZEN 1993, S.149]. Hinzu kommen subjektive Aspekte, die in der Person des Arztes liegen, z.B. inwieweit er selbst Gefühle von Ohnmacht, emotionaler Mitbeteiligung, aber auch die ihm zugewiesene Macht, Freiheit zu entziehen, ertragen kann bzw. es wahrnimmt und damit umgeht.

Die Entscheidung für oder gegen eine Zwangseinweisung bewegt sich zwischen zwei Extremen: der Unterdrückung der Selbstbestimmung eines Menschen auf der einen Seite und dem Respekt vor dessen Autonomie auf der anderen Seite, d.h. Bevormundung vs. Patientenautonomie. Dieses Problem besteht bei jeder Zwangseinweisung - *„Ein ethisches Dilemma“* [STEINERT et al. 2001, S. A 2696].

Die zwei häufigsten genannten Begründungen für Zwangseinweisungen sind zum einen die „individuelle Fürsorge“ und zum anderen die „Gefahrenabwehr“. In Deutschland wird im Gegensatz zu anderen Ländern dem Gesetz nach nur aus dem zweiten Grund eingewiesen.

In vielen Fällen geht es nicht nur um das Wohl des Betroffenen und um den Konflikt zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung, sondern um den Schutz anderer Personen. Die Entscheidung für oder gegen eine Einweisung kann weit reichende Folgen für Andere haben, z.B. den Tod einer beteiligten, bedrohten Person, mit der eventuellen Folge von Traumatisierungen der umgebenden Menschen (Familienangehöriger, auch für Betreuer, Polizisten und Ärzte) [REHBEIN 2006].

Der Konflikt besteht also ebenfalls zwischen Gefährdung versus Selbstbestimmung und Freiheit. KEBBEL fasst den Konflikt zusammen: *„Bezüglich des Spannungsbogens zwischen der Achtung der Unantastbarkeit der Person einerseits und dem Erfordernis der Ausübung von Zwang andererseits stehen Psychiater und Psychiaterinnen vor einem unauflösbaren Konflikt. Entscheiden sie sich angesichts der Unwägbarkeiten bei der Beurteilung von*

suizidalem oder gewalttätigem Verhalten eher für die Patientenrechte, werden sie möglicherweise häufiger mit den deletären Folgen von Suizid/Suizidversuch oder Gewalt konfrontiert, entscheiden sie sich dagegen eher für die Sicherheit ihrer Patienten und Patientinnen und deren Umwelt, müssen auch andere Patienten und Patientinnen, die letztlich keine gefährdenden Handlungen ausführen, Freiheitsbeschränkungen hinnehmen“ [KEBBEL 1997, S.31].

Durch diesen immer wiederkehrenden, für alle beteiligten Personen belastenden Konflikt ergeben sich in der Fachwelt und in der Gesellschaft wiederholt Diskussion [FINZEN 1993 S.9]. Bei schwer zu definierenden und zu verallgemeinernden Grenzen, sich ändernden gesellschaftlichen Ansichten und Normen gibt es bisher keine zureichenden einheitlichen Regelungen. Auf die Problematik wird im Folgenden genauer eingegangen.

Seit Jahrzehnten wird diskutiert, welche Rechtfertigungen die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie findet.

Historisch gesehen hat sich die Psychiatrie zwischen den Extremen (z.B. die Einlieferung von psychisch beeinträchtigten Menschen in Konzentrationslager während des Nationalsozialismus versus die so genannte „Antipsychiatriebewegung“ in den 60iger Jahren) hin und her bewegt.

In den letzten zwei Jahrzehnten mehren sich erneut die Stimmen, die Kompromisse suchen und gleichzeitig sagen, dass Zwang in der Psychiatrie ein notwendiges Mittel ist. Psychiatrie komme ohne Zwang letztlich nicht aus, sollte ihn immer so gering wie möglich anwenden, seine Reduzierung und Regulierung sei eine sehr wichtige, vordringliche Aufgabe [GERBER 1997, SPENGLER 1986a].

FINZEN (1993) begründet die Notwendigkeit von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie damit, dass bei den Betroffenen durch psychische Krankheit ihr Urteilsvermögen und damit ihre Entscheidungsfähigkeit verändert sind. Er sagt, dass psychisch Kranke zwar das gleiche Recht wie körperlich Kranke haben, sich über ihre Behandlungsbedürftigkeit zu irren, dass sie aber genauso ein Recht auf Behandlung haben, wenn sie in ihrem Urteilsvermögen beeinträchtigt sind und genau diese Einschätzung ihnen nicht mehr möglich ist.

WALLER (1978) stellt folgende medizinsoziologische Aspekte heraus: Zwangseinweisungen stellen ein ungelöstes soziales Problem dar. Sie sind durch sozialmedizinische Maßnahmen bis auf einen geringen Prozentsatz vermeidbar. Sie sind eine Reaktion der Gesellschaft auf abweichendes Verhalten und einer soziologischen Betrachtung zugänglich. Die Erklärungen für eine Zwangseinweisung können nur in einem komplexen Zusammenhang gelingen.

Dem gegenüber vertreten MARTIN et al. (2007), dass es „*einstweilen für bestimmte Formen psychischer Störungen und Verhaltensweisen nicht völlig verzichtbar*“ [MARTIN et al. 2007, 26] ist, Zwangsmaßnahmen durchzuführen. Sie betonen zudem, dass die therapeutische Wirksamkeit von Zwangsmaßnahmen empirisch fundiert sei.

Der Entscheidungskonflikt für oder gegen eine Zwangseinweisung wird auch durch die Folgen auf der juristischen Ebene, die zunehmend auch in der Psychiatrie eine Rolle spielt, mitbestimmt. Es sei eine permanente „*Gratwanderung zwischen Freiheitsberaubung und unterlassener Hilfeleistung*“ [FINZEN 1993, S.17].

Hieraus ergeben sich die Fragen, welche Situationen es gibt, in denen in unserer Gesellschaft die Anwendung von Zwang unumgänglich scheint und welche Gegebenheiten und Gründe die Justiz und die Gesellschaft jeweils für eine Zwangseinweisung anerkennt. Wann ist die Situation so bedrohlich, dass „zwangsläufig“ gehandelt werden muss?

Auf internationaler und europäischer Ebene liegen einige grundsätzliche Erklärungen vor:

Die „Deklaration von Madrid 1996“ des Weltverbandes der Psychiatrie gibt ethische Leitlinien vor, wie Psychiater sich verhalten sollten, d.h. welche Rechte und Pflichten sie haben. Zu Zwangsmaßnahmen ist dort formuliert: „*Gegen den Willen des Patienten soll keine Behandlung durchgeführt werden, es sei denn, dass die Vorenthaltung der Behandlung das*

Leben des Patienten oder anderer Personen in seiner Umgebung gefährdet“ [HELMCHEN 1998, S.454].

Die Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaft (SAMW) publizierte 2004 die Schrift „Zwangsmassnahmen in der Medizin - Medizin - ethische Richtlinien“, die sich an alle Ärzte wendet und Informationen zu den Voraussetzungen einer Zwangsunterbringung in der Schweiz gibt. Darin wird der Grundkonflikt dargestellt, die rechtlichen Grundlagen und die Rechte und Pflichten der Konfliktbeteiligten werden benannt, konkrete Entscheidungshilfen jedoch nicht [SAMW 2004].

Eine Arbeitsgruppe des Steering Committee on Bioethics (CDBI) des Europarats publizierte 2000 das „white paper“, Richtlinien zur Verteidigung der Würde und der Rechte von Menschen, die unter psychischen Krankheiten leiden. Auch in diesem Papier finden sich wenige konkrete Hilfen, wenn auch genauere Angaben zu den Rechten der Betroffenen formuliert werden. In beiden Veröffentlichungen geht es nicht nur um die Gefahrensituation sondern auch um den fraglichen Nutzen der Maßnahme für den Patienten.

Die Gesetze zum Schutz psychisch Kranker der einzelnen Bundesländer stellen für eine Zwangseinweisung die Bedingung, dass *„die gegenwärtige Gefahr besteht, dass die Person sich selber oder eine andere Person erheblich schädigt“* [HmbPsychKG]. Zudem muss eine psychische Erkrankung bestehen - und weder eine tragfähige Freiwilligkeit in Bezug auf die Behandlung - noch eine Möglichkeit zu einer alternativen Behandlung vorhanden sein. (Auf die gesetzlichen Voraussetzungen wird im Kapitel 2.4. genauer eingegangen.)

Die nächste Schwierigkeit für den Mediziner ist die Definition der „gegenwärtigen Gefahr“. Hierzu gehört die Frage, ob es verschiedene und welche Dimensionen der Gefahr gibt und wenn ja, ab welchem Grad der Gefährdung die Einschränkung der Freiheit erlaubt und geboten ist [KEBBEL 1997]. FEHN et al. definierten Gefahr als: *„(...) drohender Schadenseintritt. Darüber hinaus wird vom Gefahrenbegriff auch der bereits eingetretene Schaden, also die realisierte Gefahr, umfasst“* [FEHN et al. 2003, S.24].

Der Sprachgebrauch und das Sprachverständnis der Juristen und der Mediziner sind nicht identisch und können weitere Schwierigkeiten schaffen.

Die Vielzahl der juristischen Begriffe und Unterscheidungen macht deutlich, dass der Begriff komplex und die differenzierenden Abstufungen von Gefahr notwendig sind und einen großen Bereich umschreiben: Gefahrenverdacht, Anschein Gefahr, Scheingefahr, abstrakte und konkrete Gefahr, Gefahr im Verzug, gegenwärtige Gefahr, unmittelbar bevorstehende Gefahr, erhebliche Gefahr und gegenwärtige erhebliche Gefahr, dringende Gefahr. SPENGLER stellt das Problem so dar: *„Es stellt sich die Frage, ob Gefährdung eine objektive Kategorie sein kann, wie sie von juristischer Seite vorgegeben wird, oder ob es sich um eine mehr oder weniger sichere, von subjektiven Einflüssen und Abwägungen stark abhängige prognostische Aussage über mögliches Verhalten handelt“* [SPENGLER 1981, S.22]. Die Voraussage der Gefährlichkeit und auch die eindeutige Diagnose einer psychischen Krankheit stellen den Arzt in der Akutsituation, die oft mit starken Erregungen seitens des Patienten verbunden ist, vor eine schwierige Aufgabe, die er offenbar ohne zureichende Vorgaben, Leitlinien oder Richtlinien zu bewältigen hat. Im Einzelfall ist die Voraussage und genaue Einschätzung von Gefahr fast unmöglich, aber gleichzeitig besteht die Notwendigkeit zum Handeln. Die Auswirkungen der Entscheidungen in beide Richtungen können gravierend sein und eine Kette destruktiver Dynamik in Gang setzen [REHBEIN 2006].

Die gesetzlichen Vorgaben sind also nur vordergründig als *eindeutige* Anleitungen zum Handeln zu sehen. Wann jemand gefährlich ist, wann eine Gefahr sich nicht auf andere Weise abwenden lässt, wann jemand krank genug ist, wird nicht beantwortet. Der Spielraum dieser Begriffsbedeutungen ist groß und sehr auslegungsfähig. Handlungen basieren dadurch vor allem auf der subjektiven Deutung und Interpretation des aktuellen Zusammenhanges.

So kommt es z.B. in Überforderungs- oder Unsicherheitssituationen eher zu einer Zwangseinweisung, weil sie für den Arzt die leichtere und sicherere Variante darstellt [MÜLLER et al. 1988]. Oft ist die Entscheidung zur Zwangseinweisung für den Arzt mit weniger Risiken verbunden; sie erfordert zudem weniger Einsatz als die zeitraubende spezifische Suche nach Alternativen. Die Suche und Prüfung, ob es ambulante Alternativen gibt, findet häufig nicht mehr statt, obwohl sie in fast jedem Ländergesetz als eine Voraussetzung vor der Zwangseinweisung genannt wird [MÜLLER 2006].

Vielleicht vertraut auch der Arzt seinen eigenen Möglichkeiten der Schadensbegrenzung im Angesicht großer Verantwortlichkeit und wenig kalkulierbarem Risiko zu wenig. KEBBEL fragt in diesem Zusammenhang: *„Vertrauen wir... einer Sicherheit, die sich auf ein sorgfältiges Assessment, ein Bemühen um vertrauensvolle Beziehungen und einen zurückhaltenden Einsatz von Zwangsmitteln stützt?“* [KEBBEL 1997, S.28].

Bezüglich der Gefahr, die von einer Person für andere ausgeht, besteht ebenfalls Definitionsbedarf: Viele Autoren, z.B. FINZEN und KEBBEL, zitieren BÖKER und HÄFNER aus den 70iger Jahren, dass psychisch kranke Menschen nicht häufiger gewalttätig sind als gesunde Menschen [BÖKER und HÄFNER 1973 zitiert nach FINZEN 1997, KEBBEL 1997]. Bestimmte soziale Gruppen, z.B. Arbeitslose, Personen mit niedrigem Bildungsstand, Jugendliche, Männer im dritten Lebensjahrzehnt, Alkohol- und Medikamentenabhängige haben ein erhöhtes Risiko zur Gewaltbereitschaft [FINZEN 1997]. Die Gefährdung durch psychisch Kranke sollte durch diese Vergleiche mit Risikogruppen realistischer eingeschätzt werden, um Vorurteilen und Ängsten begegnen zu können und die Möglichkeit zu schaffen, dementsprechend abwägend zu handeln.

Spätere Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass auch unter den psychisch Kranken in Bezug auf die von ihnen ausgehende Gefährdung unterschieden werden muss und es bestimmte Gruppen (Erkrankte an Schizophrenie oder anderen funktionellen Psychosen, mit Substanzmissbrauch, mit antisozialen Persönlichkeitsstörungen) gibt, die ein erhöhtes Risiko für Gewalttaten haben. Das größte Risiko hat die Gruppe mit den Kriterien: Männlich, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörung. Verglichen mit dieser Gruppe ist das Gewaltisiko allgemein psychisch Kranker oder der an Schizophrenie Erkrankten gering [ANGERMEYER 1998].

REED (1997) fasste das gegenwärtige Wissen so zusammen (übersetzt):

- *„Die überwiegende Mehrheit psychisch kranker Menschen birgt keine erhöhte Gefahr für andere.*
- *Die besten Prädiktoren eines zukünftigen gefährdenden Verhaltens psychisch kranker Menschen entsprechen denen, die für die übrige Bevölkerung zutreffen: vorangegangenes gefährdendes Verhalten, Kriminalität in der Familie, mangelnde Erziehung etc.*
- *Menschen mit schweren psychischen Störungen, z.B. Schizophrenie oder manisch-depressiven Störungen, können, wenn sie aktive Krankheitssymptome aufweisen, ein erhöhtes Risiko für andere darstellen.*
- *Menschen, die an ernsten psychischen Störungen leiden, aktive Symptome aufweisen und zusätzlich Drogen oder Alkohol missbrauchen, können ein deutlich höheres Risiko für andere darstellen*
- *Menschen mit psychopathischen Störungen stellen für andere ein erhöhtes Risiko dar“* [REED 1997, S.4].

Allerdings bietet die Kenntnis von Risikofaktoren von psychischen Krankheiten und Gewaltbereitschaft im individuellen Fall bei der Entscheidung für oder gegen eine Zwangseinweisung keine eindeutige Hilfe.

Für die Abwendung der Selbstgefährdung (zumindest der gewollten) gibt es Zweifel ob die Methode der Zwangseinweisung bzw. Einweisung überhaupt von erhöhtem Nutzen ist.

Eine Arbeit von LEPPING (2004) vergleicht den Umgang mit Menschen nach Suizidversuch in England und Deutschland. Er sagt, dass es nach dem Prinzip der Evidence - based Medicine keine Hinweise dafür gibt, dass Hospitalisierung bei Suizidalität oder nach einem Suizidversuch einen therapeutischen Unterschied macht, bzw. einen Nutzen bringt.

Er stellt fest, dass es in Großbritannien deutlich seltener ist, nach einem Suizidversuch eingewiesen zu werden als in Deutschland, was nicht zu einer Erhöhung der Suizidrate führe. Es gebe keinen Grund zu der Annahme, dass eine Hospitalisierung einen günstigen Einfluss auf die Langzeitprognose des Wiederholungsrisikos eines Suizidversuches habe.

EBNER (2000) sieht die Möglichkeit der Vermeidung eines Suizids durch stationäre Aufnahme als umstritten an.

In beiden Studien wird auf die Weiterbehandlung nicht eingegangen, es wird nur die Wirkung Hospitalisierung auf die Suizidalität untersucht. Ebenfalls werden Fälle mit schizophrener Steuerung bzw. erklärter Absicht der Wiederholung nicht differenziert.

Auf der Seite des Arztes gibt es viele Faktoren, die seine Entscheidung mitbestimmen. Seine Einstellung zu psychisch kranken Menschen und zum Recht zur Selbstbestimmung, seine eigenen Erfahrungen, Motivationen, seine Ausbildung, seine Kenntnisse über alternative Hilfsmöglichkeiten und über die Strukturen des Versorgungssystems, deren gesellschaftlichen und kulturellen Hintergrundes, seine eigene Risikobereitschaft und innere Sicherheit, sowie seine aktuelle psychische Befindlichkeit (wie auch der Einfluss der beteiligten Personen) scheinen große Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit einer Einweisung zu bewirken [LÄNGLE 1997, MÜLLER et al. 1988].

An weiteren Faktoren finden sich: Das Umfeld, z.B. die Familie, die Nachbarn, Polizisten, Kollegen, andere Mitarbeiter, Behördenleitung, Justiz, Politik und die Öffentlichkeit.

Auch unbewusste und bewusste Konflikte aus dem Bereich von Macht und Ohnmacht, sowie Distanz und Nähe können die Entscheidung mit beeinflussen. Außerdem spielen das Bewusstsein, die Fähigkeit zur Reflektion und der Umgang mit den eigenen Prägungen durch Kindheit, Kultur und Gesellschaft für die Entscheidungen des Arztes eine Rolle.

Durch das Umfeld wird manchmal massiver Druck auf den Arzt ausgeübt, und es kommt vor, dass Anforderungen des Umfeldes im heftigen Widerspruch zu der Meinung des Arztes, dem therapeutischen Interesse und auch dem anzustrebenden Bündnis mit dem Patienten stehen [SPENGLER 1986a]. Daraus ergibt sich auch, dass regionale oder lokale Unterschiede im Umgang mit Zwangseinweisungen durch einzelne Entscheidungsträger mitbestimmt werden. SPENGLER beobachtet (1984), dass es erhebliche individuelle Unterschiede zwischen den beteiligten Untersuchern gibt. Er leitet dies aus patientenseitigen Unterschieden in Diagnose, Psychopathologie, Gefährdung und soziodemographischen Merkmalen ab, die sich auf die ärztlichen Untersuchungsindikationen niederschlagen und in den unterschiedlichen therapeutischen Einstellungen und Erfahrungen der Ärzte begründet wären. Wie LÄNGLE 1997 präzisiert, bestimmen die Persönlichkeitsmerkmale der Ärzte deren Entscheidungen sogar mehr als Persönlichkeitsmerkmale der Patienten.

Es spielen also summarische Einschätzungen aus individuellen und situativen Faktoren von Arzt, Patient und Umfeld eine große Rolle.

Unterschiede in der Beurteilung der Einflüsse des Umfeldes und der Gesellschaft werden z.B. in einer Studie von STEINERT deutlich, der Fachleute in verschiedenen Ländern (Deutschland, England, Schweiz, Ungarn) aufforderte, drei theoretische Fälle zu begutachten. Die Einschätzungen je nach Begutachter ergaben unterschiedliche Ergebnisse, die sich zwischen 59 - 96 % Zustimmung bewegten [STEINERT et al. 2005].

Es gibt wenige Studien über die Einstellung von Fachleuten zu Zwangseinweisungen. Laut einer Studie von ZOGG et al. (2003) in der Schweiz scheinen Zwangseinweisungen in der Fachwelt sehr akzeptiert zu sein.

Eine weitere Studie untersucht die Einstellung gegenüber Zwangsbehandlungen innerhalb des Krankenhauses. STEINERT (2007) belegt, dass die Einstellung gegenüber Zwangsbehandlungen von zahlreichen Faktoren (Alter, professionelle Stellung, Nationalität, eigene Erfahrung) der Gutachter abhängen und bestätigt damit LÄNGLE (1997) (siehe oben).

Zusammengefasst wird ein Teil der Komplexität einer Entscheidung für oder gegen eine Zwangseinweisung deutlich, die auf einer medizinischen Diagnose fußt aber darin viele nichtmedizinische z.B. soziokulturelle Faktoren einschließt, in denen Macht und Ohnmacht, Herrschaft und Kontrolle, sowie kollektive Ängste, z.B. vor „Irren und Verrückten“ mitwirken [BRUNS 1993, S.208]. Die Vorgaben in den PsychKGs sind sehr pauschal, in vielen Fällen uneindeutig; sie bringen den Arzt in die Situation, sich hauptsächlich auf seine eigenen subjektiven Erfahrungen und Einschätzungen stützen zu müssen, um eine affektgeladene Konfliktsituation in eine so genannte objektive Lösung zu überführen und zu verantworten.

2.3.1 Zur Auswirkung der Zwangseinweisungen auf die Betroffenen

In zwei Studien 1997 von RENNER und SMOLKA wurde retrospektiv erhoben, wie Patienten nachträglich selber die Notwendigkeit ihrer Zwangseinweisung eingeschätzt und wahrgenommen haben. Betroffene gaben in der Studie von RENNER (1997) primär widersprüchlich wirkende Aussagen an: 47 Patienten wurden befragt.

- Mehr als 74 % waren überzeugt, dass die richterliche Unterbringung „irgendwie vermeidbar“ gewesen wäre.
- 63 % erklärten, sie hätten die Unterbringung als „ungerechtfertigten Eingriff in ihre persönlichen Rechte“ erlebt bzw. als „Zwangmaßnahme gegen ihren ausgesprochenen Willen“.
- 46 % meinten, die Unterbringung sei retrospektiv „zum damaligen Zeitpunkt“ notwendig gewesen.
- Knapp 20 % der Patienten erlebte die Unterbringung als „Erleichterung“, durch die ihnen die Entscheidung abgenommen wurde [RENNER 1997, S.145].

SMOLKA (1997) beschreibt, dass die anfängliche Akzeptanz des Zwangs im Verlauf des stationären Aufenthalts bei einer Nachbefragung von betroffenen Patienten abnahm.

OLOFSSON legte eine differenzierte Studie zum Erleben der Zwangseinweisungen vor. Ihre Kernaussage bei dieser Befragung ist, dass Zwangseingewiesene sich nicht als Menschen respektiert und weniger wert als andere fühlten und berichten, „*dass die Stigmatisierung als psychischer Patient nicht nur bestätigt, sondern durch die stationäre psychiatrische Behandlung sogar noch verstärkt wurde*“ [OLOFSSON 2003, S.9].

Aus Patientensicht liegen einige Erlebnisberichte vor. OSTERFELD (2004) eine Psychiaterin, die selber eine Zwangseinweisung erlebt hatte, beschreibt die traumatisierende Wirkung und wirft den Zwangseinweisenden vor, die Auswirkungen ihres Handelns auf den Patienten nicht ausreichend zu berücksichtigen. In den Gedichten von BRIDGE (1997) beschreibt diese im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen Erfahrungen von Hilflosigkeit und dem Gefühl nicht verstanden zu sein, nicht ernst genommen und belogen zu werden.

Die Auswirkungen auf die Betroffenen sind kaum Thema in wissenschaftlichen Arbeiten und auch die Auswirkungen, die Zwangsmaßnahmen auf Angehörige haben, werden nur am Rande erwähnt. Auf einer Tagung sagte KEBBEL: „*Die Belastungen von Angehörigen im Vorlauf eines stationären Aufenthaltes durch suizidales, andere bedrohendes, Sachen beschädigendes oder unangemessenes oder bizarres Verhalten eines an einer Psychose erkrankten Familienmitgliedes sind nicht unerheblich.(...) Angehörige müssen die Situation aber über Tage, Wochen, Monate oder mitunter auch länger als ein Jahr tragen, bis Hilfen tatsächlich greifen und eine Behandlung aufgenommen werden kann*“ [KEBBEL 1997, S.22].

Auch die allgemeine psychiatrische Erfahrung zeigt: Für die Therapie und die Chancen auf eine Besserung, sind Zwangseinweisungen oft kontraproduktiv. Sie bedeuten nicht nur eine nachhaltige Verletzung der Autonomie der Person, sondern auch eine Belastung oder sogar Zerstörung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient und erschweren damit die nachfolgenden Versuche zur Therapie. Zumal Zwangsmaßnahmen manches Mal „einem anderen Zweck dienen“, z.B. aus einer gewissen Hilflosigkeit des Arztes heraus geschehen.

So ergab eine Konferenz des Europäischen Regionalrates der Weltorganisation für geistige Gesundheit (ERC der WFMH) im November 1991 in London, dass Zwang (Zwangsmaßnahmen) oft als Strafe angewendet wird. Dies wurde für inakzeptabel erklärt und eine Zwangsmaßnahme offiziell als therapeutisches Mittel abgelehnt. Es wurde vermutet, dass die Anwendung von Zwangsmaßnahmen auf dem Ohnmachtserleben der Behandelnden fußt.

Die Abwehr derartiger Gefühle könne institutionell zu einer gewohnheitsmäßigen Anwendung führen [VRIJLANDT 1997].

Ob Zwang angewendet wird, ist als objektive Größe oft nicht eindeutig fassbar, da das subjektive Erleben und Bewerten der Faktoren sich unterscheidet und dadurch eine allgemein schlüssige, verbindliche Wertung sehr schwierig macht. Als Beispiel: Auch Patienten, die formal einwilligen und ohne direkten Zwang in die Klinik gehen und stationär behandelt werden, geben oft an, gezwungen worden zu sein [SPENGLER 1986b]. Insgesamt sind das Erleben und die Sichtweise der Patienten nach einer Zwangseinweisung wenig beschrieben und erforscht. SPENGLER berichtet auf einer Tagung zum Thema sekundärer Traumatisierung, dass sich das Erleben einiger Patienten bis hin zur Posttraumatischen Störung entwickelt [SPENGLER 2004b].

Abschließend soll noch der Begriff der Freiwilligkeit diskutiert werden. DREYER (2006) definiert, dass die Wirksamkeit einer Einwilligung des Patienten durch seine „natürliche“ Einsicht (Verständnis der Art, Bedeutung und Tragweite einer Heilbehandlung) und Steuerungsfähigkeit bestimmt ist und nicht durch seine so genannte Geschäftsfähigkeit.

STEINERT entwickelt 2004 einen Freiwilligkeitsindex und findet zwischen Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik und Freiwilligkeit einen hochsignifikanten Zusammenhang. Aus seinen Beobachtungen heraus rechtfertigt er die Anwendung von Zwang (zusätzlich zur primären Abwendung von Selbst- oder Fremdgefährdung) durch die Möglichkeit einer Besserung des Krankheitsbildes (trotz vorerst ablehnender Haltung) und dadurch, dass das Ausmaß der Freiwilligkeit zur Therapiemaßnahme im Behandlungsverlauf deutlich zunimmt.

2.4 Gesetzliche Grundlagen

Der Artikel 2 des Grundgesetzes vom 23. Mai 1949 schützt die Freiheit der Person und ihr Recht, sich frei zu entfalten:

„Artikel 2, Absatz 1: Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte Anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

Artikel 2, Absatz 2: Jeder hat das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden“ [http://www.bundestag.de/parlament/funktion/gesetze/grundgesetz/gg_01.html].

Das Gesetz, das eine Zwangsunterbringung trotzdem möglich macht, ist das „Gesetz über die Angelegenheit der freiwilligen Gerichtsbarkeit“ (FFG). Seit 1949 bedürfen gemäß dem Grundgesetz in der Bundesrepublik Deutschland Freiheitsentziehungen der richterlichen Anordnung. Einen Rahmen bildet hierfür das FFG, das bundeseinheitlich vorgegeben ist [vergl. BRUNS 1993, S.26]. Für eine Unterbringung sind der §68 und §70 verantwortlich.

Außerdem regelt der Artikel §104 des Grundgesetzes, der die Rechtmäßigkeit der Landesgesetze festlegt so lange es kein einheitliches Gesetz gibt, das Vorgehen:

„(1) Die Freiheit der Person kann nur auf Grund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen beschränkt werden...

(2) Über die Zulässigkeit einer Fortdauer der Freiheitsentziehung hat nur der Richter zu entscheiden. Bei jeder nicht auf richterlicher Anordnung beruhenden Freiheitsentziehung ist unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen. Die Polizei darf aus eigener Machtvollkommenheit niemanden länger als bis zum Ende des Tages nach dem Ergreifen in Gewahrsam halten. Das Nähere ist gesetzlich zu regeln“ [www.datenschutz-berlin.de/recht/de/gg/gg3_de.htm].

Die gesetzliche Regelung zur Unterbringung von psychisch Kranken (gegen oder ohne ihren Willen) fällt primär in die Kompetenz des Bundes, festgelegt im Artikel 104 des Grundgesetzes (siehe oben). Bis heute gibt es kein entsprechendes Bundesgesetz für die Regelung von sofortigen Zwangseinweisungen und dem Umgang mit psychisch Kranken. Daher mussten die Bundesländer eigene Unterbringungs- und Psychisch- Kranken- Gesetze schaffen, die den Rahmen für eine Unterbringung vorgeben [FEHN et al. 2003, KÖSTER 1980]. Jedes Bundesland hat eigene Regelungen für den Umgang mit psychisch Kranken, die in Einzelheiten stark von einander abweichen, was schon an den Benennungen der Gesetze (Unterbringungsgesetz, Psychisch Krankengesetz) zu sehen ist.

Gemeinsam sind ihnen die Kernvoraussetzungen: der Gefährdung (selbst oder fremd), der psychischen Erkrankung, der Forderung nach Ausschöpfung alternativer Möglichkeiten und das eindeutige Vorgehen gegen den Willen des Betroffenen.

Sollte es zu einer unrechtmäßigen Zwangsunterbringung kommen, erfüllt sich der Tatbestand der Freiheitsberaubung bzw. der Körperverletzung (§ 223 StGB) [PAJONK 2000].

In Hamburg gilt das Hamburgische Gesetz über Hilfe und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 27. Sep. 1995, Stand vom 1.12.1998. In ihm sind die Voraussetzungen für den Umgang mit psychisch Kranken definiert, darunter auch die

Regelung für Zwangseinweisungen (Fettgedruckt sind die Kernaussagen, die meist mit den Vorgaben anderer Bundesländer vergleichbar sind):

§8 Begriffe der Unterbringung:

*(1) Eine Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes liegt dann vor, wenn die Person **gegen ihren natürlichen Willen** in den abgeschlossenen Teil einer psychiatrischen Krankenhausabteilung oder in eine sonstige geeignete Einrichtung eingewiesen wird oder dort verbleiben soll. Eine Unterbringung liegt auch dann vor, wenn einer Person untersagt wird, eine nicht abgeschlossene Einrichtung der in Satz 1 genannten Art zu verlassen, oder wenn sie daran gehindert wird.*

(2) Eine Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes liegt auch dann vor, wenn ein Minderjähriger gegen den Willen seines gesetzlichen Vertreters in eine der in Absatz 1 genannten Einrichtungen eingewiesen wird oder dort verbleiben soll oder wenn der gesetzliche Vertreter hierzu keine Erklärung abgibt. Dies gilt entsprechend, wenn einem Volljährigen ein Betreuer mit dem Recht zur Aufenthaltsbestimmung bestellt worden ist.

§ 9 Voraussetzung der Unterbringung:

*(1) Eine Unterbringung ist nach diesem Gesetz nur zulässig, wenn und solange aufgrund einer **psychischen Krankheit** der unterzubringenden Person **die gegenwärtige Gefahr besteht, dass die Person sich selber oder eine andere Person erheblich schädigt** und diese **Gefahr nicht anders abgewendet werden kann**. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt für sich alleine keine Unterbringung.*

*(2) Eine **gegenwärtige Gefahr** im Sinne von Absatz 1 besteht dann, wenn sich die psychische Krankheit so auswirkt, dass ein Schadenstiftendes Ereignis **unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar**, wegen besonderer Umstände **jedoch jederzeit** zu erwarten ist.*

(3) Eine Unterbringung nach diesem Gesetz ist unzulässig, solange die betroffene Person nach § 126a der Strafprozessordnung einstweilen untergebracht ist.

§ 10 Unterbringungsantrag

(1) Die Anordnung der Unterbringung durch das Vormundschaftsgericht bedarf eines Antrages der zuständigen Behörde. Dies gilt nicht für die Verlängerung der Unterbringung.

(2) Dem Antrag ist das Zeugnis eines Arztes beizufügen.

§ 12 sofortige Unterbringung:

*(1) Ist aufgrund eines ärztlichen Zeugnisses, das auf einer frühestens am Vortag bei der unterzubringenden Person durchgeführten eigenen Untersuchung beruht, anzunehmen, dass eine Gefahr im Sinne von § 9 Absatz 1 Satz 1 besteht, und kann diese Gefahr nicht anders abgewendet werden, so kann die **zuständige Behörde die sofortige Unterbringung anordnen**, wenn eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig herbeigeführt werden kann.*

*(2) Die unterzubringende Person soll vor der sofortigen Unterbringung von einem in der **Psychiatrie erfahrenen Arzt der zuständigen Behörde** aufgesucht und untersucht werden. Ergibt sich hierbei, dass durch eine sofortige beginnende ambulante Heilbehandlung die Unterbringung entbehrlich gemacht werden würde, so soll, sofern die betroffene Person damit einverstanden ist, der Arzt mit der Heilbehandlung beginnen.*

(3) Ordnet die zuständige Behörde eine sofortige Unterbringung an, so hat sie unverzüglich eine gerichtliche Entscheidung über die Zulässigkeit der weiteren Unterbringung zu beantragen, es sei denn, dass eine gerichtliche Entscheidung voraussichtlich erst nach der Entlassung der untergebrachten Person ergehen würde.

(4) Über die Rechtmäßigkeit der Anordnung einer sofortigen Unterbringung entscheidet auf Antrag der untergebrachten Person das Vormundschaftsgericht, wenn die untergebrachte Person ein berechtigtes Interesse an der Feststellung der Rechtswidrigkeit hat. Auf das

Verfahren finden die für Unterbringungsmaßnahmen geltenden Vorschriften des Gesetzes über die Angelegenheit der freiwilligen Gerichtsbarkeit entsprechende Anwendung; die Beschwerde steht nur der untergebrachten Person und der zuständigen Behörde zu“

§ 15 Eingangsuntersuchung

(1) Bei der Aufnahme in die psychiatrische Krankenhausabteilung oder die sonstige in §8 Absatz 1 genannte Einrichtung ist die eingewiesene Person unverzüglich ärztlich zu untersuchen.

(2) Ergibt die ärztliche Untersuchung, dass die Unterbringungs Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, so ist

1. In den Fällen einer gerichtliche angeordneten Unterbringung das Gericht und die zusätzliche Behörde, die die Anordnung der Unterbringung nach §10 beantragt hat, unverzüglich zu unterrichten und die eingewiesene Person bis zur erneuten Entscheidung des Gericht beurlauben,

2. In den Fällen sofortigen Unterbringungen die zuständige Behörde unverzüglich zu unterrichten, damit diese die Anordnung der sofortigen Unterbringung aufheben kann.

[Hamburgisches Gesetz über Hilfe und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 27. Sep. 1995, Stand 1.12.1998].

In Hamburg ist das zuständige Gericht das Vormundschaftsgericht, welches auf einen Antrag des Bezirksamtes hin die Unterbringung anordnet [FEHN et al. 2003, S.30].

Eine Unterbringung in Deutschland hat eine richterliche Anordnung als Voraussetzung, es sei denn, es ist „Gefahr im Verzug“ und es besteht keine Möglichkeit, rechtzeitig eine solche Anordnung zeitnah einzuholen. In Hamburg beantragt das Verbraucherschutzamt nach der Untersuchung und der anschließenden Empfehlung durch den Arzt und vor dem Transport des Betroffenen in ein Krankenhaus die gerichtliche Entscheidung beim Vormundschaftsgericht, zum Teil erfolgt der Antrag jedoch erst nach der Einlieferung ins Krankenhaus.

Weitere gesetzliche Möglichkeiten, die eine Zwangsunterbringung stützen, sind im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB § 1906 BGB, § 1631b BGB, § 1846 BGB), im Betreuungsgesetz (BtG), im Strafgesetzbuch (StGB), im Jugendgerichtsgesetz, im Bundesseuchengesetz und im Sozialgesetzbuch (SGB VIII. Buch) festgelegt. Jedoch gelten für sie andere Voraussetzungen als für die sofortige Zwangsunterbringung.

Über den Wissensstand des Fachpersonals bzw. der einweisenden Ärzte über gesetzliche Grundlagen und Einweisungspraxis äußern sich weitere Studien (REHBEIN 2006, MAIER 2001, BRUNS 1993, SCHÜRMAN 1985). Demnach erfüllten 37 - 57 % der Zwangseinweisungen die gesetzlichen Vorgaben. 43 - 63 % der Begründungen reichten formal und inhaltlich für eine Unterbringung nicht aus. Die Betroffenen waren trotzdem eingewiesen worden. Die Gründe für eine Einweisung werden entweder nicht ausreichend dokumentiert oder es gibt weitere Gründe als die durch die gesetzlichen Vorgaben erfasste. Es scheint einen Bedarf an Fortbildungen, Absprachen und Kommunikation beziehungsweise Dokumentation zu geben.

2.5 Psychiatrische Notfälle in Hamburg - Organisation und Praxis im SPD und PND

In Hamburg sind 2003 und in den Jahren davor pro Jahr ca. 2200 Unterbringungen durch das Verbraucherschutzamt nach §12 und §15 des Hamburgischen Gesetzes über Hilfe und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) durchgeführt worden. Ungefähr 1400 Fälle davon sind Errichtungen, also Zwangsunterbringungen nach §12 und 15 von schon vorher stationär aufgenommenen Patienten aus der Psychiatrie oder anderen Abteilungen. Der §12 regelt die sofortige Unterbringung in psychiatrischen Notfällen außerhalb der Klinik; diese werden von Ärzten des Sozialpsychiatrischen Dienstes, des Psychiatrischen Notdienstes und niedergelassenen Ärzten als indiziert begutachtet. Pro Jahr werden über diesen Weg ca. 800 Menschen zwangsuntergebracht.

In Hamburg gibt es den sozialpsychiatrischen Dienst (SPD), der von werktags 8 - 16.00 Uhr für psychiatrische Notfälle da ist; er ist dem Gesundheitsamt zugeordnet. Der sozialpsychiatrische Dienst wird zumeist von Fachärzten ausgeübt, die fest von der Stadt Hamburg bei den Gesundheitsämtern angestellt sind.

Zwischen 16 - 8.00 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen arbeitet der psychiatrische Notdienst (PND). Dieser Dienst gehört zum Verbraucherschutzamt (ehemals Ordnungsamt), besteht seit 1978 und ist seit 1980 24 Stunden am Tag besetzt. Etwa 20 Psychiater, ärztliche Psychotherapeuten und Neurologen arbeiten beim PND. Da es ein reges Interesse an diesem Dienst gibt, ist er fast nur mit Fachärzten für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Neurologie oder Psychotherapeutisch Medizin besetzt. Der psychiatrische Notdienst wird abwechselnd von Ärzten übernommen, die zumeist in Krankenhäusern oder als Niedergelassene arbeiten und den Dienst als Nebentätigkeit ausüben. Einige Ärzte aus dem SPD arbeiten ebenfalls im PND.

Der Arzt des PND ist während seines Dienstes auf Abruf des Verbraucherschutzamtes bereit, den Patienten zu untersuchen und zu begutachten. Das Verbraucherschutzamt nimmt zuvor die Meldungen entgegen und übernimmt dann die Organisation, die Zuführung des Patienten, die Antragstellung und Datenverwahrung. [SPENGLER 1981, 1984, 1987a, KOWERK 1989].

Da eine Zwangseinweisung gegen den Willen der Person gerichtet ist (oder deren Wille als nicht tragfähig erachtet wird), handelt es sich vorerst um eine Freiheitsberaubung, die erst durch die Begründung und nach der Untersuchung des Arztes über das PsychKG rechtmäßig in Kraft treten kann. Daher muss die Einweisung und Begründung schriftlich vom Arzt dokumentiert werden. Das Attest geht an das Verbraucherschutzamt und damit an das Amtsgericht und an die aufnehmende Klinik; ein Durchschlag geht an den SPD, damit dieser die Nachsorge übernehmen kann. Der Arzt ist der Ratgeber des Richters, der die Entscheidungsgewalt hat. Im akuten Fall entscheidet das Verbraucherschutzamt. Der Richter muss spätestens innerhalb eines Tages (24 Stunden) hinzu gezogen werden und über die Rechtmäßigkeit entscheiden.

