

Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
(Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Andreas Marneros)

**Aggression und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie:  
Charakteristika zwangsweise untergebrachter Patienten**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von: Dagmar Christa Ulrike Roßberg

geboren am 30. Januar 1981 in Kulmbach

Gutachter: Fr. PD Dr. med. Silke Bachmann

Fr. PD DR. med. Christine Norra

Hr. Prof. Dr. med. Peter Brieger

Datum der Eröffnung des Promotionsverfahrens: 02.02.2010

Datum der Verteidigung: 07.12.2010

## **Referat und bibliographische Beschreibung**

*Hintergrund:* Aggressionen sind ein gesellschaftliches Phänomen, das in allen sozialen Schichten auch unabhängig von psychiatrischen Auffälligkeiten beobachtet werden kann. Dennoch besteht das Vorurteil, dass psychiatrische Patienten allgemein aggressiver und gewaltbereiter sind. Insbesondere gilt diese Einschätzung deswegen, weil sich psychiatrische Patienten aufgrund von zum Teil fehlender Krankheitseinsicht oftmals zwangsweise einer psychiatrischen Behandlung unterziehen müssen. In der Aufnahmesituation müssen deswegen auch durch den Gesetzgeber streng kontrollierte Zwangsmaßnahmen zum Einsatz kommen, um Eigen- oder Fremdgefährdung durch den Patienten zu verhüten.

*Ziele und Methoden:* In der vorliegenden Arbeit wurden retrospektiv innerhalb eines 6-Jahres-Zeitraums 559 zwangsweise untergebrachte Patienten hinsichtlich soziodemographischer Faktoren, der Einweisungsumstände, psychopathologischer Auffälligkeiten und des Aufenthaltsverlaufs untersucht. Insbesondere wurde auf das Auftreten von Aggressionen sowie notwendige Zwangsmaßnahmen in Abhängigkeit von den beschriebenen Faktoren geachtet.

*Ergebnisse:* Aggressives Verhalten zeigte jeder Zweite zwangsweise untergebrachte Patient (N=281, 50,3%). Zwangsmaßnahmen wurden bei 413 Patienten (73,9%) eingesetzt. Es zeigte sich, dass insbesondere das Geschlecht der Patienten keinen wesentlichen Einfluss auf das Auftreten von Aggressionen hatte, auch wenn Männer häufiger als fremdgefährdend eingestuft wurden und auch häufiger Zwangsmaßnahmen ausgesetzt waren. Eine Zwangsunterbringung während eines freiwillig begonnenen stationären Aufenthaltes korrelierte positiv mit dem Auftreten von Aggressionen und den Zwangsmaßnahmen Sitzwache und Blickkontakt sowie sedierender Medikation. Im Vergleich der Diagnosegruppen zeigte sich eine Abhängigkeit der auftretenden Aggressionsform mit der bestehenden Diagnose, dasselbe gilt für die Art der durchgeführten Zwangsmaßnahmen.

*Schlussfolgerung:* Innerhalb der Gruppe zwangsweise untergebrachter Patienten besteht eine große Heterogenität. Variablen wie die gestellte Diagnose bzw. die nachträglich notwendige Zwangseinweisung während eines freiwillig begonnenen stationären Aufenthaltes erklären Aggressionen und Zwangsmaßnahmen dabei jedoch besser, als geschlechtsspezifische Unterschiede.

---

**Roßberg, Dagmar: Aggression und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie:  
Charakteristika zwangsweise untergebrachter Patienten.**

Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2009

## Inhaltsverzeichnis

<b><u>1.</u></b>	<b><u>Einleitung und theoretischer Hintergrund</u></b>	<b><u>S. 01</u></b>
<b>1.1</b>	<b>Historische Entwicklung</b>	<b>S. 02</b>
<b>1.2</b>	<b>Aggression und Gewalt</b>	<b>S. 03</b>
<b>1.3</b>	<b>Risikofaktoren für das Auftreten (auto-)aggressiver Tendenzen</b>	<b>S. 05</b>
1.3.1	Aggressives Verhalten	S. 05
1.3.2	Autoaggressives Verhalten	S. 08
<b>1.4</b>	<b>Philosophische und ethische Aspekte von Zwang und Zwangsmaßnahmen</b>	<b>S. 10</b>
<b>1.5</b>	<b>Gesetzliche Aspekte</b>	<b>S. 12</b>
1.5.1	Zwangsunterbringung	S. 12
1.5.2	Fürsorgliche Unterbringung nach BGB § 1906	S. 14
1.5.3	Unterbringung entsprechend der Landesgesetze für Hilfen und Schutzmaßnahmen psychischer Kranker	S. 15
1.5.4	Strafrechtliches Sicherungsverfahren	S. 15
<b>1.6</b>	<b>Epidemiologie der und Gründe für eine Zwangseinweisung</b>	<b>S. 16</b>
1.6.1	Allgemeines	S. 16
1.6.2	Zahlen und Daten zur Zwangseinweisung	S. 17
1.6.3	Gründe für eine Zwangseinweisung	S. 18
<b>1.7</b>	<b>Studien zum Thema Zwangsmaßnahmen</b>	<b>S. 20</b>
<b><u>2.</u></b>	<b><u>Fragestellung und Ziele der Arbeit</u></b>	<b><u>S. 22</u></b>
<b><u>3.</u></b>	<b><u>Material und Methoden</u></b>	<b><u>S. 23</u></b>
<b>3.1</b>	<b>Stichprobe</b>	<b>S. 23</b>
<b>3.2</b>	<b>Operationalisierung der Fragestellung</b>	<b>S. 28</b>
3.2.1	Unabhängige Variablen	S. 28
3.2.2	Abhängige Variablen	S. 28
<b>3.3</b>	<b>Analysen</b>	<b>S. 31</b>

<b><u>4.</u></b>	<b><u>Ergebnisse</u></b>	<b><u>S. 32</u></b>
<b>4.1</b>	<b>Geschlechtspezifität</b>	<b>S. 32</b>
4.1.1	Einweisungsumstände	S. 32
4.1.2	Psychopathologische Auffälligkeiten	S. 35
4.1.3	Stationärer Verlauf	S. 36
<b>4.2</b>	<b>Diagnose-spezifische Unterschiede</b>	<b>S. 38</b>
4.2.1	Aggressives Verhalten	S. 38
4.2.2	Zwangsmaßnahmen und Medikation	S. 40
<b>4.3</b>	<b>Unterschiede zwischen vor und während des stationären Aufenthaltes eingewiesenen Patienten</b>	<b>S. 43</b>
4.3.1	Einweisungsumstände	S. 43
4.3.2	Psychopathologische Auffälligkeiten	S. 45
4.3.3	Stationärer Verlauf	S. 46
<b><u>5.</u></b>	<b><u>Diskussion</u></b>	<b><u>S. 49</u></b>
<b>5.1</b>	<b>Ergebnisdiskussion</b>	<b>S. 49</b>
5.1.1	Geschlechtspezifität	S. 49
5.1.2	Diagnosespezifische Unterschiede	S. 56
5.1.3	Unterschiede zwischen VSA und WSA	S. 60
<b>5.2</b>	<b>Methodendiskussion</b>	<b>S. 64</b>
<b><u>6.</u></b>	<b><u>Schlussfolgerung, Zusammenfassung und Ausblick</u></b>	<b><u>S. 66</u></b>
<b><u>7.</u></b>	<b><u>Literatur</u></b>	<b><u>S. 67</u></b>

### **Anmerkung**

In der vorliegenden Arbeit wurde für Personengruppen, die sich aus Männern und Frauen zusammensetzen, der maskuline Plural verwendet. Für Einzelpersonen, die sowohl männlichen als auch weiblichen Geschlechts sein können, wurde der männliche Singular eingesetzt. Diese Schreibweise wurde verwendet, da geschlechtsneutrale Formulierungen nicht immer realisierbar sind und der Schreibstil mit Schrägstrichen häufig auf Kosten der Lesbarkeit des Textes geht.

## Abkürzungen und Symbole

§, §§	Paragraph, Paragraphen
%	Prozent
$\alpha$	alpha
AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
BGB	<u>B</u> ürgerliches <u>G</u> esetz <u>b</u> uch
bzw.	beziehungsweise
COMT	<u>C</u> atechol- <u>O</u> - <u>M</u> ethytransferase
d.h.	das heisst
DSM-III	<u>D</u> iagnostic and <u>S</u> tatistical Manual of <u>M</u> ental Disorders, 3. Version
et al.	et alii
etc.	et cetera
F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzstörung
ff.	und folgende
ggf.	gegebenenfalls
HFEG	<u>H</u> essisches <u>F</u> reiheitsentziehungsgesetz
ICD-10	<u>I</u> nternational <u>C</u> lassification of <u>D</u> iseases, 10. Version
MAO	<u>M</u> onoaminoxidase
$p$	pi
PsychKG	<u>P</u> sychisch <u>k</u> rankengesetz
PsychKG LSA	<u>P</u> sychisch <u>k</u> rankengesetz <u>L</u> and <u>S</u> achsen- <u>A</u> nhalt
SOAS	<u>S</u> taff <u>O</u> bservation <u>A</u> ggression <u>S</u> cale
SPSS	<u>S</u> tatistical <u>P</u> ackage for the <u>S</u> ocial <u>S</u> ciences
StGB	<u>S</u> trafgeset <u>b</u> uch
u.a.	unter Anderem
UBG	<u>U</u> nterbringungs <u>g</u> esetz (Bayern, Baden-Württemberg, Saarland)
UV	<u>U</u> nabhängige <u>V</u> ariable
v. a.	vor allem
VSA	<u>v</u> or dem <u>s</u> tationären <u>A</u> ufenthalt untergebrachte Patienten
WSA	<u>w</u> ährend des <u>s</u> tationären <u>A</u> ufenthaltes untergebrachte Patienten

WPA

World Psychiatric Association

$\chi^2$

Chi Quadrat

z.B.

zum Beispiel

z. T.

zum Teil

## **1. Einleitung und theoretischer Hintergrund**

Das Problem, psychiatrischen Patienten einerseits ein Recht auf autonome Entscheidungen zugestehen zu wollen, andererseits jedoch in bestimmten Situationen gegen die Willensäußerung des Patienten handeln zu müssen, um ihn selbst bzw. die Umwelt zu schützen, stellt einen der Hauptkonflikte bei der Behandlung psychiatrischer Patienten dar. Um Patienten, die für sich selbst oder das Umfeld eine akute Gefahr darstellen, trotzdem helfen zu können, kann von der Möglichkeit der zwangsweisen Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung Gebrauch gemacht werden, um die Betroffenen entsprechend therapieren zu können. Da diese Vorgehensweise in die grundgesetzlich festgeschriebene Freiheit des Individuums eingreift, ist sie durch Gesetze streng geregelt. Verbunden mit der Situation der Zwangseinweisung sind oftmals Ablehnung jeglicher therapeutischer Maßnahmen und Aggression von Seiten des Patienten sowie daraus resultierende Zwangsmaßnahmen von Seiten des ärztlichen und pflegerischen Personals der psychiatrischen Einrichtung.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob sich Zusammenhänge zwischen Personenmerkmalen und Einweisungscharakteristika feststellen lassen und fokussiert auf Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts, der Diagnose sowie zwischen Patienten, die erst nach veranlasster Zwangseinweisung stationär-psychiatrisch aufgenommen wurden und Patienten, bei denen sich nach freiwillig begonnener Behandlung im Laufe des Aufenthaltes die Notwendigkeit einer zwangsweisen Unterbringung ergeben hatte.

Es zeigte sich, dass Männer, obwohl sie sich im direkten Vergleich mit den weiblichen Patienten als nicht aggressiver erwiesen, deutlich häufiger Zwangsmaßnahmen, insbesondere der Fixierung ausgesetzt waren. Männer wurden zwar als gefährlicher für die Umwelt beurteilt als Frauen, den Ursachen für das Auftreten von Aggression und Gewalt bei zwangsuntergebrachten Patienten lag jedoch nicht alleine das Geschlecht zugrunde. Zwangsmaßnahmen wurden auch bei Patienten ergriffen, die nicht häufiger durch aggressives Verhalten auffielen. Es zeigte sich, dass auch die gestellte Diagnose Einfluss auf das aggressive Verhalten der Patienten nahm. Aggressives Verhalten ließ sich jedoch nicht auf wenige Diagnosen und damit verbundenes generell aggressives Verhalten klar reduzieren. Aggressive Handlungen traten zudem bei Patienten, die zum Zeitpunkt der Zwangseinweisung bereits in stationärer Behandlung waren, häufiger auf. Bei diesen Patienten wurden Zwangsmaßnahmen ebenfalls öfter eingesetzt. Die Zusammenhänge, denen aggressives Verhalten bei zwangsweise eingewiesenen Patienten zugrunde liegt, sind also wesentlich komplexer, als dies zunächst scheinen mag. Die Erforschung dieser Zusammenhänge kann dazu beitragen, Grundlagen für eine sachliche Diskussion des Spannungsfeldes Aggression und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie zu liefern und es damit zu enttabuisieren.