Für die Begründung des Arztes gibt es in Hamburg ein standardisiertes Formular (siehe Anhang), das archiviert wird. Weiterhin gibt es ein Wachbuch im Verbraucherschutzamt, in dem alle Anrufe, Anträge, deren Zeiten sowie der Ort der Untersuchung und das aufnehmende Krankenhaus schriftlich festgehalten werden und somit auch die Fälle in denen es nicht zu einer Einweisung kommt.

Der Arzt des PND wird in der Regel auf ein Polizeirevier gerufen, da eine Vielzahl der betroffenen Personen in der Öffentlichkeit aufgefallen und von der Polizei in Gewahrsam genommen worden sind. Gibt es eine von der Polizei unabhängige Meldung anderer Personen, wird die betroffene Person häufig, auf bitten des Arzt, durch die Polizei auf ein Revier gebracht, um eine neutrale und abgesicherte Umgebung zu schaffen, in der sich die Situation entschärfen kann. Als zusätzlicher Effekt, wird durch den Polizeieinsatz, dem Betroffenen die Ernsthaftigkeit der Situation häufig deutlich. Da der Arzt des PND allein unterwegs ist, ist er mit seiner Entscheidung allein, es gibt für ihn keine Möglichkeit, die Situation fachlich zu diskutieren [KOWERK 1985]. Meist zieht er die kontrollierte Situation auf dem Revier der in einer privaten Wohnung vor. Deshalb kommt es häufig zuerst zu einem Polizeieinsatz. Die Zahl der Einweisungen variiert im PND zwischen 0 - 7 pro 24 Std.

Im Sozialpsychiatrischen Dienst - SPD - ist die Vorgehensweise allein dadurch eine andere, dass sich das Geschehen tagsüber abspielt und es oft die Möglichkeit gibt in kritischen Situationen, mit einer zweiten Person, z.B. einem Sozialarbeiter, zu den Einsätzen zu fahren. Deshalb kommt es, verglichen mit dem PND, häufiger zu Besuchen des Arztes bzw. des SPD-Teams in den Wohnungen der Betroffenen. Außerdem sind die äußeren Rahmenbedingungen für eine fortlaufende, betreuende Behandlung der betroffenen Person besser, da deren jeweiliger Ansprechpartner oft schon vertraut ist, hauptberuflich arbeitet, daher kontinuierlich erreichbar ist und sich weit reichender und differenzierter kümmern kann.

Die Aufgaben des SPD sind dementsprechend vielfältiger und umfassender. Die Mitarbeiter des SPD koordinieren die Einzelhilfe, sind im Kontakt mit den Betroffenen und deren sozialen Bezugspersonen, vermitteln zu und zwischen anderen Versorgungseinrichtungen und erarbeiten Empfehlungen zur Verbesserung der psychischen Versorgung. Zu ihren Aufgaben gehören Hausbesuche, Beratungskontakt, Krisenintervention, Behandlung und Betreuungen, aber auch Begutachtungsaufgaben und Stellungnahmen zu Zwangseinweisungen nach dem PsychKG. Der SPD setzt sich meist aus einem multiprofessionellen Team zusammen, das im Idealfall aus Ärzten, Psychologen, Krankenpflegern, Sozialarbeitern und Verwaltungskräften besteht. Der SPD ist in der Regel an das Gesundheitsamt angegliedert [REHBEIN 2006, S.19].

Die Aufgaben und die Organisation der sozialpsychiatrischen Dienste der jeweiligen Bundesländer in Deutschland sind unterschiedlich. HEIBENBÜTTEL (2006) beobachtet, dass die eigene Norm häufig durch den jeweiligen Sozialpsychiatrische Dienst selbst gebildet wird. Dabei wird übersehen, dass es bundesweit relevante Unterschiede in den Diensten gibt, welche deren Vergleichbarkeit einschränken, so dass es zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen der jeweiligen Arbeit kommt und zu (manchmal gezielten) unzulässigen Gegenüberstellungen.

2.6 Zur Vergleichbarkeit in Bundesländern und europäischen Ländern

2.6.1 Vergleich der Bundesländer

Es gibt keine bundeseinheitliche Bestimmung des Unterbringungsrechts in einzelnen Regelungsbereichen. Die Frage der Unterbringung ist Ländersache. Deshalb kommt es zum Teil zu erheblichen lokalen und regionalen Unterschieden, denn die jeweils zuständigen Gesetze variieren in vielen Punkten. Damit unterscheidet sich Deutschland von den meisten EU - Staaten. Die Kernanforderungen der einzelnen Ländergesetze (Bundesländer) sind allerdings gleich (siehe Kapitel 2.4) [LÄNGLE 1997].

Differenzen gibt es durch verschiedene Voraussetzungen, Verfahrenswege und in der Festlegung der Rechte und Pflichten der Person (z.B. die Anwesenheit eines Rechtsanwaltes) [MARTIN, STEINERT 2005]. Die Begriffe der Gesetze (z.B. sofortige-, einstweilige- und langfristige Unterbringung), die Zeitpunkte ihrer Verabschiedung (welche jeweils unterschiedlich weit fortgeschrittene Versorgungskonzeptionen beinhalten), die Anforderungen an die Ausbildung der Ärzte und sogar die Fristen, innerhalb derer der Richter verständigt werden muss, sind unterschiedlich bzw. werden unterschiedlich gehandhabt.

Auch die Systeme der Grundversorgung sind sehr verschieden: es gibt in jedem Bundesland einen Sozialpsychiatrischen Dienst (dessen Aufgaben und Befugnisse auch nicht einheitlich sind), den psychiatrischen Notdienst gibt es nur in Hamburg. In einigen Bundesländern wie Baden Württemberg, Bremen und Berlin gibt es jeweils einen Krisendienst (mit anderen Befugnissen). Die Versorgung auf dem Land ist im Vergleich zu den Städten sehr verschieden.

In die Angaben über unterschiedliche Zahlen fließen die verschiedenen Gesetzgebungen im öffentlichen Recht und unterschiedliche Anwendungspraxen von öffentlichem und zivilem Recht ein. Hinzu kommt, dass der Erhebungsmodus der Daten schon innerhalb der Bundesländer variiert [KEBBEL 1997, BRUNS 1993, S.30], z.B. wird der Beginn einer Zwangseinweisung verschieden definiert (ab dem erzwungenen Verlassen der Wohnung oder ab der Aufnahme in die Klinik), und auch die Entscheidungsfreiheit der Polizei spielt eine Rolle (z.B. ob der Betroffene auf die Wache gebracht wird oder direkt in die Psychiatrie).

Die Vorgehensweise der Polizei entscheidet dann, ob ein Arzt hinzugezogen wird, die Person direkt ins Krankenhaus gebracht wird und damit ob es zu einer sofortigen Zwangsunterbringung, einer zwangsweisen Zurückhaltung oder einer freiwilligen Einweisung kommt (z.B. wenn die Situation durch Zeit und Ruhe auf einer Wache deeskaliert ist) [SPENGLER 1986a].

Diese unterschiedlichen Handhabungen sind Gründe, die bei der Beobachtung der Unterschiede der Einweisungspraxis zwischen den Bundesländern und dem Stadt - Land - Gefälle wichtig sind. Der Vergleich der Zahlen der Bundesländer muss mit Vorsicht geschehen und immer die Überlegung im Hintergrund haben, dass die verschiedenen Bedingungen nur sehr schwer zu vergleichen sind.

Als Beispiel für den gesetzlich determinierten Unterschied von Einweisungsraten sei hier Baden - Württemberg erwähnt: Das hier gültige Unterbringungsgesetz (§4 IV Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker UBG) ermöglicht, einen Patienten über 72 Stunden (bzw. bis zum Ablauf des dritten Tages) ohne richterliche Anhörung in einer psychiatrischen Klinik zurück zu halten [FEHN et al. 2003, RENNER 1997]. Da viele akute Krisen innerhalb dieses Zeitraums bereits abgeklungen sind, erklärt dies zum Teil die niedrigen Unterbringungsraten in diesem Bundesland.

Es gibt verschiedene Studien, die versuchen die Differenzen der Anzahl von Zwangseinweisungen innerhalb Deutschlands in objektive Zahlen fassen (siehe Tabelle 1).

Studie	Untersuchungs- jahr	Region	Schwankungen der Zwangseinweisungs- quoten (in %) und raten (ZE/Einwohner) in den Regionen
Psychiatrie- Enquête zitiert nach BRUNS (1993, S. 100)	1974	BRD	6 - 50 %
		Stadtteile Berlins	0,4 % - 38,5 %
		Regionen Hessens	30,4 % - 70,4 %
WALLER (1978)	1978	BRD	6,4 % - 49,3 % durchschnittlich 40 %
LORENZEN (1981a)	1978	BRD	2,8 - 44,8 %
		Kliniken Nordrhein- Westfalen	3,7 % - 61,1 %
SPENGLER (1984)	1984	BRD	8 - 108,8 ZE / 100.000 E.
SPENGLER (1994)	1991 - 1992	Bundesweit	Mittelwert: ZE - Rate 40,9 / 100.000 E. ZE - Quote 9,8 %
		Alte Bundesländer	Median: 39 ZE/ 100.000E. Range 0 - 215 ZE/ 100.000E.
		Neue Bundesländer	Median 11,4 ZE/ 100.000 E.
BRUNS (1993)	1985	Bundesländer (Hessen, NRW, Berlin, norddeutsche B.)	ZE - Quote 3,2 % - 26 % Frankfurt a. M. 199 ZE/ 100.000 E., Karlsruhe 5 ZE/ 100.000 E.
CREFELD (1997)	1992 - 1996	Einzelne Landkreise und kreisfreie Städte	bis zum Faktor 10 streuend
DITTMARK (1998)	1998	verschiedene Städte	57,3 - 228 ZE/ 100.000 E.

Tabelle 1: Zwangseinweisungsquoten und -raten in Deutschland seit 1974

Die Tabelle verdeutlicht, wie unterschiedlich die Untersuchungsergebnisse sind und wie sehr die Zahlen der einzelnen Untersuchungen streuen. Es gibt verschiedene Ansätze, um diese Phänomene zu erklären: Die Ursache der Unterschiede ist nach LORENZEN (1981a) von der Einstellung der einweisenden Institutionen und Personen (Ärzte und Richter) zu psychisch Kranken abhängig. Außerdem betont er, dass es leichter und weniger aufwendig ist, jemanden zwangseinzuweisen als größtmögliche und erforderliche soziale Hilfe zu organisieren. BRUNS bemerkt 1991 als weitere Schwierigkeit die Unklarheit, ob in einzelnen Städten überhaupt dieselben Personengruppen in Bezug auf das Alter betroffen sind (in Bremen sind z.B. fast keine alten Menschen dabei, in Köln sind 17,2 % über 65 J. oder älter) [BRUNS 1993, S.36+53]. REHBEIN (2006, S.15) vermutet, dass „außerrechtlichen“ Faktoren eine

spezifische Bedeutung zukommt. SPENGLER (1994) beschreibt einen Unterschied zwischen der Stadt und dem Land, der aber keine eindeutige Verbindung zu den Gesetzesunterschieden aufweist.

Es gibt keinen Ort, an dem bundesweit einheitliche Daten gesammelt und verglichen werden. Oft gibt es selbst innerhalb von Studien keine einheitlichen Definitionen, bzw. eine Differenzierung der Begriffe z.B. der sofortigen Zwangsunterbringung, der zwangsweisen Zurückhaltung und der richterlichen Unterbringung [LÄNGLE 1997].

Viele Studien nutzen als Material Umfragen oder Dokumentationen, die schon bearbeitet und bewertet und dadurch verändert sind. Folglich kommt es zu abweichenden Ergebnissen der Dokumentationen, zum unterschiedlichen Verständnis der Begriffe, mangelnder Vergleichbarkeit und zu unterschiedlichen Zahlen.

2.6.2 Europäischer Vergleich

Da es schon innerhalb von Deutschland massive Unterschiede der Zahlen, der Verfahren und der Gesetze gibt, sind die Differenzen zu anderen Ländern, deren Gesetzen und Voraussetzungen noch vielfältiger. Die sozialen Systeme und kulturellen Bedingungen in Europa sind sehr verschieden, und dadurch ist auch das betroffene Klientel sehr unterschiedlich. Die Bedeutung und der Umgang mit psychischen Erkrankungen unterscheiden sich stark. Da es keine einheitlichen Definitionen und Institutionen zur Datensammlung gibt, existieren nur wenige Studien in diesem Bereich. Gemeinsame Absprachen, Definitionen und Forschungen sind noch in den Anfängen: Die Konferenz des Europäischen Regionalrates der Weltorganisation für geistige Gesundheit (ERC der WFMH) im November 1991 in London einigte sich darauf:

- dass ein großer Unterschied zwischen den europäischen Ländern besteht.
- dass die Akzeptanz und der Gebrauch von Gewalt und Zwang kulturell verwurzelt sind.
- dass Zwang mehr bedeutet als Absonderung, körperliche Fixierung und Zwangsmedikation.
- dass Zwang gebraucht wird, wo Zusammenarbeit fehlt.
- dass die Anwendung von Gewalt und Zwangsmaßnahmen vermeidbar ist [VRIJLANDT 1997].

DREBING und SALIZE (2004b) stellen in einer Arbeit für die Jahre 1997 - 2000 die großen Differenzen von Zwangseinweisungsraten und Zwangseinweisungsquoten in 15 bzw. 12 EU - Mitgliedsstaaten fest (bei dreien gab es keine ausreichende Daten). Das statistische Risiko, bei psychischer Erkrankung in Finnland zwangsweise in ein Krankenhaus gebracht zu werden, ist ca. 36 - mal höher als in Portugal (siehe Tabelle 2).

	Zwangseinweisungsraten (auf 100.000 Einwohner)	Zwangseinweisungsquote
Österreich	175	18 %
Belgien	47	5,8 %
Dänemark	34	4,6 %
Finnland	218	21,6 %
Frankreich	11	12,5 %
Deutschland	175	17,7 %
Irland	74	10,9 %
Luxemburg	93	nicht vorhanden
Niederlande	44	13,2 %
Portugal	6	3,2 %
Schweden	114	30 %
Großbritannien	48	13,5 %

Tabelle 2: Unterschiede EU - Staaten in der Anzahl der Zwangseinweisungsquoten und raten 1997 - 2000 (Italien, Griechenland und Spanien: keine ausreichend Daten) Fettgedruckt: Maximum und Minimum [DREBING und SALIZE (2004b)]

Eine europäische Vergleichsstudie 1992 - 1993 von Riecher - Rössler findet noch größere Differenzen (siehe Tabelle 3).

Erscheinungsjahr	Minimum der Zwangseinweisungsquote	Maximum der Zwangseinweisungsquote
1992	5 % in Dänemark	50 - 93 % in der Schweiz
1993	1 % in Spanien	50 % in der Schweiz und Teilen Österreichs

Tabelle 3: Europäischer Vergleich - Minimum und Maximum 1992 und 1993 von RIECHER - RÖSSLER et al. (1993).

Der internationale Vergleich ist durch unterschiedliche Voraussetzungen (Ärztliches Gutachten - ärztlicher Einweiser, Zeit der fürsorglichen Zurückhaltung), gesetzliche Regelungen (Basis der Zwangseinweisung - Gefahr und/ oder Behandlungsbedürftigkeit - und Rechtsbeistand) und verschiedene gesellschaftliche und kulturelle Strukturen jedoch noch schwieriger als der Vergleich innerhalb der deutschen Bundesländer.

2.7 Zur aktuellen Diskussion über die Frage der Zunahme von Zwangseinweisungen in Deutschland

In den letzten Jahren gab es mehrere Arbeiten zu der Frage, ob Zwangseinweisungen, bezogen auf die Gesamtzahl der psychisch Kranken im Krankenhaus, und die *Raten* der Zwangseinweisungen ansteigen oder nicht - und welche Gründe es für einen Anstieg geben könnte. Die Entwicklung der Höhe der absoluten Zahlen von Zwangseinweisungen in Deutschland wird sehr kontrovers diskutiert.

In dieser Diskussion gibt es drei führende Autorengruppen, die gegensätzliche Deutungen der Zahlen und sogar gegensätzliche Zahlen für die gleiche Region und den gleichen Zeitraum vertreten. MÜLLER (2004, 2006) schlussfolgert aus seinen Ergebnissen eine Zunahme der Zwangseinweisungen und damit des „Zwanges in der Psychiatrie“, während SPENGLER und KOLLERT im gleichen Zeitraum und Bundesland keine Zunahme sehen. DREßING und SALIZE finden einen Anstieg der Zwangseinweisungsrate und die Konstanz der *Quote*, sehen darin aber keine Anhaltspunkte für eine Zunahme der Zwangsunterbringungen. *„Eine generelle Zunahme von „Zwang in der Psychiatrie“ ist aus den bisher publizierten epidemiologischen Studien aus Sicht der Autoren jedenfalls nicht ableitbar“* [DREßING UND SALIZE 2006, S.159]. Sie sagen, dass die Zusammenhänge komplexer seien als von MÜLLER dargestellt. Da die Zahl der Zwangsunterbringungen relativ zu allen stationären psychiatrischen Aufnahmen nicht signifikant gestiegen ist, schlussfolgern sie eine konstante Häufigkeit der Einweisungen. Sie deuten den Anstieg der Zwangseinweisungsrate bei konstanter *Quote* als Ausdruck eines veränderten psychiatrischen Handelns mit kürzeren, häufigeren Aufenthalten der Klienten.

Als weitere Möglichkeit der Begründung führen sie an, dass sich eine *„juristisch redliche Definition psychiatrischen Handelns in bestimmten Situationen manifestiert,“* [ebd.S.159], welche vorher als „hidden coercion“ durchgeführt und als solche nicht erfasst worden sei.

Als ihre abschließende Kernfrage stellen sie in den Raum: *„...ob die Tendenz zu immer kürzeren stationären Verweildauern, die mit einer absoluten Zunahme stationärer Behandlungsepisoden - und darunter eben auch von Zwangsaufnahmen - verbunden ist, im Sinne einer modernen gemeindenahen psychiatrischen Versorgung so noch gewollt und angemessen ist, oder ob sich diese Entwicklung im Wesentlichen ungesteuert unter dem Primat ökonomischer Zwänge vollzieht“* [DREßING, SALIZE 2006, S.158f].

Weitere Studien, die einen Anstieg der Zwangsunterbringungen zeigen, werden im folgenden Abschnitt in Tabelle 4 aufgelistet.

Autor	Zeitraum	Region	Entwicklung der Zahlen
BRUNS 1993	1980 - 1987	Bremen	Von 197 auf 399 (ZE)
		Hamburg	Von 1467 auf 1682 (ZE)
		Lübeck	Von 224 auf 300 (ZE)
	1983 - 1987	Stuttgart	Von 217 auf 340 (ZE)
	1984 - 1987	Köln	Von 1150 auf 1529 (ZE)
		Düsseldorf	Von 127 auf 218 (ZE)
CREFELD et al. 1994	1986 - 1992	NRW	Nahezu verdoppelt (ZE)
CREFELD 1997	1986 - 1995	NRW	Nahezu Verdreifachung (ZE)
	1992 - 1996	NRW	Nahezu Vervierfachung (betreuungsrechtliche Unterbringungen)
POLAK 2001	1987 - 1989 1991 - 1994	Rostock	+ 1,5 % (ZE)
DARSOW-SCHÜTT et al. 2001	1989 - 1998	Süd-niedersachsen	Verdoppelung der Rate (trotz konstanter Bevölkerung + guter Versorgung) Gleichbleiben der Quote
MÜLLER und JOSIPOVIC (2003); MÜLLER (2004)	1997 - 2003	Süd-niedersachsen	Verdoppelung (Zwangseinweisungen nach dem PsychKG)
	1992 - 2000	Süd-niedersachsen	Zwangseinweisungen von 26 auf 87 gestiegen
	1990 - 1994	Süd-niedersachsen	Einweisungen nach Betreuungsrecht konstant
	1996 - 2003	Süd-niedersachsen	Einweisungen nach Betreuungsrecht verdreifacht
KOLLERT und SPENGLER 2004	1990 - 2000	Landeskrankenhaus Göttingen	Zahl aller ZE konstant - zwischen - 423 ZE (Range 344 bis 471) - umgerechnet 73 ZE (59 bis 81)/ 100.000 E. (zusammengenommen nach Betreuungsrecht und Landesunterbringungsrecht - NPsychKG)
DREßING, SALIZE 2004	1992 - 2000	Deutschland	Von 94.000 auf 163.000 Zwangsunterbringungen
SPENGLER, DREßING, KOLLER und SALIZE (2005)	1992 - 2003	westliche Bundesländer	Rate mit 81,6 / 100.000 E. praktisch konstant (Zuwachs 1,06). Unterbringungen nach BGB + sofortige Unterbringung
		Neue Bundesländer	Raten von 15 bis 26 ZE/100.000 E. (Faktor 1,66) langsam an den Westen angeglichen

Tabelle 4: Anstieg der Zahlen von Zwangseinweisungen/Unterbringungen in verschiedenen Regionen in Deutschland zwischen 1980 und 2003, ZE= Zwangseinweisung, E= Einwohner.

Wie in der vorhergehenden Tabelle aufgeführt, gibt es erhebliche Differenzen der Zahlen sowie der Deutung der Zahlen. Zusammenfassend kann man als Ergebnis sagen, dass vermehrt ein Anstieg der absoluten Zahlen und der Zwangseinweisungsrate dokumentiert wird, während die Zwangseinweisungsquote als Konstante beschrieben wird.

Auch im internationalen Vergleich stellen DREßING und SALIZE (2004a) einen allgemeinen Trend zu steigenden absoluten Zahlen der Zwangseinweisungsrate fest (Österreich, Finnland, Schweden, Deutschland, Frankreich, Großbritannien). Die Tendenz für Dänemark ist nicht eindeutig. Irland weist als einziges Land eine leicht rückläufige Tendenz auf. Die relativen Zahlen - nämlich die Zwangseinweisungsquoten bleiben stabil.

2.7.1 Probleme in der Diskussion um einen fraglichen Anstieg

Die erste Schwierigkeit in der Diskussion ist die Bestimmung der zum Vergleich geeigneten Größen.

So ist die Zwangseinweisungsrate umstritten, da die Zahl der Einweisungen pro Einwohner die Mehrfacheinweisungen (die zum Teil durch die Verweildauer beeinflusst ist) nicht berücksichtigt und so die Annahme eines Anstiegs falsch sein kann, wenn es viele Wiederholungseinweisungen derselben Personen gibt. MÜLLER hingegen nutzt dieses Argument auch gegen die Quote: *„Die Raten (Zwangsunterbringungen pro Einwohner) sind für die Hauptfragestellung wesentlich, denn die Einwohnerzahl bleibt relativ konstant, und die Häufigkeit schwerer psychischer Erkrankungen ebenso. Quoten (Zwangsunterbringungen pro Behandlungsepisode) sagen wenig aus, wie jeder Kliniker weiß. Denn manchmal wird schon nach einem längeren Belastungsurlaub eine neue Behandlungsepisode gezählt“* [MÜLLER 2006, S.157].

DREßING et al. 2006 meinen, dass die Zwangsunterbringungsrate auf absoluten Häufigkeiten beruhe und sich nicht eigne, um einen ausreichenden Einblick in die Praxis der Zwangsunterbringung zu bekommen, bzw. auf eine herabgesetzte Schwelle für Zwangseinweisungen zu schließen. Die Rate sei nicht das geeignete Maß, da sie z.B. Änderungen im Muster der Aufnahme nicht erfasse.

Die Zwangsunterbringungsquote leiste dies ihrer Meinung nach, indem die Zwangsunterbringungen ins Verhältnis zu den stationärpsychiatrischen Gesamtaufnahmen gesetzt werden. Sie reflektiere dadurch besser die Aufnahmefrequenzen und die Verweildauern [DREßING, SALIZE 2006].

Kommen jedoch Faktoren hinzu, die verstärkend eine der beiden Zahlen verändern, werde dies nicht unbedingt erkannt. Kommt es zu veränderten Fallzahlen der Eingewiesenen (auch hier gilt eine Veränderung durch verschiedene Verweildauern), verändere sich auch die Quote und der Rückschluss auf eine Zu- oder Abnahme der Zwangsunterbringungen und entspreche dann möglicherweise nicht der Realität. Ob es vielleicht auch zu einer Zunahme der Zahlen psychisch Kranker, die sich behandeln lassen, kommt, sei als Fragestellung hier nur kurz erwähnt.

Eine Schwierigkeit in dieser Diskussion ist, dass es keine Zahlen für die betroffenen Personen sondern nur Fallzahlen gibt.

Selbst anerkannte Fachleute wechseln im Laufe ihrer Tätigkeit ihre Einstellung in den bevorzugten Erhebungsmodus. SPENGLER sagt 1986a, dass veränderte Aufnahmeraten einen Rückgang der Unterbringungsquoten oft nur vortäuschen. 2007 schreibt er in seiner Untersuchung, dass die Quote in diesem Fall nicht aussagekräftig ist, da die Aufnahmezahlen der Kliniken überproportional gestiegen sei [SPENGLER 2007]. Ebenfalls 2007 betont er (mit Anderen), dass *„...nach den Regeln der versorgungsepidemiologischen Methodik die Zahl der jährlichen stationärpsychiatrischen Episoden als angemessene Vergleichsbasis herangezogen werden muss. D.h. statt an der bevölkerungsbezogenen Rate muss die Zahl der pro Jahr stattfindenden Zwangseinweisungen in die stationäre Psychiatrie an der Zahl des gesamten Behandlungsaufkommens stationärpsychiatrischer Fälle gemessen werden (,Quote‘)“* [SALIZE, SPENGLER, DREßING 2007, S. 199].

Weiterhin wird die Diskussion durch den erheblichen Mangel an wissenschaftlichen Studien erschwert, die zuverlässige Daten zur Häufigkeit von Zwangsunterbringungen geben könnten. Dieses Fehlen sei durch die *„ungenügende administrative Erfassung dieser Vorgänge begründet“* und *„in der Schwierigkeit, reliable Ein- und Ausschlusskriterien zu definieren“* [DREßING, SALIZE 2006, S.158].

Auch in dieser Diskussion zeigt sich die Komplexität dieses Themas. Eine Zunahme der Zahlen kann nicht mit vermehrtem Zwang, verbesserten oder schlechteren Bedingungen gleichgesetzt werden. Die verschiedenen Variablen, die Einflüsse auf regionale Unterschiede haben, sind noch unzureichend untersucht, um eine Aussage über ihre Auswirkungen machen zu können.

2.7.2 Erklärungen für einen Anstieg

Es gibt viele Erklärungsansätze und unterschiedliche Meinungen, aber es gibt keine Studien, die die Gründe und Einflussfaktoren für diesen Anstieg ausreichend untersuchen bzw. erklären oder beweisen können [REHBEIN 2006, S.14].

Die folgenden Tabelle 5 und 6 geben eine Übersicht der Überlegungen und Meinungen zu verschiedenen Faktoren für einen Anstieg der Zwangseinweisungen:

Autor	Einflussfaktoren für Zwangseinweisungen
KÖRMENDY 1990, RICHTER 2003, SPENGLER et al. 2005, DREßING et al. 2004a	Verkürzung der Behandlungs- bzw. Verweildauer
KÖRMENDY 1990	Zuwachs der Fallzahlen in der Psychiatrie
RICHTER 2003, DREßING et al. 2004a	Steigende Wiederaufnahmen, häufigere stationäre Behandlungsepisoden
MÜLLER et al. 2003, DREßING et al. 2004a	Änderungen in der Versorgungsstrukturen und -realitäten, Versorgungslandschaft
RICHTER 2003	Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung
SPENGLER et al. 2005, DREßING et al. 2004a	Verschiedene Regelungen, regional administrative Verfahren
SPENGLER et al. 2005	Rechtstraditionen und Strukturwandel im Gericht
KÖRMENDY 1990	Starke Verrechtlichung in der Einweisungspraxis
MÜLLER et al. 2003	gesetzliche Anforderungen - Gesetzgeber habe die Zwangsunterbringung erleichtert
MÜLLER et al. 2003	Geltendes Rechtsverständnis
DARSOW - SCHÜTT et al. 2001	Der „ <i>rechtlich abgesicherte Weg</i> “ als Schutz vor Klagen und Regressforderungen
DARSOW - SCHÜTT et al. 2001	Es ist mühsamer, andere Wege zu finden - tägliche Motivation
MÜLLER et al. 2003	Risikobereitschaft des Umfeldes - Zeitgeist: „ <i>steigende Bereitschaft zu Zwangsmaßnahmen gegen Menschen mit störendem und abweichendem Verhalten</i> “ - gesellschaftlicher Trend zu Kontrolle und mehr Freiheitsentzug
DREßING et al. 2004a	„ <i>Gesellschaftliche Tendenz, psychisch Kranke wieder vermehrt als gefährlich und unberechenbar (zu) stigmatisieren</i> “
SPENGLER et al. 2005	Veränderungen des Spektrums von Störungen und Verläufen
KÖRMENDY 1990	Soziokulturelle Faktoren - z.B. die Stadt als Ballungszentrum
SPENGLER et al. 2005	Alterspyramide
MÜLLER et al. 2003	Keine zeitaufwendigen ambulanten Kriseninterventionen
MÜLLER et al. 2003	Psychiatrische Großkrankenhäuser von der Bevölkerung weniger akzeptiert
DREßING et al. 2004a	Strengere gesetzliche Vorgabe / Kontrolle - größere Transparenz der Praxis von ZE Zwangsbehandlungen jetzt - als solche erfasst und formal juristisch benannt
SPENGLER et al. 2005	Sozialpsychiatrische Versorgung

Tabelle 5: Unterschiedliche Faktoren die den Anstieg beeinflussen.

Die folgende Tabelle zeigt hingegen Faktoren auf die nach Meinung der Spezialisten den Anstieg nicht beeinflusst haben.

MÜLLER et al.2003	Psychische Erkrankungen sind etwa gleich häufig
DARSOW - SCHÜTT et al. 2001	Populationsdichte nicht geändert
MÜLLER et al.2003	Kein Bevölkerungszuwachs
MÜLLER et al.2003	Geringe Zunahme der Lebenserwartung
DARSOW - SCHÜTT et al. 2001	Viele Alternativen zur stationären Behandlung

Tabelle 6: Unterschiedliche Faktoren die den Anstieg nicht beeinflussen

Vier Studien beschäftigen sich mit den Einflüssen von verschiedenen Gesetzen und Versorgungsstrukturen (Tabelle 7).

MÜLLER et al. (1988)	Durch administrative Eingriffe ist es zwar möglich, an einem Ort die Zahl der Zwangseinweisungen zu reduzieren; dies habe aber einen Anstieg in Nachbarorten - wodurch der Rückgang weitgehend kompensiert werde - zur Folge.
MEISSNER et al. (1989)	Eine geänderte Gesetzesgrundlage eines neuen PsychKG hatte in Südniedersachsen nur einen geringen Einfluss auf die Einweisungszahlen.
MARSCHNER (1998)	Die Versorgungsstruktur und die Organisation des Verfahrens vor Ort sind die entscheidenden Faktoren für eine Einweisung.
RIECHER - RÖSSLER et al. (1992)	Die Gesetzeslage ist der stärkste Einflussfaktor für die Zahl der Zwangseinweisungen.

Tabelle 7: Einflüsse von Gesetzen und Versorgungsstruktur.

2.8 Einweisungsbegründungen und Diagnosen bei Unterbringungsbeschlüssen

Die am häufigsten außerrechtlich und außerklinisch identifizierten Risiken für eine Unterbringung sind: männliches Geschlecht, jüngeres Alter, lediger Familienstand, allein oder bei den Eltern lebend, soziale Isolation, Arbeitslosigkeit, fehlende Berufsausbildung und Herkunft aus einer sozialen Unterschicht [STUMPFE 1981; SPENGLER et al. 1981; WALLER 1978, 1982; MÜLLER et al. 1988; RIECHER - RÖSSLER et al. 1992; BRUNS 1992, 1993; RIECHER et al. 1993, REHBEIN 2006]. Demgegenüber werden in einer Arbeit von DEGKWITZ 1986 mehr Frauen eingewiesen [DEGKWITZ 1986]. SPENGLER findet keine Häufung beim männlichen Geschlecht [SPENGLER 1981] und mehr verheiratete als alleinstehende Personen unter den Zwangseingewiesenen [SPENGLER 1986b].

Bezüglich des Alters wird weiter geschlechterdifferenziert: niedriges Alter bei Männern und höheres Alter bei Frauen gilt als Risikofaktor für Unterbringungen [BRUNS 1993, DARSOW - SCHÜTT et al. 2001]. Altersgruppen zwischen 30 und 50 Jahren sowie über 60 Jahren sind bei WALLER vermehrt vertreten [WALLER 1976, 1978]. In einer älteren Arbeit eruiert LANGE (1958) als einziger eine Häufung von Personen aus gebildeten Schichten. BRUNS nennt als weitere Risikofaktoren: längerer vorheriger stationärer Aufenthalt, bzw. keine ambulante Behandlung und mehrfache Zwangsunterbringung in der Vergangenheit [BRUNS 1991].

Die gesetzlich vorgeschriebenen Gründe erscheinen in verschiedenen Studien unterschiedlich häufig: Selbstgefährdung wird bei 20 - 50% der Betroffenen als ein Einweisungsgrund angegeben und Fremdgefährdung mit 12 - 56% (genauere Differenzierung Kapitel 5.3) [BRUNS 1993, DEGKWITZ 1986, SPENGLER 1981, 1983, REHBEIN 2006].

Im Bereich psychiatrischer Krankheiten gelten als häufigste Risikofaktoren: Schizophrenien, allgemein paranoide Erkrankungen und Suchterkrankungen [BRUNS 1991, WALLER 1978, RIECHER - RÖSSLER et al. 1992].

GRONEMANN und TEGELER (2004) beschreiben als Klientel vor allem Menschen mit chronischen Psychosen, sozialer Desintegration; Abhängigkeitskranke, persönlichkeitsgestörte Menschen und psychisch kranke alte Menschen (vorwiegend Frauen mit wahnhaften Störungen).

RIECHER - RÖSSLER und RÖSSLER (1992) stellen fest, dass die Merkmale der Risikogruppe von Zwangseingewiesenen in vielem denen von Suizidgefährdeten und/oder gewalttätigen psychisch Kranken entsprechen: alle drei Gruppen haben als Hauptrisikofaktoren: männlich, Arbeitslosigkeit, Schizophrenie oder paranoide Erkrankung. Zwangseingewiesene sind ihren Untersuchungen zufolge meist jung und ledig.

Für Suizidgefährdete nennen sie ebenfalls folgende Risikofaktoren: ledig, allein lebend und sozial desintegriert.

Die häufigsten Diagnosen von Zwangseingewiesenen aus verschiedenen Studien sind nach ihrer Häufigkeit absteigend in der Tabelle 8, S. 34 aufgelistet. Je nach Studie (und jeweiligem Wissenstand) wurden leicht von einander abweichende Gruppen bzw. Diagnosen gebildet.

Autoren					
WALLER (1978)	SPENGLER (1986a)	KÖRMENDY (1990)	POLAK (2001)	GRONEMANN und TEGELER (2004)	REHBEIN (2006)
Diagnosen absteigend nach Häufigkeit in der entsprechenden Arbeit aufgelistet					
Psychose	25 % schizophrene Episode/ Psychose	Paranoid-halluzinatorische und schizoaffektive Psychose	Paranoid-halluzinatorische Symptomatik	Paranoid-halluzinatorische Psychose	F2: 67 % Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
Schizophrenie	16 % Neurose, Anpassungs-, Persönlichkeitsstörung	organische und Alterspsychose	delirantes Syndrom	Akute Schizophrenie	F1: 20 % Psychische - und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
Sucht	14 % affektive Psychose	Alkohol- und andere Suchterkrankungen (induzierte Psychose oder/ und Intoxikation)	Suizidalität	Maniforme Symptomatik und/oder psychomotorische Erregungszustände	F3: 7 % Affektiven Störungen
Manisch-Depressive-Erkrankung	9 % Alkohol-Psychose			Suchterkrankung	F0: < 5 % Organische, symptomatische psychische Störungen
Cerebrale Durchblutungsstörung	9 % Abhängigkeits- und Suchterkrankungen				F6: < 5 % Persönlichkeit- und Verhaltensstörungen
Suizidversuch	8 % senile Psychose				
	Nebendiagnose: 32% Alkoholismus				

Tabelle 8: Einweisungsdiagnosen verschiedener Studien nach Häufigkeiten aufgelistet.

Laut FEHN et al. (2003) sind die häufigsten psychiatrischen Störungen, die im Notdienst auftauchen und Handlung erfordern: Angst (Panikattacken), Posttraumatische Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, psychotische Episoden, Erregungszustände, Suchterkrankungen, Suizidalität.

Neben sozialen Faktoren und Diagnosen werden noch weitere Kriterien zur Begründung einer Einweisung genannt: die Beziehungsaufnahme des Patienten zum Untersucher und die Kooperation des Betroffenen.

SPENGLER (1983 und 2004b) sieht in diesen interaktiven Faktoren, zu denen er eine beidseitige Beziehungsaufnahme und die mögliche Annahme von Hilfe zählt, neben der Diagnose und Psychopathologie des Patienten die entscheidenden Faktoren, ob es zu einer Einweisung kommt oder nicht. Er hält sogar für möglich, dass die Beziehungsaufnahme zum Arzt ausschlaggebender ist als die bisher genannten Faktoren der demographischen Merkmale (wie Alter und Geschlecht), die sozialen Merkmale und die anamnestischen Daten.

Ein weiterer, relevanter Faktor für oder gegen eine Einweisung sei die Erfassung der Lebenssituation des Betroffenen, in der es zu einer sozialen Krise oder sozialen Notlage durch Krankheit, Isolation, familiäre Konflikte oder Abhängigkeit usw. kommt. Diese emotionaleren Gründe werden meist jedoch nur am Rande erwähnt [SPENGLER 1981].

Faktoren wie Verteilung über die Monate oder Tage werden wenig untersucht. WALLER findet über 6 Monate eine Schwankung der Einweisungszahlen von 8,2 - 16,4%. Über die Wochentage verteilt zeigt sich bei WALLER eine gleichmäßige Verteilung von Montag bis Freitag 14 - 19% und am Wochenende von 8 - 9% [WALLER 1978]. Bei REHBEIN zeigt sich eine leichte Verschiebung mit Prozentzahlen von 15 - 20% von Sonntag bis Donnerstag und geringeren Zahlen am Freitag und Samstag von 3 - 6% [REHBEIN 2006].

REHBEIN untersucht (2006) in einer Befragung von Mitarbeitern des Krisenzentrums Bremen, in welcher Hierarchie sie verschiedene, von ihm vorgegebene Wirkfaktoren für eine Zwangseinweisung anordnen. Er definiert vorher diese Wirkfaktoren aus der Auswertung von Experteninterviews mit dem Ergebnis, dass sich 15 Einflussdimensionen und 30 Einflussfaktoren ergeben.

Den Einfluss - Wirkfaktoren für eine Zwangseinweisung werden Rangpunkte von 0 - 7 durch die Mitarbeiter gegeben. Die Reihenfolge der 10 häufigsten Faktoren ist:

- | | | |
|-----|---|------------|
| 1. | Mangelnde Krankheitseinsicht | 5,0 |
| 2. | Erheblichkeit und Gegenwärtigkeit der Gefahr | 5,0 |
| 3. | Drohende Selbstgefährdung | 4,8 |
| 4. | Priorität einer geeigneten Behandlung für Klienten | 4,5 |
| 5. | Tatsächlicher Mangel an Alternativen | 3,6 |
| 6. | Der Bericht vor Ort | 3,4 |
| 7. | Der Wunsch, dem Klienten zu helfen | 3,4 |
| 8. | Erstellte Diagnose | 3,2 |
| 9. | Drohende Fremdgefährdung | 3,2 |
| 10. | die Art des Krisenauslösers und -verlaufes | 2,9 |

(Fett geschrieben: zentrale Rechtskriterien des Bremer PsychKGs)

Die im Bremer PsychKG geforderten Voraussetzungen werden in der Erhebung größtenteils aufgezählt. Jedoch gibt es andere Begründungen die in der Gewichtung über diesen Kriterien liegen. Die mangelnde Krankheitseinsicht wird hier genannt und auch die subjektive Sichtweise des Arztes über die geeignete Behandlung sowie dem Wunsch dem Klienten zu helfen. Die erstellte Diagnose erscheint erst auf der 8. Position.