## 1.1 Historische Entwicklung

Betrachtet man die Geschichte der Psychiatrie über die Jahrhunderte, scheinen sich Aggressionen und Gewalt wie ein roter Faden durch die Entwicklung dieser medizinischen Fachrichtung zu ziehen. Im Altertum wurden psychische Krankheiten als Ungleichgewicht des Körpers gesehen und u.a. mittels Diäten, Massagen und Schröpfungen behandelt. Später wurden psychische Erkrankungen als Beeinflussung durch böse Mächte und somit als „Teufelswerk“ gedeutet. Eingriffe in die körperliche Integrität des Patienten, Exorzismen sowie Folter und Verbrennung waren oft die Folgen. Die betroffenen Patienten wurden von der Gemeinschaft separiert und mit anderen gesellschaftlich Unerwünschten in sog. „Zucht-, Toll- oder Irrenhäuser“ gesperrt, wo sie angekettet unter Hunger, Enge, Kälte und aggressiven Übergriffen zu leiden hatten. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts wurden psychische Erkrankungen erstmals zum medizinischen Problem, das in speziellen Anstalten therapiert werden sollte. Mitgeprägt wurde diese neue Auffassung wesentlich von Pinel [1]. Als ursächlich wurden nun somatische Erkrankungen sowie „Krankheiten der körperlosen Seele“ vermutet. Allerdings führte dies zu der Meinung, dass die Seele „erschüttert“ werden müsse, so dass erneut Schläge, Peitschungen und Schockbehandlungen (kaltes Wasser, glühende Eisen, Erschöpfung, Elektrizität) zum Einsatz kamen [2]. Mit dem 19. Jahrhundert entwickelte sich dann schließlich eine sozialpsychiatrische Bewegung, die oft unter dem von Conolly geprägten Stichwort „non-restraint“ zusammengefasst wird, bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Psychiatrie zunehmend zu einer Fachrichtung der Humanmedizin wurde [3]. Während des Nationalsozialismus in Deutschland kam es mit der „Euthanasie“ und „Zwangssterilisationen“ psychisch Kranker erneut zu einem Rückschritt. Ab den 50er Jahren verbesserte sich die Situation der psychisch Kranken durch den Einsatz von Psychopharmaka und Psychotherapie sowie das Einbeziehen von Ergotherapeuten und Sozialpädagogen in das therapeutische Konzept jedoch zusehends. Bis zu den ersten Gesetzen zum Schutze psychisch Kranker in Deutschland dauerte es allerdings noch bis 1975, als die so genannte Psychiatrie-Enquete von der damaligen Bundesregierung in Auftrag gegeben wurde. Damals befand sich immer noch ein Großteil der Patienten zwangsweise in psychiatrischer Behandlung. So genannte „geschlossene Stationen“ waren die Regel [2]. Die Geschichte der Psychiatrie vermittelt somit oftmals das Bild des offensiv-aggressiven Arztes, der dem psychiatrischen Patienten eher feindlich als hilfsbereit gegenübertritt. Zum Teil bestand und besteht jedoch auch das Vorurteil, dass die Gewaltbereitschaft psychisch Kranker um ein Vielfaches größer sei, als beim Gesunden. Der Psychiater sieht sich im Klinikalltag also ständig mit der spezifischen ethischen und rechtlichen Problematik seiner Fachrichtung konfrontiert.

## 1.2 Aggression und Gewalt

Unter Aggression (lateinisch „aggređi“: herangehen, angreifen) wird im allgemeinen Sprachverständnis ein von der Norm abweichendes, unangepasstes, destruktives Verhalten verstanden, das indirekt oder direkt die psychischen oder physischen Schädigung einer Person oder Beschädigung eines Gegenstandes billigend in Kauf nimmt oder zum Ziel hat [4; 5].

Mehrere Faktoren nehmen Einfluss auf das aggressive Verhalten eines Menschen. Studien bestätigen, dass genetische und physiologische Ursachen eine Rolle spielen: Hormonelle Botenstoffe, v. a. Androgene wie das Testosteron, können im Wechselspiel mit Hypothalamus, Amygdala und den präfrontalen Regionen aggressives Verhalten begünstigen. Dieses Wechselspiel kann individuell unterschiedlich ausgeprägt sein. Daran sind u.a. genetisch festgelegte unterschiedliche Aktivitäten von Neurotransmittern wie Serotonin und Norepinephrin sowie deren katabolische Enzyme MAO (Monoaminoxidase) und COMT (Catechol-O-Methyltransferase) beteiligt. Eine hohe noradrenerge bzw. eine geringe Aktivität katabolischer Enzyme kann mit aggressiven Handlungen verbunden sein [6]. Zudem wurde das MAO-Gen auf dem X-Chromosom lokalisiert. Ein genetischer Defekt wirkt sich also bei Männern stärker aus [7]. Die weit verbreitete Meinung, dass Männer „von Natur aus“ aggressiver als Frauen sein sollen, kann sich also durchaus auf wissenschaftliche Tatsachen stützen [8; 9].

Aber auch äußere Faktoren wie sozioökonomische Bedingungen, psychische Stressoren und emotionale Zustände sowie Persönlichkeitsfaktoren spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Aggressionen, wobei sich die Persönlichkeit eines Menschen aus mehreren Unteraspekten zusammensetzt. Hier soll beispielhaft nur das Modell der „Big Five“ genannt werden: Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Pflichtbewusstsein [10]. Zusammengefasst kann man diese Unteraspekte im weitesten Sinne als Temperament, also Verhaltensstil eines Menschen bezeichnen. Zu den Ursachen menschlichen aggressiven Verhaltens existieren verschiedenste Theorien, von denen hier nur einige kurz umrissen werden sollen:

In seiner Katharsis-Theorie postuliert Sigmund Freud [11], dass es sich bei Aggression um einen Trieb, also ein Energiepotential handle. Diese dem Todestrieb (Thanatos) zugeordnete Komponente sei zerstörerisch und dem aufbauenden Liebestrieb (Eros) entgegengesetzt. Das angestaute Energiepotential kann sich sowohl in seiner zerstörerischen, als auch in gesellschaftlich angepasster Form, wie z.B. im Sport entladen. Konrad Lorenz [12] beschreibt anhand seiner Forschungen bei Tieren einen „Aggressions-Instinkt“, der das Überleben erst ermögliche, da er bei der Verteidigung des Lebensraums und der Nachkommen, bei der Jagd und bei der Sicherung einer Rangordnung notwendig sei. Durch die Zivilisation könne sich dieser Instinkt nicht angemessen entladen. Lorenz sieht also, ähnlich wie Freud, Aggression als

angestautes Energiepotential, das abgebaut werden müsse. Die Frustrations-Aggressions-Hypothese [13] geht davon aus, dass jede Versagung zu mehr oder weniger stark ausgeprägter Aggression führt. Stauen sich diese Versagungen an, können erneute Frustrationen zum Ausbruch des angestauten aggressiven Potentials führen.

Lerntheoretische Ansätze wie das operante Konditionieren [14] oder das Imitationslernen [15] postulierten jedoch, dass Verhalten dann erneut auftritt, wenn es zu einer Verstärkung der initialen Handlung gekommen sei. In diesem Fall trete Aggression also dann wahrscheinlicher auf, wenn vorhergehendes aggressives Verhalten zu positiven Konsequenzen geführt habe bzw. wenn ein Vorbild mit dem entsprechenden aggressiven Verhalten erfolgreich war.

Erich Fromm versuchte mit seiner „Charaktertheorie“ [16] eine Verbindung zwischen den genannten Theorien herzustellen, indem er vermutete, dass ein Mensch mit seinem „individuellen Charakter“ sich mit dem „sozialen Charakter“ der Umwelt auseinandersetzen müsse und es je nach Ausprägung des „individuellen Charakters“ zu entsprechenden Störungen mit aggressiven Verhalten gegen die Umwelt bzw. gegen sich selbst kommen kann.

Damit es zum Auftreten von Aggression kommen kann, sind in der Regel bestimmte Auslöser notwendig. Direkt auslösend sind zumeist unangenehm empfundene Außenreize (aversive Reize). Aber auch ein gesteigerter Erregungslevel (arousal) und aggressive Umgebungsstrukturen können das Auftreten von Aggressionen begünstigen. Nach Dodge [17] ist vor allem die individuelle Wahrnehmung einer Situation mit der daraus folgenden Bewertung entscheidend. Eine sehr enge Verknüpfung besteht mit der Verarbeitung bestimmter, unangenehmer sozialer Reize: die individuelle Abwägung der eigenen Ziele gegen die möglichen Reaktionen der Umgebung führt zu einer bestimmten Verhaltensweise [18].

Zusammenfassend kann man also sagen, dass sowohl stabile genetische Faktoren als auch erworbene Faktoren wie persönliche Erfahrungen und Lerneffekte sowie die spezifische Wahrnehmung einer Situation mit ihren Außenreizen und der emotionalen Grundstimmung des Individuums zum Auftreten von Aggression beitragen.

Gewalt und Aggression sind begrifflich nicht gleichzusetzen. Gewalt ist als Unterform der Aggression zu werten. Einen guten Ansatz einer Definition des Begriffes „Gewalt“ geben Preuschoff und Preuschoff [19]: „Manifestiert sich Aggressivität derart, dass Menschen zielgerichtet physisch oder psychisch geschädigt werden, wird von Gewalt gesprochen“.

Es werden verschiedene Arten von Gewalt unterschieden [20]. Da der Begriff „Gewalt“ im Sinne des demokratischen Prinzips der Gewaltenteilung auch durchaus positiv besetzt sein kann, unterscheidet man zunächst zwischen struktureller Gewalt, die an ein zumeist staatliches System gebunden ist, und der personalen Gewalt, die von einem konkreten Täter ausgeübt

wird. Auch die personale Gewalt kann nochmals in Gruppen unterteilt werden und zwar in die psychische Gewalt, die sich verbal oder nonverbal ohne körperliche Einwirkung gegen das Opfer richtet und die physische Gewalt, die das Opfer direkt körperlich schädigt. Auch alle Formen sexueller Gewalt und der Vandalismus, d.h. Gewalt gegenüber Objekten, werden zur physischen Gewalt gerechnet. Wichtig ist, psychische Gewalt nicht als bloße Vorstufe oder abgeschwächte Form physischer Gewalt zu sehen, da sowohl direkt geäußerte Anfeindungen, Diskriminierungen und Drohungen, als auch jegliche Art von sozialer Isolation und Nichtbeachtung bis hin zum so genannten „Mobbing“ zu ebenso schweren, wenn auch nicht körperlichen Schäden beim Opfer führen können. Stets besteht ein Machtgefälle zwischen dem aktiv-schädigenden Täter und dem geschädigten Opfer, das jedoch auch nur an die spezifische Situation gebunden sein kann. Erwähnt werden sollen hier auch autoaggressive Tendenzen, d.h. Gewalt, bei der Täter und Opfer ein und dieselbe Person darstellen, sich also ein Individuum aus den verschiedensten Gründen selbst schädigt, sei es physisch oder psychisch. Schließlich kann sich Gewalt auch in verdeckter Form im Sinne von Träumen oder Phantasien oder in Form von negativen Gefühlen im Sinne von Stress, Ärger, Wut, Hass oder Neid äußern.

### **1.3 Risikofaktoren für das Auftreten (auto-)aggressiver Tendenzen**

Die Frage, warum es bei manchen Menschen mehr als bei anderen zum Auftreten aggressiver Tendenzen kommt, beschäftigt die Wissenschaft schon seit geraumer Zeit. Daraus ergibt sich wiederum die Fragestellung, welche Faktoren einen wesentlichen Einfluss haben und ob Aggression und Gewalt in bestimmten Situationen, wie z.B. in psychiatrischen Einrichtungen signifikant häufiger auftreten.

#### **1.3.1 Aggressives Verhalten**

Neuere Forschungen scheinen einen neurobiologischen Zusammenhang mit dem Auftreten von Aggression und Gewalt zu bestätigen. Volanka [6] beschreibt u.a., dass suizidale Tendenzen, einige Persönlichkeitsstörungen, ein erhöhtes Aggressivitätslevel und z. T. auch Alkoholmissbrauch mit einem Serotonin-Defizit aufgrund genetischer Variationen einhergehen. Auch eine erhöhte Aktivität des Norepinephrin-Systems, sei es durch einen erhöhten Plasma-Level der Hormone oder verminderte Aktivität abbauender Enzyme, resultiert in vermehrtem impulsiv-aggressivem Verhalten. Betroffen sind hiervon jedoch fast nur Männer. Diese Polymorphismen werden genetisch weitergegeben, die Genexpression kann jedoch durch Umwelt- und soziale Faktoren verändert werden [21]. Volanka bestätigt damit, dass in der Allgemeinbevölkerung aggressives Verhalten häufiger bei Männern vorkommt. Er beschreibt jedoch auch, dass sich dieser Unterschied bei ambulanten Patienten mit psychischen

Erkrankungen oder Substanzabhängigen in geringerem Ausmaß, bei stationär-psychiatrischen Patienten gar nicht mehr nachweisen lässt [22].

Swanson et al. [23] untersuchten den Zusammenhang zwischen psychiatrischen Erkrankungen und Gewalt in der Bevölkerung. Hier tendierten vor allem junge Männer der unteren sozialen Schicht zu Gewalt. Mehr als der Hälfte konnte eine Diagnose nach DSM-III zugeschrieben werden. Alkohol- oder Drogenmissbrauch zeigten sich als größerer Risikofaktor für Aggression als die Schizophrenie.

Gerade in der Aufnahmesituation zeigte ein hoher Prozentsatz der psychiatrischen Patienten aggressives bzw. einschüchterndes Verhalten. In einer Studie von Moamai [24] zeigten 83,0% der unfreiwillig eingewiesenen und 40,7% der freiwillig stationären Patienten gewaltbereites und somit einschüchterndes Verhalten zum Aufnahmezeitpunkt. Häufig war im Rahmen der Aufnahme auch polizeiliche Unterstützung erforderlich. Vor der stationären Aufnahme zeigten Männer häufiger drohendes oder gewalttätiges Verhalten [25]. Meist fanden sich aggressive Handlungen bereits in der Vorgeschichte der Patienten. Allerdings war allein die Notwendigkeit polizeilicher Hilfe kein signifikanter Faktor für eine anschließende stationäre Aufnahme der entsprechenden Patienten [26].

Raja und Azzoni [27] unterschieden zwischen Gewalt und feindseligem bzw. aggressivem Verhalten. Risikofaktoren für manifeste Gewalt sind nach ihrer Studie jüngeres Lebensalter, Suizidrisiko und Schizophrenie. An Risikofaktoren für feindseliges bzw. aggressives Verhalten fanden sich u.a. jüngeres Lebensalter bei Erkrankungsbeginn, Singledasein, Kinderlosigkeit, höhere Dosierungen der Psychopharmaka, regelmäßige Einnahme von Neuroleptika, manische Symptome oder Persönlichkeitsstörungen und Substanz- oder Alkoholmissbrauch.

Owen et al. [28] beschrieben einen Anstieg des relativen Gewalt- und Aggressionsrisikos u.a. mit einer größeren Anzahl an Pflegepersonal, einer größeren Anzahl desorientierter oder zwangsuntergebrachter Patienten und dem vermehrten Einsatz von Isolierungsmaßnahmen. Das Risiko nahm u.a. ab, wenn jüngeres Pflegepersonal (<30 Jahre) eingesetzt wurde, mehr Aufnahmen stattfanden und eine höhere Anzahl von Patienten mit Substanzmissbrauch bzw. körperlicher Erkrankung auf der Station untergebracht waren. Insgesamt wurde die Mehrheit aller aggressiven Ereignisse von nur wenigen Patienten verursacht.

Die Beobachtung, dass nur eine kleine Zahl von Patienten die Mehrheit der aggressiven Ereignisse verursachen, bestätigten andere Studien [29; 30]. Auch Kraus und Sheitmann [31] beschrieben dies. Sie beobachteten außerdem, dass sich oftmals schon Gewalttätigkeiten in der Vorgeschichte gewaltbereiter Patienten finden ließen, die Patienten sich zudem oft mehrfach in stationärer psychiatrischer Behandlung befanden, im Durchschnitt jüngeren Alters waren, Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörungen als Grunderkrankung diagnostiziert wurde, dass sie oft unfreiwillig eingewiesen wurden und sich zudem häufig auch neurologische Beeinträchtigungen nachweisen ließen.

Shaw [32] fasste zusammen, dass soziodemographische Faktoren wie männliches Geschlecht, junges Alter und eine niedrige sozioökonomische Klasse [23], Gewalt in der Vorgeschichte [33], Substanzmissbrauch [34] und bestimmte Wahnvorstellungen [35] ein erhöhtes Risiko für aggressives Verhalten implizieren konnten.

Monahan [36] sowie Wilson und Herstein [37] zeigten in ihren Arbeiten, dass Männer in der Allgemeinbevölkerung insgesamt aggressiver waren als Frauen. Wie bereits erwähnt, beschrieben jedoch weitere Studien, dass diese Ergebnisse nicht vorbehaltlos auf psychiatrische, insbesondere stationär-psychiatrische Patienten übertragen werden konnten. So postulierten Krakowski und Czobor [38], dass sich bei stationär-psychiatrischen Patienten aggressive Tendenzen bei beiden Geschlechtern gleich häufig beobachten ließen. Frauen zeigten sich öfter verbal aggressiv und zeigten aggressive Tendenzen zu einem früheren Zeitpunkt sowie gehäuft im Zusammenhang mit positiven psychotischen Symptomen. Bei Männern hingegen zeigte sich, dass psychosoziale Faktoren wie Eigentumsdelikte oder schlechte Schulbildung sowie Substanzmissbrauch in der Vorgeschichte signifikant häufiger zu aggressivem Verhalten führten als bei den Frauen. Kraus und Sheitmann [31] konnten in ihrer Studie auf der Frauenstation sogar eine relativ höhere Rate an Gewalt finden. Dieses Ergebnis konnte auch schon in der Studie von Binder und McNiel [39] nachgewiesen werden.

Lam et al. [40] zeigten in ihrer Studie, dass stationär-psychiatrische Frauen bei einer gleichen Rate an Aggression ebenso häufig schwere Verletzungen verursachten wie dies durch männliche Patienten der Fall war. Insgesamt wurde das Risiko, das von den Patientinnen ausging, jedoch vom Personal eher unterschätzt wie McNiel und Binder [41] berichteten.

Driscoll et al. [42] postulierten zunächst, dass Frauen häufiger aufgrund eines Kontrollverlustes und weniger deswegen aggressiv gegenüber anderen wurden, weil sie damit ihre Macht über diese demonstrieren wollten. Es zeigte sich jedoch, dass das Vermeiden von Schäden den stärksten hemmenden Einfluss auf die Frauen ausübte und die beiden Faktoren „Kontrollverlust durch Impulsivität“ bzw. „Machtgewinn“ eine untergeordnete Rolle beim Auftreten von Aggression bei Frauen spielten.

Auch das Verhalten psychiatrischer Patienten in der Allgemeinbevölkerung, also außerhalb des stationären Settings, war Gegenstand von Studien. So konnten Newhill et al. [43] darstellen, dass sich zwischen Männern und Frauen, die sich bereits aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung in Behandlung befunden hatten, im ambulanten Bereich keine Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens aggressiver Handlungen oder des Schweregrades dieser Handlungen feststellen ließen. Bei psychiatrischen Patienten schien das Geschlecht also keine große Aussagekraft hinsichtlich des Auftretens von Gewalt zu haben. Dies traf sowohl für den stationären Bereich als auch ambulant zu. Über die Gründe dafür wird aktuell nur spekuliert. Studien zeigten, dass Ärzte bei weiblichen Patienten oft weniger genau bei der

Risikoabschätzung aggressiven Verhaltens vorgingen [41]. Da Auto- und Fremdaggression zudem Gründe für die stationäre Behandlung darstellten, wurde zudem ein Selektionseffekt von aggressiven Frauen angenommen [44]. Allerdings werden ähnliche Häufigkeitsraten aggressiven Verhaltens im ambulanten Bereich durch diese Annahme nicht erklärt. Schließlich besteht die Theorie, dass im Rahmen der Erkrankung aufgrund der bestehenden Psychopathologie das Einfügen in gesellschaftlich vorgegebene Rollenbilder abnahm, hemmende Kontrollmechanismen bei Frauen also aufgrund der Erkrankung versagten [40].

Chang und Lee [45] fanden heraus, dass psychiatrische Patienten, die zu körperlicher Aggression neigten, durchschnittlich jünger waren als diejenigen Patienten, bei denen keine Aggression auftrat. Dies traf sowohl für den Zeitpunkt des Auftretens der Aggression im Rahmen des stationären Aufenthaltes als auch für den Zeitpunkt der Erstmanifestation der Grunderkrankung zu. Aggressive Patienten befanden sich zudem länger in stationärer Behandlung.

Bei mehr als der Hälfte aggressiver Männer in der Bevölkerung ließ sich zwar mindestens eine psychiatrische Diagnose nachweisen [23], in der Untergruppe aller stationären psychiatrischen Patienten neigte jedoch nur ein sehr kleiner Teil tatsächlich zu Aggression und Gewalt. Männer waren hierbei nicht überrepräsentiert [38], sondern waren entweder gleich häufig bzw. zum Teil sogar weniger aggressiv als Frauen [31; 39].

Zusammenfassend kann man also sagen, dass aggressives Verhalten in der Allgemeinbevölkerung häufiger bei Männern auftritt, wobei die Ursachen dafür letztlich nur teilweise erforscht sind. Bei psychiatrischen Patienten verschwindet dieser Geschlechtsunterschied, kehrt sich zum Teil sogar um. Auch hier ist die Ursache noch nicht vollständig geklärt. Es zeichnet sich jedoch ab, dass unabhängig vom Geschlecht nach Gründen für Aggression bei psychiatrischen Patienten zu suchen ist. Soziodemographische und diagnosespezifische Faktoren scheinen hier eine größere Rolle zu spielen.

### 1.3.2 Autoaggressives Verhalten

Menahem et al. [46] untersuchten einen möglichen Zusammenhang zwischen aggressivem und autoaggressivem Verhalten. Sie postulierten, dass diesen beiden Arten der Gewalt unterschiedliche Verarbeitungsmechanismen zugrunde liegen: die Internalisierung bei autoaggressivem, die Externalisierung bei aggressivem Verhalten. Somit müsse autoaggressives Verhalten wie z.B. suizidale Handlungen seltener bei fremdaggressiven Patienten auftreten. Es ließen sich tatsächlich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe aggressiver und der Gruppe nicht-aggressiver Patienten hinsichtlich suizidaler Handlungen feststellen, obwohl frühere Studien dies belegt hatten [47; 48].

Risikofaktoren für Suizidversuche in der Allgemeinbevölkerung aufzudecken um entsprechend präventiv eingreifen zu können, war das Ziel der Studie von Blackmore et al. [49]. Ihre Studie zeigte, dass Frauen, getrennt Lebende oder Geschiedene, Arbeitslose, chronisch Kranke und von einer schweren depressiven Episode Betroffene ein signifikant höheres Risiko hatten, einen Suizidversuch zu unternehmen. Nicht allein psychische Erkrankungen erhöhten also das Suizidrisiko, auch psychisch Gesunde konnten aufgrund psychosozialer Faktoren und physischer Erkrankungen anfälliger für Suizidversuche sein.

Auch psychiatrische Patienten mit Suizidversuch in der Vorgeschichte wurden mit solchen Patienten verglichen, die keinen Suizidversuch unternommen hatten. Fennig et al. [50] stellten hier fest, dass antisoziales Verhalten und Angst geschlechtsunabhängig Einfluss auf suizidales Verhalten nahmen und sich bei Patienten nach Suizidversuch häufiger nachweisen ließen. Destruktives und antisoziales Verhalten bei Frauen sowie depressive Episoden bei Männern korrelierten positiv mit dem Auftreten von Suizidversuchen.

Rich et al. [51] untersuchten Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Auftretens von Suizidgedanken in der Allgemeinbevölkerung. Es zeigte sich, dass bei Frauen eher Angst vor dem Tod bzw. vor Verletzung, bei Männern hingegen Angst vor sozialer Missbilligung suizidale Gedanken verdrängten. Als wichtigste Risikofaktoren für einen Suizidversuch wurden von beiden Geschlechtern Depression, Hoffnungslosigkeit und Substanzmissbrauch angegeben, insgesamt kamen Suizidgedanken bei Frauen jedoch häufiger vor (57% vs. 46%).

Auch Stefanello et al. [52] versuchten Geschlechtsunterschiede bei Patienten nach Suizidversuch auszumachen. Bei Männern lag signifikant häufiger eine durch Alkoholmissbrauch oder Missbrauch illegaler Drogen induzierte psychische Erkrankung zugrunde, des Weiteren wurde Alkohol von Männern signifikant häufiger im Zusammenhang mit dem Suizidversuch eingesetzt. Betroffene Frauen berichteten signifikant häufiger über erfahrenen physischen oder sexuellen Missbrauch in der Vorgeschichte. Insgesamt wiesen Frauen in den eingesetzten Tests (WHO Well-Being-Index, Beck Depression Inventory, Psychiatric Disability Assessment Schedule) signifikant schlechtere Werte auf als die betroffenen Männer.

Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich des Suizidrisikos zeigten sich auch in der Studie von McGirr et al. [53]. Frauen waren seltener von Alkoholmissbrauch betroffen, wenn, dann jedoch häufiger im Zusammenhang mit einer manifesten depressiven Episode. Insgesamt zeigten Frauen geringere Impulsivität als Männer, der Anteil an sehr impulsiven Menschen war jedoch bei beiden Geschlechtern gleich und auch unabhängig vom Geschlecht mit Alkoholmissbrauch gekoppelt. Frauen zeigten eine höhere Prävalenz für Angsterkrankungen, unabhängig vom Geschlecht waren diese mit gewaltloseren



Suizidmethoden verbunden. Impulsivität und Alkohol kristallisierten sich also unabhängig vom Geschlecht als Risikofaktoren für Suizid heraus.

Hawton und Harriss [54] untersuchten in diesem Zusammenhang geschlechtsspezifische Unterschiede in verschiedenen Lebensphasen bei autoaggressiven Patienten in der Allgemeinbevölkerung. Sie stellten fest, dass sich zwar insgesamt eine höhere Rate an autoaggressiven Frauen feststellen ließ, diese jedoch von Lebensphase zu Lebensphase massiven Schwankungen unterlag. Am deutlichsten zeigten sich Geschlechtsunterschiede bei den 10 – 14jährigen (Verhältnis 8:1). Die weibliche Mehrheit nimmt aber im Laufe des Lebens kontinuierlich ab, bei den über 50jährigen sind Frauen schließlich sogar in der Minderheit (Verhältnis 0,8:1). Wunderlich et al. konnten schließlich die bislang genannten Ergebnisse in ihrer Studie bestätigen [55]. Frauen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, zeigten Suizidgedanken und unternahmen weitere Suizidversuche öfter und in einem jüngeren Alter als die untersuchten Männer. Frauen berichteten häufiger über sexuellen Missbrauch und Angsterkrankungen. Männer, die einen Suizidversuch unternommen hatten, berichteten häufiger über Substanzmissbrauch und finanzielle Probleme.

Die psychopathologischen Mechanismen, die zu suizidalen Gedanken bzw. zum Suizid führen, unterschieden sich sowohl bei psychiatrischen Patienten als auch innerhalb der Allgemeinbevölkerung. In der Mehrzahl der Fälle lagen psychiatrische, vor allem depressive Erkrankungen zugrunde. Substanzmissbrauch scheint eine große Rolle zu spielen, wobei letztendlich nicht geklärt werden konnte, ob Suizidalität aufgrund des Substanzmissbrauchs auftrat oder der Substanzmissbrauch Ausdruck einer Situation war, die letztlich zur Suizidalität führte. Nicht nur psychiatrische Erkrankungen, sondern vor allem soziodemographische Faktoren sollten bei der Prävention suizidalen Verhaltens ebenfalls bedacht werden.