STUMPFE hat 1981 als Einziger eine inhaltlich zu dieser Arbeit vergleichbare Arbeit geschrieben, in der er die Häufigkeit einiger psychopathologischer Befunde aus 514 Akten aus den Jahren 1971 - 72 des Ordnungsamtes in Essen untersucht. Er unterteilt die Daten in vier Gruppen, geordnet nach Gründen. Mehrfachnennungen sind möglich:

1.) Akutes Zustandsbild des Patienten (Mehrfachnennungen)

Affekte: unruhig 43 %, ratlos - verwirrt 15 %, ängstlich 15 %, depressiv 8 %, affektlabil 5 %, apathisch 3 %
Orientierungsgestört 33 %
Halluzinationen und Paranoia: halluzinieren 18 %; paranoid 18 %
Bewusstseinsgetrübt, intoxikiert 18 %; delirant 6 %
Verwahrlost 17 %
Suizidal 14 %
Verlangsamt 11 %
Konfabulierend 4 %
Keine genaueren Angaben: Sonstiges 30 %; keine Angaben 7 %
Ohne Befund zum Zeitpunkt der Untersuchung 0,7 %

2.) Drohungen eines/r

Ausführung eines/r

Suizids 8 %	Suizidversuches 17 %
Beschädigung von Personen 6 %	Beschädigung von Personen 12 %
Beschädigung vom Selbst 2 %	Beschädigung vom Selbst 10 %
Beschädigung von Sachen 2 %	Beschädigung von Sachen 6 %

3.) Aus der Vorgeschichte (nach Häufigkeiten geordnet/ Mehrfachnennungen)

Frühere stationäre Behandlungen 55 %	Heimaufenthalt 8 %
Unruhezustände 44 %	Störung der öffentliche Ordnung 7 %
Alkoholabusus 39 %	Krampfanfälle 5 %
Polizeiliches Einschreiten 24 %	Delirium 4 %
Suizidversuch 17 %	Angstzustände 4 %
Verwirrheitszustand 15 %	Kriminelle Vorfälle 4 %
Medikamentenabusus 15 %	Sonstige 4 %
Beeinflussungswahn 14 %	Hirnschäden 3 %
Verwahrlosung 11 %	Keine Angaben 2 %
Mehrere Suizidversuche 10 %	Verstimmungszustände 0,7 %

4.) Begründungen für die Notwendigkeit einer Unterbringung

1. Impulshandlungen, Neigungen zu aggressivem Verhalten, Unberechenbare, unvorhersehbaren, unmotivierte, unkontrollierte Handlungen, Unüberlegtes Handeln, Ungesteuertheit 28 %
2. Krankheitsuneinsichtigkeit, nicht richtige Einschätzung der Situation 21 %
3. Aktuelle Wahnstimmung, wahnhafte Umdeutung, psychotische Erlebnisweise, abnorme Erlebnisreaktion 14 %
4. Vitale Gefährdung, Hilflosigkeit, Unfähigkeit zur Selbstversorgung, Verwahrlosung, Gesundheitsschäden 11 %
5. Aufgrund des geschilderten Verhaltens, in ihrem derzeitigen Zustand 9 %
6. Suizidale Gefährdung 9 %
7. Drohung, weiteren Missbrauch oder Abusus zu treiben, Kontrollverlust 8 %
8. Verwirrheitszustand, Desorientierung 7 %
9. Akutes Krankheitsbild, Behandlungsbedürftigkeit, 4 %
10. Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit, Minderbegabung 4 %
11. Depressive Verstimmung 1 %
12. Keine Angaben bzw. nicht verwertbare Angaben 9 %

[STUMPF 1981, S.30 - 32]

2.9 Hilfsmittel zur Entscheidungsfindung bei Zwangseinweisungen

Ohne explizit empirische Daten zur Begründung vorzulegen, präsentiert drei Autoren (aufgrund klinischer Erfahrungen) Kriterien zur Zwangseinweisung.

SHERRILL stellt (1997) eine Checkliste mit Kriterien für eine Zwangseinweisung vor (übersetzt):

- Gibt es bei dem Patienten Hinweise für die Beschäftigung mit suizidalen Fantasien und Gedanken?
- Gab es in der nahen Vorgeschichte Suizidversuche oder Pläne einer ernsthaften Selbstverletzung, z.B. Kauf einer Waffe?
- Hat der Patient gedroht, jemanden zu verletzen?
- Gab es aggressive Ausbrüche/Handlungen gegenüber Tieren?
- Gab es aggressive Ausbrüche/Handlungen gegenüber Sachen?
- Gab es aggressive Ausbrüche/Handlungen gegenüber Menschen?
- Gibt es einen Missbrauch von Halluzinogenen?
- Gibt es Hinweise von Einschränkungen der Realitätswahrnehmung, der Realitätsbeurteilung, des logischen Denkens und Planens? Spezifischer: Gibt es Halluzinationen, Wahn, Bedeutungserlebnis, psychomotorische Unruhe (Hyperaktivität oder Retardierung), gelockerte Assoziationen?
- Hat sich die Realitätswahrnehmung des Patienten trotz unterstützender Maßnahmen verschlechtert?
- Existieren pathologische soziale- oder Familienstrukturen, die eine Isolierung des Patienten erfordern?
- Sind die emotionalen Kontakte des Patienten so limitiert, dass ein strukturiertes stationäres Programm ihm helfen könnte?
- Gibt es Hinweise einer Angststörung?

Ansätze Leitlinien bzw. Hilfsmittel zur Entscheidungsfindung zu schaffen sind bei EBNER (2000) zu finden. Er bemüht sich um eine Zusammenstellung von Vorhersagekriterien. Bei Selbstgefährdung gibt er Risikofaktoren für Suizidgefährdung an, die allerdings eine geringe Sensitivität und Spezifität besitzen und keine Individualprognose ermöglichen.

Beurteilungskriterien

Für „Basissuizidalität“:

1. Epidemiologische Faktoren: männlich, hohes Alter, soziale Isolation
2. Suizidanamnese
3. Aktuelle Situation:
 - Risikofaktoren: belastende Lebensereignisse, schwere Krankheit, Haft
 - Protektive Faktoren: stabiles Umfeld, tragfähiges therapeutisches Bündnis, antidepressive Medikamente
4. Psychiatrische Diagnosen: Depression, Sucht, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung (mit Impulsivität)

Für aktuelle Suizidalität:

5. Aktuelle Psychopathologie und Befindlichkeit: Einengung auf den Suizid, Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken, Suizidpläne (vor allem konkrete), Suizidankündigungen, sozialer Rückzug, Schuld-, Versagens-, Wertlosigkeitsgefühle, Selbstbestrafungstendenz, depressive Wahnsymptomatik, Schlafstörungen

Für Fremdgefährdung („zufriedenstellende“ Sensitivität, jedoch schlechte Spezifität).

1. Soziodemografische Faktoren

2. Gewaltanamnese

3. Aktuelle Situation

- Risikofaktoren: schlechte Compliance, Belastungsfaktoren, belastendes Umfeld, fehlendes soziales Netzwerk

- Protektive Faktoren: stabiles Umfeld, tragfähiges therapeutisches Bündnis

4. Psychiatrische Diagnose: Schizophrenie, bipolare Störungen, Alkohol- und Drogenabusus, Hirnorganische Störungen, Persönlichkeitsstörungen (dissoziale)

Für aktuelle Gefährdung:

5. Aktuelle Befunde: Vorboten wie Drohungen (z.B. gegen klar identifizierte Opfer) oder Gewalt gegen Sachen, Intoxikation, akutes psychotisches Zustandsbild, Impulskontrollverlust, Halluzinationen & Wahn, Zugang zum Bedrohten, Planung & Vorbereitungen

6. Screening: Haben Sie oder denken Sie daran, jemanden zu verletzen?

Als Indikation zur Zwangseinweisung nennt er: fehlende Freiwilligkeit, keine andere therapeutischen oder andere unterstützende Maßnahme möglich, akute Suizidalität, Fremdgefährdung, Psychische Störung (mit Beeinträchtigung des Urteilsvermögens), kein therapeutisches Bündnis, fehlende Alternativen.

Für die Selbstgefährdung merkt er an, dass besonders bei akuten Schizophrenieformen Psychosen, bei schweren (wahnhaften) Depressionen (besonders bei akutem exogenen Reaktionstyp) und Intoxikationen die Suizidalität als nicht „freiwillig“ angesehen werden muss. In anderen Fällen sei das Urteilsvermögen zu prüfen und die psychische Erkrankung zu untersuchen [EBNER 2000].

SPENGLER beschreibt als Entscheidungsverlauf bzw. als Hilfe zur Entscheidungsfindung:

- Abfragen von Vorinformationen zu Ereignissen der Gefährdung und zu dem Vorliegen von psychischen Störungen;
- Während der Exploration die Einstufung des Misslingens oder Gelingens des Kontaktes, der aktuellen Gefährdung und des psychischen, sozialen Funktionsniveaus;
- Eine Erstintervention in Form eines Arbeitsbündnisses und ersten Therapieversuches;
- Eine Beurteilung der Kooperationsfähigkeit des Patienten (ambulante Behandlung, stationäre-, freiwillige Einweisung);
- Eine Einschätzung der Indikation: Ob Zwangsunterbringung nach PsychKG erforderlich ist oder nicht [SPENGLER 2003].

Als einschränkende Faktoren bei der Beurteilung in der Akutsituation zeigen sich folgende Beobachtungen und Aussagen:

Die Beweggründe für die Einweisungen sind durch die Patienten vermittelt und von den Ärzten für deren Begründungen subjektiv wichtig befunden worden. Die Begründungen geben keine komplette Erfassung wieder, da es keine standardisierte Anamnese gibt, z.B. erfolgt selten die Erfassung der soziokulturellen Faktoren. Diese Faktoren tauchen nur auf, wenn sie aktuell einen großen Einfluss haben.

Der Inhalt der ärztlichen Befunde besteht zu einem Grossteil aus den Angaben von Angehörigen, Nachbarn, Passanten oder Polizisten. In wenigen Fällen erlebt der Arzt das auslösende Ereignis mit. Neben dem akuten psychopathologischen Bild sind also Erzählungen, Vermutungen und Deutungen anderer Personen wichtig. Oft ist die Einschätzung des Arztes von Laienerzählungen, bzw. sehr subjektiven Berichten beeinflusst bzw. abhängig [STUMPFE 1981].

2.10 Studien zur Suizidalität im ärztlichem Notdienst

PAJONK legt bisher die einzigen Arbeiten zur Suizidalität im ärztlichen (nicht im psychiatrischen) Notdienst Hamburgs vor (PAJONK 2000, 2001b). Diese Arbeiten untersuchen unter anderem das Problem der Suizidalität bei Einsätzen des allgemeinen ärztlichen Rettungsdienstes. PAJONK untersuchte 2.550 Notarztprotokolle, in denen die Beteiligung einer psychiatrischen Störung dokumentiert ist - von insgesamt 26.347 Einsätzen im Jahr 1995. Es erfolgt eine nachträgliche Bestimmung der Diagnosen durch PAJONK. Tabelle 9 zeigt die Prozentangaben der Begründungen für die Einsätze wegen psychischer Störungen.

Anzahl	Einsatzgrund
1682 (42,5 %)	Polyintoxikation (Alkohol, BTM, andere Medikamente)
860 (33,7 %)	Alkoholintoxikation
586 (23,0 %)	Erregungszustände
572 (22,4 %)	Suizidversuch
253 (6,4 %)	Abhängigkeit ohne Symptome einer Intoxikation oder eines Entzugs
125 (3,2 %)	Psychovegetative Entgleisung
103 (2,9 %)	Entzugssymptome
102 (2,5 %)	Depression
89 (2,3 %)	Psychose
77 (1,9 %)	Neurotische Störung
25 (0,6 %)	Verwirrtheitszustand
6 (0,1 %)	Manie

Tabelle 9: Psychiatrische Diagnosen (mehrfach Nennungen) im allgemeinen Notdienst in Hamburg bei psychisch Kranken
N= 3960 nach PANJOK 2000

Bei den 572 Suizidversuchen, die in der obigen Arbeit erfasst werden (57 % sicher, 18 % wahrscheinlich, 25 % möglich Suizidversuche), finden sich bei 54 % (N=311) Intoxikation mit Medikamenten, bei 17 % (N=98) Intoxikation mit Drogen.

Bei 7,8 % (N=198) der 2.550 Einsätze fand man die Betroffenen tot vor. Durch Suizid verstarben 171 Personen (durch Erhängen N=71, entspricht 41 %; Sprung aus der Höhe N=36, entspricht 21 %).

Rund 10 % aller Notfalleinsätze waren psychiatrisch bedingte Notfalleinsätze, damit waren psychiatrische Gründe die dritthäufigste Einsatzursache, gefolgt von internistischen und chirurgischen Akuterkrankungen. Jeder vierte psychiatrische Einsatz war mit Suizidversuch oder vollendetem Suizid verbunden, damit waren es 3 % aller Notarzteinsätze.

Besonders gefährdete Personengruppen, die den allgemeinen Notdienst in Anspruch nehmen, sind Menschen mit Depressionen, Schizophrenie, Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie Persönlichkeitsstörungen [PAJONK 2001b, 2000].

Ein weiterer Artikel zu dieser Studie von PAJONK [2001a, 2001b] untersuchte die Fälle des Jahres 1995 aller 3387 Notarzteinsätze im Landkreis Hannover. 312 Einsätze galten psychiatrischen Notfällen und stellten mit 9,2 % die dritthäufigste Einsatzursache nach internistischen 37,1 % und chirurgischen 18 % dar. Es erfolgt keine genauere Angabe über die heraus gerechneten rund 500 Einsätze.

Bei den psychiatrischen Notfällen ergab sich auf syndromaler Ebene: Suizidalität in 32,7 % der Fälle (gesicherter Suizid: N= 67; entspricht 21,5 %; wahrscheinlicher Suizid N= 20; entspricht 6,4 %; Suizid nicht ausgeschlossen N= 15, entspricht 4,8 %). 18 Personen

verstarben durch Suizid. Die Auswertung der verschiedenen Arten von Suizidversuchen und Suiziden folgt in Tabelle 10:

Suizidversuche & Suizide im Landkreis Hannover (N= 102)	Davon erfolgreiche Suizide (N= 18)
52 Medikamentenintoxikation	13 durch Erhängen / Strangulation
15 Erhängen / Strangulation	2 durch Todesschuss
15 Alkoholintoxikation	1 durch Kraftfahrzeugabgase
14 Pulsadereröffnung	1 durch Intoxikation mit einer Chemikalie
6 Drogen/ BTM/ sonstige Intoxikation/ Sprung von Bauwerken/ Schusswaffen/ Kfz- Abgase	1 Todesursache nicht genannt

Tabelle 10: Verschiedene Arten von Suizid und Suizidversuch im allgemeinen Notdienst in Hannover im Jahr 1995 [PAJONK 2001 a].

Nach Untersuchungen in Hamburg durch PAJONK (2000) und FISCHER (2002) schätzen Notärzte, dass ca. 10 % der Einsätze mit Suizidalität zu tun haben, bzw. fanden heraus dass Suizidalität als psychiatrische Störung für 36 % der Rettungsdienstmitarbeiter einen „hohen“ und für 19 % einen „sehr hohen“ Stellenwert in der Arbeit habe.

Zum Vorkommen von Suizidalität unter Zwangseingewiesenen oder im psychiatrischen Notfall gibt es Erwähnungen in verschiedenen Studien. Die Zahlen können untereinander nicht direkt verglichen werden (auf Grund verschiedenen Studienaufbaus, Klientels etc.); prozentual streut der Anteil der Personen in psychiatrischen Notfällen, die sich in Suizidgefahr befinden oder Gewalt gegen sich selber ausführen, von 6,4 % bis 36 % (siehe auch Tabelle 19, S. 79) [LANGE 1958, WALLER 1978, KOWERK 1985, 1989, HÄFNER 1986, 1987, SPENGLER 1986a, BRUNS 1993, REGUS 1998, KROPP 2005].

2.11 Zielsetzung dieser Arbeit

Wie bereits dargelegt, liegen zur Zeit eine Reihe empirisch - epidemiologischer Untersuchungen zur Zwangseinweisung vor; dabei fehlen Arbeiten, die die genaueren Gründe für eine Einweisung, z.B. durch den psychiatrischen Notdienst, untersuchen, und es gibt keine Arbeit, die sich explizit mit der Suizidalität unter zwangsweise untergebrachten Personen, beschäftigt (z.B. welche Suizidversuche es gab, in welcher Kombination mit Drohungen etc.). Es gibt die oben beschriebene vergleichbare Arbeit (PAJONK) für den allgemeinen Notdienst in Hamburg und die Arbeit von STUMPFE in der Einweisungsgründe untersucht werden. Sie ist inhaltlich mit einem Teil dieser Arbeit vergleichbar. Es werden Häufigkeiten psychopathologischer Befunde aus Zwangseinweisungen ermittelt (siehe 2.10.). Jedoch werden hier sämtliche Gründe aufgenommen und alle Fälle eines Jahres untersucht.

Wie REHBEIN schreibt: „*Zahlreiche Arbeiten widmen sich den Entscheidungsprozessen und Schwierigkeiten bei Zwangseinweisung in Form von Erfahrungsberichten. Systematische empirische Forschungsprojekte zur medizinischen Begutachtung bei Zwangseinweisungen wurden bisher nur vereinzelt durchgeführt. Häufig beschränken sich die Beiträge aus der Fachliteratur auf eine Diskussion der rechtlichen Gegebenheiten und der daraus erwachsenen Anforderungen für den Praktiker.....Für Deutschland liegen unzureichende empirische Daten zur Entscheidungsfindung bei Zwangseinweisungen vor*“ [REHBEIN 2006, S.35 + 43].

Die vorgelegte Arbeit verfolgt den Ansatz, die Suizidalität unter den Betroffenen einer sofortigen Zwangsunterbringung zu untersuchen, sowie eine exemplarische Untersuchung der Gründe zur Zwangseinweisung aus einem Jahr (2003) in Hamburg durchzuführen.

Die in dieser Arbeit gefundenen Kriterien zur Zwangseinweisung könnten für die psychiatrischen Notdienste und ähnliche Institute zu Leitlinien führen, die es bisher nicht gibt.

3 Material und Methoden

3.1 Material

Ein Teil des Materials stammt aus 741 Akten des Verbraucherschutzamtes (ehemals Ordnungsamt) über Zwangseinweisungen aus dem Jahr 2003, die die Unterbringungen durch den PND und SPD dokumentieren.

Die Anzahl der gesamten Unterbringungen beläuft sich auf 2.186 in diesem Jahr. Die Differenz zwischen 741 und 2.186 ergibt sich aus der Zahl der Errichtungen (also Zwangsunterbringungen im Krankenhaus) und der Anträge auf Zwangseinweisungen der niedergelassenen Psychiater. Die Akten der Behörde (Verbraucherschutzamt im Bezirksamt Hamburg - Altona) bilden die sofortigen Unterbringungen am vollständigsten ab, da das Verbraucherschutzamt sowohl jene Unterbringungen der Krankenhäuser als auch die des SPD, PND, der Heime und der Niedergelassenen bewilligt und so einen kompletten Überblick hat. Für Unterbringungen nach dem Betreuungsgesetz ist diese Behörde nicht zuständig.

In der Statistik des Verbraucherschutzamtes werden im Jahr 2003 757 Personen, die vom SPD und PND zwangseingewiesen wurden, gezählt. Für die Differenz von 16 Akten gibt es verschiedene Erklärungsansätze:

1. Von den gesamten 2186 waren zum Zeitpunkt der Erhebung 26 Akten für Einweisungen aus dem Krankenhaus, der ambulanten Ärzte und des PND/SPD nicht im Archiv;
2. Es gab Fälle, in denen nicht klar war, ob der Einweisende ein niedergelassener Arzt (auf keinen Fall ein festangestellter Arzt des PND/SPD) war oder ein Vertretungsarzt.

Bei jeder Unterbringung muss deren Begründung für die Behördenakten dokumentiert werden. Bei Nichteinweisung gibt es nur einen Eintrag im Wachbuch ohne inhaltliche Begründung für diese Entscheidung; daher entstammen die Informationen ausschließlich den Fällen durchgeführter Einweisungen.

Weiteres Material stammt aus selbsterstellten, halbstrukturierten Interviews mit 19 Psychiatern, die entweder im PND (8 Ärzte) oder SPD (10 Ärzte) oder in beiden Einrichtungen (1 Arzt) arbeiten. Diese Befragungen wurden (im Sinne einer internen Expertenvalidierung) zum Vergleichen und zum besseren Verständnis der Thematik erarbeitet. In diesen Interviews wurde erhoben welche Gründe die Ärzte selber für eine Einweisung bei Suizidalität sehen, sowie Information zu ihrer Erfahrung, ihrem Ausbildungsstand und ihrem Alter.

3.2 Methoden

3.2.1 Grounded Theory

Die Grounded Theory ist eine Methode, um qualitative Daten zu bearbeiten.

Sie wird bei der Bearbeitung von Interviews, Beschreibungen, Akten und Dokumenten in der Psychologie, Soziologie, Pädagogik und zunehmend in der Gesundheits- und Politikforschung benutzt. Sie wurde in den 60er Jahren von STRAUSS und GLASER (1967) entwickelt und hat sich seitdem weit verbreitet. Sie ist primär eine Methode zur Entwicklung von Theorien, sowie zur Strukturierung nicht numerischer Daten. Sie kann aber auch zur Überprüfung bestehender Theorien genutzt werden [STRAUSS et al.1996].

Mit Hilfe der Grounded Theory ist es möglich, eine Analyse bzw. eine Kodierung von Informationen zu verfassen, ohne diese nur zu bündeln. Im Vorfeld wird anhand von persönlichen Erfahrungen, Praxiserfahrungen und Literatur (nach Glaser fließen Literaturergebnisse erst nach der Theoriebildung als Daten mit ein) eine globale Zielsetzung mit einer richtungweisenden Frage bzw. einem Konzept (methodische Überlegungen für erste Forschungsschritte) gestellt. Danach erfolgen die Vorbereitung und der Feldzugang sowie das Sammeln von Daten.

Der erste Schritt der Verarbeitung der Daten ist ein offenes Kodieren, das heißt das Material wird „analytisch aufgebrochen“, es werden neue Codes entwickelt, die den Inhalt beschreiben. Diese Codes sind provisorisch, simple Ausdrücke und Wendungen, die auch aus Formulierungen der ursprünglichen Informationen bestehen und die im Laufe der Studie modifiziert werden können. Das Kodieren stellt eine Vorgehensweise dar, in der die Daten getrennt, sortiert und danach neu charakterisierend benannt werden. Jede Textstelle (manchmal nur ein Wort) wurde separat betrachtet und interpretiert, oft sehr penibel und detailliert, um Informationen nicht zu übersehen und um im Sortieren durch eine Vorbeurteilung keine Informationen zu verlieren. Durch das Sortieren werden Ähnlichkeiten und Zusammenhänge herausgestellt. In der Grounded Theory wird der Vorgang des Erfassens der Kernaussage „Konzeptualisieren“ genannt.

Im Verlauf entsteht ein wechselnder Vorgang, das „axiale Kodieren“, das Ziehen von Relationen und Vergleichen eines neuen Punktes mit schon vorhandenen Punkten („zirkulärer permanenter Vergleich“). Die Informationen, die in dem neuen Punkt stecken, werden in Bezug auf die Gemeinsamkeiten, die er mit den anderen Punkten hat, hinterfragt. Im zweiten Schritt wird geklärt, welche Oberbegriffe, die so genannten „Kategorien“, zu diesen Punkten passen. Eine „Kategorie“ verbindet und erklärt die gemeinsamen Elemente gesammelter Daten; sie stellt ein abstraktes Konzept dar, identifiziert die wesentlichen Merkmale und Dimensionen. Durch die Entwicklung einer Kategorie entstehen weitere Arbeitshypothesen. Das Kategorisieren ist also „*der Prozess des Gruppierens der Konzepte, die zu demselben Phänomen zu gehören scheinen*“ [STRAUSS et al.1996]. Kategorien und das Kodieren spielen eine zentrale Rolle im Ansatz von Glaser und Strauss.

Im Bearbeitungsprozess werden Memos über Entscheidungen und Überlegungen erstellt, Entscheidungen für ein oder mehrere Konzepte getroffen, evtl. Veränderungen und/ oder Eingrenzungen der Zielsetzung, der Erhebungsstrategie (theoretischen Sampling) vorgenommen. Neue richtungweisende Fragestellungen können gestellt werden bis es zur Datensättigung kommt.

Im dritten Schritt, einem erneuten axialen Kodieren, werden Haupt- und Schlüsselkategorien

aus den Kategorien gebildet. Sie verbinden das akademische Wissen und die theoretischen Ideen, sie sind klar voneinander abgegrenzt und sie bilden die Struktur für die Arbeitshypothese. Aus ihnen werden Kernkategorien („core category“) identifiziert, die alle vorher gefundenen Kategorien verbinden, die den roten Faden bilden und so das verbindende Phänomen und die Zusammenhänge beschreiben. Sie bilden das zentrale Element der Grounded Theory, ein Muster in dem die Daten abgebildet sind. Übrig gebliebene (bislang noch nicht integrierte) "Kleinkategorien" des offenen Kodierens können möglicherweise in Verbindung gesetzt werden.

Mit Hilfe der Kernkategorien kann die gegenstandsbegründete Theorie formuliert werden. Sie muss glaubwürdig sein und erklärende Kraft haben, d.h. sie muss der Realität des untersuchten Phänomens gerecht werden. Sie verbindet die Kategorien und verdeutlicht die hypothetischen Relationen.

Ein entscheidender Unterschied der Grounded Theory zu anderen Methoden ist die Möglichkeit, eine Theorie in der Beschäftigung mit den Daten durch das Kategorisieren zu entwickeln. So kommen Datensammlung, Analyse und Theorie in eine wechselseitige Beziehung; Datensammlung und Datenanalyse interagieren.

In den meisten Fällen entsteht die Theorie durch das Arbeiten (allerdings gibt es auch die Möglichkeit, die Methode zum Überprüfen bestehender Theorien zu nutzen), somit ist die Beeinflussung von Vorannahmen oder vorgefassten Ideen weniger gravierend.

Theorie und Daten sind in dieser Methode sehr eng verknüpft. Sie hat sowohl einen induktiven Anteil (während der Datensammlung und Analyse entstehen vorübergehende Arbeitshypothesen) als auch einen deduktiven (Hypothesen werden mit weiteren Daten verglichen und analysiert - Integration und Modifikation).

Der Name Grounded Theory, also „gegenstandsbezogene, im Grund verankerte“ Theorie verdeutlicht, dass sie direkt aus der Situation (dem Gegenstand) heraus entwickelt wird.

Daten werden beschreibend und interpretierend wiedergegeben. Die Grounded Theory legt den Schwerpunkt auf den Prozess eines Phänomens oder Forschungsgebietes, was sie z.B. von der Phänomenologie unterscheidet, da diese sich auf das Wesen eines Phänomens konzentriert.

Ziele der Grounded Theory sind, zu beantworten, welcher Prozess zu den untersuchten Phänomenen führt und was ein Leitmotiv oder auch der rote Faden dafür ist, z.B. ob es definierbare Veränderungen innerhalb eines Zeitabschnittes gibt.

Sie entwickelt erklärende Theorien für menschliches Verhalten, Verhaltensmuster und soziale Prozesse, Interaktionen und Erfahrungen von Menschen. Außerdem sind Modifikationen, Abwandlungen, Einschränkungen oder Ausweitungen bestehender Theorien möglich.

Die Güte einer Grounded - Theory - Studie wird über die Kriterien der Angemessenheit, der Entsprechung in der Realität, der Generalisierbarkeit, der Überprüfbarkeit und der Verständlichkeit der Datensammlung und Datenauswertung gebildet und beurteilt

[STRAUSS et al.1996, http://www.wikipedia.org/wiki/Grounded_Theory, 12.07.08 15:27].

3.2.2 Durchführung dieser Arbeit und Anwendung der Grounded Theory

Im Vorfeld der Untersuchung wurde der Antrag für diese Doktorarbeit vom Hamburgischen Datenschutzbeauftragten geprüft und genehmigt. Anhand seiner datenschützenden Vorgaben wurde der endgültige Erfassungsbogen erstellt. Die Vorgaben waren:

- 1) Die Einsicht in die Akten wurde nur einer Person im Verbraucherschutzamt gewährt.
- 2) Die interessierenden Daten (zur Person, zum einweisenden Arzt) durften nur in anonymisierter Weise (keine Namensnennung, nur Geburtsjahr) ohne die Möglichkeit eines Rückschlusses durch Dritte (Ort, Datum, Uhrzeit - Angabe von Zeiträumen, keine genauen Adressen z.B.: von Strassen) erfasst werden (siehe Monitoring - Bogen im Anhang).
- 3) Die Untersucherin musste eine Erklärung abgeben, ob es in ihrem persönlichen Bekanntenkreis Fälle von psychiatrischen Einweisungen gab. In diesem Fall gäbe es keine Einsicht in diese Akten.

Auch die Zustimmung der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit gemäß §31 des HmbPsychKG wurde eingeholt; eine Verpflichtungserklärung zur Wahrung des Datengeheimnisses gemäß §7 HmbDSG wurde von der Autorin unterschrieben.

Es folgte eine erste Phase der Praxiserfahrung im untersuchten Feld durch Kontaktaufnahmen mit dem Verbraucherschutzamt, mit PND und SPD (Famulatur im SPD, des Mitfahrens bei Einsätzen im PND und Expertengespräche mit PND- und SPD- Ärzten) und der Aktensichtung im Verbraucherschutzamt zur Datenerhebung.

Dort wurden die interessierenden Informationen anonymisiert und in die vorformulierten Monitoring - Bögen abgeschrieben, da die originalen Daten das Verbraucherschutzamt nicht verlassen durften.

Aus den Dokumenten der Einweisungen und den Akten des Verbraucherschutzamtes konnten folgende Daten kongruent erfasst werden: Geburtsjahr und Geschlecht der Personen; einweisender Arzt (PND oder SPD zugehörig), Datum, Zeitraum des Einweisung (0 - 8; 8 - 16; 16 - 24 Uhr), Ort der Untersuchung (Polizeirevier oder Postleitzahl des Ortes der Untersuchung), Diagnose, Einweisungsgrund und vorhandene Suizidversuche (Erfassungsbogen s. Anhang).

Die quantitativen Daten wurden mit Exceltabellen erfasst und Häufigkeiten und Verteilungen errechnet. Dieses Vorgehen betraf die Daten:

1. zur Person: Geburtsdatum, Geschlecht
2. zur Situation: Ort, Datum, Zeitpunkt
3. zum einweisenden Arzt
4. zur Diagnose, nach ICD - 10 verschlüsselt

Die qualitativen Daten und die Einweisungsgründe wurden aus den Akten entnommen und mit der Grounded Theory bearbeitet.

Die Daten des Verbraucherschutzamtes zeichnen am vollständigsten die Daten Zwangseingewiesener ab, da hier alle Anträge eingehen und bearbeitet werden.

Jedes Protokoll, jeder Fall wurde einzeln betrachtet. Die enthaltenen Informationen wurden von einander getrennt, in einer Exceltabelle gesammelt und nach Ähnlichkeiten sortiert (Kodieren). Dieses Sortieren bedeutete ein ständiges Erfassen des Gehaltes der Aussage, und

deren Bedeutung und des Vergleiches mit anderen inhaltlichen Punkten sowie das Definieren von Gruppen.

Dadurch wurde die Anzahl der Einheiten, mit denen gearbeitet wurde, reduziert. Im weiteren Verlauf wurden diese Einheiten neu sortiert, in gegenseitige Beziehung gesetzt, gegebenenfalls neu benannt, definiert oder gegeneinander besser abgegrenzt. Die gebildeten Gruppen wurden mit Kategorienamen benannt. Nachdem die Kategorien bestimmt waren, konnten Haupt- und Kleinkategorien innerhalb der bis dahin definierten Kategorien aus den ursprünglichen Konzepten entwickelt und differenziert werden.

Anhand dieser Hauptkategorien, die weiterhin den Akten mit Nummern zugeordnet sind, war es möglich, eine Häufigkeitsangabe über die Gruppierungen zu treffen. Vor allem wurden die Informationen über die suizidalen Personen untersucht und zusammengefasst.

Die Zielsetzung hatte zum Inhalt, die verschiedenen Gründe für Zwangseinweisungen zu finden und zu beschreiben. Das Ergebnis wird im Verlauf dieser Arbeit vorgestellt. Der letzte Teil der Grounded Theory, eine beschreibende endgültige Theorie zu entwickeln, gehörte nicht zu dieser Arbeit.

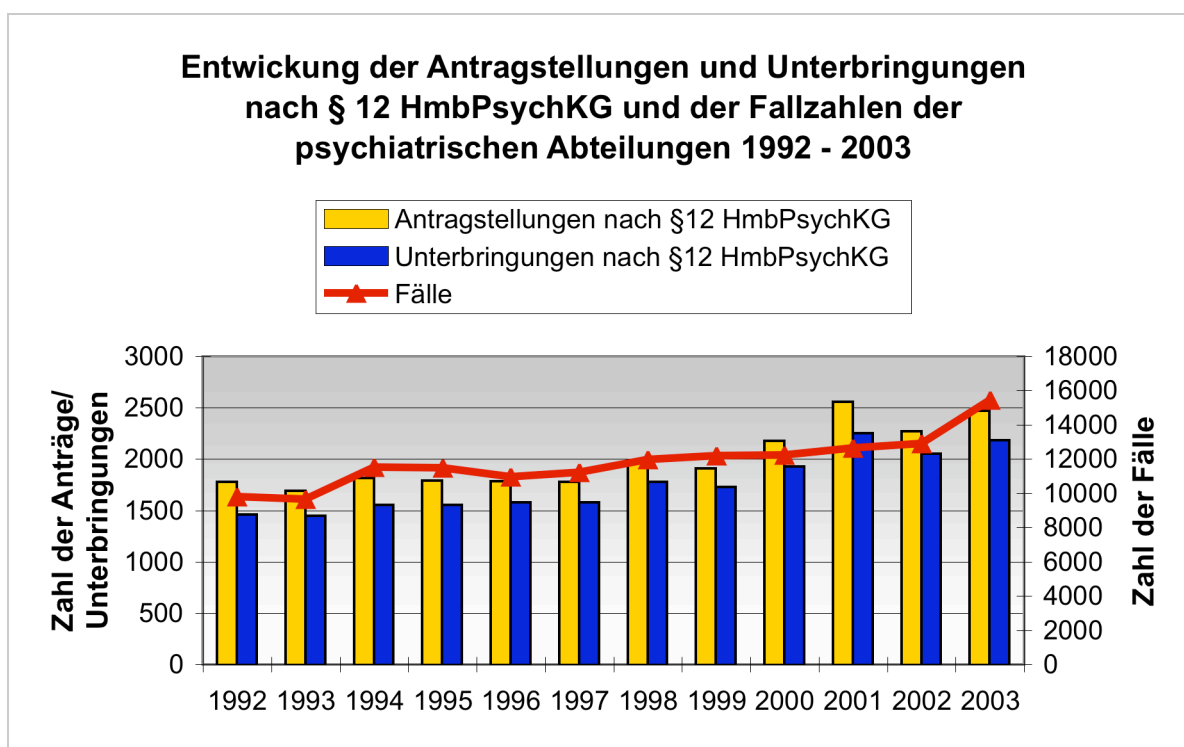
Jeder Fall wurde auf Suizidalität geprüft und vermerkt wie die Einschätzung des einweisenden Arztes war.

Die Interviews wurden parallel ebenfalls mit der Grounded Theory bearbeitet und die von den Ärzten angegebenen Gründe wurden gruppiert und Hauptkategorien gebildet. Dadurch konnte ein Vergleich mit den in den Akten angegebenen Gründen gezogen werden.

4 Ergebnisse

4.1 Entwicklung der Zahl von Zwangseinweisungen in Hamburg

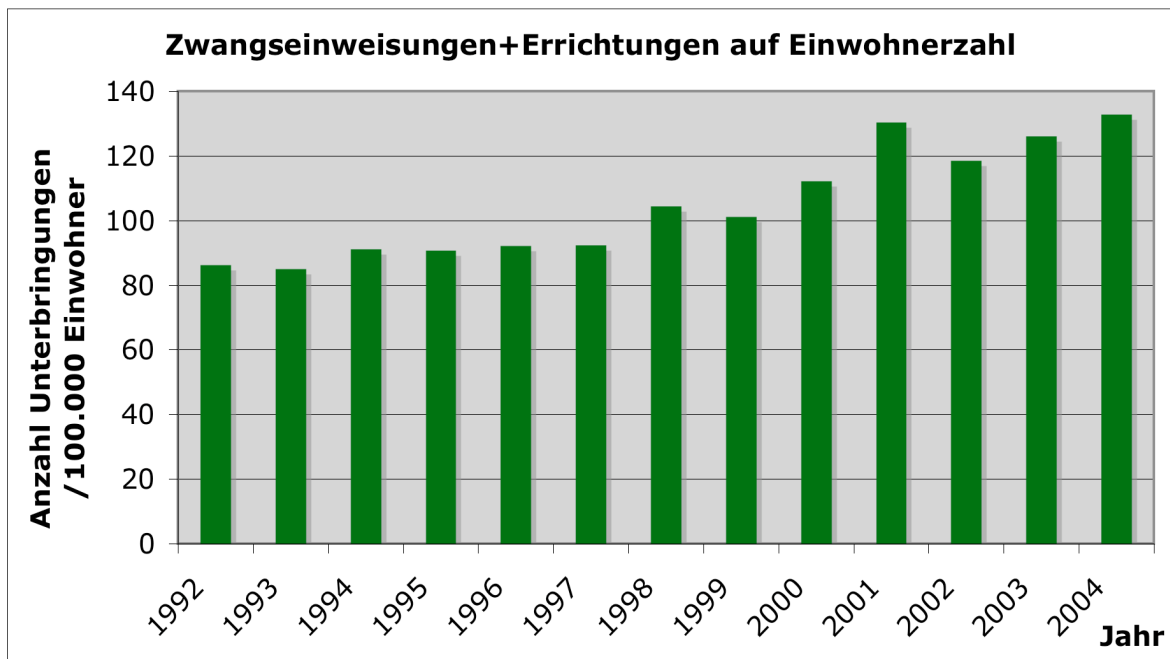
Im Jahr 2003 kam es zu ca. 2500 Antragstellungen, davon wurden 2186 Unterbringungen durchgeführt. Im Folgenden wird die Entwicklung der Zahlen in den 10 vorhergehenden Jahren dargestellt. Grafik 1 zeigt seit 1993 einen kontinuierlichen leichten Anstieg der Unterbringungen, seit 2001 ist ein Trend zur Stabilisierung der Unterbringungen nach §12 zu sehen. Die Fallzahlen in der Psychiatrie steigen seit 1993 ebenfalls an.



Grafik 1: Unterbringungen nach PsychKG §12 (Zwangseinweisungen und Errichtungen) in Hamburg 1992 - 2003 Quelle: Ordnungsamt (Verbraucherschutzamt) 2005

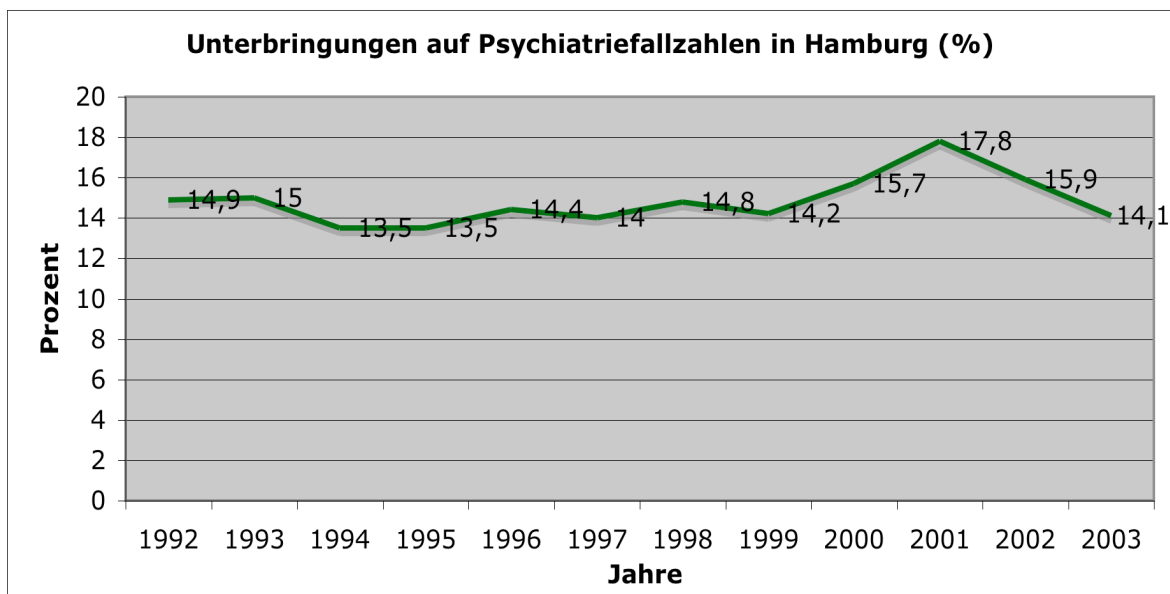
Summe: Unterbringungen N=21081 Psychiatriefälle N=142112

Die Zwangseinweisungsrate- (Anzahl der Zwangseinweisungen auf 100.000 Einwohner) zeigt einen Anstieg (siehe Grafik 2, folgende Seite). In den Jahr 1998 und 2001 gibt es einen massiven Anstieg, weshalb es in den beiden folgenden Jahren zu einem scheinbaren Abfall kommt. Werden die Jahre 1992 - 2004 betrachtet kommt es jedoch zu einem deutlichen Anstieg.