#### **1.4 Philosophische und ethische Aspekte von Zwang und Zwangsmaßnahmen**

Dem Patienten einerseits größtmögliche Autonomie zu erhalten, andererseits aber auch aus therapeutischer Sicht so viel wie möglich für sein Wohlergehen tun zu wollen, ist ein Grundkonflikt der psychiatrischen Therapie. Kant [56] postulierte, dass ein Mensch nur dann aus freiem Willen heraus handelt, wenn er sich nicht aufgrund seiner Wünsche oder Begierden, sondern aus reinem Willen und auf der Grundlage eines allgemein-gültigen Gesetzes, also aufgrund moralischer Prinzipien, für etwas entscheidet. Mill [57] argumentierte, dass Macht gegenüber einem anderen Mitglied einer zivilisierten Gesellschaft nur zu einem einzigen Zweck gegen seinen Willen ausgeübt werden dürfe, nämlich um andere vor Schaden zu bewahren. Er fügte jedoch hinzu, dass Menschen, die zu jung, geistig zurückgeblieben oder verwirrt und Menschen, die vorübergehend nicht in der Lage sind, ihren freien Willen kundzutun, aufgrund dieser Tatsache eine Behandlung nicht versagt werden sollte.

Da ethische Aspekte gerade in der Psychiatrie eine wesentliche Rolle spielen, erließ die World Psychiatric Association (WPA) [58] deswegen 1977 bei ihrem 6. Weltkongress mit der „Declaration of Hawaii“ erstmals Richtlinien für die psychiatrische Therapie, den Umgang mit den Patienten und den Einsatz von Zwangsmaßnahmen, um somit unabhängig von rechtlichen, sozioökonomischen und kulturellen Unterschieden eine international geltende Grundlage zu schaffen. Zuletzt wurde 1996 eine Überarbeitung der „Declaration of Hawaii“, die „Declaration of Madrid“, vorgelegt [59], in der auch Richtlinien hinsichtlich spezieller Situationen, u.a. Euthanasie, Folter, Todesstrafe, Genforschung und Umgang mit den Medien festgelegt wurden.

Unabhängig davon ist in Deutschland gesetzlich festgelegt, dass jede Zwangsmaßnahme ärztlich anzuordnen und die davon betroffene Person entsprechend umfassend zu informieren und über die bestehenden Rechtsmittel aufzuklären ist. Gerade eingreifende Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen und Zwangsmedikationen sind sorgfältig zu dokumentieren und ständig auf ihre weitere Notwendigkeit zu überprüfen, ggf. sind die Patienten zu deren Schutz mittels Sitzwache zu überwachen.

Spricht man von Zwang, muss grundsätzlich zwischen Zwang im Rahmen der stationären Unterbringung, d.h. der Zwangsunterbringung, und Zwang während des stationären Aufenthaltes, den Zwangsmaßnahmen und –behandlungen, unterschieden werden. Zwangsbehandlungen haben im Gegensatz zu den Zwangsmaßnahmen vor allem therapeutischen Charakter.

Unter Zwangsmaßnahmen versteht man mehr oder weniger in die Persönlichkeitsrechte und die persönliche Freiheit eingreifende Maßnahmen, die gegen den erklärten derzeitigen Willen bzw. gegen den Widerstand des Patienten durchgeführt werden. Sowohl direkt ausgeführte Handlungen als auch Androhung von bestimmten Maßnahmen werden zu diesem Oberbegriff gerechnet. Das Feld der Zwangsmaßnahmen ist weit gestreut: Verweigerung von Ausgängen und Gartenbenutzung, Geld, Zigaretten und Medikamenten, Einschränkung des Kontaktes zu Familie und Freunden durch Telefon- und Besuchsverbot, Entzug persönlicher Gegenstände (z.B. Gürtel, Handy, Ausweis, Schlüssel, Geld, Armbanduhr), Entzug der persönlichen Freiheit durch (Video-)Überwachung, Einsperren, Bauch- und Extremitätengurte zur Fixierung, Bettgitter. Als Zwangsbehandlungen können z.B. Zwangsinfusionen oder –medikation und Zwangsernährung über entsprechende Sonden gelten. [60]

Nicht nur Patienten psychiatrischer Anstalten sind von den oben genannten Maßnahmen betroffen. Auch geriatrische Patienten, Bewohner von Altersheimen sowie Akutpatienten in somatischen Notfallsituationen sind des Öfteren diesen und ähnlichen Maßnahmen ausgesetzt. Gerade weil diese z. T. wesentlich in die gesetzlich festgelegten Grundrechte eines Menschen eingreifen, ist es wichtig die Verhältnismäßigkeit abzuwägen. Stets sollten Zwangsmaßnahmen als „ultima ratio“ nach Ausschöpfung aller anderen Deeskalationsmöglichkeiten erfolgen und

solche Maßnahmen gewählt werden, die dem Ausmaß der Gefährdung entsprechen. Es ist darauf zu achten, dass die körperliche Unversehrtheit des Patienten gewährleistet ist, d.h. Verletzungen und Komplikationen (z.B. durch Druck entstehende lagerungsbedingte Nervenschäden bei längerer Fixierung, schmerzhaftes Prellungen oder Frakturen) ausgeschlossen werden. Nie dürfen Zwangsmaßnahmen zur bloßen Disziplinierung erfolgen [61]. Dies ist als gesetzwidrig einzustufen.

Häufig ist aus medizinisch-ethischer und rechtlicher Sicht die Entscheidung für Zwangsmaßnahmen schwierig. Um vor ungerechtfertigten Zwangsmaßnahmen zu schützen, hat der Gesetzgeber rechtliche Grundlagen erlassen. Gerade weniger eingreifende oder „disziplinarische Maßnahmen“, auch wenn dieses von Rechts wegen eigentlich gar nicht ergriffen werden dürften, können aber diesem Gesetz entgehen. So kann auch schon das Festlegen einer strikten „Betruhezeit“ in einem Altersheim als die persönliche Freiheit beschränkend empfunden werden und der Zwang zur Benutzung einer Bettschüssel oder Windel statt des Toilettengangs in Begleitung die Betroffenen beschämen. Psychiatrische Patienten auf Akutstationen müssen meist als gefährlich eingestufte Gegenstände wie Gürtel, Schnürsenkel, Rasierklingen, aber auch ihr Geld aushändigen und erhalten nur auf Anfrage Zugriff auf ihre persönlichen Gegenstände, was oftmals als Entmündigung und Abhängigkeit erlebt wird. Nicht allein die rechtliche Einteilung in „freiwillig“ und „unfreiwillig“ stationär aufgenommene Patienten hat jedoch den größten Einfluss auf die Wahrnehmung von Zwang von Seiten des Patienten, sondern die Art und Weise des ausgeübten Zwangs. Als negativ werden Drohungen und Gewaltanwendung empfunden, als positiv Überzeugung und Beeinflussung bzw. das Setzen von Anreizen [62; 63].

## **1.5 Gesetzliche Grundlagen**

Das Grundgesetz legt in 19 Artikeln die Grundrechte der Bürger der Bundesrepublik Deutschland fest. Durch allgemeine Gesetze können diese Grundrechte eingeschränkt werden, sofern der Wesensgehalt des Grundrechtes durch diese Einschränkung nicht angetastet wird.

Gerade weil psychische Erkrankungen des Öfteren mit mangelnder oder fehlender Krankheitseinsicht einhergehen [64; 65], obliegt es dem behandelnden Arzt nach dem vermeintlichen Willen des Betroffenen zu handeln, selbst wenn dabei dessen Grundrechte eingeschränkt werden müssen - sei es zum Schutz des Patienten selbst oder zum Schutze seines Umfeldes. Dieses Vorgehen ist gesetzlich jedoch nur im Notfall, also in Situationen in denen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit des Patienten besteht, vorgesehen. Der Aspekt der Ethik nimmt daher einen wesentlich größeren Stellenwert ein als in den meisten anderen medizinischen Disziplinen.

### 1.5.1 Zwangsunterbringung

Unter dem Begriff „Unterbringung“ versteht man die zwangsweise Einweisung eines Patienten in eine geschützten Abteilung einer psychiatrischen Anstalt, wenn der Betroffene aufgrund seiner Erkrankung nicht mehr selbst dazu in der Lage ist, die Schwere seiner Erkrankung einzusehen und entsprechende Entscheidungen zu treffen oder wenn erhebliche Gefahr für den Betroffenen selbst bzw. sein Umfeld besteht. Eine ambulante Zwangsbehandlung ist nach deutscher Rechtsprechung unzulässig [66]. Heilbehandlungen, die gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden, greifen stets in die Grundrechte auf Freiheit und körperliche Unversehrtheit ein. Es besteht jedoch in gewissen Grenzen bezüglich der ärztlichen Behandlung „Freiheit zur Krankheit“ [67]. Eine Einweisung zur stationären Zwangsbehandlung ist nach dem Maßstab der Verhältnismäßigkeit nur dann gestattet, wenn von einem nicht-einwilligungsfähigen Patienten erhebliche Eigen- bzw. Fremdgefahr ausgeht. Eine bloße Vermögensgefährdung oder drohende Verfestigung der Krankheit reicht meist nicht aus [68; 69]. Die Entscheidung über die Notwendigkeit einer Zwangsbehandlung obliegt nicht dem behandelnden Arzt, sondern wird in Abhängigkeit von Landes- bzw. Bundesrecht von Verwaltungsbehörden getroffen.

Grundsätzlich gibt es in der Bundesrepublik Deutschland drei rechtliche Arten, eine Zwangsunterbringung zu veranlassen:

- Fürsorgliche Unterbringung nach §1906 BGB [70], die nur bei Eigengefährdung im Sinne von Lebens- oder erheblicher Gesundheitsgefahr bzw. aufgrund dringender medizinischer Behandlungsbedürftigkeit des Betroffenen zulässig ist.
- Unterbringung entsprechend der Landesgesetze für Hilfen und Schutzmaßnahmen psychischer Kranke (Psychischkrankengesetz [PsychKG]; in Bayern, Baden-Württemberg und im Saarland Unterbringungsgesetz [UBG], in Hessen Freiheitsentziehungsgesetz [HFEG]) aufgrund der Gefährdung fremder oder eigener Rechtsgüter bei schwerwiegenden krankheitsbedingten Ursachen.
- Strafrechtliches Sicherungsverfahren nach §§61 ff. StGB [71], wenn eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§21) begangen wurde [72; 73].

Alle genannten Arten der Zwangsunterbringung bedürfen der Zustimmung und Anordnung durch das zuständige Gericht. Der Betroffene ist vom zuständigen Richter selbst anzuhören und über bestehende Rechtsmittel aufzuklären, ihm ist ein Rechtspfleger zur Seite zu stellen. Die behandelnden Ärzte haben gutachterlich Stellung zur Situation zu nehmen. Nur im Notfall, d.h.

aufgrund von akuter Gefährdung, ist die Unterbringung ohne vorliegenden richterlichen Beschluss zulässig, dieser ist jedoch unverzüglich, spätestens bis zum Ablauf von 24 Stunden, nachzuholen. Geschieht dies nicht ist der Betroffene zu entlassen.

#### 1.5.2 Fürsorgliche Unterbringung nach BGB §1906:

Für die fürsorgliche Unterbringung nach BGB §1906 [70] bestehen bundeseinheitliche Regelungen. Sie setzt voraus, dass dem Betroffenen ein gesetzlicher Betreuer zur Seite gestellt wurde. Diese amtliche Betreuerbestellung erfolgt dann, wenn ein Volljähriger aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann und andere nicht gesetzlich festgelegte Hilfsangebote wie z.B. Hilfen in der Familie, der Nachbarschaft oder Hilfe durch öffentliche Träger zur Erledigung dieser Angelegenheiten nicht mehr ausreichen. Die Betreuung erfolgt für einen oder mehrere Teilbereiche: Vermögensvorsorge, Aufenthaltsbestimmung, Sorge für die Gesundheit sowie sonstige Aufgabenbereiche wie z.B. Vertretung in Gerichts- und Verwaltungsverfahren, Geltendmachung von Nachlasssachen und Regelung von Wohnungsangelegenheiten.

Die zwangsweise Betreuerbestellung darf nur dann erfolgen, wenn der Betroffene krankheitsbedingt keinen freien Willen bilden kann und ist auf den Zeitraum der anzunehmenden Krankheitsdauer zu begrenzen. Sie ist nur zulässig, solange sie dem Wohl des Betreuten dient. Gegen den erklärten freien Willen des Betroffenen darf der Betreuer nicht handeln. Obliegt dem Betreuer die Sorge für Gesundheit und Aufenthaltsbestimmung des Betreuten und kann dieser aufgrund seiner Erkrankung keinen freien Willen äußern, kann der Betreuer die Zwangsunterbringung in eine psychiatrische Anstalt beantragen. Besteht noch kein Betreuungsverhältnis, kann dieses z.B. von den behandelnden Ärzten, jedoch auch von jeder anderen Person, die in nahem Verhältnis zu der betroffenen Person steht, beantragt werden. Die Entscheidung wird von dem zuständigen Vormundschaftsgericht getroffen.

Eine Unterbringung nach BGB kann nur aufgrund von Eigengefährdung erfolgen, d.h. bei erheblicher Gefahr für Gesundheit oder Leben des Betreuten. Stets bleibt aber abzuwägen, ob die Schwere der Gefährdung den Eingriff in die persönliche Freiheit des Betroffenen rechtfertigt. So bleibt es der Entscheidung des Richters vorbehalten, ob die drohende Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung oder Behinderung bzw. tief greifende Persönlichkeitsveränderungen freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig machen. Allein die Möglichkeit, dass ein Schaden für den Betroffenen entstehen könnte reicht meist nicht aus. Es muss vom Gericht hier streng nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit abgewogen und entschieden werden. So kann z.B. das krankheitsbedingte Leben in verwaarloster, nach der

allgemeinen Wertung menschenunwürdiger Umgebung zwar als Unterbringungsgrund ausreichen, auch hier bleibt der Entschluss jedoch letztlich dem Richter überlassen. Alternative ambulante Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten sind stets vor dem Entschluss zur Zwangsunterbringung zu prüfen.

### 1.5.3 Unterbringung entsprechend der Landesgesetze für Hilfen und Schutzmaßnahmen psychischer Kranke

In Deutschland existieren bundeslandspezifische Gesetze für die Unterbringung psychisch Kranker (Psychischkrankengesetz, Unterbringungsgesetz, Freiheitsentziehungsgesetz, s.o.). Im Folgenden wird auf das Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Bundeslandes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA) Bezug genommen [74].

Auf Antrag der zuständigen Verwaltungsbehörde kann entsprechend der jeweiligen Landesgesetze sowohl aufgrund der Gefährdung von bedeutenden Rechtsgütern anderer (Fremdgefährdung), als auch aufgrund von Gefährdung des Betroffenen selbst (Eigengefährdung) untergebracht werden. Das Gesetz gilt für Betroffene, die an Psychosen, Suchterkrankungen, anderen seelischen oder geistigen Erkrankungen sowie seelischen oder geistigen Behinderungen leiden oder gelitten haben. Wie bei der Unterbringung nach BGB §1906 sind vorher alle ambulanten Therapie- und Versorgungsmöglichkeiten zu prüfen, die Zwangsunterbringung hat nur dann zu erfolgen, sollten diese keinen Erfolg versprechen.

Besondere Sicherungsmaßnahmen wie die Wegnahme persönlicher Gegenstände, Aufenthaltsbeschränkung, Absonderung oder Fixierung sind nur bei gegenwärtig bestehender Gefahr für den Betroffenen oder sein Umfeld zulässig. Diese müssen vom verantwortlichen Arzt angeordnet werden. Das Gesetz regelt außerdem das Recht auf persönliche Habe, Besuchsrecht, Postverkehr und Telekommunikation, das Recht auf Beurlaubung und die Einschränkung von Grundrechten.

Die Unterbringung wird für einen festgesetzten Zeitraum bestimmt, die Voraussetzungen für die Verlängerung der Unterbringung sind regelmäßig während des Aufenthaltes und nach Ablauf der Frist erneut zu prüfen. Fallen die zur Zwangsunterbringung führenden Gründe weg, ist die Unterbringung aufzuheben.

#### 1.5.4 Strafrechtliches Sicherungsverfahren

Wurde eine Straftat im Zustand der Schuldunfähigkeit bzw. der verminderten Schuldfähigkeit aufgrund einer „krankhaften seelischen Störung, einer tief greifenden Bewusstseinsstörung, von Schwachsinn oder anderen schweren seelischen Abartigkeiten“ begangen und wird durch einen psychiatrischen Gutachter und richterlich bestätigt, dass der Täter aufgrund von mindestens einem dieser vier Merkmale unfähig oder erheblich eingeschränkt war, das Unrecht seiner Tat zu begreifen und dementsprechend zu handeln [72; 73] und ist davon auszugehen, dass von dem Täter ohne entsprechende Maßnahmen weiterhin Gefahr für die Allgemeinheit ausgeht, kann die Unterbringung in eine psychiatrische Anstalt im Rahmen des Maßregelvollzugs erfolgen um eine Wiederholung der Straftat zu vermeiden [75]. Ähnliches gilt für die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt bei bestehender Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, wenn die begangene Tat in wesentlichem Zusammenhang zur Abhängigkeitserkrankung des Täters gesetzt wird. Eine entsprechende Therapie kann aber bei Aussichtslosigkeit bei bestehender Unfreiwilligkeit von Seiten des Patienten auch unterbleiben [76].

### 1.6 Epidemiologie der und Gründe für eine Zwangseinweisung

#### 1.6.1 Allgemeines

Wie in keiner anderen medizinischen Fachrichtung stellt die im Vergleich zu den Patienten anderer Disziplinen oft fehlende Krankheitseinsicht psychiatrischer Patienten [64; 65] eine große Herausforderung für Ärzte und Pflegepersonal dar. Werden Therapieangebote von den Patienten nicht wahrgenommen, drohen einerseits durch die Chronifizierung der Erkrankung langfristig ein schlechterer Verlauf und möglicherweise bleibende Schäden, die auch in einem Autonomieverlust resultieren können, andererseits Beeinträchtigungen im sozialen Netzwerk. Durch die Möglichkeit einer zwangsweisen Hospitalisierung wird versucht, zum Teil auch gegen den Willen des Patienten, medikamentös die Regredienz der Krankheitssymptome und somit evtl. eine vermehrte Einsicht des Patienten in die bestehende Krankheit zu erreichen.

Die Einstellungen des Klinikpersonals und aller, freiwillig oder unfreiwillig stationären Patienten hinsichtlich der Rechte von psychiatrischen Patienten scheinen sich jedoch deutlich sowohl innerhalb eines Landes als auch im Ländervergleich zu unterscheiden. Roe et al. [77] zeigten, dass die befragten Patienten signifikant seltener als das Personal unfreiwilliger Hospitalisierung sowie dem Einsatz von Zwang und Fixierung zustimmten und den Schutz der

Privatsphäre höher bewerteten. Das ärztliche und pflegerische Personal vertrat eher die Meinung, dass die Patientenrechte dann eingeschränkt werden sollten, wenn die klinische Notwendigkeit dafür bestünde. Die Patienten stimmten mit dem Pflegepersonal jedoch darin überein, dass betroffene Patienten das Recht haben müssen, umfassend über ihre Erkrankung und die Möglichkeiten der Behandlung aufgeklärt zu werden sowie ggf. Therapiemaßnahmen ablehnen zu können.

Von einer Zwangseinweisung betroffene Patienten berichten in einer Studie von Johansson und Lundman [78] an negativen Aspekten vor allem über das Gefühl, als Person nicht wahrgenommen, ihrer persönlichen Freiheit beraubt und in ihrer Integrität verletzt worden zu sein. Aber auch positive Gesichtspunkte werden berichtet, wenn den Patienten respektvoll und mitfühlend gegenüber getreten wurde und ihnen im Verlauf Möglichkeiten eröffnet wurden, wieder für sich selbst zu sorgen. Jedoch sah nur etwa die Hälfte der Patienten, die zunächst zwangsweise untergebracht werden, im Nachhinein diese Maßnahme als gerechtfertigt an [79].

#### 1.6.2 Zahlen und Daten zur Zwangseinweisung

Die Häufigkeiten von Zwangseinweisungen variierten sowohl zwischen den Staaten, als auch innerhalb Deutschlands von Bundesland zu Bundesland. Riecher-Rössler und Rössler [80] beschrieben, gemessen an der Zahl aller psychiatrischen Aufnahmen, Anteile von Zwangseinweisungen zwischen 2,8% in Bremen und 44,8% im ehemaligen West-Berlin. In anderen Ländern, z.B. in Schweden zeigte sich ebenfalls eine große Varianz zwischen verschiedenen Krankenhäusern [81]. Auch innerhalb der europäischen Länder variierten die Daten sehr. Insgesamt lässt sich aber sagen, dass aufgrund der inhomogenen rechtlichen Kriterien in den verschiedenen Staaten und des unterschiedlichen Aufnahmeprozesses Vergleiche nur sehr schwer zu ziehen sind [82]. Länder, in denen zwingend ein Vertreter der Exekutive bei der Aufnahme anwesend sein muss, zeigten aber niedrigere Raten an Zwangseinweisungen [83]. In vielen europäischen Ländern ließ sich jedoch nachweisen, dass die Anzahl der Zwangseinweisungen trotz klarer gesetzlicher Regelungen und verbesserter ambulanter Versorgungsstrukturen zunimmt, so in Deutschland [84] und England nach der Einführung des Mental Health Act 1983 [85]. Die Gründe für diesen Anstieg sind letztlich noch nicht aufgeklärt. Einerseits wurde diskutiert, dass die Abnahme der Verfügbarkeit psychiatrischer Betten die Konsequenz hatte, dass aufgrund von Behandlungsverzögerungen durch fehlende Aufnahmekapazität die bestehende Krankheit zum Aufnahmezeitpunkt schon in ausgeprägter und schwerer Form vorlag und den Patienten in seiner Einsichtsfähigkeit stärker beeinträchtigte. Andererseits wurden der durch die Öffentlichkeit bestehende Druck, sie vor den vermeintlich gefährlichen psychisch Kranken zu beschützen und der ansteigende Anteil schizophrener Patienten, die Drogen oder Alkohol missbrauchen und sich dadurch mit



florideren Krankheitssymptomen präsentierten von Will et al. [85] als mögliche Ursachen angeführt.

In einem Diskussionspapier postulierte Müller [86], dass die Anzahl der Zwangsunterbringungen pro Einwohner trotz relativ gleich bleibender Bevölkerungszahl und relativ konstant bleibendem Auftreten von schweren psychischen Erkrankungen seit Anfang der 90er Jahre zunahm. Dies sah er als Resultat der veränderten Behandlungssituation: auf kürzere stationäre Behandlungen ohne ausreichenden Nachbehandlung, eine unzureichende ambulante psychiatrische Versorgung und fehlende psychiatrische Akutintervention folgte häufig rasch die Wiederaufnahme. Aus gesetzlicher Sicht wurde zudem das Verfahren der Zwangsunterbringung insgesamt erleichtert [87]. Es ist auch wahrscheinlich, dass dadurch Maßnahmen nun verstärkt offen gelegt wurden, die ohnehin auch ohne rechtliche Absicherung ergriffen worden wären. Zudem zeigte sich auch in der Allgemeinbevölkerung eine zunehmende Trendwende hin zu Sicherheit und Kontrolle. Maßnahmen wie die Zwangsunterbringung würden daher von breiter Masse akzeptiert.

Dressing und Salize [86] betonten hingegen in dem selben Text, dass zwar die Zwangsunterbringungsrate, d.h. die Anzahl der Zwangsunterbringungen relativ zur Bevölkerung, seit Anfang der 90er Jahre zunahm, jedoch die Zwangsunterbringungsquote, also der prozentuale Anteil zwangsuntergebrachter Patienten an der Gesamtheit aller stationär-psychiatrischen Patienten, in allen Ländern gleich blieb, auch in denen, in denen die Unterbringungsrate zunahm. Sie sahen dies als Ausdruck immer kürzerer Verweildauern im Krankenhaus mit daraus resultierenden häufigeren Wiederaufnahmen. Kritisch standen sie der Argumentation gegenüber, dass Zwangseinweisungen einem vermehrten Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung geschuldet wären und Psychiater dementsprechend handelten. Insgesamt fehlten jedoch bislang aussagekräftige und vergleichbare Studien zwischen den europäischen Ländern, die verlässlichere Aussagen zulassen würden.

### 1.6.3 Gründe für eine Zwangseinweisung

Welche soziodemographischen und klinischen Faktoren zwangsweise psychiatrisch eingewiesene Patienten kennzeichneten, war Gegenstand einer Studie von Ishizuka et al. [88]. Vier wesentliche Faktoren schienen bei der Wahrscheinlichkeit einer Zwangseinweisung beteiligt zu sein: die Compliance hinsichtlich der verordneten Medikation, das Vorhandensein einer regelmäßigen ambulanten psychiatrischen Betreuung, (Auto-) Aggression in der Vorgeschichte und die Wohnsituation bzw. die Lebensumstände.

In der Studie von Hansson et al [81] zeigten sich zwei Faktoren als wesentlich wenn Patienten zwangseingewiesen wurden: die Art der psychiatrischen Betreuung in die der Patient

eingebunden war und die Diagnose einer psychotischen Erkrankung. Soziodemographische Faktoren zeigten sich hier von eher untergeordneter Bedeutung.

Auch Webber und Huxley [89] untersuchten in einer Fall-Kontroll-Studie die Tatsache, dass Zwangseinweisungen in sozial benachteiligten Regionen Englands und Wales' häufiger sind. Dies geschah unter der Annahme, dass soziodemographische Faktoren hier eine wesentliche Rolle spielten. Sie fanden vier Risikofaktoren für eine Zwangsunterbringung: die durch den aufnehmenden psychiatrisch-tätigen Arzt zum Vorstellungszeitpunkt getroffene Einschätzung als selbst- oder fremdgefährdend, bipolar-affektive Störungen, Nicht-Weiße britische Staatsbürger und fehlende soziale Unterstützung.

In einer deutschen Studie [90] ließ sich das Risiko einer Zwangseinweisung ebenfalls auf drei wesentliche Faktoren reduzieren: die Diagnose Schizophrenie bzw. paranoide Störung, männliches Geschlecht und Wohnungslosigkeit, die vor allem bei jungen Männern mit schlechter Berufsausbildung vorkam.

Stuppäck et al. [91] fanden im Wesentlichen eine enge Korrelation zwischen zwangsweiser Unterbringung und mit Alkoholmissbrauch assoziierten Erkrankungen bei Männern sowie endogenen Psychosen bei Frauen.

Mit einem direkten Vergleich zwischen schwedischen und italienischen Patienten zeigten Perris et al [92], dass in beiden Ländern die Mehrheit der von der Zwangseinweisung betroffenen Patienten den unteren sozialen Gruppen angehörten und ein geringes Bildungsniveau vorzuweisen hatten. „Merkwürdiges“ oder „unangebrachtes Verhalten“ führte in Schweden, befürchtete oder bereits bestehende Fremdgefährdung in Italien am häufigsten zu einer zwangsweisen Unterbringung. Die betroffenen schwedischen Patienten lebten häufiger alleine, ihre Zwangsunterbringung wurde dementsprechend auch häufiger von nicht-verwandten Personen angeregt und die Patienten in Begleitung von medizinischem oder im sozialen Bereich Tätigen in die Klinik gebracht.