Grafik 2: Zwangseinweisungsrate: Unterbringungen bezogen auf 100.000 Einwohner in Hamburg, 1992 - 2004
 Daten: Verbraucherschutzamt 2005 Summe: Unterbringungen N=23385, Einwohner 22.262.460

Die Zwangseinweisungsquote, d.h. die Zahl der Zwangseinweisungen im Verhältnis zu der Anzahl der Personen, die in Psychiatrischen Abteilungen behandelt wurden, schwankt zwar (13,5 - 17,8) und zeigt einen Gipfel 2001, jedoch keine klare Steigung an (siehe Grafik 3).

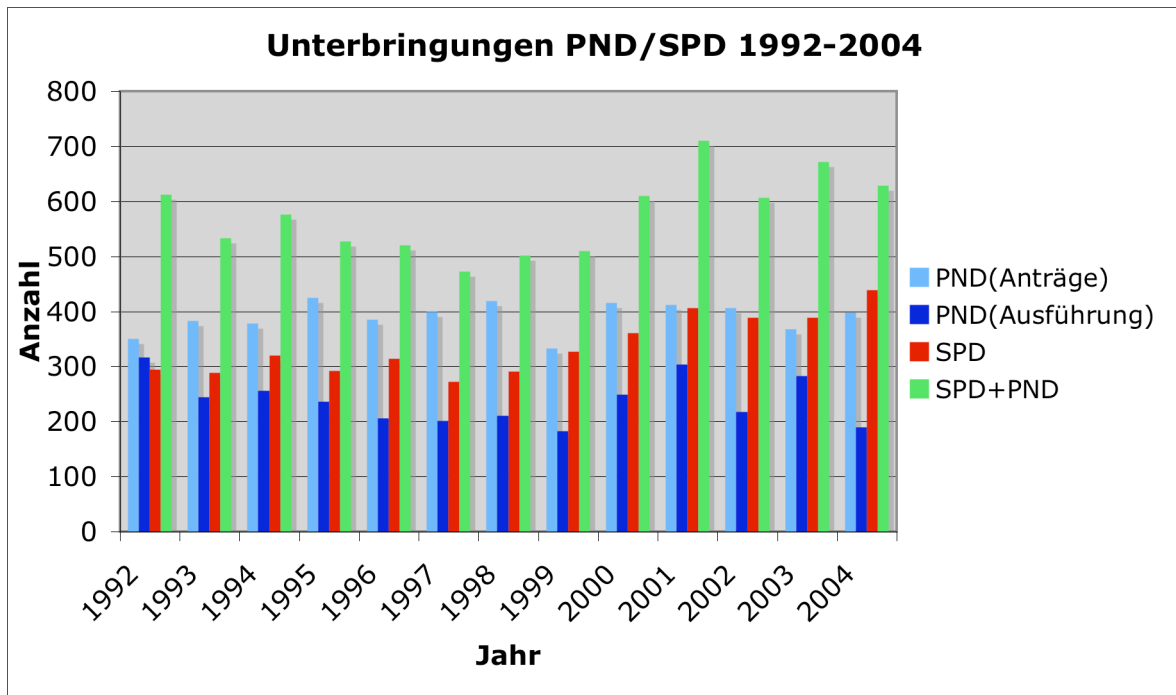


Grafik 3: Zwangsunterbringungsquote: Unterbringungen bezogen auf Psychiatriefallzahlen in Hamburg, 1992 - 2003
 Daten: Verbraucherschutzamt 2005 Summe: Unterbringungen N=21081, Psychiatriefälle N=142112

Betrachtet man nur die Unterbringungen auf der Basis des PsychKG §12 und lässt die Errichtungen¹ beiseite, so zeigt sich, dass es in der Entwicklung, bezogen auf die verschiedenen Einrichtungen, Unterschiede gibt. So steigen die Zahlen des

¹ in anderen Bundesländern auch „fürsorgliche Zurückhaltung“ genannt.

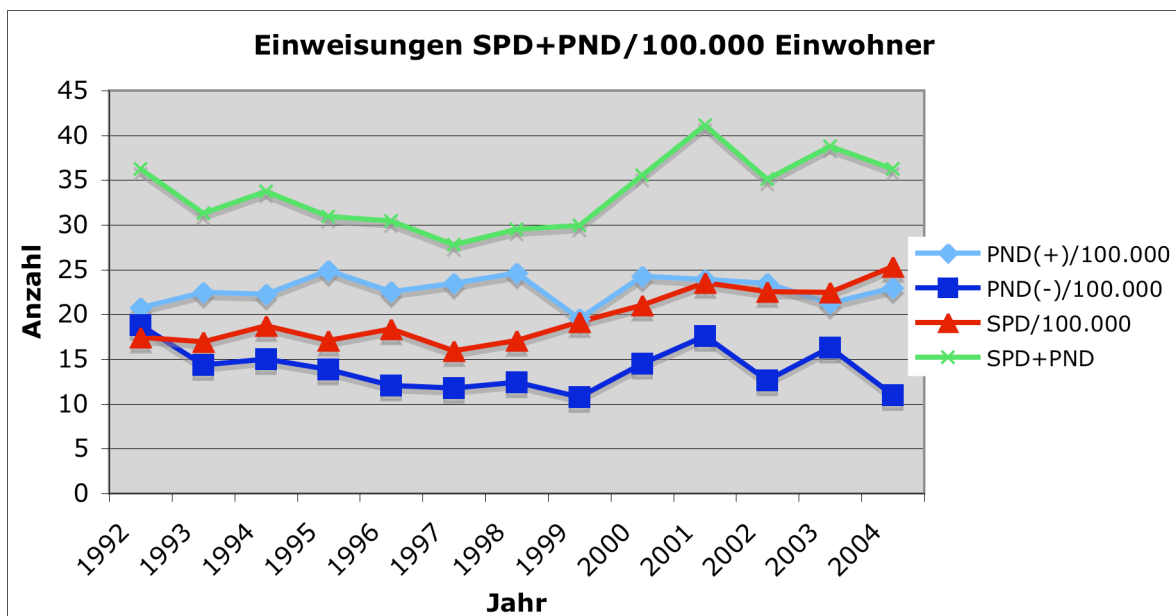
Sozialpsychiatrischen Dienstes seit 1997 eher an, während die Zahlen des Psychiatrischen Notdienstes schwanken. Auch die Anzahl der im PND gestellten Anträge variiert (Grafik 4).



Grafik 4: Absolute Zahlen der Unterbringungen des SPD und PND in Hamburg, 1992 - 2003 Daten: Verbraucherschutzamt 2005

PND Anträge N=5074, PND Ausführung N= 3098; Unterbringungen durch den SPD N=4384

Spezifisch auf die Zahl der Einwohner (100.000) bezogen ist in der folgenden Grafik ein Anstieg der Zahl der Einweisungen des Sozialpsychiatrischen Dienst seit 1997 zu sehen (Grafik 5), während der Psychiatrische Notdienst (sowohl Anträge als auch Ausführungen) relativ konstante Einweisungszahlen hat.



Grafik 5: Unterbringungsrate des SPDs und PNDs auf 100.000 Einwohner in Hamburg, 1992 - 2003; PND (+) =Anträge; PND (-) = Ausführungen; Daten: Verbraucherschutzamt 2005

Summe: PND Anträge N=5074, PND Ausführung N= 3098; SPD N=4384; Einwohner 22.262.460

4.2 Daten aus dem Jahr 2003

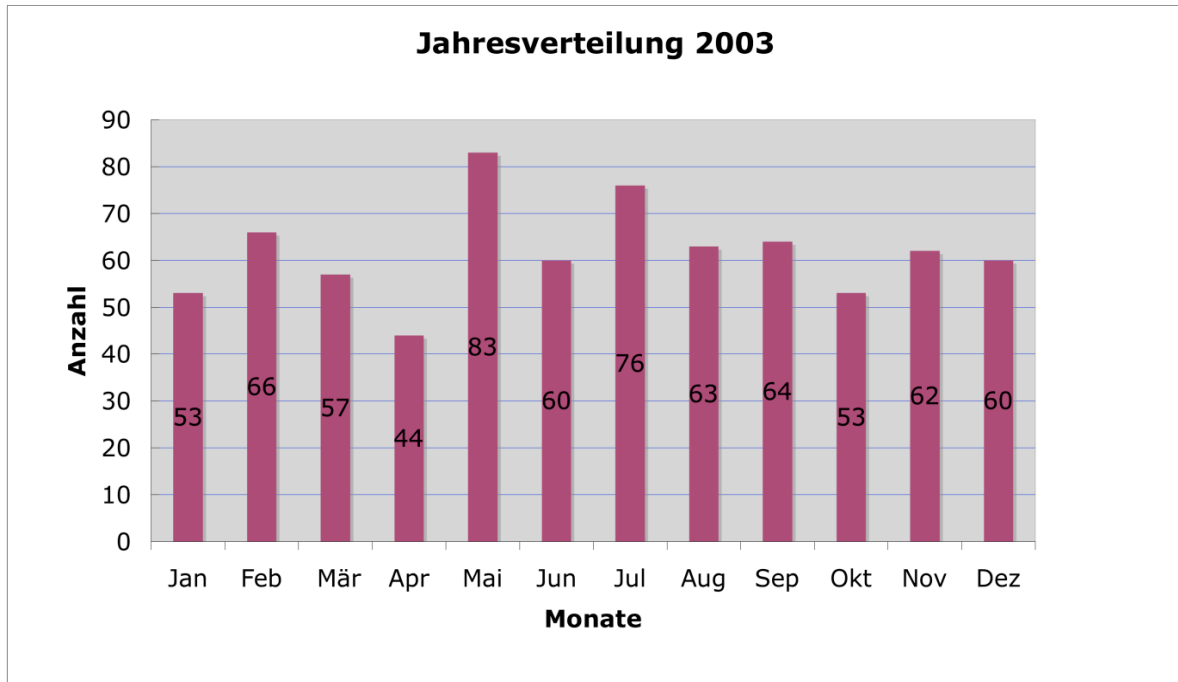
Im untersuchten Jahr 2003 setzen sich die Unterbringungen so, wie aus Tabelle 11 zu entnehmen ist, zusammen. Die bearbeiteten ärztlichen Zeugnisse des SPD und PND (N=757) sind farblich (blau) markiert. Von diesen wurden 741 Akten bearbeitet.

Antragsteller § 12 HmbPsychKG	Absolute Zahlen Unterbringungen
Errichtung im Krankenhaus	1409
Bezirksämter (SPD)	389
Psychiatrischen Notdienst	368
Niedergelassene Psychologen/Neurologen	20
Pflegen & Wohnen / Heime	0
Endsumme	2186

Tabelle 11: Verteilung der Unterbringungen in Hamburg im Jahr 2003; Daten: Verbraucherschutzamt 2005; N=2186

4.2.1 Monats- und Tagesverteilung

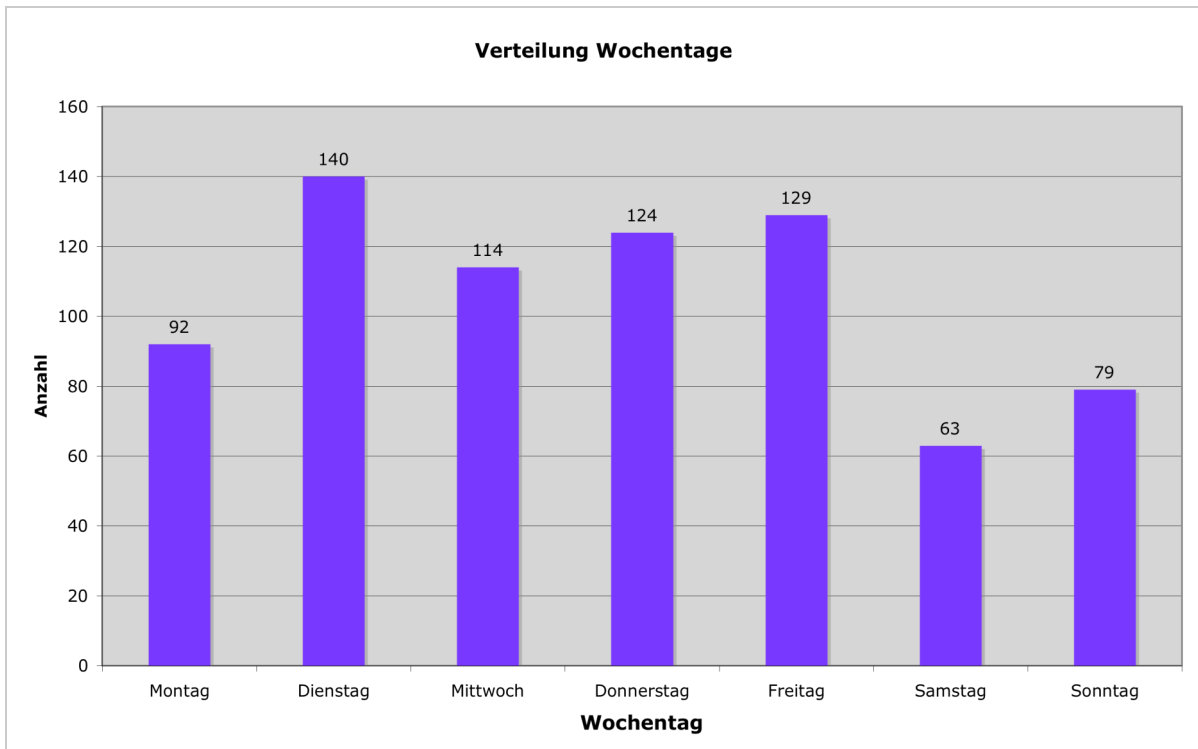
Über das Jahr verteilt, zeigt sich eine, über die Monate ähnliche Verteilung. Im Mittel wurden 61,75 Menschen pro Monat untergebracht. Der Mai (83 Unterbringungen) und April (44 Unterbringungen) weichen am weitesten ab (siehe Grafik 6).



Grafik 6: Verteilungen der Unterbringungen des SPD und PND übers Jahr 2003

N=741

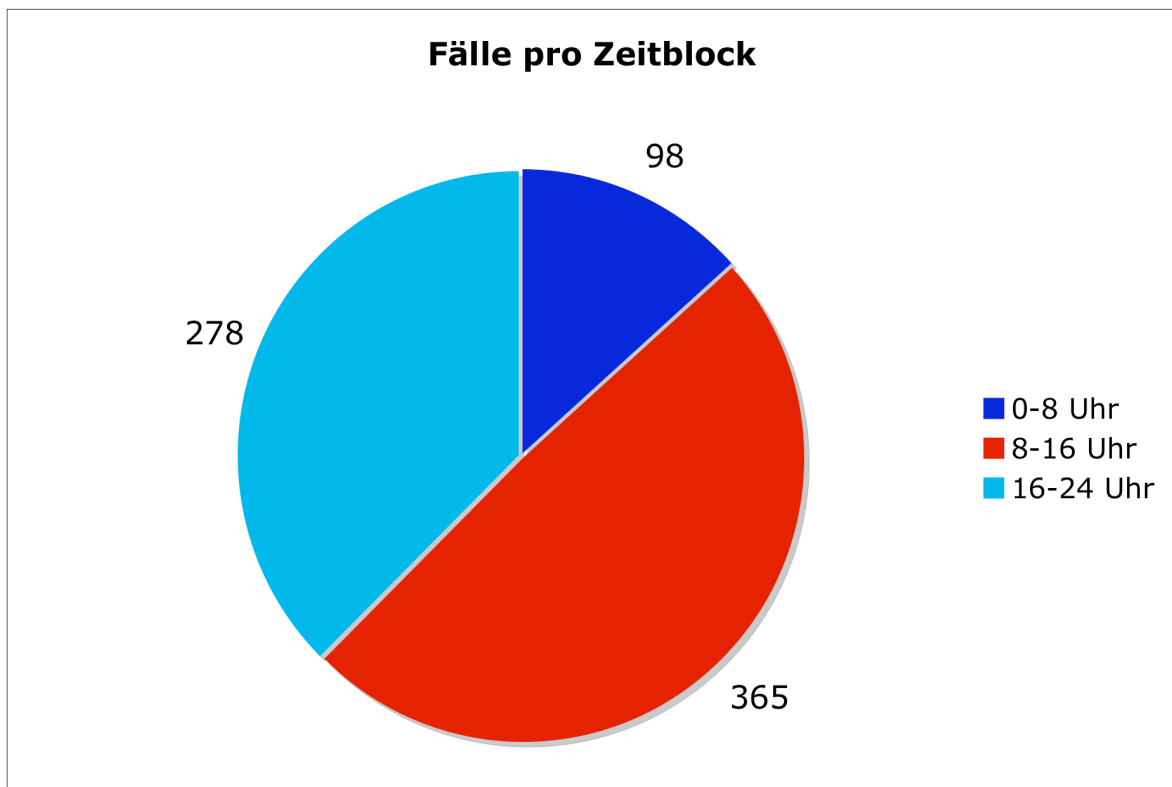
Auf die Wochentage bezogen, zeigt sich, dass es an den Wochenenden weniger Unterbringungen gibt, was mit der Aufgabenverteilung der Dienste zusammenhängen kann, der PND ist nur für Notfälle zuständig, der SPD auch für die Betreuung chronisch Kranker und eine Anlaufstelle für psychische und soziale Probleme ohne Notfallcharakter. Der SPD greift bei vielen sich problematische abzeichnenden Situationen vorsorglich ein sodass es bei diesen Personen gar nicht erst zu Notfällen am Wochenende kommt (siehe Grafik 7, folgende Seite).



Grafik 7: Verteilungen der Unterbringungen des SPD und PND auf die Wochentage

N=741

Die Hälfte der Einweisungen geschieht zwischen 8 - 16 Uhr, ein Großteil davon wird durch den SPD durchgeführt. Die Einweisungen des PND ereignen sich zu einem größeren Teil zwischen 16 und 24 Uhr. Nur 13 % der Fälle ereignen sich zwischen 0 und 8 Uhr (siehe Grafik 8).

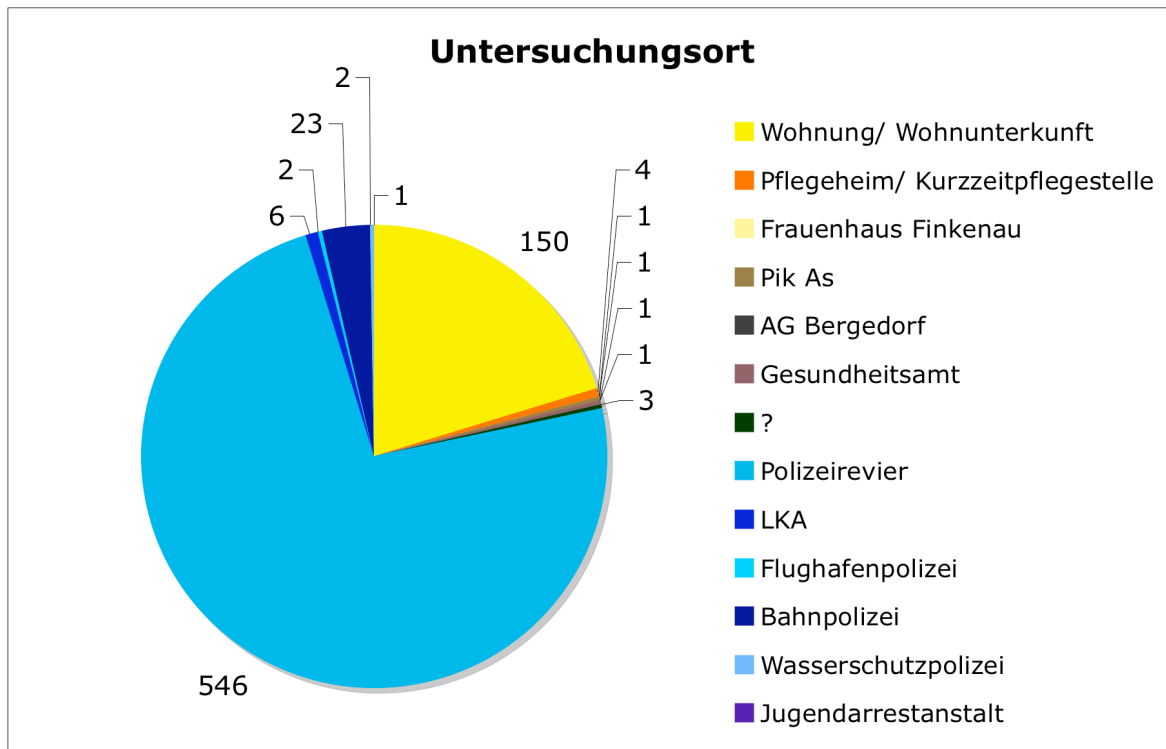


Grafik 8: Fälle aus 2003 in drei Zeitblöcke eingeteilt

N = 741

4.2.2 Untersuchungsort

Die Orte der Untersuchungen sind in 78 % Polizeiwachen und in 20 % Wohnungen (siehe Grafik 9), in die überwiegend der SPD gerufen wird (mit über 80% der Wohnungseinsätze). Bei drei Einsätzen gab es keine Angaben zum Ort.

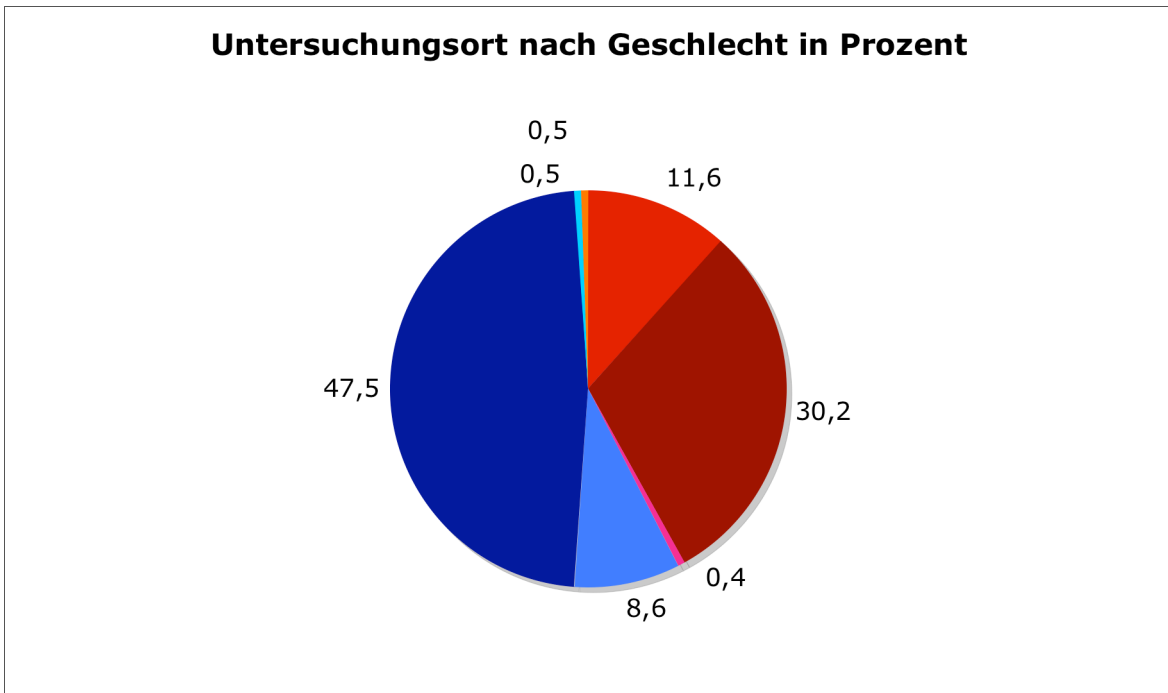


Grafik 9: Untersuchungsort

N=741

Personen, die auf der Polizeiwache untersucht werden, sind zumeist im öffentlichen Leben aufgefallen und von der Polizei aufgegriffen worden, die den Psychiater einschaltet. Einsätze in der Wohnung kommen oft durch Familienkonflikte, Kontakte mit Nachbarn und Freunden zustande; manchmal ist auch ein anderer Arzt im Erstkontakt involviert (Verteilung siehe Grafik 9).

Frauen werden häufiger in Wohnungen (57 %) untersucht als Männern (43 %). Auf dem Polizeirevier entspricht die Verteilung mit Frauen 40 % und Männer 60 % beinahe der Geschlechterverteilung unter allen Einweisungen (42,1% Frauen und 56,4% Männern), (siehe Grafik 10, folgende Seite).



Grafik 10: Untersuchungsort nach Geschlecht

N = 741

47,5%	Männer Polizeieinstitute
8,6%	Männer Wohnung
0,5%	Männer sonstige Einrichtungen
11,6%	Frauen Wohnung
30,2%	Frauen Polizeieinstitut
0,4%	Frauen sonstige Einrichtungen
0,5%	Nicht angegeben

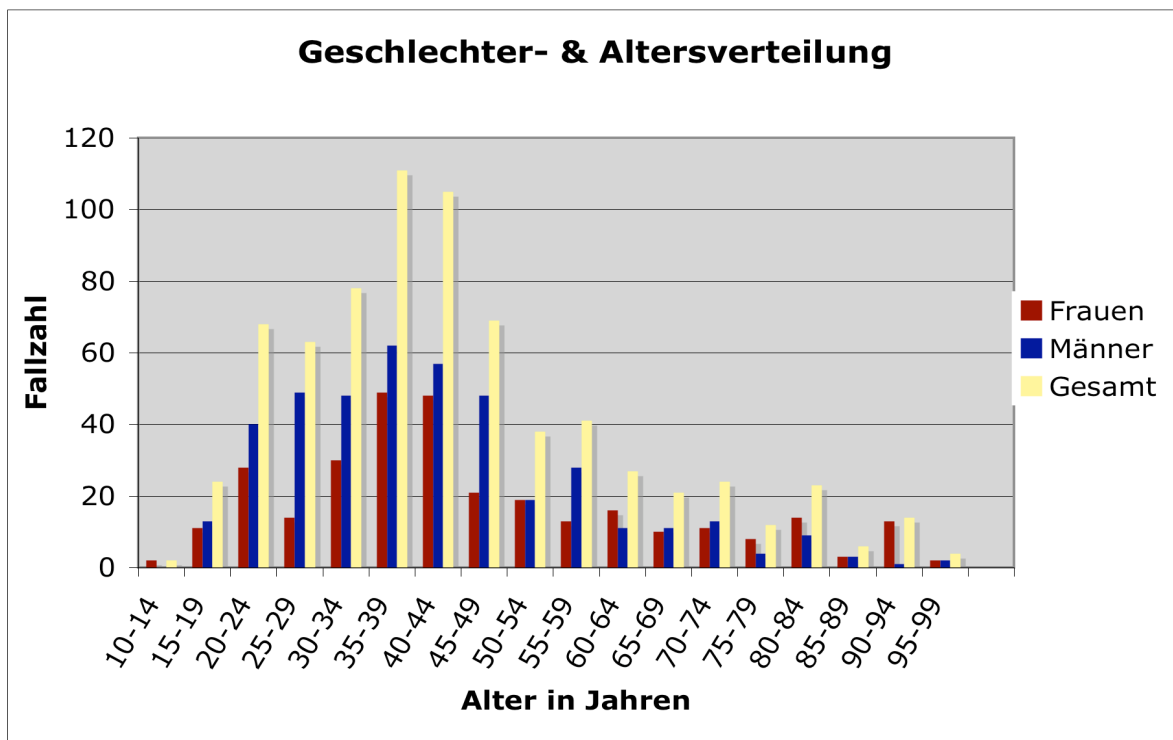
4.2.3 Geschlechterverteilung

Die Anzahl der betroffenen Frauen beträgt 312 = 42,1%, die der Männer 418 = 56,4 %. Bei 11 Personen ist das Geschlecht nicht dokumentiert und/oder das Alter nicht bekannt.

Das Durchschnittsalter der Frauen war 46,1 Jahre, das der Männer 41,9 Jahre.

Zum Vergleich die Geschlechterverteilung der Bevölkerung in Hamburg im Jahr 2004: Frauen: 48,61 %, Männer: 51,37 %;

Die Zahl der freiwillig stationär aufgenommenen psychisch Kranken entspricht der Geschlechterverteilung der Allgemeinbevölkerung und war im Jahr 2000: Frauen: 48,4 %, Männer: 51,6 %.



Grafik 11: Alters- und Geschlechtsverteilung

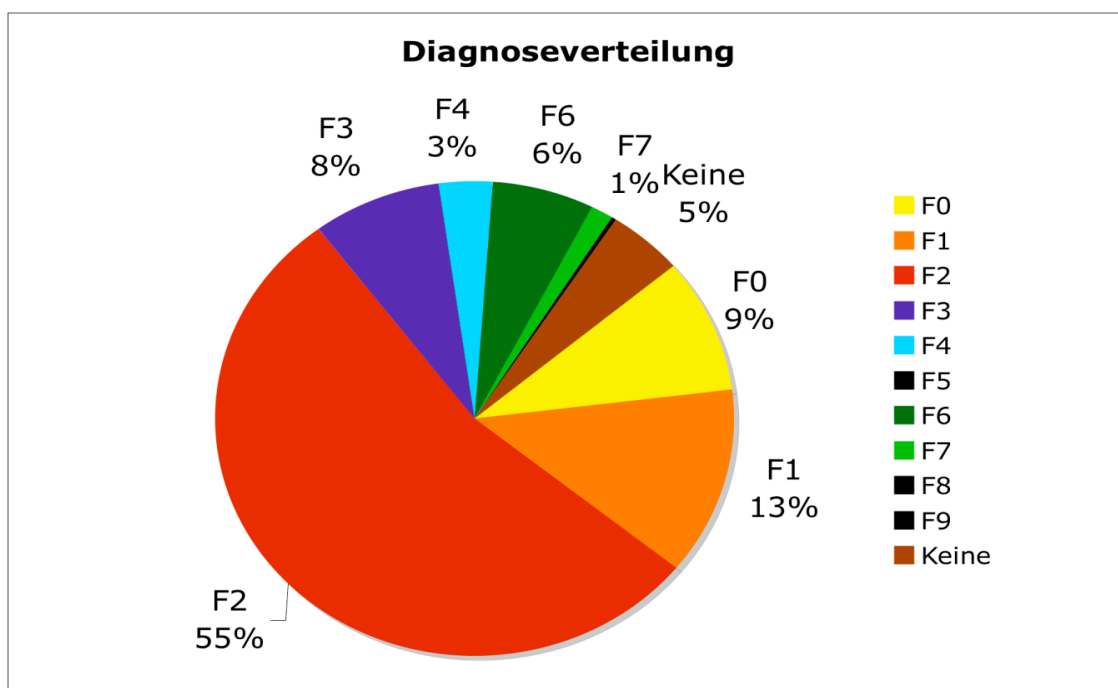
N = 730

In den Altersgruppen 20 - 34 Jahre und 45 - 49 Jahre gibt es einen Überhang der Männer im Vergleich zu der prozentualen Verteilung der Gesamtanzahl von Frauen und Männern. Im Vergleich zur Verteilung von Männern und Frauen unter den Gesamteingewiesenen sind die Frauen in den Altersgruppen zwischen 60 - 64 Jahren und über 75 Jahren häufiger vertreten als die Männer (siehe Grafik 11).

4.2.4 Diagnoseverteilung

Die Diagnoseverteilung unter den Eingewiesenen muss mit Vorsicht betrachtet werden, da die Diagnosestellung oft schnell und vorläufig war und in der Akutsituation oft ohne die Möglichkeit einer genaueren Untersuchung unter anderem ohne Basis einer körperlichen z.B. eine Neurologische Untersuchung, laborchemischen und apparativen Untersuchung z.B. CT, MRT) gestellt wurde. Hinzu kommt die, gerade bei zwangseingewiesenen Menschen, zumeist mangelnde Bereitschaft, bzw. Möglichkeit sich mitzuteilen, Angaben können nicht geprüft werden, die Anamnese ist oft unklar. In den meisten Fällen erfolgte keine vollständige Diagnose nach den Forschungskriterien der ICD. Die schriftlichen diagnostischen Angaben wurden im Rahmen dieser Arbeit von der Autorin aufgrund der Einweisungsatteste der handelnden Ärzte in diagnostische Kriterien „übersetzt“. Trotz der Unschärfe sollen diese Diagnosen hier als Hinweis auf die ungefähre Verteilung der psychischen Störungen erstellt und als hinweisgebend betrachtet werden.

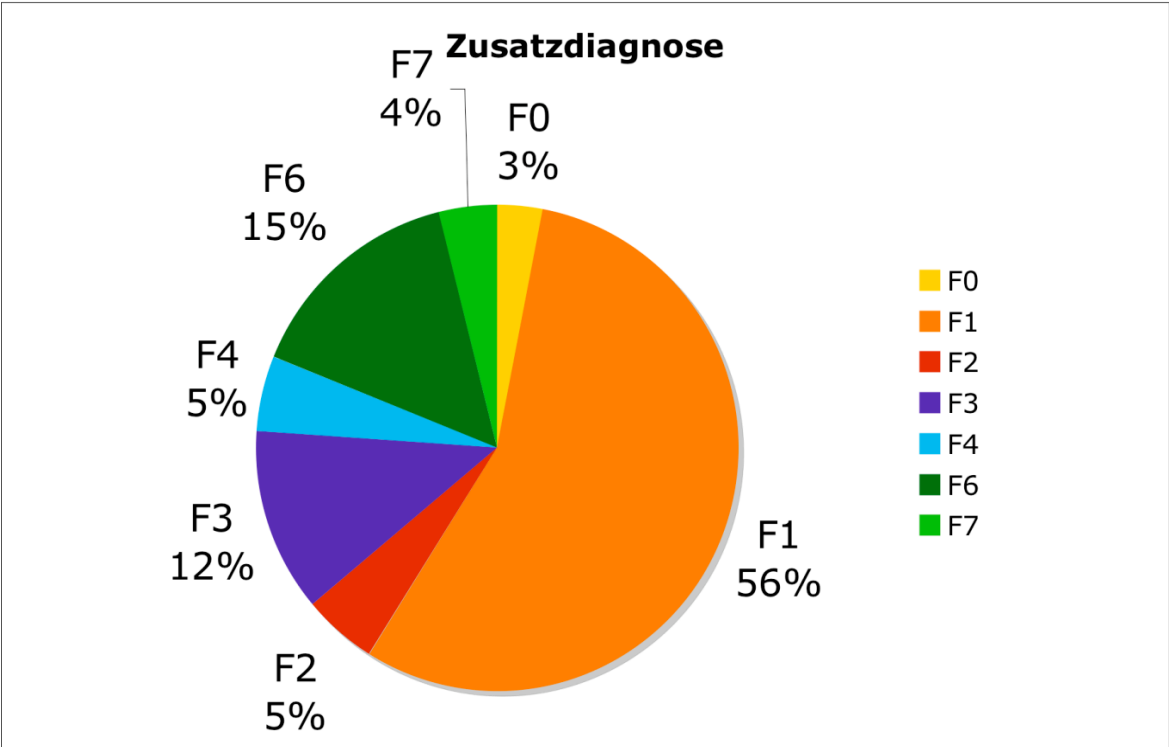
Die häufigsten Krankheitsbilder stammen aus dem psychotischen Formenkreis. Die Zusatzdiagnosen sind zu einem Großteil durch psychotrope Substanzen herbeigeführt (siehe Grafik 12 und Grafik 13, folgende Seite).



Grafik 12: Verteilung der erstrangigen Verdachtsdiagnosen, nachträglich verschlüsselt nach ICD - 10 N = 741

- F0 = Organische, symptomatische psychische Störungen
- F1 = Psychische- + Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 = Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 = Affektiven Störungen
- F4 = Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 = Verhaltensauffälligkeiten + körperliche Störungen
- F6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7 = Intelligenzminderung
- F8 = Entwicklungsstörungen
- F9 = Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend

Viele Diagnosen sind auch im Original bestenfalls Verdachtsdiagnosen, da die Beschreibungen und Diagnosen meist, wenn überhaupt möglich, nur ein kurzes Gespräch, selten ausführliche, genauere Untersuchungsgespräche zur Basis haben.



Grafik 13: Verteilung der Zusatzdiagnosen, nachträglich verschlüsselt nach ICD - 10

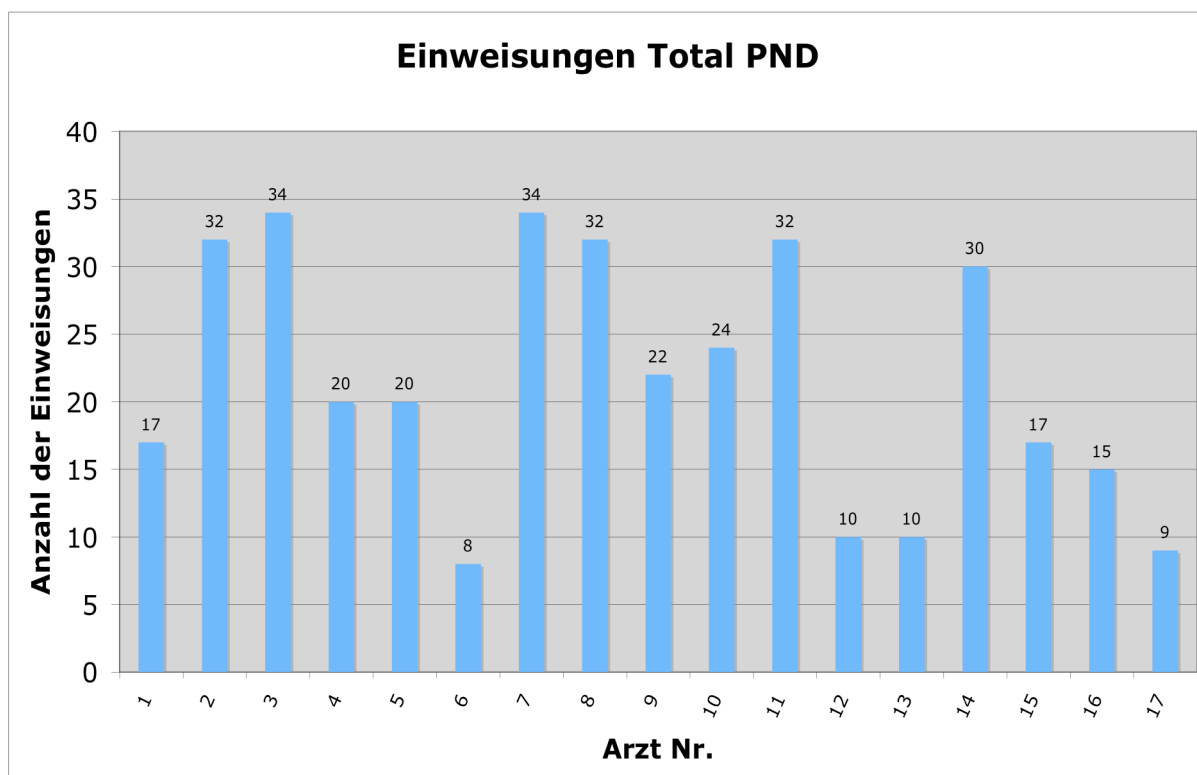
N=100

4.2.5 Vergleich der Zahl der Einweisungen durch Ärzte des SPD und des PND

Beim Vergleich der Einweisungspraxis der einzelnen Ärzte des PND fällt auf, dass es große Unterschiede in der Zahl der von ihnen beschlossenen Einweisungen gibt.