Isohanni et al. [93] untersuchten eine kleine Gruppe von Patienten, die nicht aufgrund einer Psychose zwangsweise stationär untergebracht wurde. Das Bestehen einer Psychose wurde als starker Einflussfaktor gewertet und deswegen ausgeschlossen. Die Zwangseinweisung wurde in diesem Fall aus anderen Gründen als klinische Notwendigkeit angesehen. In dieser Gruppe befanden sich vor allem Patienten mit schlechter Berufsausbildung, Frauen und Patienten, die in ländlichen Gebieten wohnten.

Rabinowitz et al. [94] verglichen Charakteristika freiwillig und unfreiwillig aufgenommener Patienten. Es zeigte sich, dass bei freiwillig vorstellig gewordene Patienten signifikant häufiger eine affektive Störungen oder Suizidalität diagnostiziert wurde, Ehe- oder familiäre Probleme eine signifikant größere Rolle spielten und diese Patienten signifikant häufiger älter als 60 Jahre waren. Unfreiwillige Aufnahmen kamen signifikant häufiger bei Patienten mit schizophrener Symptomatik und bei den Patienten vor, die via Polizei oder Gericht der

psychiatrischen Behandlung zugeführt wurden. Wurde aus medizinischer Sicht die unfreiwillige Einweisung notwendig, so war dies signifikant häufiger mit einem Alter unter 20 Jahren, zwischenmenschlichen Stresssituationen, Suizidrisiko, organischen Psychosen, Gewalt in der Vorgeschichte und einer manischen oder schizophrenen Episode assoziiert.

Segal et al. [95] gingen der Frage nach, welche Faktoren dazu führten, dass ein Patient innerhalb von 12 Monaten nach freiwilliger Erstvorstellung in einer psychiatrischen Notaufnahme zwangseingewiesen wurde. Insbesondere wurde untersucht, ob die Vorgabe, einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden bzw. möglichst kurz zu gestalten, eine Rolle spielte. Ein kurzer stationärer Aufenthalt von bis zu sechs Tagen zeigte keinen prophylaktischen Effekt. Die Autoren fanden heraus, dass vor allem die Diagnose einer psychotischen Erkrankung sowie Anzeichen von Fremdgefahr bei der initialen Vorstellung die Wahrscheinlichkeit einer Zwangseinweisung innerhalb des folgenden Jahres erhöhten. Insgesamt zeigte sich also der Zustand, in dem sich der Patient bei freiwilliger Erstvorstellung befand, als am aussagekräftigsten für die spätere Notwendigkeit einer Zwangsunterbringung. Insgesamt wurde fast ein Drittel der untersuchten Patienten innerhalb eines Jahres zwangsweise stationär aufgenommen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Thema Zwangseinweisung ein hochaktuelles ist. Sowohl soziodemographische Faktoren, insbesondere das soziale Umfeld und die ambulante psychiatrische Betreuungssituation, als auch krankheitsspezifische Einflüsse wie produktiv-psychotische Symptome, Drogen und Alkohol und nicht zuletzt die Präsentation des Patienten als (auto-)aggressiv spielen eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung für die zwangsweise Unterbringung. Länderspezifische Differenzen hinsichtlich der Zahlen sind aktuell am ehesten den stark variierenden rechtlichen Vorgaben geschuldet, aber auch innerhalb eines Landes variiert aus noch nicht vollständig geklärten Ursachen die Häufigkeit der Zwangseinweisung von Region zu Region. Insgesamt wird von vielen Ländern eine steigende Inzidenz von Zwangsunterbringungen berichtet. Auch die Ursachen hierfür sind jedoch noch nicht zufrieden stellend untersucht.

## **1.7 Studien zum Thema Zwangsmaßnahmen**

Steinert und Gebhardt [96] untersuchten, welche Patienten von Zwangsmaßnahmen insbesondere betroffen waren. In der von ihnen untersuchten Gruppe war dies etwa ein Viertel. Bei den Betroffenen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang mit einem höheren Schweregrad psychopathologischer Symptome und mit aggressivem Verhalten.

Andere Studien bestätigten zwar, dass psychotische Symptome häufiger Isolierungen oder Zwang erforderlich machten [97], sich aber insgesamt allein anhand des freiwilligen oder unfreiwilligen Aufenthaltes bzw. dem Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer Psychose keine Aussagen zur Wahrscheinlichkeit des Einsatzes von Zwangsandrohungen oder manifestem Zwang gegenüber den Patienten treffen ließen.

Nielssen et al. [98] untersuchten die Häufigkeit des intravenösen Einsatzes sedierender Medikamente und die Gründe dafür. Im untersuchten Kollektiv erhielt mehr als ein Viertel der zwangsuntergebrachten Patienten während des stationären Aufenthaltes mindestens einmal intravenös eine Sedierung. Als häufigster Grund wurde bedrohliches Verhalten von Seiten des Patienten genannt. Patienten mit manischen Symptomen oder einer Intoxikation waren signifikant häufiger betroffen.

Kjellin et al. [99] befragten psychiatrische Patienten zu ihren Empfindungen hinsichtlich des Nutzens bzw. der Kehrseite des stationären Aufenthalts. Mehr als die Hälfte der freiwilligen und ein Drittel der zwangsweise eingewiesenen Patienten berichtete, eine Verbesserung ihrer Situation, also ausschließlich Nutzen von der Behandlung erfahren zu haben. Ein Viertel der unfreiwillig eingewiesenen und 13% der freiwillig stationären Patienten berichtete, durch die Behandlung keinerlei Nutzen erfahren und die Behandlung als nachteilig empfunden zu haben. Zwangsweise eingewiesene Patienten bewerteten die Behandlung also insgesamt kritischer.

Auch Olofsson und Jacobsson [100] befragten von einer Zwangsunterbringung und Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten hinsichtlich ihrer Erlebnisse. Die meisten Patienten berichteten, sich subjektiv nicht als Mensch behandelt gefühlt zu haben, nicht in ihre Behandlung einbezogen und als minderwertig betrachtet worden zu sein. Die Behandlung selbst wurde als irrelevant für den Krankheitsverlauf und insgesamt schlecht beurteilt. In einer anderen Studie verglichen Olofsson und Norberg [101] Berichte von Patienten, Pflegepersonal und Ärzten hinsichtlich einer Situation, die zu einer Zwangsmaßnahme führte. Während die Patienten sich in der beschriebenen Situation engeren menschlichen Kontakt mit Pflegepersonal und Ärzten gewünscht hätten, berichteten das Pflegepersonal und die Ärzte, dass das Herstellen eines derartigen Kontaktes ihnen in diesem Moment unmöglich gewesen sei. Menschlicher Kontakt gab den Patienten ein Gefühl von Sicherheit und milderte ihr Unbehagen. Insgesamt taten sich Pflegepersonal und Ärzte leichter damit, Zwangsmaßnahmen gegen ihnen bekannte Patienten anzuwenden. Die angewandten Maßnahmen wurden dann auch weniger eingreifend gewählt. Es finden sich jedoch auch Unterschiede hinsichtlich der Wahrnehmung erfahrenen Zwangs [102]: zum Teil wurde erfahrener Zwang von den Patienten nicht berichtet (falsch negativ), zum Teil wurden Situationen beschrieben, die von ärztlicher und pflegerischer Seite nicht bestätigt werden konnten (falsch positiv), zudem werden Situationen vom Patienten oftmals anders interpretiert und verstanden. Patienten, die sich respektvoll behandelt und gut informiert fühlten, zeigten meist auch eine positive Einstellung

hinsichtlich des stationären Aufenthaltes [103], während Patienten, die keinen Grund für eine stationäre Behandlung sahen, öfter von wahrgenommenem Zwang und Drohungen berichteten [79].

Zusammenfassend kann man also sagen, dass Zwang entweder gegen den Willen eines Patienten mit dem Ziel zu therapieren ausgeübt wird oder um als „ultima ratio“ Schutz vor Eigen- oder Fremdgefährdung zu bieten. Wie Zwangsmaßnahmen und -behandlungen durchgeführt werden, insbesondere wie respektvoll mit dem Patienten während der Maßnahme bzw. danach umgegangen wird, spielte eine große Rolle dafür, wie der Patient im Nachhinein den Aufenthalt erinnerte. Weil den behandelnden Ärzten die Mittel von Zwangseinweisung und -maßnahmen offen standen und sie als Beurteilende über die psychische Gesundheit eines Menschen entschieden, fühlten sich psychisch Kranke häufig in ein Abhängigkeitsverhältnis gedrängt, das mit der Erziehung eines Kindes innerhalb der familiären Strukturen verglichen werden kann. Fehlverhalten konnte „bestraft“, gewünschtes Verhalten „belohnt“ werden. Ein großer Teil psychiatrischer Patienten war zu irgendeinem Zeitpunkt Zwangsmaßnahmen oder -behandlungen ausgesetzt. Wurden bestimmte ethische Grundsätze bei der Umsetzung dieser Maßnahmen nicht eingehalten, konnte bei dem Betroffenen jedoch auch dadurch ein psychischer Schaden entstehen, wie Gardner et al. zeigen konnten [79].

## **2. Fragestellung und Ziele der Arbeit**

Anhand der vorliegenden Literatur zeigt sich, dass die Ursachen für Aggressionen und Gewalt bei psychiatrischen Patienten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ein Gebiet der Forschung darstellen, in dem vieles noch ungeklärt scheint. Oftmals resultiert aus aggressiven Verhalten die Ausübung von Zwang, sei es durch Zwangseinweisung, Zwangsbehandlung oder Zwangsmaßnahmen. Aggressionen innerhalb des therapeutischen Verhältnisses sind jedoch nicht nur Patientenmerkmal oder Ausdruck der Krankheit, sondern stets ein interaktives Geschehen [104].

Sowohl geschlechtsspezifische, als auch soziodemographische und diagnosespezifische Faktoren scheinen einen Einfluss auf das Auftreten aggressiven Verhaltens und die folgenden Maßnahmen, nicht zuletzt die stationäre Zwangsunterbringung selbst zu haben. Diese Arbeit hat thematisiert daher geschlechts- und diagnosespezifische Unterschiede sowie Unterschiede zwischen Patienten die vor bzw. während des stationären Aufenthaltes zwangsweise untergebracht wurden. Dabei wurden folgende Thesen aufgestellt:

1. Von einer Zwangsunterbringung betroffene Frauen und Männer unterscheiden sich in der Unterbringungssituation hinsichtlich der Einschätzung ihres Zustands als fremdaggressiv oder eigengefährdend.
2. Zwangsuntergebrachte Männer und Frauen unterscheiden sich weder hinsichtlich des psychopathologischen Befundes bei Aufnahme noch hinsichtlich der zugeordneten Diagnose.
3. Männer und Frauen, die von einer Zwangsunterbringung betroffen sind, unterscheiden sich während des stationären Aufenthaltes nicht hinsichtlich des Auftretens von fremd- oder autoaggressiven Handlungen.
4. Die Diagnosen, die zur Zwangseinweisung führten, unterscheiden sich hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens in der Gruppe der zwangsuntergebrachten Patienten und hinsichtlich des Auftretens von Eigen- oder Fremdgefährdung.
5. VSA und WSA unterscheiden sich hinsichtlich der Einweisungsumstände, des psychopathologischen Aufnahmebefundes und der gestellten Entlassungsdiagnose.
6. VSA und WSA unterscheiden sich hinsichtlich des Verlaufes des stationären Aufenthalts und den Zeiträumen für Zwangsunterbringung und Gesamtaufenthalt.

Die Erforschung dieser wechselseitigen Zusammenhänge kann dazu beitragen, dass Verständnis für psychiatrische Patienten zu erweitern und somit ggf. präventiv eingreifen zu können. Im Einzelnen sollen folgende Fragen untersucht werden.

### 3. Material und Methoden

#### 3.1 Stichprobe

Es wurde ein Kollektiv von Patienten, die im Zeitraum vom 01.01.2000 bis zum 31.12.2005 zwangsweise in die Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Halle (Saale) eingewiesen wurden retrospektiv untersucht.

Zum Einzugsgebiet der Klinik gehörten und gehören die Stadt Halle (Saale) sowie der die Stadt umgebende Saalkreis. Zwangseingewiesene Patienten wurden zunächst auf eine der beiden geschützten Stationen des Hauses aufgenommen, nach Aufhebung der Unterbringung konnte dann gegebenenfalls die Verlegung auf eine offene Station bzw. auch die Entlassung in die Häuslichkeit direkt von der geschützten Station aus erfolgen.

Die sogenannten geschützten Stationen verfügten im Erhebungszeitraum über eine Bettenkapazität von 17 Betten pro Station. Es handelte sich um gemischt-geschlechtliche Stationen mit zwei bis drei Betten pro Zimmer sowie zwei Überwachungsräumen pro Station mit jeweils einem Bett.

Im genannten Zeitraum wurden auf allen Stationen des Hauses insgesamt 8370 Aufnahmen gezählt, bei 585 Fällen wurde eine zwangsweise Unterbringung auf einer der beiden geschützten Stationen erforderlich (siehe Tabelle 1). Sowohl die absoluten, als auch die relativen Fallzahlen für Zwangsunterbringungen nahmen im Untersuchungszeitraum ab.