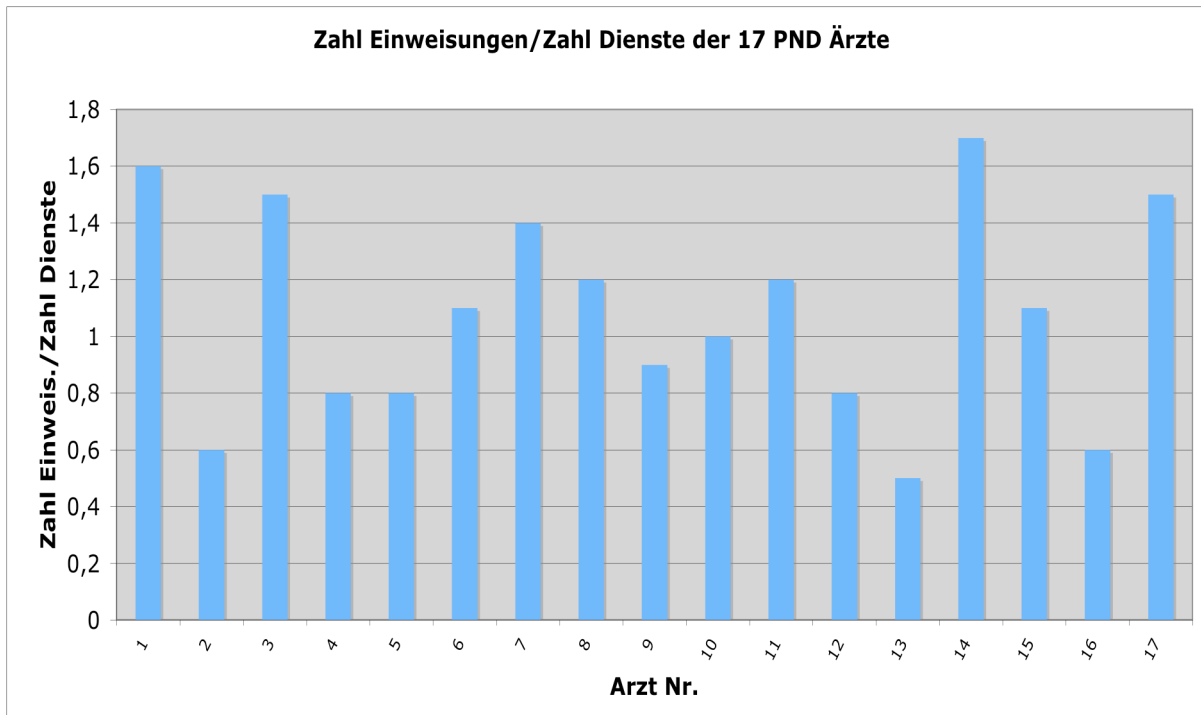
Die absolute Anzahl der Einweisungen (Grafik 14) wird auf die Gesamtzahl der Dienste verrechnet (Grafik 15, folgende Seite). Die Ärzte des PND können hier verglichen werden, weil sie die gleichen Arbeitsbedingungen und Voraussetzungen haben.

Die Einweisungspraxis der Ärzte des SPD ist schwerer vergleichbar, weil sie unterschiedliche Aufgaben und unterschiedliche Klientel in den verschiedenen strukturierten Bezirken haben und eine unterschiedliche Anzahl von Einwohnern versorgen müssen. Deshalb wird bei ihnen nur die Spannbreite angezeigt.



Grafik 14: Gesamtzahl Einweisungen PND 2003

N = 368



Grafik 15: Einweisungen im Verhältnis zur Zahl der Dienste jedes PND - Arztes

N = 368

Im PND streut die Anzahl der Einweisungen zwischen 0,5 und 1,7 Einweisungen pro Dienst der einzelnen Ärzte (siehe Grafik 15). Differenziert für suizidale Personen ermittelt, ergibt sich eine Differenz von 0,04 bis 0,94 Einweisungen pro Dienst der Ärzte.

Im SPD gibt es auch erhebliche Differenzen, wobei diese hier nur dargestellt werden, um zu verdeutlichen, welche Zahlen pro Arzt zustande kommen und nicht, um die einzelne Ärzte zu vergleichen, da dieses aus den oben genannten Gründen anhand dieser Daten nicht möglich ist. Die Zahlen streuen von 2 - 52 Einweisungen pro Arzt. Bei suizidalen Personen streut die Zahl der Einweisungen mit 0 - 11 pro Arzt im SPD.

4.3 Suizidalität

Von den 741 untersuchten Fällen wurde Suizidalität in verschiedenen Formen bei 228 (30,8%) zwangseingewiesenen Personen angegeben. Jede Akte wurde bei der Erfassung auf die Einschätzung des einweisenden Arztes auf Suizidalität geprüft. Die genauere Differenzierung der Form der Suizidalität folgt in Tabelle 12:

104 (14,0%)	Suizidversuche (inklusive der fraglichen).
Darunter:	
9 (1,2 %)	Personen, die zwei Suizidversuche hintereinander begingen (z.B. erst Sprung vor die Bahn, dann Versuch der Strangulation auf der Wache).
95 (12,8 %)	Suizidversuche in verschiedener Form in der nahen Vorgeschichte; darunter sind auch fragliche Suizidversuche gezählt.
Darunter:	
16 (2,2 %)	Selbstgefährdung, bei der unklar bleibt, ob sie aus einem suizidalen Impuls entstand oder die Selbstgefährdung aus anderen Gründen, z.B. aus psychotischen Gründen ohne das Bewusstsein einer Gefährdung geschah.
79 (10,7 %)	Zahl der Suizidversuche, unter Einbeziehung der aktiven Flüssigkeits- und Nahrungsverweigerung aus suizidalen Gründen (unterschieden wurde aus wahnhaften, dementen oder suizidalen Gründen).
Darunter:	
70 (9,4 %)	Suizidversuch in unmittelbarer Vergangenheit vor der Untersuchung, der sich in einigen Fällen direkt auf der Wache abspielte.
29 (3,9 %)	In der ferneren Vorgeschichte erfolgte ein Suizidversuch.

Tabelle 12: Zahlen zur Suizidalität (Prozentzahlen von 741 Fällen)

Eine genauere Beschreibung über die Form der Suizidversuche wurde nach der WHO Klassifizierung eingeteilt. Die häufigsten 20 Handlungen unter den zwangseingewiesenen Personen in Hamburg 2003 waren „sich selber vor ein Fahrzeug zu legen“, gefolgt „von einem Gebäude zu springen“ (15) und „sich mit scharfen oder stumpfen Gegenständen zu verletzen“ (10). Alle Suizidversuche sind in der Grafik 16, folgende Seite abgebildet.

WHO- Monitoring - Erklärung zu Grafik 16:

Harte Methoden:

- Gruppe 1: 01 Erhängen
- Gruppe 1: 02 Schusswaffen und Explosives
- Gruppe 1: 03 Sich vor Fahrzeuge legen & Autounfälle
- Gruppe 1: 04 Springen
- Gruppe 1: 05 Feuer, Flammen und Rauch
- Gruppe 1: 06 Scharfe und stumpfe Objekte
- Gruppe 1: 07 Ertränken
- Gruppe 1: 08 Pflanzenschutzmittel, Pestizide

Weiche Methoden:

- Gruppe 2: 09 Drogen und Medikamente die das Nervensystem beeinträchtigen
- Gruppe 2: 10 Rheumamedikamente und andere Medikamente

Sucht:

- Gruppe 3: 11 Alkohol

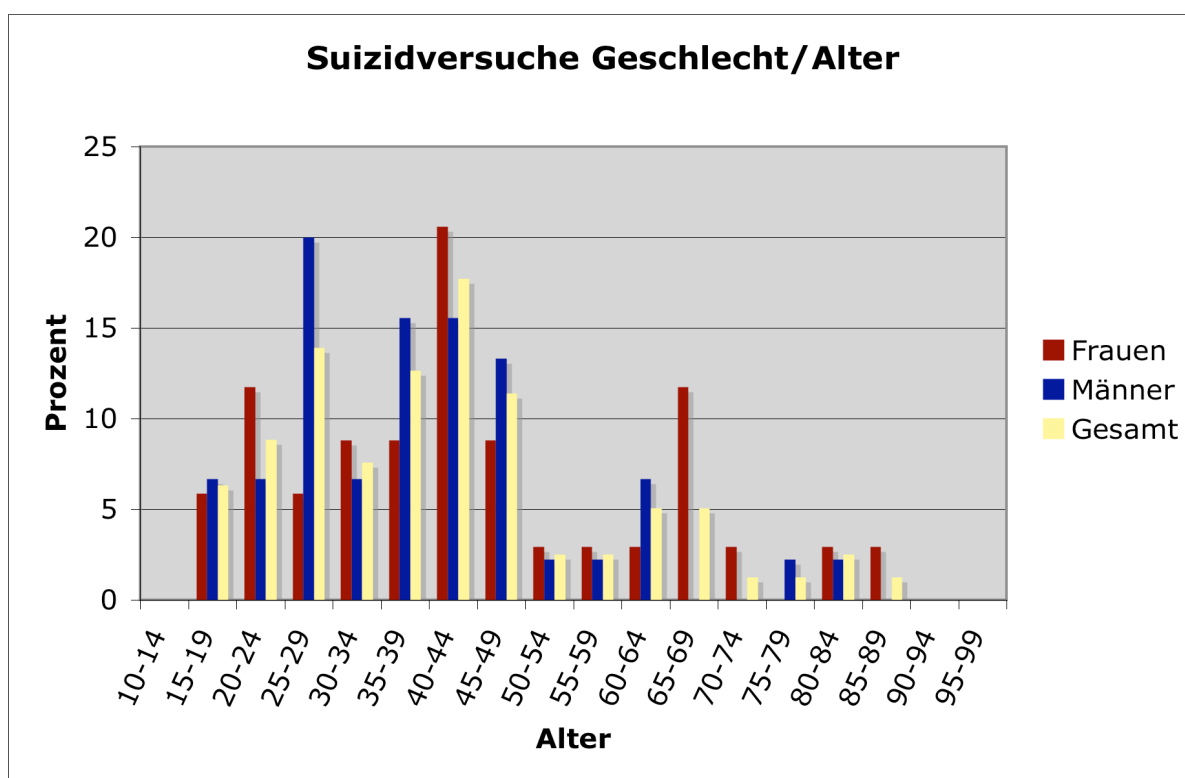
Bezogen auf die Altersverteilung zeigt sich ein Unterschied zwischen den Suizidalen und der Gesamtheit der Zwangsuntergebrachten: Während in der Altersgruppe der 15 - 19, 25 - 29 und 40 - 49 jährigen deutlich mehr Personen mit Suizidalität im Verhältnis zu der Gesamtzahl der Zwangseingewiesenen dieser Gruppe eingewiesen wurden, ist die Situation bei den 30 - 39, 50 - 59, 70 - 74 und >90 Jahren umgekehrt (siehe Grafik 17, S.61).

Die Aufteilung nach Alter und Geschlecht bei Suizidalität ist in Tabelle 13 und Grafik 18 zu sehen:

	Frauen	Männern	Gesamt
Suizidal (2 Personen keine Angaben zum Geschlecht)	112	114	228
Suizidversuche	34	45	79
Durchschnittsalter in Jahren	43,9	39,2	41,5

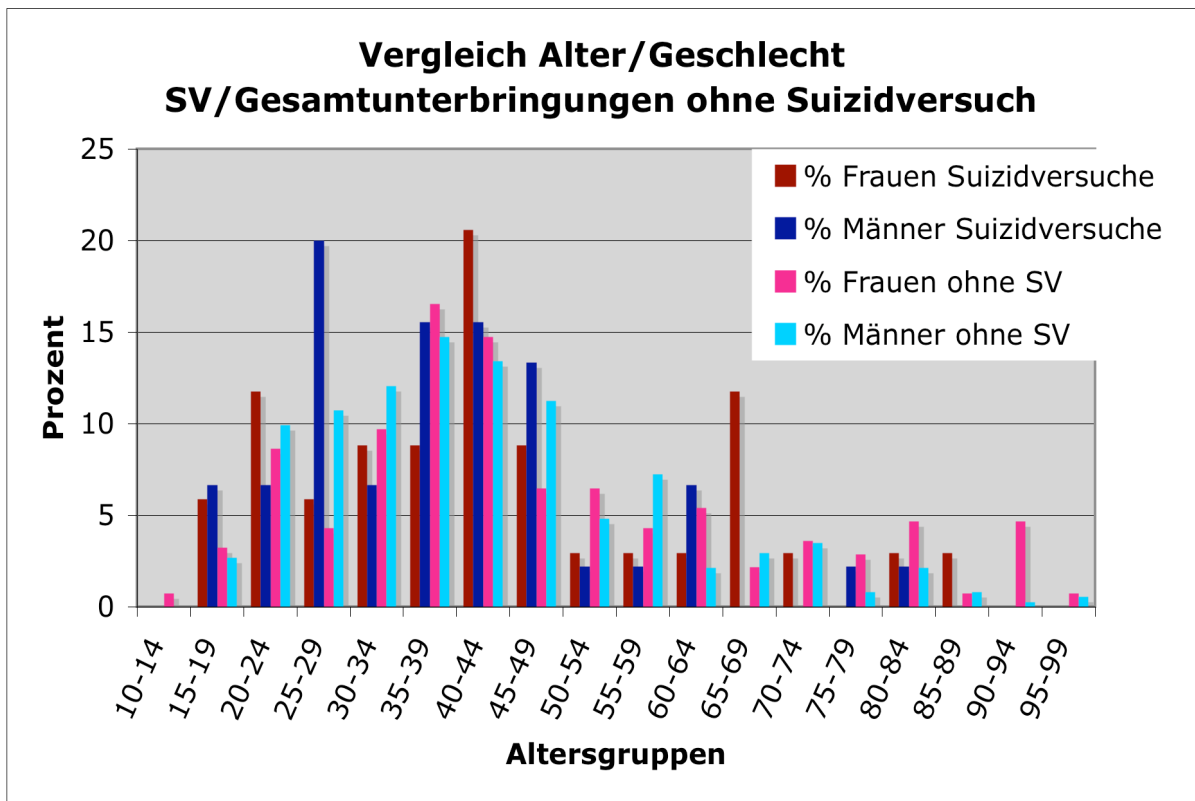
Tabelle 13: Geschlechterverteilung der Personen mit Suizidalität 2003 im SPD/PND.

Die Altersverteilung auf das Geschlecht der Personen mit Suizidversuch bezogen zeigt bei Frauen eine Häufung mit 20 - 24, 40 - 44 und vor allem mit 65 - 74 Jahren. Bei Männer besonders mit 25 - 29 und 35 - 39 Jahren (siehe Grafik 18).



Grafik 18: Suizidversuche kurz vor der Untersuchung differenziert nach Alter und Geschlecht
 Prozent der jeweiligen Gruppe, z.B. aller Männer, aller Frauen oder gesamter Anzahl von Personen N=104

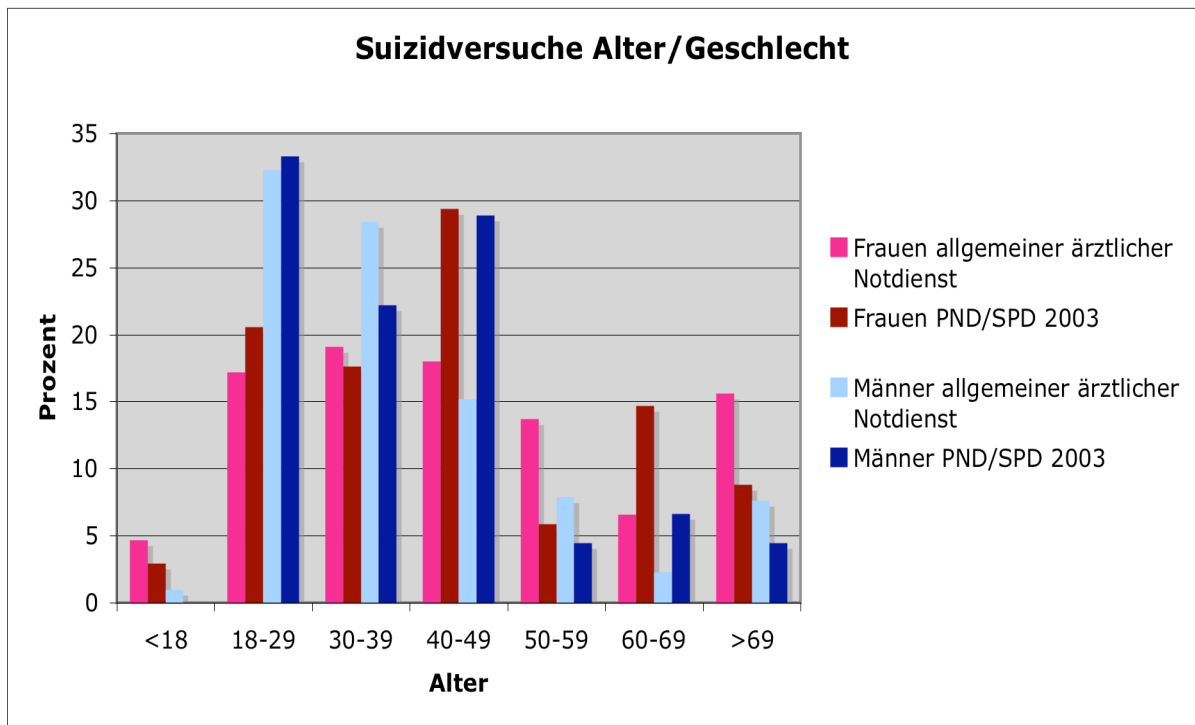
Die Gruppe der Personen nach Suizidversuch im Vergleich zur Gesamtgruppe der zwangseingewiesenen Personen zeigt die in Grafik 19 auf der folgenden Seite dargestellte Alters- und Geschlechterverteilung:



Grafik 19: Geschlechterverteilung von Personen mit Suizidversuch und der Gesamtgruppe von Zwangsuntergebrachten (N=741, N=104)

Bezogen auf das Geschlecht zeigt sich in einer Differenzierung zwischen der Gruppe der Zwangsuntergebrachten mit und ohne Suizidversuch, dass die Gruppe der 25 - 29 Jährigen überwiegend aus Männern besteht und die Gruppe mit Suizidversuch hier sehr häufig vertreten ist. In der Gruppe der 40 - 44 und 65 - 69 Jährigen sind indes die Frauen mit Suizidalität am häufigsten vertreten auch im Vergleich zu Frauen ohne Suizidalität (siehe Grafik 19).

In der folgenden Grafik wird die Geschlechtsverteilung je nach Altersstufen zwischen der Gruppe der Zwangsuntergebrachten dieser Arbeit mit denen des Betroffenen des allgemeinen ärztlichen Notdienstes verglichen.



Grafik 20: Geschlechts- und Altersverteilung PND/SPD in Hamburg 2003 im Vergleich mit dem Rettungsdienst in Hamburg 2001 (PAJONK 2001b) N=741, N=2.550

In der Gruppe der 18 - 29 Jährigen zeigt sich eine ähnliche Geschlechtsverteilung jedoch sind in beiden Studien in der Gruppe mehr Männer vertreten. Im Alter 40 - 49 ist die Personen die zwangseingewiesen wurden durch den PND/SDPs sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen höher gewesen als die Einsätze im ärztlichen Notdienst bezogen auf die Gesamtfälle. Der Frauenanteil in der Gruppe 50 - 59 und >69 Jahre war im allgemeinen ärztlichen Notdienst größer, der in der Altersgruppe 60 - 69 Jahre im PND/SPD. In beiden Diensten sind eher mehr junge Männer und mehr ältere Frauen vertreten.

4.4 Hauptkategorien der Einweisungsgründe

Die 20 häufigsten Kategorien der genannten Gründe für die Einweisungen aus 741 Akten des PND und SPD im Jahr 2003 in Hamburg werden hier genannt. Im Ganzen konnten 90 Kategorien entwickelt werden.

In jeder Akte finden sich mehrere Kategorien, manchmal ist eine Kategorie in verschiedenen Unterformen mehrfach vertreten, z.B. Affektzustände, die in einer Aufzählung verschieden beschrieben werden. Diese Kategorien, schrittweise nach der Grounded Theory entwickelt, sind selten der alleinige Grund für eine Einweisung, vielmehr geht es bei einer Einweisung um die Kombinationsmuster verschiedener Gründe. Um diese zu erforschen, müssen jedoch erst die einzelnen Gründe erfasst werden, und daraus folgt die Gewichtung der einzelnen Gründe (siehe Tabelle 14, S. 66).

Der am häufigsten genannte Grund unter den untersuchten Begründungen für Zwangseinweisungen in Hamburg 2003 sind die Affektzustände. Darunter fallen alle Beschreibungen des Zustands von „unruhig“, „aggressiv“ bis zu „ruhig“, „depressiv“ oder Affektabwehr.

Diesem folgen die wahnhaften Zustände, entweder nach bekannter Anamnese einer wahnhaften Störung oder nach dem klinischen Eindruck einer wahnhaften Störung. Die Beschreibung einer akuten Halluzination ist extra aufgenommen in der Kategorie 16.

Schon an dritter Stelle der Nennungen erscheint die Suizidalität. Damit zeigt sich auch hier, wie im Kapitel 4.3., dass Suizidalität im psychiatrischen Notdienst eine große Rolle spielt. Dieser Grund befindet sich sogar vor den Gründen der Eigen- Gefährdung (ohne Suizidalität) und vor der Gefährdung Anderer und der Gefährdung Anderer und der eigenen Person, die als Bedingung für eine Einweisung erfüllt sein müssen.

Betrachtet man alle drei Faktoren in einer Gruppe zusammen, unter Eigen- und/oder Fremdgefährdung nimmt diese Gruppe allerdings den zweiten Rang ein.

Diese drei Gründe sind aber als einzelne Kategorien aufgeführt, um besonders die Begründung der Eigengefährdung im Zusammenhang mit Suizidalität zu betrachten.

Die Eigengefährdung kommt als Begründung direkt nach der Suizidalität an der vierten Stelle, sie kommt deutlich häufiger vor als die Gefährdung anderer Personen an der 11. Stelle (siehe Tabelle 14):

Kategorie	Totale Nennungen	Anteil aller Nennungen
1. Affektzustand	1072 Nennungen	16,0 %
2. Wahn/ wahnhaft	504 Nennungen	7,5 %
3. Suizidal	364 Nennungen	5,4 %
4. Gefährdung, Eigen	301 Nennungen	4,5 %
5. Abhängigkeit/ Drogen	271 Nennungen	4,0 %
6. Denkstörungen/ Hirnleistungsstörungen	246 Nennungen	3,7 %
7. Keine tragfähige Einsicht	227 Nennungen	3,4 %
8. Aggression, bis Tötlichkeit	208 Nennungen	3,1 %
9. Gespräch nicht möglich	191 Nennungen	2,8 %
10. Gefährdung, Anderer/ Eigen	162 Nennungen	2,4 %
11. Gefährdung, Anderer	148 Nennungen	2,2 %
12. Vorhersehbarkeit von Eskalation	144 Nennungen	2,1 %
13. Orientierung in den Qualitäten	136 Nennungen	2,0 %
14. Probleme mit/ Involvierung der Familie/Bekannte	125 Nennungen	1,9 %

15. Somatische Probleme	118 Nennungen	1,8 %
16. Halluzination/Wahnwahrnehmungen	114 Nennungen	1,7 %
17. Eigene Versorgung unzureichend	111 Nennungen	1,7 %
18. Keine Steuerungsfähigkeit	102 Nennungen	1,5 %
19. Gesunde/Funktionierende Eigenschaft	100 Nennungen	1,5 %
20. Aggression, Gegenstand	95 Nennungen	1,4 %

Tabelle 14: Häufigkeiten der Nennungen von Kategorien.

Alle Informationen sind in 6704 Nennungen aus 741 bearbeiteten Akten aufgeteilt. Die relativ kleinen Prozentzahlen verdeutlichen die Vielfältigkeit der Begründungen. Eine komplette Auflistung der Häufigkeit aller Einweisungsgründe findet sich im Anhang 7.4.

Im Folgenden werden die Kategorien mit Erklärungen aufgelistet; teilweise stammen die Formulierungen aus den Originaltexten. Es ist eine Ordnung nach Art des Themas gebildet worden, nicht nach Häufigkeiten. Die 20 häufigsten Kategorien sind zum leichteren Überblick fett gedruckt.

Kategorie	Erklärung / Beschreibung verschiedener Fälle
1 Keine Absprache möglich	Mit der Person ist keine Absprache und Vereinbarung in Bezug auf ihre Situation möglich.
2 Keine tragfähige Einsicht der Person für die Situation	Die Person hat keine Einsicht - in die Behandlungsnotwendigkeit, - krank zu sein. Sie verneint psychotisches Erleben, Stimmenhören und paranoide Ideen (andere Berichte sprechen dafür). Sie dissimuliert, um nicht behandelt zu werden. Sie verneint die Störung, die sie für Andere darstellt. Keine Einsicht in das Unrecht, das sie Anderen antut.
3 Keine Einschätzungsvermögen /Verantwortung	Die Person kann die Lage, die Situation, die Gefahr, in der sie sich befindet oder Andere bringt, nicht einschätzen. Sie hat eine erheblich eingeschränkte, geminderte, mangelhafte oder unzureichende Kritikfähigkeit bis zum Kritikverlust z.B. In Bezug auf ihren Zustand.
4 Nicht entscheidungsfähig	Die Person ist unfähig, sich zu entscheiden z.B. für oder gegen Hilfeannahme.
5 fehlende - eingeschränkte Eigenkontrolle/ Steuerungsfähigkeit	Eingeschränkt, massiv vermindert, fehlende oder mangelhafte Steuerungsfähigkeit, offensichtlich krankheitsgesteuert; vermindert kontrollfähig bis unkontrolliert oder nur kurzzeitig kontrolliert.
6 Keine Distanzierung vom Geschehen/en	Die Person ist nicht distanziert von ihrer Handlung oder dem Geschehen.
7 Beschuldigung Anderer	Die Person beschuldigt Andere in verschiedenen Formen.
8 Verweigert Mitarbeit	Die Person verweigert die Annahme der notwendigen Hilfe von Anderen, die sie in Form von Behandlung, Pflege, Untersuchung, Verpflegung erhält, verweigert das Gespräch, den Kontakt.
9 Abstreiten/Ausweichen/ Bagatellisieren/keine Aussage	Die Person zeigt im Gespräch kein Entgegenkommen, gibt keine Erklärung oder Auskunft über ihre Motive. Sie bagatellisiert, weicht aus, macht nur Andeutungen, distanziert sich vom Untersucher, leugnet das Geschehen, die Beschuldigungen oder die eigenen Aussagen, wehrt ab, zeigt eine Fassade, räumt erst unter Druck ein.

10 Keine Aussage	Die Person gibt keine Aussage (ohne dass klar ist, ob sie verweigert oder es einen anderen Grund gibt) zu einer bestimmten Frage oder ihrer Situation.
11 Gespräch nicht möglich	Die Person ist im Kontakt nicht erreichbar. Sie führt Selbstgespräche. Sie ist nicht in der Lage zu antworten, versucht es aber, z.B. durch Körpersprache, Laute, Wortaneinanderreihungen, wirre Äußerungen, Sprachmix, Paraphrasieren.
12 Gespräch teilweise möglich	Das Gespräch ist nur teilweise möglich. Die Person ist schwer zu verstehen. Sie spricht wenig. Sie ist abwesend und schwer erreichbar. Sie spricht eine andere Sprache. Ihr Sprachverständnis ist nur eingeschränkt vorhanden.
13 Gespräch ist unter bestimmten Bedingungen möglich	Das Gespräch ist über Andere (Dolmetscher, Familie, Beamte, Objekte) möglich, Das Gespräch ist - nach dem Verlassen des Raumes von Angehörigen - möglich.
14 Identität unklar	Die Identität der Person ist nicht bekannt und noch zu klären.
15 Wahrheitsgehalt unklar	Der Wahrheitsgehalt der Aussagen ist unklar, weder glaubhaft noch nachvollziehbar, diffus und widersprüchlich - mit fehlender Klärungsmöglichkeit.
16 Untersuchung nicht durchführbar/ ausreichend	Die Untersuchung ist aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich; durchgeführte Untersuchungen sind nicht ausreichend und werden daher erbeten bzw. vorgeschlagen.
17 Bewusstseinszustand	Verschiedene Aussagen des Untersuchers zum Bewusstseinszustand, von wach bis somnolent.
18 Qualitäten der Orientierung	Allgemeine Desorientierung, Keine Orientierung zur Situation, Person, Ort oder Zeit, orientierungslos herumgeirrt, Angabe zur Orientierung nicht beurteilbar.
19 Gedächtnisstörung	Demenzbedingte Auffälligkeiten (verschiedener oder unklarer Genese), Mnestiche Defizite, Störungen des Kurzzeit - oder Langzeitgedächtnisses; Person gibt an, sich nicht zu erinnern, fraglich Verdrängung oder Lügen.
20 Konzentration	Störung der Konzentrationsfähigkeit.
21 Denkstörung/ Hirnleistungsstörungen	Minderbegabung, Entwicklungsstörung, geistige Behinderung, geistige Gebrechlichkeit, Intelligenzminderung, Hirnleistungsstörung, Verwirrheitszustand unklarer Genese, weitreichende kognitive Defizite, diskrete bis hochgradige Denkstörung, formale Denkstörungen, gelockertes, inkohärentes, alogisch, sprunghaftes Denken, Denkzerfahrenheit, (daneben reden), Neologismen, Gedanken- / Ideenflucht, eingeengt auf einen Gedankeninhalt, verlangsamt, perserveriert; Inhaltliche Denkstörungen.
22 Wesensveränderung	Wesensveränderung durch Andere bemerkt.
23 Verhaltensstörungen	Störungen in Verhalten der Person.
24 Verschlechterung	Verschlechterung der psychotischen Symptome, Krankheit, generelle Verschlechterung des Zustands, keine genauere Festlegung oder Aufzählung von körperlicher, seelischer und sozialer Verschlechterung möglich. Es gibt eine neue gefährliche Dimension, die Situation hat sich zugespitzt, die Person ist zunehmend bedrohlich, die Person ist zunehmend auffällig.
25 Wahn	Psychotisch, von ihrem Erleben abgelenkt, bzw. damit beschäftigt; unspezifische Beschreibung einer wahnhaften Symptomatik oder Paranoiden Symptomatik mit Verfolgungswahn, Verschwörungswahn, Vergiftungswahn, Körpermissempfinden, Hypochondrischer Wahn, Beeinträchtigungswahn, Religiöser Wahn, Liebeswahn, Beziehungswahn, Beziehungserleben, Beziehungsideen, Beziehungssenkung, Eifersuchtswahn, Schuldwahn, Größenwahn- Bedeutungswahn.

26 Halluzination/ Wahn- wahrnehmungen	Akustische Halluzinationen in Form von Stimmen (auch imperative), oder unspezifischer, (z.B. Geräusche oder Musik) optische/ szenische; Person sieht Gegenstände, Gesichter oder Personen; Gustatorische Halluzinationen, Riechen und Schmecken verändert, unspezifische Wahrnehmungen.
27 Realitätsverkennung/ -verlust	Realitätseinschränkung bis zum -verlust.
28 Dissoziative/Ich- Störungen	Die Person erlebt einen dissoziativen Zustand, depersonalisierendes, derealisierendes Erleben, Ich- Störung - nicht genauer beschrieben
29 Persönlichkeits- störung	Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung, die nicht genauer benannt ist; Verdacht auf eine narzisstische P.; Verdacht auf eine emotional -instabile/ -borderline P.
30 Zwang	Zwangshandlungen, z.B. Kleptomanie.
31 Sexualität	Sexualität spielt eine große Rolle in den Denkinhalten, Das Denken führt/e zu einem Delikt oder einer Belästigung. In der Vorgeschichte gab es einen sexuellen Missbrauch.
32 Affektzustand	Eingeschränkter Affekt bis zur Affektarmut, Affektabwehr, Stimmungslabilität, Affektinkontinenz: affektlabil, ratlos, hilflos, fühlt sich ausgeliefert, verstockt, trotzig, misstrauisch, feindselig, unangemessen heiter - parathym, reagiert inadäquat, ist übergriffig, kann die Grenze nicht halten, läppischer Umgang, hyperthym, logorrhöisch, reizoffen, euphorisch, selbstüberschätzend, manisch, manisch - depressiv; Stimmung gedrückt bis zur depressiven Krise, zum akuten Schub einer Depression, mit massivem Leidensdruck, verzweifelt, hysterisch, gequält, gekränkt, sorgenvoll, weint, leidet unter Liebeskummer, ist resigniert, pessimistisch, hasserfüllt, leidet unter Insuffizienzgefühl, reagiert verärgert, gereizt, überfordert, verängstigt, Angst, Panik, Ambivalenz, gespannt, aufbrausend, sub- bis hochaggressiv, innere Unruhe, psychomotorischer Antrieb ist gesteigert, rastlos, getrieben, irrt umher, Antriebsreduzierung, Verlangsamung in der Psychomotorik oder der Reaktion, Erregungszustände, aggressive Impulsdurchbrüche, emotionale Ausbrüche.
33 Randalisiert auf der Wache	Die Person ist unruhig, randaliert, schlägt und tritt gegen Tür und Wände, ist laut, schreit oder singt auf der Wache.
34 Bewegung/ Körperhaltung	Die Person läuft in der Zelle herum, sitzt in bizarrer Körperhaltung oder macht stereotype Bewegungen.
35 Stuporös- substuporös	Die Person im kataton - mutistisch stuporösem Zustand, oder liegt bewegungslos auf dem Bett, bewegt sich nicht bis zum substuporösem Zustand (bewegungsloses Rumsitzen).
36 Handlungsunfähig	Nicht in der Lage, zielgebunden zu handeln oder komplett handlungsunfähig.
37 Aggression, verbal	Pöbelt, beschimpft, beleidigt, streitet mit Familie, Unbekannten, Polizei.
38 Forderungen	Fordert oder verlangt Verschiedenes.
39 Drohung	Die Person droht verbal der Familie, den Nachbarn, Autoritätspersonen wie der Polizei, Unbekannten; droht, Gegenstände zu zerstören oder ist bedrohlich.
40 Tötungsdrohung anderer	Drohung, jemanden aus der Familie zu töten, droht Person, Nachbarn, Passanten, Fremde oder Tiere zu töten.
41 Randalieren vor der Untersuchung	Randalisiert in einer Wohnung, im Haus, im Büro, im Supermarkt, in einem Geschäft oder auf dem Gelände der Psychiatrie.

42 Gewaltsamer Zugang, versucht zu erzwingen/sich durchsetzen	Die Person versucht, Zugang zu einer fremden Wohnung (z.B. der Eltern, des Nachbarn oder der Exfrau), Ämtern, Gemeinschaften, Hotels, Firmen, zu denen ihm der Zugang untersagt ist, zu erzwingen.
43 Aggression, Vorgeschichte	In der Vorgeschichte ist aggressives Handeln bis zu schweren Tötlichkeiten bekannt.
44 Aggression, Gegenstand	Aggressionen mit Gegenständen (z.B. aus dem Fenster werfen) oder Aggression gegen Gegenstände gerichtet.
45 Aggression, bis Tötlichkeit	Aggression gegen Andere (Familie, Kind, Nachbarn, Mitpatienten/ Pflegepersonal, Arzt, Polizei, Passanten, Tieren), die bis zu lebensgefährlichen Tötlichkeiten führen.
46 Gefährdung - Anderer	Fremdgefährdung ist zu befürchten, z.B. der Freundin oder der Kinder.
47 Gefährdung - Andere/Eigene	Selbst- und Fremdgefährdung ist jederzeit möglich, oder es ist nicht genau differenziert, gegen wen die Gefahr gerichtet ist.
48 Gefährdung - Eigene	Primär besteht die Gefahr einer Eigengefährdung, durch Feuer und Strom, im Verkehr, durch Waffen und Messer, durch Selbstverletzung: durch Schneiden, Beißen, Feuerzeug und Zigaretten, gegen etwas zu schlagen oder zu stürzen - auch auf der Polizeiwache, auch durch Unterkühlung.
49 Weglauftendenz	Die Person läuft unbeaufsichtigt weg.
50 Vorhersehbarkeit von Eskalation	Eskalationen oder massive Probleme sind vorhersehbar, z.B. Stürze, Fehlhandlungen, Delikte.
51 Fehlhandlungen	Fehlhandlungen, die aber nicht zwingend gefährdend sind.
52 Suizidal	Ein akuter Suizidversuch, Suizidversuch auf der Wache, zwei Personen die gemeinsam Suizid planen, Abschiedsbrief/Testament, Person, fordert umgebracht zu werden, macht die Drohungen eines Suizids, klare Suizidäußerungen gegenüber Partner, Familie, Freunden, Arzt, Pflegepersonal, Mitbewohner, Ämter, Polizei, konkrete Überlegung (Springen, Verkehr, Abgase, Verbrennen, Verbluten, Ertrinken, Erhängen, Alkohol), Drohung eines Erweiterten Suizids (Partner, Familie, Mitarbeiter, beliebige Person).
53 Suizid Anderer	Jemand aus dem Bekannten- /Familienkreis hat Suizid begangen.
54 Vorgeschichte Suizid	In der Vorgeschichte gab es einen oder mehrere Suizidversuche.
55 Distanz Suizid	Die Person ist nicht von ihrer Suizidalität distanziert.
56 Abstreiten/Nicht aussprechen	Die Person verweigert die Aussage zu ihren Suizidalgedanken oder kann diese nicht aussprechen, beschreiben.
57 Abhängigkeit/ Drogen	Alkohol, chronischer Abusus, momentane Intoxikation (leicht bis lebensgefährlich), Rückfall nach einem Entzug, Alkoholhalluzinationen, Alkoholentzug mit Delirium und Lebensgefahr, Alkohol+ Durchgangssyndrom, Vorgeschichte mit Krampfanfall unter Alkoholentzug, Abhängigkeit oder Einnahme anderer Drogen (Heroin, Cannabis, Nikotin etc.), Polytoxikomanie, Psychose - fraglich Drogeninduziert, Abhängigkeit oder Einnahme von Cannabis oder Medikamenten, Konflikt bei Nikotinentwöhnung, Abhängigkeit von Spielen oder von Personen.
58 Somatische Probleme fraglich	Beschwerden sind vorhanden, und eine somatische Erkrankung könnte dahinter stehen.

59 Somatische Probleme bis Gefahr	Die Person klagt über Schmerzen, Verletzung ist schon versorgt oder die somatische Erkrankung oder Verletzung muss noch versorgt, behandelt werden. Abklärung einer Grundkrankheit bezüglich Gefahr. Vegetative Symptome.
60 Medikamente	Die Person nimmt keine Medikamente (fraglich, jetzt, akut, die letzten Tage, lange nicht mehr, nie). Medikamente helfen nicht oder werden nicht vertragen. Die Person nimmt Medikamente aus dem Psychiatrisch/Neurologischen Bereich, z.B. Benzodiazepine, Neuroleptika, Antidepressiva, Anti- Parkinsonmedikamente, Schmerzmedikamente.
61 Bereitschaft des Krankenhauses zur Aufnahme	Der Patient hat Hausverbot oder wurde schon abgewiesen in einem Krankenhaus oder das Krankenhaus ist bereit, ihn aufzunehmen.
62 Vorgeschichte Krankenhaus?	Es gibt Hinweise, dass die Person schon einmal länger in einem Krankenhaus behandelt wurde und bekannt ist.
63 Vorgeschichte Psychiatrie	In der Vorgeschichte gibt es schon stationäre psychiatrische Behandlungen, zur Entgiftung, wegen einer anderen Erkrankung (vor 3 Wochen - 3 Monaten; 3 Monaten - 1 Jahr; 1 Jahr oder mehr) oder mit einem PsychKG.
64 Stationär akut entlassen	Die Person ist gerade von der Station entlassen (heute/gestern, in den letzten Tagen oder vor 1 - 3 Wochen).
65 von Station geflohen	Die Person ist von der Station (somatische Behandlung, vom Ausgang, nach Einweisung mit PsychKG) geflohen.
66 Geflohen	Aus einem Heim, einer Wohneinrichtung , aus der eigenen Wohnung oder dem Kinder und Jugendnotdienst weggelaufen.
67 Notwendige Versorgung	Notwendige Versorgung, die jetzt erfolgen muss.
68 Antrag auf Unterbringung	Der Antrag auf Unterbringung ist schon gestellt, wird von dem Betreuer gestellt oder konnte nicht gestellt werden.
69 Antrag auf Betreuung	Der Antrag auf Betreuung sollte gestellt/erweitert werden oder ist schon gestellt worden.
70 Versorgung, Betreuer	Es gibt/gab einen Betreuer (Betreuer gerade nicht erreichbar, im Urlaub), gerade einen Betreuerwechsel (bei schlechtem Kontakt) oder gerade keinen Betreuer.
71 Versorgung, ambulant	Keine Behandlung; es besteht/bestand Kontakt zu einem Nervenarzt/ambulanter Versorgung. Gegen die Empfehlung des Arztes gehandelt, die Person befindet sich in einer Langzeitbehandlung. Der Kontakt zum behandelnden Arzt wurde von der Person abgebrochen. Der behandelnde Arzt empfiehlt die Einweisung in die Psychiatrie. Es gibt eine Voruntersuchung durch einen anderen Arzt.
72 Versorgung, Altenhilfe	Abklärung der weiteren Versorgung, z.B. Heimaufnahme, Altenhilfe informiert.
73 Versorgung	Keine ausreichende Versorgung vorhanden/möglich unter den Bedingungen, Person wohnt in einer Wohneinrichtung, Wohnheim, war im Anschluss an eine vorangegangene Behandlung in eine Wohneinrichtung entlassen worden.
74 Versorgung durch die Familie/Nachbarn	Familie verweigert die (weitere) Versorgung; die Familie ist mit der Versorgung überfordert.