***Tabelle 1: Fallzahlen 2000-2005***

	<u>2000</u>	<u>2001</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>gesamt</u>
Anzahl aller Fälle:	1264	1450	1426	1374	1324	1532	8370
Anzahl der Zwangsunterbringungen:	134	121	97	88	75	70	585
	(10,60%)	(8,34%)	(6,80%)	(6,40%)	(5,66%)	(4,57%)	(6,99%)

Bei Patienten, die aus der häuslichen Umgebung zwangsweise in die Klinik eingewiesen wurden, erfolgte die Zwangseinweisung in der Regel durch den Notarzt oder den zuständigen Arzt eines anderen Hauses. Bei Patienten, die bereits stationär-psychiatrisch aufgenommen waren, erfolgte die Zwangseinweisung durch den behandelnden psychiatrischen Arzt. In der Klinik war und ist es üblich, dass die betroffenen Patienten von den behandelnden Ärzten der geschützten Station an zentraler Stelle der Klinik gemeldet werden. In diesem zentralen Register wurden handschriftlich Name, Vorname, Geburtsdatum, Datum der stationären

Aufnahme, einweisender Arzt, Datum der richterlichen Einweisung sowie Festlegungen zur richterlichen Einweisung (z.B. Einweisung nach PsychKG oder BGB, Zeitraum der Zwangsunterbringung) sowie Verlängerung oder Aufhebung der Einweisung und Besonderheiten, wie z.B. Verlegung in eine andere Einrichtung, festgehalten und mit einer laufenden Nummer versehen.

Anhand dieses Registers wurden die entsprechenden Akten aus dem Archiv ausgewählt. In einigen Fällen waren die herangezogenen Akten unvollständig oder zum Zeitpunkt der Untersuchung nur eingeschränkt verfügbar, so dass die betreffenden Fälle zwar hinsichtlich des Geschlechts, des Alters und des Aufnahmejahres mit einberechnet, für weitere Auswertungen jedoch aus dem Kollektiv ausgeschlossen wurden.

Es verblieben 559 Akten psychiatrischer Patienten der Jahre 2000 bis 2005, die in diesem Zeitraum zwangsweise in die Klinik eingewiesen worden waren. Hierbei handelte es sich um 216 Frauen und 343 Männer (16 bis 92 Jahre) mit einem Durchschnittsalter von  $41,63 \pm 15,84$  Jahren (siehe Abbildung 1).

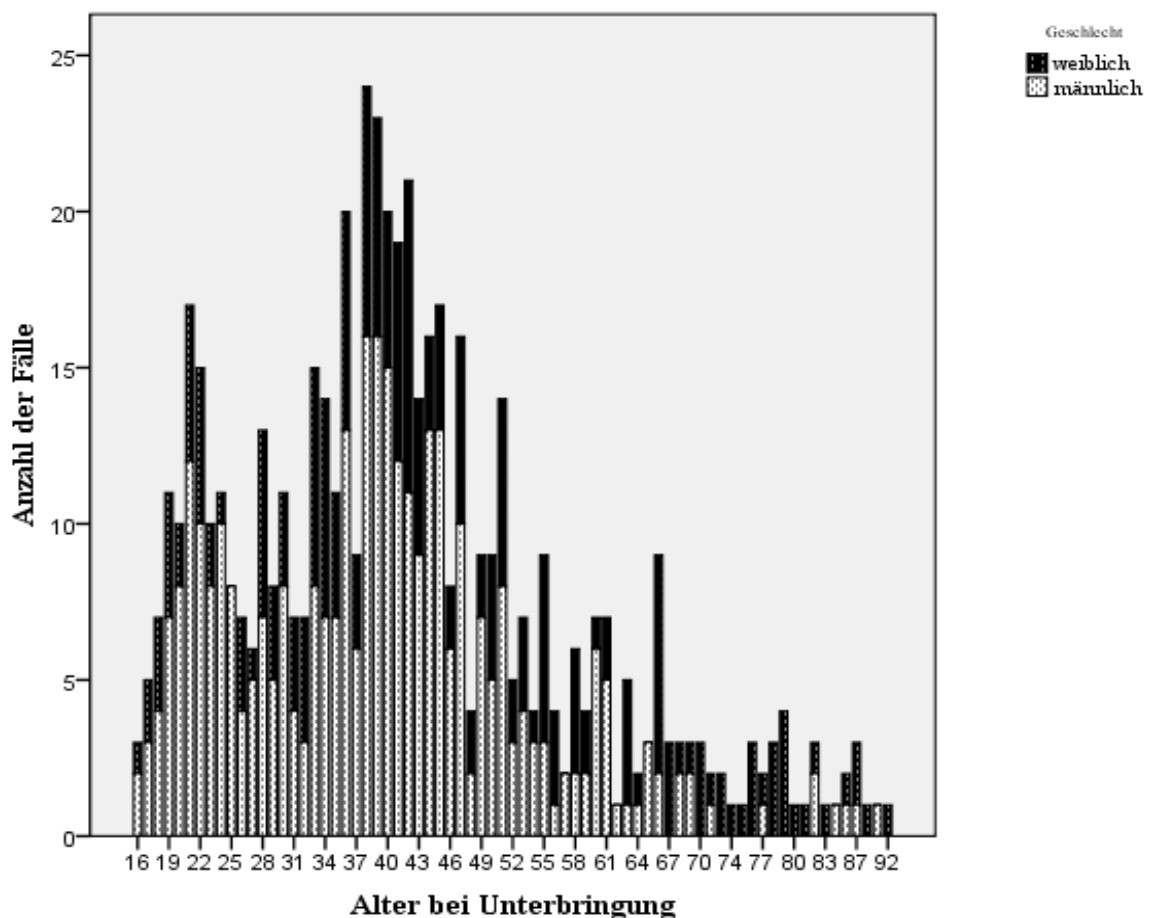


Abbildung 1: Patientenalter zum Unterbringungszeitpunkt



Im genannten Zeitraum wurden 68 der Patienten mehrfach zwangsweise stationär untergebracht, wobei jeder Aufenthalt als neuer Fall gewertet wurde. Dies betrifft insgesamt 148 Fälle. Es wurden stets mehr Männer als Frauen zwangsweise untergebracht. Der Anteil der vor dem stationären Aufenthalt untergebrachten Patienten war immer größer als der Anteil der während eines stationären Aufenthaltes untergebrachten Patienten (siehe Abbildung 2).

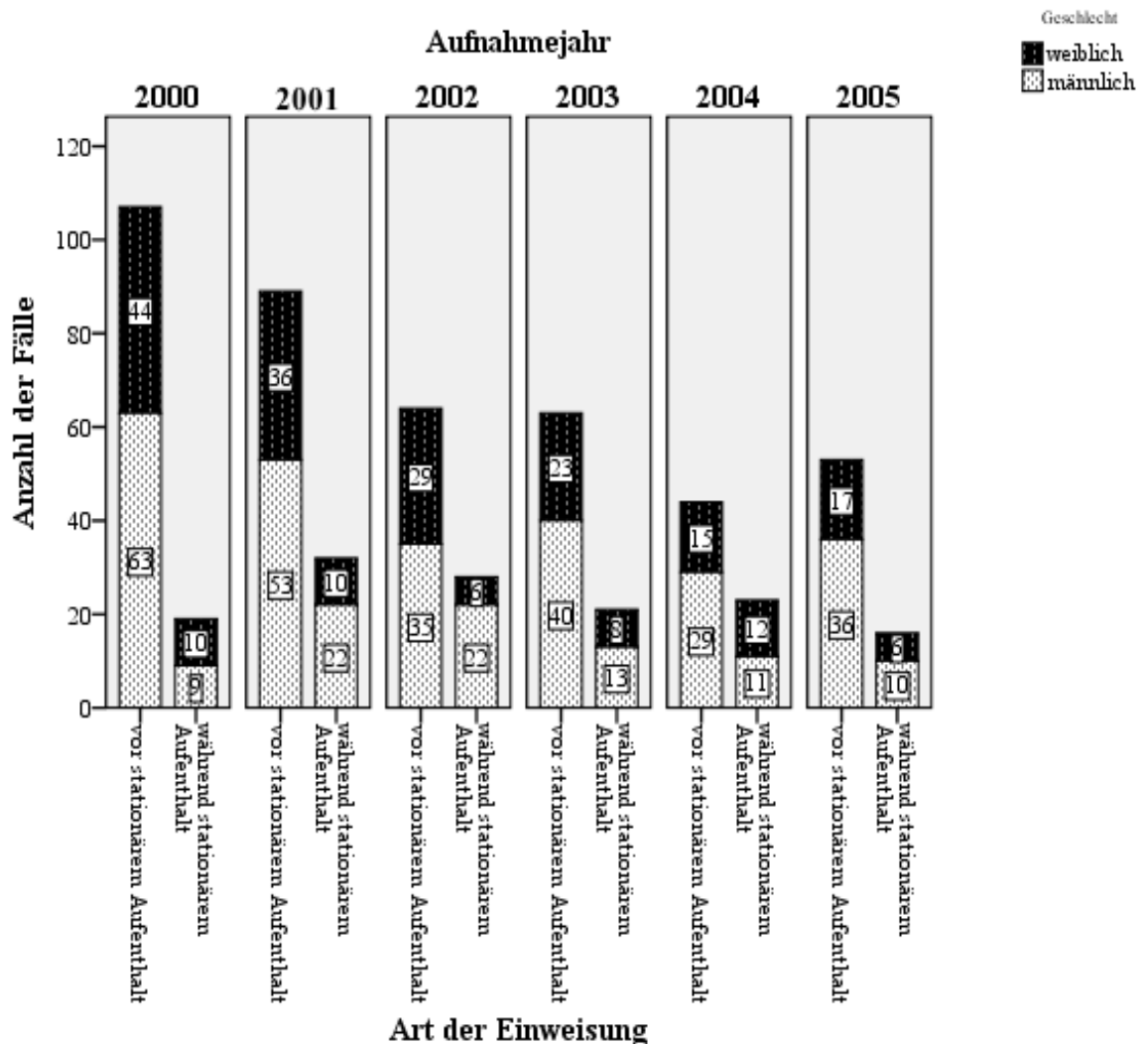


Abbildung 2: Stationäre Aufnahmen 2000 - 2005

Die meisten Daten waren verlässlich in allen Akten zu finden, so z.B. soziodemographische Daten wie Geburtsdatum, Wohnort, Aufnahme datum oder Dokumentationen zu eventuellen Zwangsmaßnahmen und Anordnungen zur medikamentösen Therapie. Andere Daten, z.B. der Schulabschluss des Patienten, sein Beruf, aber auch Aspekte des psychopathologischen Aufnahmebefundes lagen nicht für alle Patienten vor, so dass sich hier zum Teil abweichende Patientenzahlen ergaben. Da ein Teil der Patienten sich primär freiwillig in stationär-

psychiatrische Behandlung begeben hatte, im Verlauf dann jedoch eine Zwangsunterbringung notwendig wurde, entstand das Problem, dass der vollständige psychopathologische Befund nicht zum Zeitpunkt der Zwangsunterbringung, sondern zum Aufnahmezeitpunkt erhoben wurde. In diesen Fällen wurde der psychopathologische Befund des Aufnahmegesprächs als Grundlage herangezogen, in der Annahme, dass sich vielleicht auch schon aus der Aufnahmesituation Hinweise auf den späteren stationären Verlauf herleiten lassen. Wurden aggressiver Handlungen, Zwangsmaßnahmen oder der Einsatz von Medikamenten beurteilt, so wurden jedoch nur Vorkommnisse bzw. Anordnungen berücksichtigt, die nach dem Zeitpunkt der Zwangsunterbringung lagen. Zwangsmaßnahmen und aggressive Handlungen vor der Zwangsunterbringung eines primär freiwillig stationären Patienten gingen somit nicht in die Bewertung ein.

Im Gesamtkollektiv zeigte sich, dass im untersuchten Patientengut Haupt- und Realschulschluss (23,6 % bzw. 31,1%) überwogen. Die Mehrheit der Patienten war zum Aufnahmezeitpunkt arbeitslos (43,0%) und ledig (40,9%).

Am häufigsten (N=487; 87,1%) wurde die Einweisung mittels PsychKG LSA §§13,15 erwirkt, in wenigen Fällen allerdings die Zwangseinweisung nach BGB §1906 (N=72; 12,9%). Polizeiliche Unterstützung war in etwa einem Drittel der Fälle (N=181; 32,4%) notwendig. In etwa zwei Drittel der Fälle (N=414; 74,1%) bestand zum Unterbringungszeitpunkt kein Betreuungsverhältnis, dies lag nur in etwa einem Viertel der Fälle (N=154; 25,9%) vor.

Als Einweisungsgrund wurde in etwa der Hälfte aller Fälle akute Eigengefährdung (N=298; 53,3%), in einem Drittel der Fälle die Kombination aus Eigen- und Fremdgefährdung angegeben (N=190; 34,0%), nur wenige Personen wurden als ausschließlich fremdaggressiv eingeschätzt (N=71; 12,7%). Jeweils etwa die gleiche Anzahl an Patienten zeigten zum Unterbringungszeitpunkt einen akuten Erregungszustand (N=227; 40,6%) bzw. akute Suizidalität (N=218; 39,0%).

Die Mehrheit der Patienten (N=400; 73,9%) befand sich vor der aktuellen Zwangsunterbringung schon mindestens einmal in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Betreuung. Bei 43,6 % der Patienten konnte zum Aufnahmezeitpunkt eine Intoxikation festgestellt werden, in den meisten Fällen mit Alkohol (siehe Tabelle 2).

**Tabelle 2:** Art der Intoxikation zum Aufnahmezeitpunkt

	<i>Substanz</i>	<i>N</i>	<i>% (Gesamtkollektiv)</i>
<i>N = 550</i>	Alkohol	194	35,3%
	illegale Drogen	21	3,8%
	Medikamente	9	1,6%
	mehrere Substanzen	16	2,9%

Im Durchschnitt wurden die Patienten  $15,85 \pm 1,58$  Tage (0 bis 410 Tage) zwangsweise stationär behandelt, der stationäre Aufenthalt, also inklusive freiwillig in der Psychiatrie verbrachter Tage, dauerte im Durchschnitt  $24,43 \pm 37,28$  Tage (0 bis 252 Tage). Dass die Unterbringung teilweise länger als der Gesamtaufenthalt dauerte, ist der Tatsache geschuldet, dass einige Patienten im Laufe des Aufenthaltes und bei bestehender Unterbringung in andere Einrichtungen, z.B. den Maßregelvollzug, verlegt wurden.