75 Familie/Bekannte	Die Person lebt mit den Eltern, Geschwistern, Partner zusammen, ist zu Besuch da. Es gibt einen Konflikt/Streit mit der Familie, Eltern, Mitbewohnern, Nachbarn, mit dem Partner, Trennungen des/vom Partner; Trennung des Partners, der die Kinder mitnimmt; Verlassen der Familie, Entzug der Kinder, Überforderung mit den Kindern; Andere (Familie, Nachbarn, Mitbewohner und Bekannte) haben Angst vor dem Betroffenen, Familie ist in das Krankheitsgeschehen involviert; es wurde ein Gespräch mit der Familie geführt, die die Eindrücke bestätigte. Die Familie, Bekannten oder involvierte Personen konnte nicht erreicht werden. Der Partner der Person ist schwer krank, der Partner/Familienmitglied der Person ist tot oder vor kurzem gestorben.
76 Äußere Umstände	Die Person befindet sich in einer Belastungssituation, Ausnahmezustand oder Lebenskrise, durch z.B. psychosoziale Probleme, Trauersituationen, Entbindung eines Kindes; mit der Arbeit gibt es Probleme oder es gibt keine Arbeit,; es bestehen finanzielle Probleme; kommt gerade zurück aus dem Ausland, ursprünglich stammt die Person nicht aus Deutschland; es existieren kulturelle Probleme; die Person lebt nicht in Hamburg und ist fremd und/oder wird vermisst, die betroffene Person hat gesetzliche Schwierigkeiten.
77 Wohnung bis Obdachlosigkeit	Die Person hat eine Wohnung, wo anders, lebt aber hier auf der Strasse oder ist obdachlos.
78 Fragliche Hilfesuche	Auftauchen in einer Einrichtung des Gesundheitswesens mit der Weigerung zu gehen.
79 Eigene Versorgung	Die Person hat die eigene Versorgung (Essen, Trinken, Medikamente, Wohnung, Erscheinungsbild) vernachlässigt, eingestellt oder ist nicht dazu fähig, überfordert.
80 Kleidung	Nicht ausreichend vorhanden (Kälte/Sommer) bis zum Exhibitionismus, lässt sich die Kleider nicht wechseln - trotz Notwendigkeit.
81 Isolation	Die Person isoliert sich, verlässt die Wohnung nicht, ist auf sich allein gestellt.
82 Bericht	Verweis auf einen Polizeibericht, Arztbrief, Schreiben der Betreuerin.
83 Polizeikontakt	Die Person macht in verschiedenen Formen, z.B. Polizei auf sich aufmerksam - aus einem bestimmten Grund, weglaufen; die Polizei musste die Tür aufbrechen; ein Delikt begangen, das zur Festnahme führte oder aus der Vergangenheit bekannt ist.
84 Wiederholung des Polizeikontaktes	In letzter Zeit viel Polizeikontakt aus verschiedenen Gründen.
85 Vorgeschichte	Bezug zur Vorgeschichte, Erkrankung (psychische, somatische, Unfälle) ähnliche Episoden/Fehlhandlungen in der näheren oder weiteren Vergangenheit der Person bekannt.
86 Gesunde/ Funktionierende Eigenschaften	Gesunde Eigenschaften werden oft im Gegensatz oder zur Abgrenzung zu krankhaften Prozessen dargestellt: Einsicht vorhanden, Person gibt an krank zu sein, kann sich kontrollieren, Steuerungsfähigkeit ist noch erhalten, die Person zeigt sich kooperativ, distanziert sich, ein geordnetes Gespräch ist möglich, die Erklärungen klingen glaubhaft, guter Bewusstseinszustand, leicht erweckbar, orientiert, die Person ist im Denken geordnet, die Person ist konzentriert und nicht abgelenkt, die Person ist nicht gespannt, im Affekt adäquat, ruhig, nüchtern, es gibt keine Hinweise auf eine somatische Erkrankung, die Person ist gut gepflegt, es wird keine Erkrankung in der Vorgeschichte berichtet.

Tabelle 15: Sämtliche Kategorien mit Beschreibung.

4.5 Interviews mit Ärzten aus dem SPD und PND

Im Sinne einer internen Expertenvalidierung wurden zusätzlich 19 halbstrukturierte Interviews mit Ärzten des SPD (10), PND (8) und einem Arzt, der im Jahr 2003 in beiden Einrichtungen (1) arbeitete, geführt. Diese Befragungen wurden zum Vergleich und zum besseren Verständnis der Thematik erarbeitet.

Die Ärzte des PND arbeiteten im Durchschnitt 9,6 Jahre im PND, die des SPD im Durchschnitt 7,4 Jahre. Von den 19 Interviewten waren 17 Fachärzte, einige hatten mehrere Facharztausbildungen abgeschlossen. Es gab 13 Fachärzte für Psychiatrie, 7 Fachärzte für Neurologie, 6 Fachärzte für psychotherapeutische Medizin. Die durchschnittliche Berufsausübung als Facharzt betrug 8,4 Jahre. Ein Arzt stand kurz vor seiner Facharztanerkennung, zwei Ärzte waren keine Fachärzte, 5 befanden sich in der Weiterbildung zum Facharzt.

Das Durchschnittsalter betrug 45,7 Jahre, 14 Ärzte waren zwischen 40 - 49 Jahre alt.

Diese Informationen zeigen, dass es sich um sehr erfahrene, gut ausgebildete Ärzte handelt.

Von den interviewten Ärzte/Innen waren 6 Frauen und 13 Männer.

Zur Transparenz der Entscheidungen und ihrer Einweisungspraxis zeigte sich, dass der Grossteil der interviewten Ärzte freundlich bereit war, Informationen zu geben; ein Arzt weigerte sich, an einem Interview teilzunehmen und über seine Begründungen für Zwangseinweisungen zu sprechen.

Im Überblick über die in den Interviews genannten Begründungen lassen sich fünf Bereiche herausarbeiten. Im Folgenden werden die genannten Faktoren für oder gegen eine Einweisung bei Suizidalität angegeben:

Die Antworten aus den Experteninterviews wurden ebenfalls nach der Grounded Theory bearbeitet, also die Kernaussage erfasst und benannt, in Kategorien gebündelt und zu Hauptkategorien zusammengefasst. Die gefundenen Faktoren FÜR oder GEGEN eine Einweisung, die von den Experten genannt werden, sind in dem folgenden Absatz aufgelistet. Schlagworte, die sich auch in den Kategorien der Akten finden, sind fett gedruckt.

Gründe die von den einweisenden Ärzten genannt wurden:

Psychopathologie:

- Ist die Person zur eigenen Person, zum Ort, Zeit und Situation **orientiert**?
- Ist die **Steuerungsfähigkeit** vorhanden?
- Ist ein **Realitätsverlust** vorhanden?
- Welche **Affekte** sind vorhanden (depressiv; verzweifelt, Aggression, Anspannung, emotional instabil)?

Nosologie:

- Liegt eine psychische **Grunderkrankungen** vor (depressive Psychose, Persönlichkeitsstörung, besonders emotional instabil)?
- Ist die Person akut **psychotisch**?
- Liegt eine akute **Intoxikation** (Drogen/Alkohol - erst ausnüchtern lassen) vor?
- Handelt es sich um ein **akutes** Ereignis oder eine **chronische** Situation?

Prognostische Perspektive:

- Gibt es Aussicht auf **Besserung**? Kann die Psychiatrie helfen?
- Kann sich die Person **selber stabilisieren**, ist sie fähig, „es in den Griff zu kriegen“?
- Findet die Person eine **Perspektive**, Zukunftsidee, wichtige Ziele für die nächsten Tage?

Interaktionelle Aspekte in der Untersuchung:

- Gibt es eine Bündnis- bzw. **Kontaktfähigkeit** zur Außenwelt bzw. zum Arzt?
- Ist die Person fähig, **emotionales Vertrauen** zu fassen? Entsteht das Gefühl, sich - nicht - auf eine Abmachung verlassen zu können?
- Kommt es zu einer **Distanzierung** vom Suizidvorhaben; wird die Situation durch Kontaktaufnahme entaktualisiert?
- Kann die Person Hilfe **freiwillig** annehmen? Gibt es andere Maßnahmen, die helfen?
- Welche Gefühle entwickeln sich in der **Gegenübertragung**?
- Ist der Arzt selber übermüdet, überfordert, **sicherheitsbedürftig**, geht er im Zweifel lieber auf „Nummer sicher“ und ist vorsichtig.

Interaktionelle Vorgeschichten:

- Was war in der **Vorgeschichte**? Wie aggressiv waren vorangegangene Handlungen? Gab es Aufenthalte in der Psychiatrie?
- Gab es kürzlich einen **Suizidversuch** (Schwere der Suizidhandlung) ? Besteht eine Anschlussgefährdung?
- Welche **Suizidalitätskriterien** liegen vor (**Abschiedsbrief**; Konkrete Suizidpläne/ Vorbereitung)?
- War die Handlung vielleicht ein **Appell** oder Unfall?
- Wird die Person durch ihr **soziales Umfeld** unterstützt?
- Geht es um eine depressive **alte** Frau, die einsam ist? (Vereinsamung, körperliche Einschränkung, mangelnder Wille zum Leben, z.B. Verweigerung des Essens und Trinkens, um einen mittelbaren Suizid zu begehen.)
- Handelt es sich um einen **Bilanzselbstmord**?

Nicht zugeordnete Faktoren:

- Das **Gesamtbild** ist entscheidend;
- **Verschleppte** Eilsachen nach BGB, um Todesfälle zu verhindern;

Im Bereich der Psychopathologie geht es vor allem um die Fähigkeit, die Realität zu erfassen und zu verstehen, z.B. im Sinne der Orientierung und einer angemessenen Reaktion darauf. Die Nosologie erscheint im Zusammenhang mit einer psychotischen Vorerkrankung, bzw. einer psychischen Grunderkrankung, zur Beurteilung eines akuten oder chronischen Zustandes.

Auch Intoxikationen gehören in den Bereich der Grunderkrankungen. Allerdings handeln die Experten bei nicht vital bedrohlichen Intoxikationen (vor allem mit Alkohol) verschieden. Die meisten meinen, dass es erstmal zu einer Ausnüchterung kommen sollte, bevor eine Entscheidung gefällt werde.

Die interaktionellen Möglichkeiten der betroffenen Person spielen eine große Rolle. Die Kontaktaufnahme und -fähigkeit des Patienten mit dem Untersucher ist ein entscheidender Faktor für die Entscheidungsfindung. Der Kontakt zu anderen Personen im Umfeld und in der Vorgeschichte spielt ebenfalls eine wichtige Rolle, bzw. auch die Geschehnisse in der Vorgeschichte. Die prognostische Perspektive bildet die letzte Gewichtung, die zu einer Entscheidung beisteuert.

Aus den Interviews ergab sich zusätzlich Information zu den subjektiven Gründen für eine Zwangseinweisung.

Eine Ergänzung zu den eher objektiven Gründen, die in den Daten erscheinen, war die Betonung einiger Ärzte, eigenen Gefühle, z.B. auch in der Gegenübertragung zu vertrauen

und in die Entscheidung mit einzubeziehen. Sie unterstrichen auch, dass sie, wenn sie, übermüdet, überfordert, sicherheitsbedürftig waren, im Zweifel lieber auf „Nummer sicher gehen“ und schneller einwiesen. Sie betonten als primäre Gründe für ihr Vorgehen die gesetzlichen Vorgaben und dass eine akute, bedrohliche Situation die Grundlage für eine Zwangseinweisung vorliegen müsste.

Im Gespräch waren die meisten Ärzte bereit, alte Frauen, die vereinsamt lebten und depressiv waren, schneller als andere Personengruppen einzuweisen.

In den Gesprächen wird zusätzlich hervorgehoben, dass die gesetzlichen Vorgaben eine wesentliche Rolle im Entscheidungsprozess spielen und dass die Einweisungssituation als akut definiert werden müsse und nicht als chronisch.

Im Umgang mit Situationen, in denen es um intoxikierte Personen geht (vor allem mit Alkohol), handeln die Experten verschieden. Die meisten meinen, dass es erstmal zu einer Ausnüchterung kommen sollte, bevor eine Entscheidung gefällt wird. Allerdings nennen auch einige eine Intoxikation als Grund für die Unterbringung.

Außerdem wurde in einzelnen Gesprächen betont, dass bei Suizidalität vor einer Einweisung geklärt werden sollte, ob es sich um einen emotionalen Appell oder um Handlung (z.B. psychotische Handlungen) ohne die Absicht eines Suizids handelte.

Alle Ärzte gaben an, noch nie eine Rückmeldung über den Suizid nach Zwangseinweisung einer untersuchten Person bekommen zu haben; allerdings sagten drei, dass sie während ihrer Arbeit im Krankenhaus jeweils die Rückmeldung über den Suizid eines Patienten bekommen hätten. Die subjektive Einschätzung der Ärzte ergab, dass Suizidalität eine geringe Bedeutung für die Fallzahl der Einweisungen spielen würde.

5 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Auswertungsergebnisse zur Zwangseinweisungsrate und -quote, zur Monats-, Wochentagsverteilung, zu den Uhrzeiten der Einweisungen, der Untersuchungsorte und Alters- und Geschlechtsverteilung der betroffenen Personen mit denen anderer Arbeiten verglichen. Des Weiteren werden die Einweisungsgründe, Diagnosen, Einweisungspraxen und die Inhalte der Experteninterviews im Zusammenhang mit dem Thema Suizidalität diskutiert. Die sich daraus ergebenden Vorschläge und Empfehlungen werden zum Ende hin ausgeführt.

5.1 Einweisungsraten und Einweisungsquoten

Die ermittelte Zwangseinweisungsquote aus Hamburg von 1992 - 2004 aus dieser Untersuchung bewegte sich zwischen 13,5 - 17,8 % (siehe Kapitel 4.1, Grafik 3, S.48). Damit liegt sie in einem ähnlichen Bereich wie die in Kapitel 2.7 von DREBING und SALIZE (2004a) für 1995 - 1999¹ und die von SALIZE et al. (2007) von 1993 - 2003² für Deutschland angegebenen Quoten. Die Quoten zeigen im Gesamtbild keine offensichtlich steigende Tendenz und scheinen zu schwanken. Auch diese Beobachtung wird in mehreren anderen Studien gemacht [z.B. DARSOW - SCHÜTT et al. 2001], (siehe Kapitel 2.7).

Auch der viel beschriebene Anstieg der Zwangseinweisungsrate [z.B. von GOLLMER 1999, CREFELD 1994, MÜLLER 2003, POLAK 2001] kann in dieser Arbeit für Hamburg von 1992 - 2003 bestätigt werden: 1992 kam es zu 85 ZE/ 100.000 Einwohner; 2004 zu 132 ZE/100.000 Einwohner (siehe Grafik 2, S.48). Im konkreten Vergleich dieser Zahlen zu SPENGLER 2007, der den Zeitraum zwischen 1992 - 2003³ untersuchte, liegen die Zahlen in Hamburg höher.

Schon in den Jahren 1979 - 1983 (BRUNS) und 1978 - 1985 (SPENGLER) zeigen die Zahlen, die für Hamburg angegeben werden⁴, einen Anstieg [BRUNS 1986, 1993, SPENGLER 1987a].

Da allerdings (wie oben diskutiert) auch in diesen Daten keine Informationen zu Mehrfacheinweisungen derselben Personen und zu anderen Einflussgrößen existieren, müssen diese Daten mit Vorbehalt betrachtet werden. Über die Gründe des Anstieges der Zwangseinweisungsrate gibt es bisher zu wenig Wissen über geänderte Einweisungspraxen oder weitere Hintergründe.

In Grafik 1, S.47, sieht man einen Anstieg der absoluten Zahlen sowohl für die Unterbringungen nach §12 und aller erfolgten Anträge auf Zwangsunterbringung als auch für die Gesamtzahl der stationären Aufnahmen in der Psychiatrie. Bundesweit gibt es in demselben Zeitraum, 1992 - 2003, einen Anstieg der stationären Aufnahmen in der Psychiatrie von ca. 41 000 auf 70 000, bei einer Verkürzung der Liegezeiten [SPENGLER 2007].

¹die Quote in Deutschland lag zwischen 14,2 - 15,9%.

²von den Autoren wurden die Quoten in Deutschland mit 14 - 17% angegeben.

³Länder- und Unterbringungsverfahren 1992 - 2003: Anstieg von 64 ZE/ 100.000 auf 75 ZE/ 100.000 Einwohner.

⁴BRUNS (1986) 79,07 - 102,20 ZE/ 100.000 Einwohner. SPENGLER(1987a) 1978 = 64, 1982 = 69, 1985 = 81 ZE/ 100000 Einwohner.

Auffällig in der vorliegenden Untersuchung ist, dass in der genaueren Differenzierung die absoluten Zahlen und die *Rate* des SPD ansteigt, während die des PND stark hin und her schwankt und keinen klaren Anstieg zeigt (Grafik 4 und Grafik 5, S.49).

Obwohl hier Zahlen zur Zwangseinweisungsrate und -quote vorgelegt werden, hält die Autorin die Beurteilung einer realen Zunahme oder Abnahme der Zahlen für nicht tragfähig, da zu viele, sich vernetzende Faktoren eine Rolle spielen und die Bedeutung derselben absoluten Zahlen (siehe Kapitel 2.7 und 2.8) sehr unterschiedlich ausfallen kann.

Für klare Aussagen wären bereinigte Zahlen notwendig. Um einen Vergleich herstellen zu können, wäre eine einheitliche Gesetzeslage, die einheitliche Erhebung vergleichbar definierter Daten und von Mehrfacheinweisungen durch möglichst eine einzige zuständige Stelle notwendig.

Vorrangig erscheint zurzeit, eine inhaltliche, problemorientierte Basis für Gespräche, Studien, Vergleiche zum Aufbau einheitlicher Regelungen zu finden.

5.2 Geschlechter- , Alters- , Tages- , Wochentags- , Monats- und Ortsverteilung

Die Ergebnisse dieser Arbeit stimmen in Bezug zur Geschlechtsverteilung unter den zwangseingewiesenen Personen mit den bisherigen Ergebnissen weitestgehend überein; auch hier finden sich in der Altersgruppe unter 50 Jahren vermehrt Männer und in der über 60 Jahren vermehrt Frauen (siehe Grafik 11, S. 55).

Die Daten zur Alters- und Geschlechtsverteilung aus der Grafik 11, S. 55, sind hier zum Vergleich mit anderen Studien zusammengefasst:

		Männer	Frauen
WALLER 1978	(N= 110)	50,9 %	49,1 %
DEGKWITZ 1986	(N=1017)	45 %	55 %
BRUNS 1991	(N= 328)	59,1 %	40,9 %
BRUNS 1993	(N= 396)	57,3 %	42,7 %
REHBEIN 2006	(N= 30)	67 %,	33 %
HAMBURG 2003	(N= 741)	56,4 %	42,1 %

Tabelle 16: Vergleich verschiedener Studien - Betreff der Geschlechterverteilung der Betroffenen

Nach fast allen Studien (Ausnahme: DEGKWITZ 1986) sind die Männer häufiger repräsentiert.

Bei der genaueren Betrachtung der Altersgruppen beschreibt WALLER (1976) in einer sehr kleinen Stichprobe eine ähnliche Altersverteilung zwangseingewiesener Personen in Hamburg wie die in dieser Arbeit ermittelte.

	< 30 Jahren	30- 39 Jahre/ (31 - 40)	40- 49 Jahre/ (41 - 50)	50- 59 Jahre/ (51 - 60)	≥ 60 Jahre/ (61 -)
WALLER 1976 (N=26)	15 %	27 %	23 %	8 %	27 %
WALLER 1978 (N=110)	Ca.20,9 %	Ca.20,9 %	Ca.20 %	Ca.13 %	Ca.26,3 %
HH 2003 (N=741)	21,2 %	25,51 %	23,48 %	10,66 %	17,67 %

Tabelle 17: Vergleich verschiedener Studien - Betreff des Alters der Betroffenen

DARSOW - SCHÜTT et al. 2001 haben in ihrer Arbeit keine genauen Zahlen angegeben, berichten jedoch, dass unter den Zwangseingewiesenen mehr Männer unter 40 Jahren und mehr Frauen über 50 Jahren waren. (n=2839; 1980 - 98, Südniedersachsen).

Mehr außerklinische Faktoren die Person betreffend konnten aus den Akten nicht entnommen werden. Der Einweisungszeitpunkt und -Ort wurden im Folgenden genauer betrachtet.

Zu der Zuordnung von Zwangseinweisungen zu Tageszeiten, Wochentagen und Monaten gibt es wenig Material. Die Verteilung der Zwangseinweisungen über die Monate in dieser Studie

(Grafik 6, S. 51) ist relativ konstant und schwankt nur leicht. Es gibt ein Minimum im April, das mit einem Maximum im Mai ausgeglichen wird.

WALLER 1978 gibt eine Verteilung (8,2 % - 16,4 %) an, die aus der Untersuchung von 6 Monaten resultiert und ihr Minimum im Juli und ihr Maximum im Juni zeigt. Betrachtet man beide Datensätze zusammen, lassen sich nur minimale Schwankungen finden.

Bei der Verteilung auf die Wochentage (Tabelle 18, S. 78 siehe auch Grafik 7, S. 52) gibt es auch in der vorliegenden Untersuchung einen Trend, da es am Wochenende zu weniger Einweisungen kommt.

Bei REHBEIN (2006) sind der Freitag und der Samstag die Tage mit den wenigsten Zwangseinweisungen; in den anderen Untersuchungen sind es Samstag und Sonntag.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
WALLER 1978 (N=110)	15,5 %	17,3 %	17,3 %	14,5 %	18,2 %	8,2 %	9,1 %
REHBEIN 2006 (N=30)	20 %	16,7 %	16,7 %	20 %	3,3 %	6,7 %	23,3 %
HH 2003 (N=741)	12,4 %	18,9 %	15,4 %	16,7 %	17,4 %	8,5 %	10,7 %

Tabelle 18: Verteilung von Zwangseinweisungen auf die Wochentage

Der Untersuchungsort (Grafik 9, S. 53) befindet sich meistens auf Polizeirevieren, weil in Überforderungssituationen zuerst die Polizei geholt wird und daher die Betroffenen auf der Wache untersucht werden. Außerdem sind der psychiatrische Notdienst und der sozialpsychiatrische Dienst bei den Hilfe anfordernden Menschen wenig bekannt. Selbst Angehörige des medizinischen Personals und Medizinstudenten hatten in vielen Fällen noch nie von diesen Diensten gehört.

Dass Frauen (Grafik 10, S. 54) öfter als Männer zuhause untersucht werden, könnte zum Teil daran liegen, dass sie als weniger bedrohlich eingestuft werden (siehe Kapitel 2.3.).

5.3 Einweisungsgründe und Diagnosen

Die Vergleichbarkeit der Diagnosen ist schwer zu erarbeiten, da hier entscheidend ist, unter welchen Bedingungen die Personen untersucht und von wem die Diagnosen gestellt wurden. Die hier angegebenen Diagnosen sind keine operationalisierten Diagnosen nach internationalem Forschungsstandard, da es in der Natur des Forschungsgegenstandes und der beforschten Krisensituation liegt, dass eine intensive Diagnostik fast unmöglich ist.

In anderen Studien stehen Krankenhausakten zur Verfügung, und daher gibt es einen größeren Umfang von Daten und eine größere Zuverlässigkeit der Informationen.

Trotzdem weisen die Ergebnisse dieser Arbeit und anderer Studien in eine ähnliche Richtung, z.B. dass der größte Teil der Untersuchten unter einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leidet (siehe Grafik 12, S. 56). Bei einigen anderen Studien zeigt sich ein weiterer Schwerpunkt bei paranoid - halluzinatorischen Psychosen was durch die genauer untersuchten Einweisungsgründe dieser Studie unterstützt wird, da unter den ersten Gründen Wahn und wahnhafte Symptomatik an der zweit häufigsten Stelle der genannten Gründe steht. Bei den hier genannten Diagnosen gibt es unterschiedliche Ergebnisse zu älteren Arbeiten, die unter anderem deshalb zustande kommen, weil diesen Arbeiten etwas andere Einteilungen der Krankheitsbilder zugrunde lagen. Jedoch erscheinen Sucht, Affektive Störungen, Suizidalität, Organisch bedingte psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen ebenfalls in sehr verschiedenen Gewichtungen.

Als Zusatzdiagnose ergab sich in dieser Arbeit, dass bei 100 Personen psychotrope Substanzen mitbeteiligt waren (siehe Grafik 13, S. 57). Diese Beobachtung wurde ebenfalls in anderen Studien gemacht [SPENGLER 1986a].

Unter den Einweisungsgründen sind in den Studien die durch das Gesetz vorgeschriebenen Gründe am häufigsten erwähnt und daher am leichtesten zu untersuchen. Die folgende Tabelle vergleicht die Aussagen zur Begründung der Gefährdung (Selbst- und oder Fremdgefährdung) verschiedener Studien. Diese variieren allerdings in den Kategorien.

Bei Spengler 1983, Rehbein 2006 und in der vorliegenden Studie gibt es die Kategorie „Selbst- und Fremdgefährdung“ als zusätzliche Kategorie, deshalb überschneiden sich die Kategorien nicht. Bei Spengler 1981, Bruns 1993, Degkwitz 1986 gibt es diese Kategorie nicht, weshalb die Personen in seiner Studie unter beide Kategorien fallen können.

Bei teilweise sehr kleinen Fallzahlen der Studien und verschiedenem Ausgangsmaterial sind die Zahlen nicht vergleichbar. Sie zeigen jedoch, welche entscheidende Gewichtung die Begründung „Selbst- und Fremdgefährdung“ hat.

Art der Gefährdung:

	Selbstgefährdung	Fremdgefährdung	Selbst- und Fremdgefährdung
BRUNS 1993 (N=383)	41,8 %	27,7 %	Keine Nennung
DEGKWITZ 1986 (N=1017)	20 %	12 %	Keine Nennung
SPENGLER 1981 (N=16)	50 %	56,25 %	Keine Nennung mind. 6,25%
SPENGLER 1983 (N=111)	27 %	31 %	32 %
REHBEIN 2006 (N=30)	37 %	30 %	33 %
HH 2003 (N=741)	40,6 %	20 %	21,9 %

Tabelle 19: Vergleich verschiedener Studien - Betreff der Verteilung des Risikos der Fremd- und/ oder Selbstgefährdung.

5.3.1 Diskussion der häufigsten Einweisungsgründe

90 Hauptkategorien konnten aus 6.704 Argumenten entwickelt werden (siehe Kapitel 4.4, und Kapitel 7.3).

Die 20 meist genannten Gründe (Tabelle 14, S. 66) sollen in dem folgenden Abschnitt diskutiert werden. Sie beinhalten 70 % aller Nennungen und zeigen damit die Schwerpunkte der Gründe auf, die zu einer Einweisung führen. Die weiteren Kategorien finden sich in einer Tabelle nach absteigender Häufigkeit im Anhang (Kapitel 7.3, S.102).

Durch die Herangehensweise dieser Arbeit, die Kategorien erst während des Untersuchens zu erstellen, um zu beobachten, welche sich ergeben, wurde kein Argument ausgelassen. Daher gibt es, bedingt durch genauere Ausführungen und spätere Zusammenfassung ähnlicher Punkte, in den einzelnen Kategorien Doppelnennungen. Die Anzahl der Nennungen spiegelt demzufolge die Gewichtung der Argumente in einem Gutachten wieder.

Der am häufigsten genannte Grund für eine Zwangseinweisung waren **Affektzustände**. Affektzustände sind oft das auffälligste Merkmal in Akutsituationen und treten in verschiedenen Ausprägungen bei allen psychiatrischen Erkrankungen auf.

Gerade bei Menschen, die unter Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis leiden, sind Zustände von Spannungen, Gereiztheit, Unruhe, Ängsten, bzw. der Ausbruch von Emotionen normal und oft der ausschlaggebende Maßstab für die Bedrohlichkeit der Situation. Daraus erklärt sich der große Anteil dieser Kategorie.

Die zweithäufigste Kategorie des **Wahns, bzw. wahnhafter Zustände** zeigt deutlich, dass in der Akutsituation im Notdienst wahnhaft Psychosen eine sehr große Rolle spielen.

Der Einweisungsgrund der **akuten Halluzinationen oder Wahnvorstellungen**, ein Zustand in dem klar geäußert bzw. beobachtet wird, dass eine Halluzination erlebt wird, erfolgt in der Häufigkeit der Nennung an der 16. Stelle.

Die Kategorie **Suizidalität** an der 3. Stelle fasst alle Argumente zusammen, die Suizidalität beinhalten, sei es ein akuter Suizidversuch, ein Suizidversuch in der Vergangenheit, ein Abschiedsbrief oder die Drohung eines Suizids oder eines erweiterten Suizids. Sie verdeutlicht, dass die Suizidalität ein Kernthema der psychiatrischen Notfälle ist.

Kategorie 4 befasst sich mit der **Eigengefährdung**, ohne die direkte Absicht sich zu töten. Häufig kommt es in der Verbindung mit wahnhaften Zuständen zu Handlungen, die die eigene Sicherheit der Betroffenen gefährden. Sie ist manchmal schwer abgrenzbar von suizidalen Handlungen.

Die darauf folgende Kategorie 5 verdeutlicht, dass **Alkohol und Drogen** samt **Abhängigkeit** im psychiatrischen Notfall häufig auftreten oder diesen oft erst auslösen.

Die 6., 13. und 17. Kategorie (**Denk- /Hirnleistungsstörungen, Orientierung und eigene Versorgung**) zeigen gehäuft die Personengruppe der älteren Menschen, die in Folge ihrer mentalen Einschränkungen mit ihrer Versorgung überfordert sind oder sich durch Orientierungsstörungen in Gefahrensituationen bringen.

Psychotische Menschen sind häufig nicht einsichtig (Kategorie 7 **keine tragfähige Einsicht**), dass sie krank sind oder einer Behandlung bedürfen. Sie schätzen ihre Situation anders ein als die Untersucher oder andere beteiligte Personen.

Die Kategorien 8., 10., 11. und 12. (**Aggression; Gefährdung Anderer, Anderer und Eigengefährdung, Vorhersehbarkeit von Eskalation**) beziehen sich auf gefährliche Situationen, in denen die Betroffenen sehr aggressiv sind und es auf der reinen Gesprächsebene nicht ausreichend zu einer Deeskalation kommt. Auch diese Kategorie geht häufig mit wahnhaften Episoden einher.

Die 9. Kategorie (**Gespräch nicht möglich**) verdeutlicht die Schwierigkeit, dass der Betroffene nicht zugänglich und ein Gespräch aus verschiedenen Gründen nicht möglich ist.

Dazu gehören Verweigerung, Desinteresse, Stupor oder Vereinnahmung durch Wahnvorstellungen.

Die 14. Kategorie (**Probleme mit/ Involvierung der Familie/ von Bekannten**) zeigt Aspekte, die sich außerhalb der Psychopathologie befinden. Das soziale Umfeld, die Familie und Nachbarn, bzw. Konflikte mit ihnen spielen eine große Rolle für Einweisungen. Wegen einer fehlenden Unterstützung durch Bezugspersonen oder durch Eskalation von Problemen im Umfeld erscheint eine Trennung der Person vom Umfeld durch eine Zwangsunterbringung als einziger Ausweg.

Wenn **gefährliche somatische Probleme**, Kategorie 15, mit dem Aspekt „keine Einsicht“ einhergehen, kommt es oft zu einer Einweisung nach dem PsychKG, die in dieser Situation als einzige Lösung für eine Behandlung erscheint.

Kategorie 18 beschreibt Personen, die die Kontrolle über sich verlieren und sich selber, ihre **Emotionen und Handlungen nicht ausreichend steuern** können.

Auch **gesunde bzw. funktionierende Eigenschaften** (Kategorie 19) werden genannt, diese aber hauptsächlich als Abgrenzung gegen kranke Eigenschaften.

Aggression gegen Gegenstände (Kategorie 20) kann im weiteren Verlauf auch in Gewalt gegen Personen umschlagen, weshalb auch dieser Grund unter den 20 häufigsten auftaucht (Vergleiche Kapitel 4.4, S.65).

Nach dem Bearbeiten der Akten und Daten kristallisieren sich drei „Haupttypen“ heraus:

1. Personen mit einem akuten Schub einer psychotischen Erkrankung.
2. Demente Personen, die entweder orientierungslos gefunden werden oder sich nicht selber versorgen können.
3. Suizidale Personen, die entweder akut suizidal sind oder bei denen es sich nicht einschätzen lässt, wie akut die Suizidalität ist.

Dass Suizidalität an dritter Stelle und Wahn an zweiter Stelle, Denk- /Hirnleistungsstörungen, Orientierung und eigene Versorgung an 6., 13. und 17., wahnhafte Störungen und Halluzinationen an 16. Stelle stehen, spiegelt die Beobachtung und Zuordnung in drei Typen wieder. Natürlich gibt es auch Personen, die der Kombination zweier oder sogar aller drei Typen zuzurechnen sind.

STUMPFE hat 1981 als Einziger eine inhaltlich vergleichbare Arbeit geschrieben, in der er die Häufigkeit einiger psychopathologischer Befunde aus 514 Akten aus den Jahren 1971 - 72 des Ordnungsamtes in Essen untersucht. Die Daten wurden anhand eines dreiseitigen, vorher erstellten standardisierten Formulargutachtens erhoben. Er unterteilt die Informationen in vier Gruppen: akutes psychopathologisches Bild des Patienten, Drohung/Ausführung, Vorgeschichte, Begründung (siehe Kapitel 2.8, S. 33).

Unter der Überschrift „Akutes Zustandsbild“ nehmen auch bei STUMPFE die Affektzustände einen großen Anteil (89 %) ein. Weitere Argumente beziehen sich auf wahnhafte Zustände oder Personen, die orientierungsgestört sind, bzw. unter Hirnleistungsstörungen leiden. Suizidalität scheint in eine geringere Bedeutung zu haben.

Die von STUMPFE gefundenen Gründe zeigen sich auch in dieser Arbeit: Seine zweite Gruppe: „Drohungen und Ausführungen“ findet sich hier unter den Kategorien: „Aggression gegen Andere, gegen Gegenstände und Gefährdung Anderer, Eigengefährdung“ - unter den 20 häufigsten genannten Argumenten. „Drohungen“ finden sich auch als Kategorie, tauchen unter den 20 häufigsten allerdings nicht auf.

Die dritte Gruppe: „Vorgeschichte“ wird in dieser Arbeit auch als Kategorie benannt, spielt bei den Begründungen der Einweisungen jedoch eine geringere Rolle.

Die letzte Gruppe „Begründungen“ nennt die 20 häufigsten: Affekte, verminderte Steuerungsfähigkeit, Krankheitsuneinsichtigkeit, Wahn, unzureichende eigene Versorgung, Suizidalität, Verwirrtheitszustand, Desorientierung, Hirnleistungsstörungen, somatische Beschwerden, Minderbegabung als die entscheidenden Gründe für Zwangseinweisungen.

Die Suizidalität ist mit 14 % in STUMPFE's Arbeit geringer vertreten als in dieser Arbeit; allerdings kommen bei ihm in der nahen Vorgeschichte Suizidversuche mit 17 % und in der weiter zurückliegenden Vorgeschichte mit 10 % vor; 8 % der Patienten drohen mit Suizid [STUMPFE 1981, S.30 - 32].

Die von STUMPFE 1981 gewählte Teilung der Einweisungsgründe in „Aktuelles Bild“ und „Vorgeschichte“ ist auf Grund folgender Überlegungen in dieser Arbeit nicht durchgeführt worden: In den Akten ist die Vorgeschichte selten klar von der Gegenwart getrennt, da die Ereignisse meist in der akuten Situation eskalieren. Manche Ereignisse in der Vorgeschichte liegen lange zurück und haben teilweise eine geringere emotionale Bedeutung als die der letzten Tage, die mehr mit der Akutsituation zu tun haben: Genauso kann ein lange zurückliegendes Ereignis aktuell eine gravierende Bedeutung haben.

SHERRILL, EBNER stellen zur Hilfe zur Entscheidungsfindung eine Richtlinie bzw. eine Checkliste vor (siehe Kapitel 2.9). Bei SHERRILL steht die Einschätzung der Suizidalität in den ersten beiden Fragen, gefolgt von Aggressionen gegen Andere, Tieren und Gegenstände, des weiteren gibt es Fragen nach dem Realitätswahrnehmen und Wahnvorstellungen, Missbrauch von Halluzinogenen, Hinweise auf Angststörungen, Frage nach dem emotionalen Kontakt und nach dem sozialen Umfeld. Die meisten diese Kriterien finden sich ebenfalls unter den 20 häufigsten genannten Gründen: Suizidalität, Aggressionen gegen Andere, Aggression gegen Sachen, Wahnvorstellungen, Drogen und Alkohol, emotionaler Kontakt, soziales Umfeld und Angst im Rahmen von Affekten. Jedoch wird ein Teil der hier gefundenen Gründe damit nicht ausreichend abgedeckt wie z.B. die Gruppe von älteren dementen Personen, die nach den Beobachtungen dieser Arbeit ebenfalls ein Anteil der Zwangsuntergebrachten ausmachen [SHERRILL 1997].

EBNER erstellt hingegen Beurteilungskriterien für die Selbst- und Fremdgefährdung. Bei Selbstgefährdung geht er von Suizidalität aus und berücksichtigt weitere psychiatrische Diagnosen, Epidemiologische Faktoren, die Suizidanamnese, die aktuelle Situation sowie die genauere Psychopathologie. Er gibt eine geringe Sensitivität und Spezifität an. Für die Einschätzung der Fremdgefährdung zieht er als Faktoren Soziodemographische Faktoren, eine Gewaltanamnese, die aktuelle Situation, die psychiatrische Diagnose und die Einschätzung der aktuellen Gefährdung hinzu [EBNER 2000]. Weiter Indikation zählt er am Rande auf. Diese Beurteilungskriterien orientieren sich sehr stark an den Kerngründen für eine Zwangsunterbringung. Bei der Entscheidungsfindung stellen sie eine Unterstützung da, lassen aber einen großen Teil von Gründen unberücksichtigt.

SPENGLER beschreib hingegen den Ablauf einer Entscheidungsfindung. Es geht weniger um inhaltliche Gründe als mehr um die Strukturierung des Gespräches und dem Prozesses der Entscheidungsfindung [SPENGLER 2003].

5.3.2 Vergleich der Aussagen der Experteninterviews mit den Angaben in den Einweisungsakten

Die aufgeführten Einweisungsgründe aus den Experteninterviews wiederholen viele der in den Akten genannten Gründe (siehe Kapitel 4.5, S. 72). Obwohl sie den Anteil der Suizidalität deutlich geringer einschätzen als er nach den Akten ist, gibt es zwischen den sonstigen gefundenen Gründen keine Diskrepanz. Die subjektive Einsschätzung dass Suizidalität als Einweisungsgrund eine eher untergeordnete Bedeutung hätte deckt sich nicht mit den Ergebnissen aus den Akten (weiter Diskussion unter Kapitel 5.4). Bei den erinnerten Fällen mit fraglichem Suizid wäre zunächst zu klären ob diese einen appellierenden Charakter hätten oder einen selbstverletzenden Hintergrund aus psychotischen Gründen ohne die Absicht eines Suizids.

Die Fähigkeit die Realität zu erfassen, sich selber zu steuern und der Orientierung auf allen vier Ebenen werden auch hier von den Experten betont, die Anamnese spielt in Hinsicht auf psychiatrische Vorerkrankungen und Hinsichtlich der Hilfsangebote und Beziehungsaspekte eine Rolle und der Beurteilung eines Geschehnis als akut kommt eine wesentliche Bedeutung zu. Die Fähigkeit in den Kontakt mit dem Untersucher zu treten und damit Abstand von dem Gesehen zu nehmen, stellt auch hier einen entscheidenden Teil der Entscheidung für oder gegen eine Zwangsunterbringung.

Der eigene Anteil des Untersuchers wird in den Gesprächen naturgemäß stärker betont als in den Akten, z.B. die Gegenübertragung von Gefühlen. Auch unterstreichen die Ärzte, dass sie selber sicherheitsbedürftig in Bezug auf ihre Entscheidung sind, bei Übermüdung und Überforderung oder im Zweifel lieber auf „Nummer sicher gehen“ und vorsichtig sind. Dass diese Gründe nicht in den Akten auftauchen, erklärt sich durch das ärztliche Bemühen, die Daten objektiv und für andere nachvollziehbar darzustellen.

Intoxikierte Personen erscheinen wie es nach den Ergebnissen der Untersuchung der Einweisungsgründe und den gefundenen Nebendiagnosen erwarten lässt auch in den Beobachtungen der Ärzte häufig. Im Umgang mit Situationen, in denen es um intoxikierte Personen geht (vor allem mit Alkohol) gibt es unterschiedliche Handlungsweisen. Das „einfache“ Betrunkensein stellt eigentlich keine Indikation für die Anwendung des PsychKG dar; es gilt nicht als Erkrankung in dessen Sinne, wird aber zum Teil als Einweisungsgrund angegeben. Ob es sich um ein suchtcharakteristisches Konsumverhalten handelt, ist allerdings in der Akutsituation oft nicht beurteilbar. Erst zusätzliche Faktoren machen eine Unterbringung unter Umständen nötig.

Ein häufig genannter Aspekt der Interviews ergibt, dass alte Frauen, die vereinsamt leben und depressiv sind, eher eingewiesen werden, was sich auch in den Daten aus den Akten zur Geschlechter- und Altersverteilung zeigt.

5.4 Suizidalität

In der vorliegenden Arbeit wird Suizidalität in knapp einem Drittel der Fälle als ein Grund für eine Einweisung erwähnt. Bei ca. 12 % der Personen gibt es einen Suizidversuch in der nahen Vorgeschichte, bei 3,9 % in der fernerer Vergangenheit. Damit liegen diese Ergebnisse für die Bedeutung zum Teil über bzw. in den höheren Ergebnissen für die Häufigkeit in anderen Studien. Diese Zahlen und auch die Studie von PAJONK 2001b zeigen, dass Suizidalität ein häufiges und wichtiges Thema im (Psychiatrischen und Allgemeinen) Notdienst ist.

Die Schwierigkeit, eine Selbstgefährdung in „gewollt“ oder „ungewollt“ zu unterscheiden, zeigt sich in dieser Arbeit bei 16 Personen (7%); sie wird auch in anderen Studien deutlich. Häufig sind die Betroffenen emotional und verbal schwer erreichbar, eine glaubhafte, klare Aussage und eine eindeutige Zuordnung sind nicht möglich.

In den Expertengesprächen zu Beginn der Arbeit fiel auf, dass ein Großteil der Ärzte meinte, Suizidalität wäre im Notdienst kein häufiges Thema. Dies widerspricht den Ergebnissen dieser Arbeit. Eine mögliche Erklärung lautet, dass die Ärzte zumeist von Suizidalität ohne psychotische Komponente ausgingen. Allerdings wird bei vielen der Suizidfälle in den Akten keine eindeutige psychotische Komponente beschrieben. Es kann nicht ganz ausgeschlossen werden, dass diese von dieser Studie abweichende Einschätzung auf einem Schutzmechanismus - im Sinne einer Verdrängung oder Verleugnung - der Ärzte beruht und entsprechende Fälle nicht so gut erinnert werden.

Auch gab keiner der befragten Ärzte an, jemals von einem Todesfall nach einer Nichteinweisung Nachricht bekommen zu haben. Dies kann zutreffen und spräche für die gute Einschätzung der Notfallsituation durch die Zuständigen, könnte aber auch an einer schlechten Informationsinfrastruktur liegen und daran, dass die Informationen bei verschiedenen Zuständigkeiten (allgemeinmedizinischen Notarzteinsatz) einfach nicht weitergegeben werden. Da drei Ärzte von einem Fall mit Suizid im Zusammenhang mit ihrer Arbeit im Krankenhaus berichteten, spricht dies am ehesten für die Theorie der schlechten Informationsinfrastruktur.

In diesem Zusammenhang sei noch einmal auf die Studie von LEPPING (2004) hingewiesen, die bezweifelt, ob die Behandlung in einem Krankenhaus bei Suizidalität überhaupt sinnvoll ist oder ob vergleichbare ambulante Hilfseinrichtungen die gleiche (oder bessere) therapeutische Wirksamkeit haben. Er stellt fest, dass es in Großbritannien deutlich seltener ist, nach einem Suizidversuch eingewiesen zu werden als in Deutschland. Dies führe nicht zu einer Erhöhung der Suizidrate. Es gäbe keinen günstigen Einfluss auf die Langzeitprognose des Wiederholungsrisikos eines Suizidversuches.

Die Art der Suizidversuche, die einer Zwangsunterbringung voran gehen, sind in der Mehrzahl Handlungen, die größere Aufmerksamkeit erzeugen, die aber im Falle der Unterbrechung des Suizidversuches nicht zwangsläufig zu einer körperlichen Verletzung und damit nicht zum Einsatz des somatischen, allgemeinen Notarztes führen.

Die häufigste gewählte Suizidmethode ist, vor ein Fahrzeug zu springen, aus einem Auto herauszuspringen oder sich davor zu legen. Die zweithäufigste Methode ist, von einem Gebäude bzw. Balkon oder einer Brücke zu springen. Erst dann folgen Verletzungen mit scharfen Gegenständen oder Erhängen. Die „harten Methoden“ überwiegen dabei die „weichen Methoden“ und die „Aufsehen erregenden Methoden“ denen, die „im Verborgenen“ geschehen.

Im allgemeinen Notdienst wird, laut PAJONK 2001a, als häufigste Methode des Suizidversuchs die Medikamentenintoxikation, die Alkoholintoxikation, Erhängen, bzw. Strangulation und Pulsadereröffnung genannt. Das sind Handlungen, die eher zuhause,

abgeschlossen von der Öffentlichkeit, stattfinden und auch bei Abbruch vor dem Ziel meist eine Verletzung oder somatische Beschwerden zur Folge haben.

In dem Datenmaterial dieser Arbeit gab es bei 9 Personen zwei oder mehr Suizidversuche innerhalb kurzer Zeit. 6 Suizidversuche spielten sich sogar auf der Wache ab (zum Teil nach einem vorangegangenen Suizidversuch). Diese wurden zumeist durch den Versuch sich zu erhängen oder zu erdrosseln begangen.

Die Methode der Selbstverletzung, Selbstbestrafung bzw. Selbsttötung durch Nahrungsverweigerung ist schwer einzuordnen, da sie keine akute Suizidalität bedeutet; oft wird sie allerdings von einer akuten lebensbedrohlichen Flüssigkeits- und/oder Medikamentenverweigerung (z.B. Insulin) begleitet.

5.4.1 Informationen zum Alter und Geschlecht der Gruppe mit Suizidalität

Entgegen der empirischen Datenlage, nach der Suizidversuche häufiger von Frauen als von Männern begangen werden, sind in dieser Arbeit unter den Personen, die einen Suizidversuch begingen, 34 Frauen und 45 Männer. Bezüglich des Vorliegens von Suizidalität waren die Geschlechtergruppen etwa gleich groß: Frauen 112, Männer 114. Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen der Frauen und Männer mit Suizidversuch, so sind die Frauen in den Altersgruppen, 40 - 49, 65 - 74 und 85 - 90 Jahre häufiger vertreten. In der Gruppe 25 - 29 Jahre und 35 - 39 Jahre sind Männer deutlich häufiger zu finden (Grafik 18, S. 62).

Im Vergleich der suizidalen Personen mit der gesamten Gruppe der Zwangseingewiesenen, ist die Gruppe mit Suizidversuchen in der Altersgruppe 25 - 29 Jahre stärker repräsentiert. Leicht verstärkt ist sie vertreten in den Gruppen 15 - 19 Jahre, 40 - 49 Jahre und 60 - 69 Jahre (Grafik 17, S. 61).

Differenziert man diese Gruppen genauer in Männer und Frauen, so ergibt sich bei Männern aus der Gruppe der versuchten Suizide ein starkes Übergewicht bei jüngeren Personen (25 - 29 Jährige). Bei den Frauen liegt ein Gipfel bei Anfang 20 und einer bei Anfang 40, und im Alter (65 - 69 Jahre) kommt es noch einmal zu einem starken Anstieg (siehe Grafik 17 - Grafik 19, S. 61 - 63).

Das Durchschnittsalter der Personen mit Suizidversuch liegt ca. 3 Jahren unter dem der Gesamtgruppe, bei Frauen sind es in der Suizidversuchsgruppe 43,9 Jahre (Gesamtgruppe: 46,7 Jahre), bei Männern sind es 39,2 Jahre (Gesamtgruppe: 41,9 Jahre).

(Siehe Grafik 11, S. 55, Grafik 17, S. 61, Grafik 18, S. 62, Grafik 19, S. 63).

Im Vergleich der Altersgruppen der Personen mit Suizidversuch zwischen den Angaben von PND/SPD und dem allgemeinen ärztlichen Notdienst (siehe Grafik 20, S. 64) ergibt sich bis auf die Altersgruppe 40 - 49 Jahre ein ähnliches Bild der Altersverteilung der geschlechtsspezifischen Gruppen. Die Altersgruppe 40 - 49 Jahre ist unter den Zwangseingewiesenen dieser Studie deutlich stärker vertreten als bei den Patienten des allgemeinen Notdienstes.

Zusätzlich verteilen sich die älteren Frauen etwas anders. Bei PAJONK (2001a) finden sich mehr Frauen in der Altersgruppe 50 - 59 Jahren und über 69 Jahre, in dieser Arbeit sind es mehr Frauen im Alter zwischen 60 - 69 Jahren.

5.5 Arztabhängigkeit der Einweisungen

Die unterschiedlichen Einweisungszahlen der einzelnen Ärzte des PND zeigen, dass es massive Unterschiede in ihrer Praxis und ihrem Umgang mit dieser Fragestellung gibt. Grafik 14, S.58 zeigt diese Differenzen in absoluten Zahlen. Da die Anzahl der Dienste sehr unterschiedlich ist, wird in der Grafik 15, S.59 die Zahl der Unterbringungen auf einen Dienst berechnet.

Auch im SPD zeigen sich Unterschiede. Die Zahlen streuen von 2 - 52 Einweisungen pro Arzt. Bei suizidalen Personen streut die Zahl der Einweisungen mit 0 - 11 pro Arzt, doch sind diese untereinander nur schwer vergleichbar (siehe 4.2.).

Der Vergleich der Zahl der Einweisungen der Ärzte des PND zeigt, dass die Anzahl der Einweisungen pro Dienst zwischen 0,5 und 1,7 streut. Rein rechnerisch bedeutet dies, dass bei den allgemeinen Einweisungen die Wahrscheinlichkeit eingewiesen zu werden, bei einigen Ärzten circa dreimal so hoch ist. Differenziert für suizidale Personen dargestellt, ergibt sich sogar eine Differenz von 0,04 bis 0,94 Einweisungen pro Dienst. Bei suizidalen Personen ist die Differenz noch größer, mit einem Faktor von über 20. Allerdings sind die absoluten Zahlen so klein, dass die Werte nur als Tendenz gewertet werden sollten.

Indes wird dieses Phänomen (der unterschiedlichen Einweisungspraxis einzelner Ärzte) auch in anderen Studien beobachtet, und die vielen Faktoren, die auf Seiten der Ärzte eine Rolle spielen, sind in verschiedenen Abschnitten des Kapitels 2 diskutiert und erklärt. Auch SPENGLER beobachtet 1984, dass es erhebliche individuelle Unterschiede zwischen den beteiligten Untersuchern gab.

Während der Sammlung der Daten fiel auf, dass die Begründungen für die Zwangseinweisungen in den Akten von einigen Ärzten sehr knapp gehalten wurden. So gab es Akten, in denen sich die Begründung auf ein Wort beschränkte, andere Berichte waren sehr ausführlich, erklärten aber trotzdem nicht, aus welchen Gründen es zu einer Einweisung kam. Wieder andere waren so unleserlich geschrieben, dass es mehreren Personen nicht gelang, sie ganz zu entziffern. Viele dieser Akten wurden nachts auf dem Polizeirevier verfasst, oft unter Zeitdruck. Und doch spiegelt diese „Ungenauigkeit“ und „Unleserlichkeit“ einiger Ärzte vielleicht auch die Tendenz wieder, die eigene Entscheidung im Ungefähren zu lassen.

Ein anderer Faktor mag die konflikthafte, schwer zu klärende Einschätzung der Bedeutung von Zwangseinweisungen und der rechtlichen Situation sein, so dass viele Atteste den rechtlichen Anforderungen nicht entsprechen und die Begründungen knapp und ungenau ausfallen.

Die Betroffenen scheinen aus erklärlichen Gründen (sozial schwach und vulnerabel) selten auf offizieller und gerichtlicher Ebene zu klagen. Dies wird einer der Gründe sein, warum Begründungen so kurz gehalten werden können und es noch nicht genug Druck gibt, differenzierte Leitlinien zu entwickeln.

Die Möglichkeit, aus dem Verlauf der Krankheitsgeschichten zu lernen, ist den Ärzten im PND nicht gegeben. Es gibt keine Informationen zur weiteren Entwicklung der zwangseingewiesenen Personen und kaum Rückmeldungen über den zeitlich nahen Verlauf nach der Zwangseinweisung an den PND. Der SPD hat mehr Möglichkeiten zur Information und zur Begleitung seiner Klienten und kann die Verläufe besser mitverfolgen.

Es sei erwähnt, dass es auch Fälle gibt, in denen Zwangseinweisungen nötig zu sein scheinen, ohne dass es dazu einen rechtlichen Rahmen gibt (z.B. können somatisch - gefährdende Erkrankungen, die nicht akut lebensbedrohlich sind, bei einer nicht zurechnungsfähigen Weigerung des Betroffenen zur stationären Aufnahme den Arzt vor das rechtliche Problem stellen, eine absehbar lebensnotwendige Hilfeleistung zu erzwingen oder nicht). Diese

Einweisungen werden entweder unter Nennung eines sekundär wichtigen Grundes vorgenommen oder unzureichend schriftlich beschrieben oder aber mündlich abgeklärt. Auch REHBEIN 2006 beschreibt Zwangseinweisungen, die rechtlich nicht fundiert sind „*praktisch dennoch richtig sein können*“. Er betont aber die Illegitimität dieser Handlung auch bei „*aus der Praxis heraus verständliche Abweichungen*“ [REHBEIN 2006, S.119].

5.6 Abschließende Bewertung dieser Studie

Die Herangehensweise an die Akten mit einer hypothesengenerierenden, systematischen qualitativen Methode wie der Grounded Theory stellt einen neuen Ansatz für die Erfassung der Informationen dar. Dabei entwickelt sich im Erarbeiten die Theorie bzw. wie hier die Entwicklung von Erkenntnissen über die Gründe; sie ist nicht im Vorfeld da, und es findet keine Überprüfung einer Theorie statt.

Ein weiterer Vorteil dieses Vorgehens ist, dass eine unbeteiligte Forscherin ohne professionelle „Brille“ auf einen gesellschaftlich relevanten Vorgang blickt. Dadurch wird der Anteil an einfließenden professionellen Vorurteilen, Vorerfahrungen von Rechtfertigungen und Deutungen geringer. Ohne professionelle Prägung an z.B. diese Fragestellung heranzugehen, ermöglicht, die eigene Meinung und deren Änderung unabhängiger zu reflektieren, sowie die Haltung der professionell Entscheidenden kennen und abwägen zu lernen. Die gesellschaftlich und kulturell geprägten Laieneinstellungen zur Zwangseinweisung wurden soweit möglich reflektiert und änderten sich im Laufe der Forschung. Vor dieser Arbeit war die Einstellung der Autorin zu Zwangseinweisungen eher zustimmend („Wenn es sein muss und hilft, dann sollten Zwangseinweisungen durchgeführt werden“), im Verlauf der Arbeit, Begreifen der Bedeutung und der Vielschichtigkeit dieser Handlung entwickelte sich eher eine skeptische, vorsichtige Sichtweise („Wenn es wirklich gar keine andere Möglichkeit gibt, dann können Zwangsmaßnahmen als letzter Weg genutzt werden“). Diese verschiedenen Tendenzen wurden auch in den Gesprächen mit den einweisenden Ärzten deutlich und tauchen in der Beobachtung der Zahlen von Zwangseinweisungen pro Arzt auf.

Die Unerfahrenheit der Autorin mit der klinischen Anwendung der psychiatrischen Psychopathologie mag zu Ergebnissen geführt haben, die dem klinisch Erfahrenen auffallen. Allerdings bietet dieser Abstand vom Forschungsgegenstand auch die Möglichkeit, sich nicht unhinterfragt professionellen Vorurteilen anzuschließen, sondern im Rückgriff auf die psychopathologische Denkform möglichst genau zu sein.

Bei der Grounded Theory ist ein typischer Anfängerfehler, zusammen zu fassen statt präzise zu benennen - aus Vorsicht, einen Punkt zu sehr zu verändern und selber zu manipulieren. Diese Vorsicht hat am Anfang ein Schwermis dargestellt, indem die sehr genaue Bearbeitung zu einer größeren Datenmenge in der Erhebung geführt hat.

Die Daten konnten in Einzelfällen wegen der oft unleserlichen Handschrift (die Akten durften nicht aus dem Verbraucherschutzamt entfernt werden, und keine andere Person durfte sie einsehen) nicht vollständig erfasst werden. Außerdem waren einige Akten im Archiv nicht zu finden.

In den Akten gab es keine Angaben über Rehospitalisierungen von Personen und die Namen wurden völlig ignoriert, so dass mehrere Akten sich auf ein und dieselbe Person beziehen könnten.

Zu allen Informationen gibt es keine Kontrollgruppe, da es keine Akten bzw. ärztliche Notizen über die Nicht - Eingewiesenen gibt, weshalb nicht ermittelt werden kann, ob es weitere, im Unterschied spezifische, erfassbare Eigenschaften der Gruppe der zwangseingewiesenen Menschen gibt.

Bei vielen anderen Studien ist die Basis der Untersuchungen das Material aus dem Krankenhaus, z.B. WALLER 1978. Dort sind zumeist deutlich mehr Daten und Informationen (z.B. die Diagnose betreffend) vorhanden, so dass Deutungen und Empfehlungen vielleicht anders ausfallen. Die Gründe für die Einweisungen sind dort oft

nicht von dem entscheidenden (Ober- oder Chef-) Arzt dokumentiert, sondern vom aufnehmenden Arzt, wodurch ein weiterer Blickwinkel entsteht.

5.7 Vorschläge und Ausblicke in die Zukunft

5.7.1 Leitlinien zur Zwangseinweisung Suizidaler

Es gibt einige Stimmen, die Leitlinien für Zwangsunterbringungen fordern. Denen schließt sich die Autorin an. In der heutigen Medizin gibt es viele Leitlinien, doch für dieses für den Betroffenen folgenschwere Problem gibt es keine.

Leitlinien sind auch notwendig, um eine Auseinandersetzung und gedankliche Entwicklung zwischen den einweisenden Ärzten in Gang zu bringen und eine Vergleichbarkeit zu erzeugen. 1997 sagt KEBBEL, dass die Orientierung an diagnostischen und therapeutischen Richtlinien sowie eine ausreichende Dokumentation für eine sorgfältige Einschätzung hilfreich wären.

Einheitliche Leitlinien würden die Entscheidungsträger in ihren abwägenden Überlegungen unterstützen, und sie könnten diese nutzen, um z.B. ein Gefährdungsrisiko besser einzuschätzen und rechtlich mehr Sicherheit geben. Solche Leitlinien sollten soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen einschließen.

Außerdem ist es vor allem notwendig, über weitere Wirkfaktoren nachzudenken, die die entsprechenden Situation beruhigen oder verschärfen, z.B. könnte die Person eines Arztes als Bedrohung, eine Ärztin als weniger bedrohlich erlebt oder andere Personen, die an der Zwangseinweisung beteiligt sind, als zusätzlich - verschärfende Bedrohung wahrgenommen werden. Für die Polizisten könnten z.B. Fortbildungsmaßnahme und Leitliniengestützte Handlungsabläufe angeboten, bzw. entwickelt werden.

„...besteht ein Mangel an geeigneten Handlungsleitlinien, die einen Transfer von Rechtsbestimmungen auf die Handlungspraxis und eine Rückübersetzung bestehenden Handelns auf die rechtlichen Vorgaben und damit eine Evaluation der Handlungspraxis unterstützen würde“ [REHBEIN 2006, S.120 - 121]. Zudem fordert Rehbein, dass die komplexen Begründungszusammenhänge für eine Zwangseinweisung Einzug in die Basisdokumentation halten sollten und empfiehlt ein standardisiertes Reflexionsinstrument zur Abwägung, das später zur weiteren Abklärung und Auswertung dienen könnte. [REHBEIN 2006].

Eine ähnliche Diskussion findet um die Zwangsmaßnahmen statt die ebenfalls in die Selbstbestimmung des Patienten eingreifen. Da sie allerdings immer in den Kliniken passieren und mehrere Personen beteiligt sind ist hier die Diskussion über Leitlinien weiter fortgeschritten. SPENGLER et al. fordert 2005 von der DGPPN, die Entwicklung der Leitlinien aktiv voranzutreiben und schreibt 2007 noch einmal allein: *„Im Interesse von Glaubwürdigkeit und Qualität psychiatrischer Versorgung ist weitere klinische Forschung etwa zu personenbezogenen Verläufen oder zu subjektiven Dimensionen unverzichtbar und sollten Leitlinien zur Deeskalation und zum Verhalten bei Zwangsmaßnahmen verbindlich weiterentwickelt und implementiert werden“* [SPENGLER 2007, S.194].

Eine Untersuchung, die die Zwangsmassnahmen (z.B. Fixierungen) in 10 Kliniken in Baden Württemberg 2004 verglich, kam zu dem Ergebnis, dass folgende Leitlinienvariablen mit der Gesamtzahl von Anwendungen und der Dauer einer Zwangsmaßnahme negativ korrelierten:

- *Informationen zur Rechtsgrundlage von Zwangsmaßnahmen,*
- *Deeskalationsmöglichkeiten zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen,*
- *konkrete Richtlinien zur Durchführung von Fixierungen,*
- *Beschreibung der Betreuungsmodalitäten.*

Positiv auf die Einweisungshäufigkeit wirken sich auch folgende Leitlinienvariablen aus:

- *Informationen zum Hintergrund seelischer Störungen*

- *Informationen zum Ziel und Zweck von Zwangsmaßnahmen,*
- *vorherige Ankündigung der Maßnahmen gegenüber dem Patienten,*
- *Hinweise zur menschenwürdigen Gestaltung“ [MARTIN et al. 2007, S.4 - 5].*

Diese Leitlinien kann man bezüglich des Umgangs mit Information auf Zwangsunterbringungen übertragen, z.B. könnten spezifische Leitlinien mit Informationen eine Hilfen zur Deeskalierung sein, die Unterschiede der situations- und personenabhängigen Einflüsse reduzieren und insgesamt die Zahl der Zwangseinweisungen senken.

Für die Entwicklung von Leitlinien zum Umgang mit aggressiven Patienten und zur patientengerechten Gestaltung von Aufnahmesituationen beauftragte die DGPPN Prof. Steinert et al. im Januar 2006. Der schrieb schon 1997: *„Was wir benötigen, sind also Leitlinien für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und ein möglichst konkreter Konsens über die Indikationen. Dies geht über die bloße Dokumentation deutlich hinaus“* [STEINERT 1997, S.138]. Es sind nicht nur Leitlinien für Zwangsmaßnahmen oder zum Umgang mit aggressiven und suizidalen Patienten nötig, sondern auch für das Zustandekommen und Procedere von Zwangsunterbringungen.

5.7.2 Dokumentation der Einweisungen

Für eine gute Dokumentation im PND sollten bessere Bedingungen hergestellt werden, z.B. ein Zugang zu einem Computer oder Laptop (notfalls einer Schreibmaschine oder eines Diktiergeräts) für den Arzt. Zusätzlich sollte ein besserer Anamnesebogen erstellt werden, in dem als erstes die gesetzlichen Anforderungen geprüft werden, danach die Beschreibung der Gefährdung, das aktuelle Zustandsbild und das auslösende Ereignis abgefragt werden.

Dies sollte nicht geschehen, um die Dokumentation komplizierter, sondern die Entscheidung klarer und nachvollziehbarer zu machen. Auch die Sicherheit für eine im jeweiligen Fall stimmende, akzeptierbare Entscheidung des Arztes und für den Betroffenen könnte damit erhöht werden.

STEINERT fasst die Vor- und Nachteile einer Dokumentation zusammen. Als Vorteile von Dokumentation sieht er:

- *Herstellung von Rechtssicherheit für Patienten und Mitarbeiter*
- *Überprüfbarkeit*
- *Sicherung der ärztlichen Zuständigkeit*
- *hohe Schwelle bei hohem Dokumentationsaufwand*
- *Parameter für interne Qualitätssicherung (quantitativ: Anzahl; qualitativ: Indikationen)*
- *Möglichkeit zum externen Qualitätsvergleich...*“

[STEINERT 1997, S.137].

Als Nachteile hingegen:

- *„Annahme, bei Sicherstellung einer korrekten Dokumentation sei alles in Ordnung“*

[STEINERT 1997, S.139].

Durch eine gute Dokumentation wäre es möglich, die Nachvollziehbarkeit und Reliabilität von Zwangseinweisungsentscheidungen und die Übereinstimmung zwischen den Einweisungen zu untersuchen, bzw. zu erhöhen.

Die Einweisungsgründe, die in dieser Arbeit gefunden wurden, können mit als Grundstein für eine Dokumentation und als empirischer Beitrag für die Entwicklung von Leitlinien zur Geltung kommen. Sie gehen schon in die von REHBEIN geforderte Richtung, müssen dazu aber noch weiter verfolgt werden (vergleiche REHBEIN 2006, S.122).

5.7.3 Kommunikation

Eine Enttabuisierung des Themas sollte durch intensive Kommunikation über Zwangseinweisungen, Alternativen, die Gründe dafür, die Folgen etc. fortgeführt werden. Dazu sollten der Dialog mit Betroffenen und Angehörigen gesucht werden, um sie und ihre Erfahrungen vermehrt zu respektieren und zu integrieren. *„Dass die Betroffenen immer wieder berichten, dass Zwang und Zwangsunterbringung ihr Vertrauen in die Psychiatrie zerstören, lässt aufhorchen. Deshalb ist es ein wichtiges Anliegen für die Zukunft, die Seite der Betroffenen zu hören und andere Wege der Behandlung auszuarbeiten“* [LAUBER et al. 2007, S.183].

Öffentlichkeitsarbeit scheint notwendig zu sein, um das Stigma der Zwangseinweisung zu verringern. Außerdem sollte der Bekanntheitsgrad des SPDs und PNDs verbessert werden. Der Austausch, z.B. in Supervisionsgruppen und die gemeinsame Fortbildung von Ärzten, die im PND tätig sind, wäre des Weiteren wünschenswert, um eine Verbesserung der Entscheidungsfindung zu erzeugen.

Die Kommunikation zwischen der Polizei, der Feuerwehr, den Ämtern und Instituten sollte verbessert werden. Aufgrund des Datenschutzes ist es ein schwieriges Unterfangen, Informationen ausreichend auszutauschen und gleichzeitig den Schutz des Einzelnen zu gewähren.

Es wäre gerade in Bezug auf die Suizidalität (die laut dieser Studie ein Drittel der Zwangseinweisungen einnimmt) wichtig, nachvollziehen zu können, welchen Weg die entsprechende Person nimmt. Bei einem Suizid sollte es darüber Rückmeldungen an den SPD bzw. PND geben. Aus den Interviews hat sich ergeben, dass keiner der Ärzte des PND und SPD je eine Rückmeldung über einen Suizid bekommen hat.

Die Informationsweitergabe zwischen den Ämtern scheint unvollständig zu sein. Eine Studie von VENNEMANN 2006 zeigt eine falsch ermittelte Suizidrate mit einem Fehlwert von 11 % (44 Suizide) zwischen den Gemeindeämtern und dem Landesinstitut für öffentliche Gesundheit in den Jahren 1998 - 2002 in Nordrhein Westfalen. Es zeigt sich der Bedarf an verbesserter Kommunikation zwischen den Ämtern.

Trotz einer andauernden Diskussion über das Thema „Zwangseinweisung“ und der gemeinsamen Bemühung, sie möglichst zu verhindern, gibt es wenig Transparenz, Vergleiche oder Überprüfungen von Entscheidungen.

Bessere Kommunikation und bessere Dokumentation würden ermöglichen, aus den Fällen zu lernen, Differenzierungen der Entscheidungsfindungen zu erarbeiten, Hilfeleistungen zu verbessern und weitere Forschung erleichtern. *„Das A und O zur Verringerung und zur Vermeidung von Gewalt und Zwang ist offene Kommunikation“* [VRIJLANDT 1997, S.55].

5.7.4 Ein einheitliches Bundesgesetz

Um mehr Klarheit für die Bevölkerung und die Betroffenen zu schaffen und geringere Verwirrung für die Fachleute sowie eine bessere Vergleichbarkeit, wäre ein einheitliches Gesetz für Deutschland ein Fortschritt, der auch die öffentliche Diskussion wieder eröffnen würde. In diesem Zusammenhang wäre eine zentrale Stelle zur Datensammlung (nach gleich definierten Kriterien, z.B. Differenzierung zwischen Fallzahlen und Personen) eine Möglichkeit der Qualitätssicherung und der Verbesserung der Bedingungen, um einen humaneren Umgang mit dem Thema weiter zu entwickeln.

BRUNS 1993 begründet diese Forderung mit:

- „1. Herstellung einer etwa gleichen Chancen oder Wahrscheinlichkeit für psychisch Kranke in verschiedenen Teilen der Bundesrepublik, bei ähnlichen oder gleichen Voraussetzungen mit einer Zwangsunterbringung konfrontiert zu werden;*
- 2. Herstellung einer geeigneten und ausreichenden öffentlichen allgemeinen und verfahrensbezogenen individuellen Kontrolle der Rechtmäßigkeit des Verfahrens;*
- 3. Die Minimierung einschränkender, entrechtender und entwürdigender Eingriffe. Für die inhaltliche Gestaltung der Gesetze würde das die Befolgung folgender Punkte nahe legen:*
 - Eine einheitliche und nicht verschleiernde Sprachregelung in allen Bundesländern, z.B. : sofortige, einstweilige und langfristige Unterbringung;*
 - Bestimmung einheitlicher Fristen, z.B.: sofortige Unterbringungen bis zu 72 Stunden....*
 - jährliche Veröffentlichung der Gesamtzahlen der Zwangsunterbringungen durch die Bundesländer mit der Differenzierung nach Kreis bzw. Städten, Kliniken und den jeweiligen rechtlichen Grundlagen;...“ [BRUNS 1993, S.43 - 44]*

Der PND in Hamburg bietet die Möglichkeit, in psychiatrischen Krisensituationen vor Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus eine Untersuchung und ein fachärztliches Urteil über die untersuchte Person auch nachts und an Wochenenden abzugeben und die Entscheidung zur Zwangseinweisung abzuwägen und psychiatrisch zu begründen.

Der PND sichert eine umfassendere Betreuung von psychisch Kranken. Der Betroffene wird nicht sofort von der Polizei in die Klinik gebracht, wodurch es zu einer Entkriminalisierung der Person kommt. Die Zuführer sind speziell für diese Aufgabe ausgebildet und haben im Umgang mit psychisch Kranken Erfahrung; ihr Auftreten kann in einigen Fällen die Situation entschärfen und den Nimbus der Kriminalisierung abschwächen.

WALLER fordert schon 1978 einen ambulanten Krisendienst. KEBBEL fragt 1997 provokativ, ob die Psychiater sich vor ihrem eigenen Klientel schützen, indem nur die Polizei in der Akutsituation eingreift. Er fragt, ob Psychiater nicht deutlich besser für die Beurteilung dieser Aufgabe geeignet seien, um erste Schritte zu einer Deeskalierung einzuleiten.

Der PND stellt in diesem Sinne ein humanes, fortschrittliches Konzept dar. Der Ausbau zu einem Krisenzentrum (mit kleiner Notstation) würde die Zahl der Zwangseinweisungen und auch der stationären Aufnahmen wahrscheinlich weiter senken. Die Einbeziehung eines Sozialarbeiters würde eventuell einen Teil der akuten Probleme lösen, die bisher im Krankenhaus bearbeitet werden. Eine solche ambulante Krisenstation würde eine Möglichkeit zur Deeskalation der Situationen geben und dadurch wahrscheinlich manche Zwangsunterbringung verhindern.

6 Zusammenfassung

Zur Suizidalität von zwangsuntergebrachten Personen gibt es bisher nur wenige Untersuchungen, meist wird Suizidalität am Rande erwähnt. Es werden selten Fragen gestellt, bei welchen Altersgruppen und in welcher Form Suizidalität auftritt und mit welchen Argumenten die entscheidenden Psychiater ihre Indikationen zu einer Zwangsunterbringung begründen. Diesen Fragen wird in dieser Arbeit nachgegangen.

Zwangsunterbringungen sind komplexe Entscheidungen, in denen vor allem die Autonomie eines Menschen gegen die Gefährdung der eigenen und/oder anderer Personen steht. Der verantwortliche Arzt muss, mehr oder weniger beeinflusst von seinem Umfeld, allein und unter Zeitdruck Entscheidungen treffen. Als Entscheidungshilfe für ihn gibt es bisher keine Leitlinien oder ähnliches; das Unterbringungsgesetz enthält wenige richtungsweisende Kriterien.

Diese Arbeit zeigt, dass Suizidalität bei einem Drittel der Zwangseinweisungen vorkommt und in der Reihenfolge der gebildeten Kategorien am dritthäufigsten (nach Affektzuständen und wahnhaften Zuständen) unter den Einweisungsgründen genannt wird. Suizidversuche treten bei 12 % der Zwangseingewiesenen auf. Dabei ist die Reihenfolge der gewählten Methoden (1.) der Sprung vor ein Fahrzeug oder das Herausspringen aus einem Fahrzeug. Danach folgt: (2.) der Sprung von einem Gebäude (z.B. Balkon oder einer Brücke), (3.) die Verletzung mit scharfen Gegenständen und (4.) die Erhängung. Es begingen mehr Männer (45) als Frauen (34) einen Suizidversuch. Suizidal waren 112 Frauen und 114 Männer. Bei Männern besteht eine große Häufung bei 25 - 29 Jährigen, bei den Frauen gibt es eine breitere Verteilung. Im Durchschnitt sind sowohl die Frauen als auch die Männer, die einen Suizidversuch begehen, ca. drei Jahre jünger als der Durchschnitt der Gesamtgruppe zwangseingewiesener Personen. In der Risikogruppe für eine Zwangseinweisung sind eher junge Männer und ältere Frauen.

Die zudem durchgeführten halbstrukturierten Interviews mit den Ärzten des PND und des sozialpsychiatrischen Dienstes eröffnen Einblicke in ihre Reflexion der Einweisungsgründe. Es zeigt sich eine Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Häufigkeit von Suizidalität und den realen Zahlen. In Bezug auf die Einweisungspraxis scheinen im PND und SPD subjektive Faktoren eine große Rolle zu spielen.

Ergebnisse die in dieser Arbeit gefunden wurden, wurden mit Ergebnissen aus der Literatur verglichen. Zahlen zum Einweisungszeitpunkt zeigen eine relativ konstante Verteilung über die Monate, etwas weniger Einweisungen am Wochenende und zwischen 0 - 8 Uhr, dieses zeigen auch andere Studien. Der häufigste Einweisungsort ist das Polizeirevier. In den letzten zehn Jahren steigt die Zwangseinweisungsrate in Hamburg (von 1992 bis 2004), die Quote schwankt auch dies zeigt sich ebenfalls in anderen Studien.

Als häufigste Verdachtsdiagnose werden Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis genannt, gefolgt von Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen organisch - somatischen Störungen und affektiven Störungen. Die häufigste Zusatzdiagnose sind psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Zwangseinweisungen sind ein höchst ambivalenter Bereich der Psychiatrie. Deshalb sollte es offenere, vorurteilsärmere und differenzierendere Diskussionen von psychiatrischen Fachleuten geben, die die Indikationen von Zwangseinweisungen letztlich klarer definieren, Leitlinien festlegen und zur Vermeidung von Zwangseinweisungen bessere alternative Hilfestellungen für die Betroffenen und deren Angehörige schaffen. Dieses sollte unter Einbeziehung von Betroffenen, Angehörigen, Politikern und Polizei geschehen.

7 Anlagen

7.1 Einweisungsbögen des PND

FREIE UND HANSESTADT HAMBURG
BEZIRKSAMT ALTONA
Wirtschafts- und Ordnungsamt
Psychiatrischer Notdienst
Dr. _____

22765 Hamburg, Klopstockstraße 15
Telefon 38 07-7 75 oder 38 07-20 73
BN 9.11.7 75 oder 9.11.20 73

Ärztliches Attest über die Untersuchung nach § 12 (1) HmbPsychKG

Familienname _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift _____

Gegenwärtiger Aufenthalt _____

nächste Angehörige, Vormund _____

Kostenträger _____

habe ich heute nach § 12 (1) HmbPsychKG um _____ Uhr aufgesucht

Diagnose: _____

Die sofortige zwangsweise Unterbringung ist **nicht notwendig**.

Begründung: Im Einvernehmen mit d. Betroffenen wurde mit einer ambulanten Heilbehandlung sofort begonnen
 Einweisung zur stationären Behandlung auf freiwilliger Basis in _____
 Die Voraussetzungen der Unterbringung liegen nicht vor, weil _____

Erläuterung: _____

Zutreffendes ankreuzen

Die **sofortige** Unterbringung nach § 12 HmbPsychKG in die geschlossene Station

einer psychiatrischen Krankenabteilung
 eines Alten- und Pflegeheims

ist notwendig und kann durch andere Maßnahmen, insbesondere durch eine sofort beginnende ambulante Heilbehandlung, nicht vermieden werden.

Begründung: Auf andere Weise kann

eine unmittelbar bevorstehende Gefahr für die öffentl. Sicherheit und Ordnung nicht abgewendet werden
 eine Störung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung nicht beseitigt werden
 Die Maßnahme ist zum Schutze dieser Person erforderlich

Art der Gefährdung: _____

Hinweise zur weiteren Nachsorge/Behandlung: _____

WI/Z - 556.02/2 - A - 02.96

Datum/Unterschrift des Arztes

FREIE UND HANSESTADT HAMBURG

Bezirksamt Altona

Wirtschafts und Ordnungsamt
Gz. A/WI 566-02.22

15.05.2003
Klopstockstr. 15, 22765 Hamburg
PN: 428.11-1775 /2073
BN: 428.11-1775 / 2073
Fax: - 1544

Die **sofortige Unterbringung** der nachstehend aufgeführten Person in die geschlossene Abteilung eines Krankenhauses / Pflegeheimes wird wegen einer psychischen Erkrankung und aufgrund der Atteste auch gegen ihren Willen für notwendig gehalten:

Name	, ,
Anschrift	
Kostenträger	
gegenwärtiger Aufenthalt	<input checked="" type="checkbox"/> Attest befindet sich dort. <input type="checkbox"/> bei
Untersuchung am	15.05.2003
Arzt/Ärztin / Ärztin:	Tel. Nr.
Diagnose:	
Gründe für die sofortige Unterbringung:	

Angehörige / Betreuer/in

Tel.