Durchschnittlich kamen  $1,34 \pm 0,66$  (eine bis vier) Unterbringungen im untersuchten Zeitraum auf einen zwangsweise untergebrachten Patienten.

Verbale Aggressionen kamen am häufigsten vor, nämlich in 222 Fällen (39,7%). Zu aggressiven Handlungen gegen Gegenstände oder Mobiliar kam es in 79 Fällen (14,0%), zu tätlichen Angriffen gegenüber Personen in 147 Fällen (26,3%) und zu autoaggressiven Handlungen in 40 Fällen (7,2%).

Als häufigste Zwangsmaßnahmen wurden Blickkontakt in 272 Fällen (48,6%) oder Sitzwache in 276 Fällen (49,3%) eingesetzt, seltener war Zwangsmedikation intramuskulär bzw. intravenös oder Zwangsernährung in 142 Fällen (25,4%) oder zeitweise Fixierung in 218 Fällen (39%) notwendig. Typische Neuroleptika kamen bei 229 Patienten (40,9%) zum Einsatz, Benzodiazepine wurden in 318 Fällen (56,8%) verabreicht. Mehrfachnennungen waren hier möglich.

Als häufigste Entlassungsdiagnose wurde eine Substanzabhängigkeit gestellt, gefolgt von schizophrenen Psychosen und schizoaffektiven Erkrankungen (siehe Tabelle 3). Aufgrund der Komorbiditäten waren Mehrfachnennungen möglich.

***Tabelle 3: Entlassungsdiagnose***

		<i>N</i>	<i>%</i>
<i>N</i> = 559	F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	77	13,8%
	F1: Störungen durch psychotrope Substanzen	287	51,3%
	F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	209	37,4%
	F3: affektive Störungen	57	10,2%
	F4: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	62	11,1%
	F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	46	8,2%
	F7: Intelligenzminderung	32	5,7%

## 3.2 Operationalisierung der Fragestellung

### 3.2.1 Unabhängige Variablen

Mittels eines selbst erstellten Datenerfassungsbogens wurden aus den entsprechenden Patientenakten das Geschlecht, das Geburtsdatum des Patienten, der Schulabschluss, der aktuelle Beruf und Familienstand sowie das Datum der Aufnahme und der Entlassung entnommen. Schulabschluss, Beruf und Familienstand wurden der in standardisierter Weise niedergeschriebenen Dokumentation des Aufnahmegesprächs durch den aufnehmenden psychiatrischen Arzt entnommen. Aus der Differenz des Aufnahmezeitpunkts und des Geburtstages wurde das Alter des Patienten zum Aufnahmezeitpunkt berechnet. Die Entlassungsdiagnose wurde dem sich in der Akte befindlichen Arztbrief entnommen. Sie wurde einer Diagnosegruppe nach ICD-10 zugeordnet. Dabei gingen alle genannten psychiatrischen Diagnosen in die Dokumentation ein, Mehrfachnennungen aufgrund von Komorbiditäten waren also möglich. Aus dem sich in der Patientenakte befindlichen Unterbringungsprotokoll wurde das Datum und die Uhrzeit der Zwangsunterbringung entnommen.

### 3.2.2 Abhängige Variablen

Im Rahmen des Unterbringungsgeschehens wurden zunächst die *Einweisungsumstände* (Art der stationären Einweisung, gesetzliche Grundlage, Grund der Zwangseinweisung, Notwendigkeit polizeilicher Unterstützung, akuter Erregungszustand, akute Suizidalität, Intoxikation) als abhängige Variable definiert. *Psychopathologische Auffälligkeiten* (produktiv-psychotische Symptome, Affektstörungen, Eigen- bzw. Fremdgefährdung) wurden ebenfalls zu den abhängigen Variablen gerechnet. Des Weiteren erfolgte eine Fokussierung auf den weiteren *stationären Verlauf* (Aggressionen, Zwangsmaßnahmen, Medikation, Unterbringungs- und Gesamtaufenthaltsdauer) ab Zeitpunkt der Zwangsunterbringung und rechneten diese Parameter ebenfalls zu den abhängigen Variablen.

*Einweisungsumstände:* Mehrere Parameter nahmen Einfluss auf die Variable der Einweisungsumstände. Diese sollen im Folgenden definiert werden. Der Art der stationären Einweisung wurde zwei Patientengruppen zugeordnet: Patienten, die vor einem stationären Aufenthalt, d.h. aus dem häuslichen Umfeld heraus, zwangsuntergebracht wurden (im Folgenden: VSA) und Patienten, die sich initial freiwillig in stationäre Behandlung begaben, bei denen jedoch während des stationären Aufenthaltes eine Zwangseinweisung notwendig wurde (im Folgenden: WSA). Die entsprechenden Daten wurden dem Unterbringungsbescheid in der Patientenakte entnommen.

Als gesetzliche Grundlage einer Zwangsunterbringung kommen in Deutschland die oben genannten drei Möglichkeiten in Betracht. Da in der Klinik Einweisungen im Rahmen eines strafrechtlichen Sicherungsverfahrens nach §§63 StGB ff. nicht vorgenommen werden, beschränkten sich die Möglichkeiten der Einweisung auf die Einweisung nach BGB §1906 und nach PsychKG LSA §§13,15. Auch diese Daten wurden dem Unterbringungsbescheid in der Patientenakte entnommen.

Als Grund für eine Zwangsunterbringung kamen die Möglichkeit der Eigengefährdung im Sinne von Lebens- oder erheblicher Gesundheitsgefahr (BGB §1906) bzw. Unterbringung wegen Störung der öffentlichen Sicherheit aufgrund der Gefährdung fremder oder eigener Rechtsgüter (PsychKG LSA §§13,15) in Betracht. Eine Unterscheidung zwischen den gesetzlichen Grundlagen erfolgte nicht. Es wurde stattdessen das Auftreten einer Eigen- oder Fremdgefährdung bzw. das kombinierte Auftreten von Eigen- und Fremdgefährdung als Grund für die Zwangsunterbringung festgelegt. Auch diese Angaben wurden dem Unterbringungsbescheid in der Patientenakte entnommen.

Die Beschreibung eines akuten Erregungszustandes bzw. von akuter Suizidalität wurde der Dokumentation des Aufnahmegesprächs durch den diensthabenden psychiatrischen Arzt in der Patientenakte entnommen. Als akuten Erregungszustand wurde das Auftreten einer psychischen Alteration mit dysphorisch-aggressiver Komponente definiert. Als akute Suizidalität wurde die potentielle Gefahr für das Leben des Patienten bei Unterlassung therapeutischer Maßnahmen definiert.

Als Intoxikation wurde der Nachweis von Alkohol ab einem Promillewert von 0,5 bzw. von Medikamenten oder illegalen Drogen (u.a. THC, Ecstasy, LSD, Heroin, Ketamin, Kokain, Benzodiazepine) im Blut-Serum bzw. Urin definiert. Der Nachweis einer Intoxikation zum Zeitpunkt der Zwangsunterbringung war in der Patientenakte dokumentiert und laborchemisch bzw. toxikologisch durch die Bestimmung des Blutalkoholspiegels bzw. der Feststellung illegaler Drogen oder deren Abbauprodukten sowie Benzodiazepinen und Hypnotika im Urin belegt.

Die Notwendigkeit polizeilicher Unterstützung im Rahmen der Zwangsunterbringung ging aus der Patientenakte, d.h. aus der Dokumentation des behandelnden psychiatrisch tätigen Arztes und des Pflegepersonals (WSA) bzw. aus dem Unterbringungsprotokoll des zwangseinweisenden ambulanten Arztes (VSA) hervor. Sie wurde dann als vorhanden angesehen, wenn ein vor dem stationären Aufenthalt untergebrachter Patient in Begleitung von Rettungsdienst/Notarzt und Polizei in die Klinik gebracht wurde bzw. wenn zur Durchsetzung einer Zwangseinweisung eines bereits stationären Patienten polizeiliche Unterstützung in die Klinik angefordert werden musste.

*Psychopathologische Auffälligkeiten:* Psychopathologische Auffälligkeiten im Rahmen der Aufnahmesituation gingen aus der Dokumentation des Aufnahmegesprächs durch den verantwortlichen psychiatrischen Arzt hervor. Der psychopathologische Befund wurde in offener Form handschriftlich niedergeschrieben und folgte dem AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie). Diesen Befunden lag die Einschätzung des aufnehmenden psychiatrisch tätigen Arztes zugrunde. Im Rahmen dieser Arbeit wurde auf das Vorhandensein produktiv-psychotischer Symptome, auf Affektstörungen im Sinne eines inadäquat gedrückten, gehobenen oder dysphorischen Affektes sowie auf das Vorhandensein von Eigen- bzw. Fremdgefährdung fokussiert.

*Stationärer Verlauf:* Die abhängige Variable „Stationärer Verlauf“ wird von mehreren Parametern bestimmt. Diese sollen im Folgenden dargestellt werden. Beobachtete Aggressionen wurden als destruktives Verhalten verstanden, das psychischen oder physischen Schädigung einer Person oder Beschädigung eines Gegenstandes billigend in Kauf nimmt oder zum Ziel hat [4; 5] und in verbale, gegen Objekte gerichtete, gegen Mitpatienten, Personal und Besucher oder gegen sich selbst gerichtete unterschieden. Sie wurden in der Dokumentation des behandelnden psychiatrischen Arztes sowie des Pflegepersonals beschrieben. Bei WSA gingen nur Aggressionen in die Dokumentation ein, die *nach* der zwangsweisen Unterbringung erforderlich wurden, d.h. Maßnahmen wie etwa ein regelmäßiger Blickkontakt zum Zeitpunkt der freiwilligen Behandlung wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Die getroffenen Zwangsmaßnahmen bzw. eine erforderliche Zwangsbehandlung wurden der Patientenakte entnommen. Als Zwangsmaßnahmen wurden regelmäßiger Blickkontakt, Sitzwachen, Zwangsmedikation bzw. Zwangsernährung und Fixierungen verstanden. Erforderlicher Blickkontakt wurde als ärztliche Anordnung dokumentiert, ebenso eine notwendige Sitzwache. Eine notwendige Fixierung wurde ebenfalls als ärztliche Anordnung mit Angabe der Fixierungsart, des Fixierungsgrundes und der Fixierungsdauer sowohl im Anordnungsbogen als auch auf einem dafür vorgesehenen Fixierungsprotokoll dokumentiert. Eine angeordnete Fixierung erforderte automatisch eine Sitzwache während der Dauer der Fixierung, so dass alle fixierten Patienten gleichzeitig auch mittels Sitzwache überwacht wurden. Die Verabreichung von Zwangsmedikation bzw. Zwangsernährung wurde ebenfalls ärztlicherseits angeordnet und dementsprechend auf dem Anordnungsbogen dokumentiert. Der Zeitpunkt und Ablauf der Verabreichung konnte der ärztlichen und pflegerischen Dokumentation entnommen werden. Ebenfalls aus der Patientenakte ging hervor, welche Medikation den Patienten verabreicht wurde. Dabei erfolgte im Rahmen dieser Arbeit eine Beschränkung auf sedierende und hochpotente antipsychotische Medikamente, d.h.

Benzodiazepine und typische Neuroleptika, da diese häufig bei akuten Erregungszuständen zur Beruhigung des Patienten eingesetzt werden.

Das Aufnahme- und Entlassungsdatum wurde der Patientenakte entnommen. Das Datum des Beginns und des Endes der Zwangsunterbringung wurde dem sich in der Patientenakte befindlichen Unterbringungsbeschluss bzw. entsprechender Dokumentation über eine frühzeitige Aufhebung der Unterbringung entnommen. Aus der Differenz von Entlassungsdatum und Aufnahmedatum wurde die Dauer des Gesamtaufenthaltes und aus der Differenz vom Datum des Beginns der Zwangsunterbringung und dem Datum des Endes der Zwangsunterbringung die Dauer der Zwangsunterbringung berechnet.

### **3.3 Analysen**

Die Akten wurden nach einem standardisierten, selbst erstellten Fragenkatalog ausgewertet. Die als Paper-Pencil-Version ausgefüllten Erhebungsbögen wurden in eine SPSS-Tabelle übertragen (SPSS 16.0, Version 16.0.1).

Zuerst wurden die Patienten anhand der gestellten Diagnose hinsichtlich des Auftretens von aggressiven Handlungen und der Durchführung von Zwangsmaßnahmen und der verabreichten Medikation gegenübergestellt. Dann wurde die Gruppe der betroffenen Männer mit der Gruppe der betroffenen Frauen sowie die Gruppe der vor dem stationären Aufenthalt Untergebrachten mit der Gruppe der während des stationären Aufenthaltes Untergebrachten verglichen. Dabei wurden die Gruppen mittels univariaten statistischen Methoden,  $\chi^2$ -Test nach Pearson und t-Tests (bei normalverteilten Variablen) bzw. mit nonparametrischen Verfahren (bei verletzter UV-Annahme) verglichen. Als statistisch signifikant wurden  $p$ -Werte kleiner 0,05 angesehen. Bei post-hoc durchgeführten Einzelvergleichen erfolgte eine Adjustierung des  $\alpha$ -Niveaus entsprechend der Korrekturformel von Bonferroni ( $p_{crit.}=0,05/\text{Anzahl der Einzeltests}$ ).

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Geschlechtsspezifität

#### 4.1.1 Einweisungsumstände

Berechnet man den Altersdurchschnitt nach Geschlechtern getrennt (siehe Abbildung 3), so zeigt sich, dass betroffene Frauen mit durchschnittlich  $45,76 \pm 17,83$  Jahren signifikant älter waren als betroffene Männer mit durchschnittlich  $39,08 \pm 13,91$  Jahren ( $N=559$ ,  $F=21,610$ ,  $p < 0,001$ ).