Anschrift:

Verfügung

1. Die sofortige Unterbringung des / der ist nach § 12 des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) vom 27. September 1995 (GVBl. Seite 235) vorzunehmen.
2. UR an WI 25 zur Veranlassung der Zuführung nach **KNO Psych**

	Datum	Uhrzeit
Eingang der Meldung		
Aufforderung des Arztes		
Bestätigung durch den Arzt		
Benachrichtigung Krankenhaus / Pflegeh.		
Ankunft beim Pat.		
Abfahrt mit dem Pat.		
Eintreffen im Krankenhaus		
Wohnungssicherung		

Antragsaufnahme für die Unterbringung psychisch Kranker nach § 12 HmbPsychKG

- 1 Arzt, Polizeirevier, Betreuer/in des / der Kranken
Anruf von:
am: um:
- 2 **Untersuchender Arzt / Ärztin:**
Anschrift:
Fernruf:
-
- 3 **Kranke/r**
Familiennamen: ggf. Geburtsname:
Vorname:
geboren am:
Anschrift:
Gegenwärtiger Aufenthalt:
Kostenträger:
-
- 4 **Nächste/r Angehörige/r:**
Familiennamen:
Vorname:
Anschrift:
Vormund:
Tel.:
-
- 5 **Tag und Uhrzeit der Untersuchung:** ,
Datum des Attestes (dreifach): hinterlegt bei:
Diagnose:
- 6.1 Gründe für die notwendige **sofortige** Unterbringung:
Der/die in der Psychiatrie erfahrene Arzt / Ärztin der zuständigen Behörde Dr.
Anschrift: Fernruf:
wurde am um Uhr aufgefordert, den Kranken aufzusuchen.
- 6.2 Am um Uhr
wird die Notwendigkeit der sofortigen Unterbringung
 bestätigt (ärztliches Gutachten dreifach) hinterlegt bei
 nicht bestätigt
(eingehende Begründung ist notwendig, bitte Rückseite benutzen)
-
- 7 Sind die Angehörigen bereits verständigt worden? ja nein
Wer wurde verständigt? Durch wen?

Soweit die vorstehenden Angaben vom Anrufer nicht gemacht werden können, ist das Formular später zu ergänzen.

Aufgenommen

Datum, Unterschrift

7.2 Monitoring - Bogen

Laufende Nummer: ****

Geburtsjahr: 19**

Geschlecht: m/w

Arzt des PND / SPD : Von der Autorin zugewiesene Nummer

Datum und Uhrzeit der Untersuchung: ** . ** . 2003;
8.00 - 16.00; 16.00 - 24.00; 0.00 - 8.00

Ort der Untersuchung: PK, Wohnung, PLZ

Diagnose: Schriftlich Benannt

Einweisungsgrund: Erläuterung

Wenn Suizidversuch: wie? was?

7.4 Häufigkeit der Hauptkategorien

1.	1072	Affektzustand
2.	504	Wahn
3.	364	Suizidal
4.	307	Gefährdung, Eigen-
5.	271	Abhängigkeit / Drogen
6.	246	Denkstörungen / Hirnleistungsstörungen
7.	227	Keine tragfähige Einsicht
8.	208	Aggression, bis zur Tötlichkeit
9.	191	Gespräch nicht möglich
10.	162	Gefährdung, Anderer und Eigen-
11.	148	Gefährdung, Anderer
12.	144	Vorhersehbarkeit von Eskalation
13.	136	Qualitäten
14.	125	Familie / Bekannte
15.	118	Somatisches Problem
16.	114	Halluzination / Wahnwahrnehmungen
17.	111	Eigene Versorgung
18.	102	Keine Steuerungsfähigkeit
19.	100	Gesunde / Funktionierende Eigenschaft
20.	95	Aggression, Gegenstand
21.	92	Äußere Umstände
22.	85	Vorgeschichte
23.	84	Bericht
24.	78	Drohung
25.	76	Verweigerung der Mitarbeit / Ablehnung der Hilfe
26.	75	Vorgeschichte Psychiatrie
27.	73	Abstreiten / Ausweichen / Bagatellisieren
28.	72	Medikamente
29.	69	Gedächtnisstörung
30.	64	Keine Einschätzung und/ oder Verantwortung
31.	61	Persönlichkeitsstörung
32.	59	Suizidal, keine Distanz
33.	55	Randalieren auf der Wache
34.	52	Realitätsverkennung / -verlust
35.	52	Somatisches Problem, Gefahr
36.	49	Randalieren vor Untersuchung
37.	41	Aggression, verbal
38.	40	Nicht einzuordnen, nicht lesbar / nicht schlüssig
39.	37	Gespräch teilweise möglich
40.	35	Keine Absprache
41.	35	Verschlechterung
42.	33	Isolation
43.	31	Polizeikontakt
44.	31	Versorgung, ambulant
45.	31	Vorgeschichte suizidal
46.	29	Stationär, gerade entlassen
47.	29	Substuporös / Stuporös
48.	27	Aggression, Vorgeschichte
49.	27	Kleidung
50.	26	Todesdrohung an Andere

51.	26	Versorgung, Betreuer
52.	23	Wiederholung, Polizeikontakt
53.	23	Versuch, Zugang zu erzwingen / sich durchzusetzen
54.	21	Fehlhandlungen
55.	21	Untersuchung nicht durchführbar/ausreichend
56.	21	Versorgung, Antrag auf Betreuung
57.	20	Beschuldigung Anderer
58.	19	Versorgung
59.	18	Keine Auskunft
60.	16	Versorgung, Familie/Nachbarn
61.	15	Sexualität
62.	15	Suizidal, abstreitend / verstummend
63.	14	Somatisches Problem, Gefahr ?
64.	11	Forderung
65.	11	Gespräch
66.	11	Versorgung, Antrag auf Unterbringung
67.	10	Dissoziative Störungen / Ich- Störungen
68.	10	Stationär entlaufen
69.	9	Bewegungen / Körperhaltung
70.	9	Keine Distanzierung
71.	9	Versorgung, Altenhilfe
72.	8	Wohnung / obdachlos
73.	7	Geflohen
74.	7	Weglauftendenzen
75.	7	Wesensveränderung
76.	6	Hilfesuche?
77.	5	Konzentration beeinträchtigt
78.	5	Wahrheitsgehalt unklar
79.	4	Bewusstseinszustand eingetrübt
80.	4	Nicht entscheidungsfähig
81.	4	Somatisches Problem?
82.	3	Bereitschaft des KH zur Aufnahme
83.	3	Handlungsunfähigkeit
84.	3	Identität unklar
85.	3	Notwendige Versorgung
86.	3	somatisches Problem, Gefahr, suizidal
87.	3	Zwang
88.	2	Vorgeschichte KH?
89.	1	Suizid Bekannter / Familie
90.	1	Verhaltensstörung

6704 Nennungen

8 Literaturverzeichnis

- http://www.bundestag.de/parlament/funktion/gesetze/grundgesetz/gg_01.html Grundrechte; 24.04.2007; 17:14
- http://www.datenschutz-berlin.de/recht/de/gg/gg3_de.htm; Die Grundrechte; 13:50; 16.05.2007
- <http://www.thinksupport.de/reg004007.html>; Grounded Theory; 09.03.2007; 17:31
- <http://www.qualitative-sozialforschung.de/einfuehrung.htm> Grounded Theory ;09.03.2007; 17:22
- http://www.wikipedia.org/wiki/Grounded_Theory Grounded Theory 09.03.2007; 17:04, 12.07.08 15:17
- <http://www.landesrecht-bw.de/jportal/portal/t/121/page/bsbawueprod.psml;jsessionid=A3497DCA232BE795E4DE881C2628653B.jp4?doc.hl=1&doc.id=jlr-UbrgGBW1991pP1%3Ajurislr00&documentnumber=1&numberofresults=22&showdoccase=1&doc.part=X¶mfromHL=true#jlr-UbrgGBW1991pP4> 06.02.2011; 18:50
- Das Hamburgischen Gesetz über Hilfe und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 27. Sep. 1995
- Das AMDP - System, Manual zur Dokumentation Psychiatrischer Befunde, Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie AMDP vierte korrigierte Auflage; Springer Verlag Berlin Heidelberg New York Frühjahr 1981
- ANDERL - DOLIWA, B., BREITMAIER, J., ELSNER, S., KUNZ - SOMMER, B., WINKLER, I. (2005) Leitlinien für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen Psych. Pflege Heute 02
- ANGERMEYER, M., SCHULZE, B. (1998) Psychisch Kranke eine Gefahr? Psych Prax 25; 211 - 220
- BAUER, M., KUNZE, H., CRANACH, M. FRITZE, J. & BECKER, T. (2001) Psychiatrie Reform in Germany; Acta Psychiatrica Scandinavia, 104, 27 - 34
- BERGENER, M. et al. (1986) Die Problematik der Zwangsweisen Unterbringungen psychisch Kranker aus der Sicht von Ärzten und Richtern - Beispiele der Anwendungen des PsychKG Nordrhein - Westfalen. Psych Prax 13: 104 - 111
- BERGOLD, J., ZIMMERMANN, R. - B. (2003) Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes Band 2 Eine Kooperation zwischen Freier Universität Berlin und Katholischer Fachhochschule Berlin, Blaue Reihe Berliner Zentrum Public Health
- BRIDGE, CLAUDIA (1997) Gedichte In: KEBBEL, J, PÖRKSEN, N (Hrsg) Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie - Aktion psychisch Kranke - Tagungsberichte Rheinland - Verlag Köln Band 25;
- BRUNS, G. (1986) Zwangseinweisung und ambulante Dienste Psychiatric commitment and outpatient services; Der Nervenarzt. 57 (2): 119 - 12
- BRUNS, G. (1991) Zwangseinweisungspatienten - eine psychiatrische Risikogruppe; Der Nervenarzt 62: 308-12
- BRUNS, G. (1993) Ordnungsmacht Psychiatrie? - Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle; Westdeutscher Verlag GmbH Opladen
- BÜRGERSCHAFT DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG Drucksache 17/2986 17.Wahlperiode 29.07.03 Große Anfrage der Abg. Dr. M. Petersen, P. Brinkmann, J. Rosenfeldt, Dr. M. Schaal, Dr. M. Schäfer, E. Kiausch (SPD) und Fraktion vom 30.06.03 und Antwort des Senats
- CHODOFF, P. (1984) Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue; Amer. J. Psychiat. 141: 384-389
- CORDING, C., WEIG, W. (Hrsg.) (2003) Zwischen Zwang und Fürsorge. Die Psychiatriegesetze der deutschen Länder. Deutscher Wissenschafts - Verlag, Baden - Baden

CREFELD, W, GOLLMER (1994) E. Zahl der Zwangseinweisungen ist dramatisch gestiegen; Psychosoz Umschau 9: 28 - 30

CREFELD W. (1997) Zwangseinweisungen nehmen weiter zu; Psychosoz Umschau 12: 14 - 15

DARSOW - SCHÜTTE K. MÜLLER P. (2001) Zahl der Einweisungen nach PsychKG in 10 Jahren verdoppelt; Psychiat. Prax 28: 226 - 229

DEGKWITZ, R. (1986) Anlässe für die Aufnahme psychisch Kranker in geschlossene Abteilungen; Der Nervenarzt 57 : 415 - 418

DIESTELHORST, S. KOLLER, M., MÜLLER, P. (2001) Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungszeit schizophrener Kranker über zwei Jahrzehnte in zwei psychiatrischen Krankenhäusern; Krankenhauspsychiatrie 12: 99 - 104

DILLING, H. MOMBOUR, W. SCHMIDT M.H. SCHULTE - MARKWORT, E (1994) Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD - 10 Kapitel V (F); 1. Auflage - Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, 1994

DITTMARK, R. (1998) Zwangseinweisungen nach dem Psychisch - Kranken - Hilfe - Gesetz (PsychKG NRW) in Köln: „PsychKG Köln '98“; Gesundheitsamt Köln, Abteilung Soziale Psychiatrie - Sozialpsychiatrischer Dienst - in Zusammenarbeit mit der Ordnungsbehörde/Feuerwehrleitstelle Köln, den sektorversorgenden psychiatrischen Kliniken Kölns sowie dem Amtsgericht Köln

DREßING, H., SALIZE, H. - J. (2004a) Nehmen Zwangsunterbringungen psychisch Kranker in den Ländern der Europäischen Union zu? Is there an increase in the number of compulsory admissions of mentally ill patients in European Union member states?; Das Gesundheitswesen 66(4): 240 - 245

DREßING, H., SALIZE, H. - J. (2004b) Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker in den Mitgliedsländern der Europäischen Union / Compulsory Admission of Mentally Ill Patients in European Union Member States.; Psychiat. Prax. 31(1): 34 - 39

DREYER, J. (2006) Fortbildung und Diskussion Leserbrief zu Thiel A, Röttgers HR. Zwangsbehandlung von psychisch kranken Menschen nach dem Betreuungsrecht. Psychiat Prax 2006; 33: 196 - 201; Psychiat Prax 2006; 33: 305 - 306

EBNER, G. (2000) Kriterien für eine Zwangseinweisung. Zeitschrift für praktische Medizin 90 (23), 1413 - 1418

EICHHORN, M., ZIMMERMANN, R., KRÄUCHI, K., FINZEN, A. (2003) Entscheide der Psychiatrierekurskommission des Kantons Basel - Stadt im Jahr 2000 Rekursverfahren bei fürsorgerischen Freiheitsentziehungen in einem Schweizer Kanton; Psychiatrische Praxis 03

EDER - RIEDER, M (1993) Die Selbst- und Fremdgefährdung als Unterbringungs Voraussetzung WMW 22: 576 - 79

ERNST, K. (1998) Freiwilligkeit und Zwang in der psychiatrischen Behandlung; Deutsches Ärzteblatt 95 (47): A - 2990/B - 2531/C - 2250

FÄHNDRICH, E., EICHLER, G. (1995) Zwangseinweisung und Gemeindepsychiatrie; Psychiat. Prax. 22: 150 - 153

FEHN, K., SELEN, S., KÖNIG, F., (2003) Die sofortige Unterbringung psychisch Kranker, Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey Edeweicht, Wien
Zitiert nach: VENZLAFF, U., FOERSTER, TH. (2003) Psychiatrische Begutachtung, 3 Aufl. Urban und Fischer, München, Jena, S. 214ff.

FINZEN, A (1986) Gewalt in der Psychiatrie - zur Legitimität der Zwangseinweisung. Spektrum 15: 147 - 55

FINZEN, A., HAUG, H. - J., BECK, A., LÜTHY (1993) Hilfe wider Willen - Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag, Psychiatrie - Verlag gGmbH Bonn

- FINZEN, A. (1997) Psychische Krankheit und Gewalt, FAZ 30.07.97
- FISCHER, R (2002) Beurteilung von psychiatrischen Notfällen aus der Sicht von Rettungsdienstmitarbeitern Wertigkeit, Kenntnisstand und Fortbildungsbedarf; medizinische Dissertation Universität Hamburg
- GERBER, H - G, (1997) Rahmenbedingungen für die Reduzierung von Gewalt und Zwang in einer psychiatrischen Abteilung In: KEBBEL, J, PÖRKSEN, N (Hrsg) Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie - Aktion psychisch Kranke - Tagungsberichte Rheinland - Verlag Köln Band 25; 121 - 34
- GERSONS, B.P.R., VAN DER HEYDEN, H. (1990) Mobile Notfallpsychiatrie in der Gemeindepsychiatrie; Psychiat. Prax. 17: 200 - 205
- GIERNALCZYK, - THOMAS (2005) Psychiatrische Krisenintervention - Haltung als Rahmen der (Be)Handlung Psychiatric crisis intervention - The inner position of helping professionals as a framework of treatment; Suizidprophylaxe 32(2): 70 - 76
- GLASER, B. G., STRAUSS A. L. (1967) The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research, deutsch als: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung (1998) Verlag Aldine
- GOLLMER, E.(1998) Zwangseinweisungen und psychiatrische Versorgungsstruktur - Compulsory referral to institutionalized psychiatric care, and the structure of such psychiatric care; Das Gesundheitswesen. 60(11): 694 - 700
- GOLLMER, E. (1999) Erfahrungen mit dem Nordrheinwestfälischen PsychKG am Beispiel der Stadt Münster. Gesundheitswesen, 61, 5553 - 559
- GRONNEMANN, B., TEGELER, J. (2004) 10 Jahr sächsisches PsychKG Erfahrungen und Probleme bei öffentlichen - rechtlichen Unterbringungen ; Ärzteblatt Sachsen 10; 469 - 472
- GRUNDMANN, C.H. (2001) Das rechte Maß finden: Zur Lösung ethischer Konflikte im sozialpsychiatrischen Dienst. Gesundheitswesen, 63, 683 - 688
- HABERFELLNER, E.M., HALLERMANN, G.,CHWARZ - TRAUNMÜLLER, B. (1997) Mobile Krisenintervention und Notfallpsychiatrie - Erfahrungen über drei Jahre; Psychiat. Prax. 24:235 - 236
- HÄFNER H; HELMCHEN H (1978) Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise - Konzeptuelle Fragen. Der Nervenarzt 49 (2): 82 - 7
- HÄFNER, H. RÖSSLER, W. HAAS (1986) Psychiatrische Notfallversorgung und Krisenintervention - Konzepte, Erfahrungen und Ergebnisse; Psychiat Prax 13 (6): 203 - 12
- HÄFNER, H. RÖSSLER, W. (1987): Die Begriffe des psychiatrischen Notfalls und der Krise In: KATSCHNIG, H. u. C. KULENKAMPPFF (Hrsg.), Tagungsberichte, Notfallpsychiatrie und Krisenintervention, Aktion psychisch Kranke. Rheinland - Verlag Köln, 14, 31 - 49
- HEIDE, S., STILLER, D., KLEIBER, M. (2003) Problematik der Gewahrsamstauglichkeit. Deutsches Ärzteblatt 100:A - 791 / B - 667 / C - 62
- HEIMESHOFF, V., MACHLEIDT, W., ELGETI, H. (2006) Qualitätsmanagement im Sozialpsychiatrischen Dienst: der Einsatz von Routinedaten für Leistungscontrolling und Versorgungsplanung - Eine Untersuchung am Beispiel des Sozialpsychiatrischen Dienstes Wolfsburg; Das Gesundheitswesen 03
- HEINRICH K (1992) Gefährdung und Gefährlichkeit der Psychiatrie Fortschr. Neurolog. Psychiat. 60:349 - 55
- HEIBENBÜTTEL, H. (2006) Was ist ein Sozialpsychiatrischer Dienst? Oder: Ist wirklich drin, was draufsteht? Das Gesundheitswesen 03
- HELMCHEN, H. (1998) Die Deklaration von Madrid 1996. Nervenarzt 69:454 - 455
- HENN, F.A. (1996) Ethische Rechtfertigung von Zwangseinweisungen - Was ist krankhaft und was nicht?; TW Neurologie Psychiatrie 10; 751 - 756

- HESS, M. (1978) Zwangsunterbringung von psychisch Kranken - Juristische und medizinische Gesichtspunkte
Das öffentliche Gesundheitswesen 40 (10): 689 - 95
- KALLERT, T - W. (2005) Nehmen Zwangseinweisungen in Deutschland wirklich zu? Involuntary admissions to general psychiatric hospitals in Germany: Are the rates increasing?; Die Psychiatrie 2(4): 231 - 234
- KALLERT, T - W. (2007) Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Alltag - und die Kultur der (wissenschaftlichen) Beschäftigung damit; Psych Prax 34; 179 - 180
- KATSCHNIG, H. KONIECZNA, T. (1987): Notfallpsychiatrie und Krisenintervention: Überblick über Versorgungsprobleme In: KATSCHNIG, H. u. C. KULENKAMPFF (Hrsg.), Tagungsberichte, Notfallpsychiatrie und Krisenintervention, Aktion psychisch Kranke. Rheinland - Verlag Köln, 14; 9 - 30
- KEBBEL, J. (1997) Zwischen Gewalt und Zwang und der Unantastbarkeit der Person in der Psychiatrie In: KEBBEL, J, PÖRKSEN, N (Hrsg) Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie - Aktion psychisch Kranke - Tagungsberichte Rheinland - Verlag Köln Band 25; 22 - 35
- KÖRMENDY, E. (1980) Einige Probleme der Zwangsunterbringung psychisch Kranker aus der Sicht des Gesundheitsamtes. Some problems in compulsory hospitalization of the mentally sick from the aspect of the public health office (author's transl); Das öffentliche Gesundheitswesen 42 (4): 223 - 7
- KÖRMENDY, E. (1990) Zwangsunterbringung psychisch Kranker heute - ein Teil der Notfallversorgung. Compulsory hospitalization of psychiatric patients today - a part of emergency management; Das öffentliche Gesundheitswesen 52 (6): 273 - 6
- KÖSTER, R. (1980) Die Zwangseinweisung des psychisch Kranken. Ärztliche und rechtliche Probleme. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 56(26): 1669 - 76
- KOWERK, H. (1985) Die ärztliche Entscheidungssituation bei Zwangseinweisungen. Recht und Psychiatrie 3: 138 - 49
- KOWERK, H. (1989) Die ärztliche Entscheidung bei Zwangseinweisungen in Hamburg unter Berücksichtigung des Verfahrens bei Kindern und Jugendlichen. Hamburger Ärzteblatt 11:483 - 496
- KRÄMER, G. (2003) Zwangseinweisung in die Psychiatrie - rechtliche Grundlagen und die Auswirkungen bei Beteiligten und Betroffenen; Psych. Pflege Heute 03
- KROPP, S., BLANKE, U., MEINERS EMRICH, H. (2005) Unterbringungen nach § 18 NPsychKG in der Landeshauptstadt Hannover - oder: die Wirkung der Versorgungsgeografie auf Patienten und Professionelle; Psychiatrische Praxis 01
- LÄNGLE, G. (1997) Trägt die Baden - Württembergische Regelung der „Fürsorglichkeit Zurückhaltung“ zur Reduktion von Zwangsunterbringungen bei? In: KEBBEL, J, PÖRKSEN, N (Hrsg) Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie - Aktion psychisch Kranke - Tagungsberichte Rheinland - Verlag Köln Band 25; 187-200
- LÄNGLE, G., MAYENBERGER, M. & GÜNTNER, A. (2001) Gemeindenahe Rehabilitation für schwer psychisch Kranke? Rehabilitation, 40, 21 - 27
- LANGEN D (1958) Sozial - psychiatrische Aspekte bei Zwangseinweisung in Klinikbehandlung. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, vereinigt mit Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 197(3): 315 - 26
- LAUBER, C., RÖSSLER, W. (2007) Zwangsaufnahme in das psychiatrische Krankenhaus im Spiegel der öffentlichen Meinung und aus Sicht von Professionellen in der Psychiatrie; Psychiat Prax 34: 181 - 185
- LEMKE R; LEMKE T (1997) Die psychiatrische Zwangseinweisung. Historische Entwicklung und aktueller Stand der Rechtsgrundlagen; Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung : in Zusammenarbeit mit der Kaiserin - Friedrich - Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen 91(6): 555 - 8
- LEPPING, P. (2004) Behandlung von Parasuiziden in Großbritannien: Psychosoziale Untersuchung statt Hospitalisierung; Krankenhauspsychiatrie 01

- LOPEZ, R., JAKOB, O., HOFFMANN - RICHTER U., FINZEN A. (1998) Fürsorgerische Freiheitsentziehung; Psychat Prax 25: 246 - 247
- LORENZEN, D. (1981 a) Zur Problematik der Unterbringung psychisch Kranker in psychiatrischen Krankenhäusern. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Rechtsstaat. Luchterhand, Neuwied. Darmstadt 1981, 130 - 150
- LORENZEN, D (1981 b) Einige Zahlen zur Zwangseinweisen Unterbringung psychisch Kranken und Suchtkranker in der BRD Spektrum 10: 166 - 172
- MAIER, T. (2001) Die Praxis der Fürsorgerischen Freiheitsentziehung. Praxis, 90 (37), 1575 - 1581
- MARSCHNER, R. (1988) Stufen der Zwangsbehandlung; Recht und Psychiatrie 1: 19 - 23
- MARSCHNER, R. (1998) Gesetzestexte und Rechtswirklichkeit - Möglichkeiten einer grundrechtsorientierten Unterbringung im Ländervergleich der PsychKGs und ihrer Anwendung; Recht & Psychiatrie. 16(2): 68 - 72
- MARSCHNER, R. (2005) Zwangsbehandlungen in der ambulanten und stationären Psychiatrie; Recht und Psychiatrie 23 (2): 47 - 51
- MARTIN, V.; STEINERT, T. (2005) Ein Vergleich der Unterbringungsgesetze in den 16 deutschen Bundesländern Krankenhauspsychiatrie 01, 16; 2 - 12
- MARTIN, V., KUSTER, W., BAUR, M., BOHNET, U., HERMELINK, G., KNOPP, M., KRONSTORFER, R., MARTINEZ-FUNK, B., ROSER, M., VOIGTLÄNDER, W., BRANDECKER, R., STEINERT, T. (2007) Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse; Psychiat Prax 2007; 34: 26 - 33
- MEISSNER, A., MUELLER, P. (1989) Führen unterschiedliche Gesetze zu Veränderungen bei der Zwangseinweisung? Do changes in the law lead to changes in psychiatric commitment? Sozialpsychiatrische Informationen 19(1): 19 - 22
- MÜLLER P., VÖLKER B. (1988) Werden Zwangseinweisungen durch Erschweren des Verfahrens seltener? Öff. Gesundh. - Wes. 50:27 - 30
- MÜLLER P. (1999) Neue PsychKGs: Liberale Absicht und reale Nachteile durch weitere eingeschränkte Rechte der betroffenen Patienten. Recht und Psychiatrie 17: 107 - 111
- MÜLLER P, JOSIPOVIV T. (2003) Unfreiwillige Einweisung nach Betreuungsrecht in acht Jahren verdreifacht. Psychiat Prax. 30: 108 - 113
- MÜLLER P. (2004) Zwangseinweisungen nehmen zu. Deutsches Ärzteblatt 42: 2369 - 2371
Diskussion (2005) zum Beitrag Psychiatrie: Zwangseinweisungen nehmen zu von P. MÜLLER, KOLLER, M. SPENGLER, A., THISSEN, R., STEINERT, T., OSTERFELD, M.; Deutsches Ärzteblatt Jg. 102;3;121 - 124
- MÜLLER, P. DREßING, H., SALIZE, H. - J. (2006) Pro und Kontra: Zunahme von Zwangseinweisungen psychisch Kranker, Psychiatrische Praxis 04, 33: 157 - 159
- OLOFSSON, B.; JACOBSSON, L. (2003) Die Forderung nach Respekt - zwangseingewiesene psychiatrische Patienten berichten über Zwangsmaßnahmen Psych. Pflege Heute 06, 9: 302 - 310
- PAJONK, F. - G. (2000) Der Umgang mit suizidalen Patienten im Not und Rettungsdienst; Anästhesiologie und Intensivmedizin 41;10; 783 - 88
- PAJONK, F.G., BARTELS, H.H., BIBERTHALER, P., BREGENZER, T., MOECKE, H. (2001 a) Der psychiatrische Notfall im Rettungsdienst - Häufigkeit, Versorgung und Beurteilung durch Notärzte und Rettungsdienstpersonal; Nervenarzt 72: 685 - 692
- PAJONK, F. - G. (2001 b) Definition, Häufigkeit und Versorgung präklinischer psychiatrischer Notfälle und deren Belastung für das Rettungsdienstpersonal; Habilitation zur Erlangung der Venia legendi für das Fach Psychiatrie. Universität Hamburg

POLAK, T., SCHLÄFKE, D. (2001) Öffentlich rechtliche Unterbringungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Rostock in den Jahren 1987 - 1994; Krankenhauspsychiatrie 12; 109 - 113

J. REED (1997) Risk assessment and clinical risk management: the lessons from recent inquiries. British Journal of Psychiatry 170 (supplement 32): 4 - 7 B

REGUS, M. DEPNER, R. (1998): Ambulante und mobile Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. Sozialpsychiatrische Information 1:12 - 23

REGUS, M. GRIES, K. et al. (2003) Kommunale Gesundheitsberichterstattung über psychiatrische Unterbringungen und Möglichkeiten ihrer Nutzung im Rahmen eines gemeinde - psychiatrischen Qualitätsmanagements, Forschungsbericht, Universität Siegen im Auftrag des Gesundheitsministeriums des Landes Nordrhein - Westfalen

REHBEIN, F. O., KRISCHKE, N. R. (2006) Einflussfaktoren auf die Qualität medizinischer Gutachten bei Zwangseinweisungen: vom Spannungsfeld zwischen PsychKG und Handlungspraxis; Forschungsbericht der Abteilung Gesundheits- und klinische Psychologie an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

REIMER, F. (1982): (Buchbesprechung: Waller, H.,1982) Fortschr. Neurolo. Psychiat. 50;409

RENNER, G.(1997)Behandlung ohne Einwilligung In: KEBBEL, J., PÖRKSEN, N.(Hrsg) Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie-Aktion psychisch Kranke-Tagungsberichte Rheinland-Verlag Köln B. 25; 141-52

RICHTER, D., REKER, T. (2003) Unterbringungen nach dem PsychKG - NW in ein psychiatrisches Krankenhaus - Entwicklungen über 19 Jahre; Krankenhauspsychiatrie 01

RIECHER, A., RÖSSLER, W., LOEFFLER, W., FAETKENHEUER, B. (1991) Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients - Faktoren, die die Zwangseinweisung psychiatrischer Patienten beeinflussen; Psychological - Medicine. 21(1): 197 - 208

RIECHER - RÖSSLER, - A.; RÖSSLER, - W. (1992) Die Zwangseinweisung psychiatrischer Patienten im nationalen und internationalen Vergleich Häufigkeiten und Einflussfaktoren - National and international comparison of compulsory admission of psychiatric patients. Frequencies and determinants; Fortschritte der Neurologie Psychiatrie. 60(10): 375 - 382

RIECHER, A.; RÖSSLER, W. LÖFFFLER, W. FÄTKENHEUER, B. (1993) Compulsory admission of psychiatric patients; Acta psychiatr. Scand. 87: 281 - 36

RÖSSLER, W. (1992) SPD in der BRD ein Überblick; Das Gesundheitswesen 54;19 - 24

RÖTTGERS, H.R., LEPPING, P. (1999) Zwangsunterbringung und -behandlung psychisch Kranker in Großbritannien und Deutschland; Psych. Prax 26: 139 - 142

RUDOLF, G.A.E., RÖTTGERS, H.R. (1997) Praxisleitfaden Psychiatrie - Rechtsfragen der Psychiatrie Deutscher Universitäts - Verlag GmbH

SALIZE, H. J.; DREBING, H. (2005) Gesetzgebung und Praxis der zwangsweisen Unterbringung psychisch Kranker in Ländern der Europäischen Union; Das Gesundheitswesen 03 (Fachausschuss Psychiatrie)

SALIZE, H. - J., SPENGLER, A., DREBING, H. (2007) Zwangseinweisungen psychisch Kranker - wie spezifisch sind die Unterschiede der Bundesländer? Psych. Prax. 34: 196 - 202

SCHÜRMAN, U. (1985) Das ärztliche Attest als Grundlage der Unterbringung von psychisch Kranken nach dem Gesetz über Hilfe und Schutzmassnahmen bei psychischen Krankheiten in Nordrhein - Westfalen (PsychKG NW); Med. Dissertation Universität Düsseldorf

SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFT (2004) Zwangsmaßnahmen in der Medizin - Medizin - ethische Richtlinien; Schweizerische Ärztezeitung; 85, Nr. 50, S. 2707 - 14

SHERRILL R. (1977) A hospitalisation Criteria Checklist as an evaluation tool for an emergency service. Hospital and Community Psychiatry 28; 801, 807, 812

- SMOLKA, M., KLIMITZ, H., SCHEURING, B., FÄHNDRICH, E. (1997) Eine prospektive Untersuchung; Der Nervenarzt 68: 888 - 895
- SPENGLER, A. STREGE, W. DÖRNER, K. HAGENAH, R. MEYBERG, U. (1981) Erste Erfahrungen in einem psychiatrischen Notdienst. Psychiat. Prax. 8: 18 - 24
- SPENGLER, A. HAGENAH R., FRIEDRICH, G. (1983): Behandlungsindikationen bei psychiatrischen Notfällen. Psychiat. Prax. 10: 200 - 208
- SPENGLER, A. (1984) Erfahrungen in einem psychiatrischen Notdienst in Hamburg - Zur Problematik der sofortigen Unterbringung. Recht & Psychiatrie 2: 78 - 84
- SPENGLER, A. (1986 a) "Invasive Therapiemaßnahmen" - Therapeutisches Eingreifen und Zwang in der Notfallpsychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen 3: 59 - 74
- SPENGLER, A. (1986 b) Factors influencing assignment of patients to compulsory admission Faktoren, die sich auf die Zwangseinweisung auswirken. Social - Psychiatry 21(3): 113 - 122
- SPENGLER, A. (1987 a): Der mobile psychiatrische Notfalldienst in Hamburg. In: KATSCHNIG, H. u. C. KULENKAMPPFF (Hrsg.), Tagungsberichte, Notfallpsychiatrie und Krisenintervention, Aktion psychisch Kranke. Rheinland - Verlag Köln, 14, 74 - 84
- SPENGLER, A. (1987 b) Psychiatrische Notfälle - Praktische Gesichtspunkte zum Problem der "Zwangseinweisung"; Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 177 - 181
- SPENGLER, A.; BOEHME, K. (1989) Versorgungsepidemiologische Aspekte der sofortigen Unterbringung - Epidemiological aspects of psychiatric commitment; Der Nervenarzt.; 60(4): 226 - 232
- SPENGLER, A. (1994) Sofortige zwangsweise Unterbringungen in der Bundesrepublik Deutschland, 1991 - 1992: Erste Ergebnisse - Immediate compulsory confinement of patients in the Federal Republic of Germany (1991 - 1992): Initial results; Psychiatrische - Praxis. 21(3): 118 - 120
- SPENGLER A, (2003) Zwangsweise Unterbringung psychisch Kranker - Übersicht und Beispiele aus Niedersachsen. In: CORDING, C., W.WEIG (Hrsg.) Zwischen Zwang und Fürsorge Die Psychiatriegesetze der deutschen Länder. Deutscher Wissenschafts- Verlag, Baden - Baden
- SPENGELER, A. (2004 a) Maßregelvollzug - Deutsches Ärzteblatt 101; A2739
- SPENGELER, A. (2004 b) Sekundäre psychische Traumatisierung - Ein Kernproblem der Psychiatrie; Einführungsvortrag zu gleichnamigen Tagung, Nds. Landeskrankenhaus Wunstorf, 26.8.2004
- SPENGLER, A., DREBING, H., KOLLER, M., SALIZE, H - J. (2005) Zwangseinweisungen - bundesweite Basisdaten und Trends. Der Nervenarzt 76: 363 - 370
- SPENGELER, A. (2007) Zwangseinweisungen in Deutschland - Basisdaten und Trends; Psychiatrische Praxis 34;191 - 195
- STEERING COMMITTEE ON BIOETHICS (CDBI) OF THE CONCILE OF EUROPE (2000) White paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment, www.markwalton.net/humanrights/psychiiatry.pdf 17.07.2007 13:30
- STEINERT, T., GEBHARDT, R. - P., LEPPING, P. (2001) Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: Ein ethisches Dilemma; Deutsches Ärzteblatt 98 (42): A - 2696 / B - 2299 / C - 2163
- STEINERT, T. (2002) Die Crux mit der Gewalt; Psych Prax 29; 59 - 60
- STEINERT, T.; NAUMANN, A. (2003) Evidence - based - Medicine im psychiatrischen Alltag: Wunsch und Wirklichkeit; Krankenhauspsychiatrie 02; 14; 56 - 60

- STEINERT, T. (2003) Entscheidungen zur Zwangsunterbringung und Zwangsmedikation schizophrener Patienten bei Psychiatern in Deutschland und England; Psych Prax 30; 114 - 118
- STEINERT, T., SCHMIDT, P. (2004) Freiwilligkeit und Zwang bei der stationären Behandlung von Patienten mit Schizophrenie; Psychiat Prax 31; 28 - 33
- STEINERT, T, LEPPING, P., BAYANYAI, R., HOFFMANN, M., LEHERR, H. (2005) Compulsory admission and treatment in schizophrenia - A study of ethical attitudes in four European countries; Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 10.1007/s00127 - 005 - 0929 - 7
- STEINERT, T (2007) Ethische Einstellungen zu Zwangsunterbringung und -behandlung schizophrener Patienten, Psychiat Prax; 34, 2: S 186 - 190
- STRAUSS, A. L., CORBIN, J. (1996) Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Beltz PsychologieVerlagsUnion.
- STUMPF, K.D.+ J. HUSSER. (1978) Untersuchung über Zwangseinweisungen von psychisch Kranken. Öff. Ges. wes. 40 (12): 808 - 814
- STUMPF, K.D.(1981) Psychopathologische Symptomatik bei Zwangseinweisungen. Öff.Ges.wes.43 (1) 29-33
- THIEL, A., RÖTTGERS H.R. (2006) Zwangsbehandlung von psychisch kranken Menschen nach dem Betreuungsrecht; Psychiat Prax 33: 196 - 201
- UNGER, M. (1984) Unterbringung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmassnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) Soziale Arbeit. 33: 430 - 438
- VENNEMANN, M. (2006) Unterschätze Suizidrate durch unterschiedliche Erfassung in Gesundheitsämtern - The mechanisms of suicide underreporting in North Rhine - Westphalia; Deutsches Ärzteblatt 103, 18, Seite A - 1222/ B - 1036/ C - 998
- VON HAEBLER, D., BEUSCHER, H., FÄHNDRICH, E., KUNZ, D., PRIEB, S., HEINZ, A. (2007) Wie offen kann die Psychiatrie sein? Deutsches Ärzteblatt 18; 1048 - 1052
- VRIJLANDT, A.J. (1997) Zwangsmaßnahmen im europäischen Vergleich In: KEBBEL, J, PÖRKSEN, N (Hrsg) Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie - Aktion psychisch Kranke - Tagungsberichte Rheinland - Verlag Köln Band 25; 49 - 57
- WALLER, H. (1976) Medizinsoziologische Aspekt von Zwangseinweisung psychisch Kranker, Sozialpsychiatrische Informationen 6;15 - 25
- WALLER, H. (1978) Psychische Störungen, Benachteiligung und soziale Kontrolle Eine medizin - soziologische Untersuchung zur Erklärung und Prävention von Zwangseinweisungen in psychiatrische Behandlungen; Philosophische Dissertation Universität Hamburg
- WOLFERSDORF, M., STEINERT, T. und HERRLEN - PELZER, S. (1992) Psychiatrische Notfall und Krisenintervention. Therapiewoche 42/43: 2502 - 2509
- WOLFERSDORF, M., MAUERER, C., FRANKE, C., SCHILLER, M., KOENIG, F. (1999) Krisenintervention bei Suizidalität im ambulanten und stationären psychiatrisch - psychotherapeutischen Bereich; Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie 4(2): 146 - 154
- WOLFERSDORFER, M.(2000) Der suizidale Patient in Klinik und Praxis; Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart
- WOLFERSDORFER, M. (2003) Notfälle in der Psychiatrie-Akute Suizidalität-so beugen sie vor; DNP 5; 36-40
- ZOGG, H., LAUBER, C., AJDACIC - GROSS, V., RÖSSLER, W. (2003) Einstellung von Experten und Laien gegenüber negativen Sanktionen bei psychisch Kranken: Psychiatrische Praxis 30; 379 - 383

9 Danksagung

Ich danke meinen Betreuern,

Priv. - Doz. Dr. med. R. Lindner und Herrn Dipl. Psych. G. Fiedler, für die Überlassung dieses interessanten Dissertationsthemas und ganz herzlich für ihre freundliche und ausdauernde Betreuung. Ohne ihre Geduld wäre diese Arbeit nicht fertig geworden.

Meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. P. Götze, danke ich für jede Form der Unterstützung.

Mein freundlicher Dank gilt den Mitarbeitern des Verbraucherschutzamtes - besonders Frau Seckerdieck, den Mitarbeitern des Sozialpsychiatrischen Dienstes und des Psychiatrischen Notdienstes und den Mitarbeitern der Bibliothek des Ärztlichen Vereins - sie haben mir bereitwillig jeden Artikel besorgt, den ich brauchte.

Meinen Eltern, Christiane und Johann Ballerstedt, sage ich meinen tiefen Dank.

Sie haben mir das Studium und die Arbeit an dieser Dissertation durch ihre seelische und finanzielle Solidarität ermöglicht.

Ich bin meinem Lehrer Andreas Neye - Diercks dankbar, dass er mich acht Schuljahre lang zu „denken“ lehrte.

Außerdem danke ich Aiko Mossdorf für seine Unterstützung. Er hat mir in schwierigen Zeiten immer wieder zugehört, kluge Vorschläge gemacht, mich motiviert und mich jederzeit, wenn ich es brauchte, an meinem Computer gerettet.

10 Erklärung

Eidesstattliche Versicherung:

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: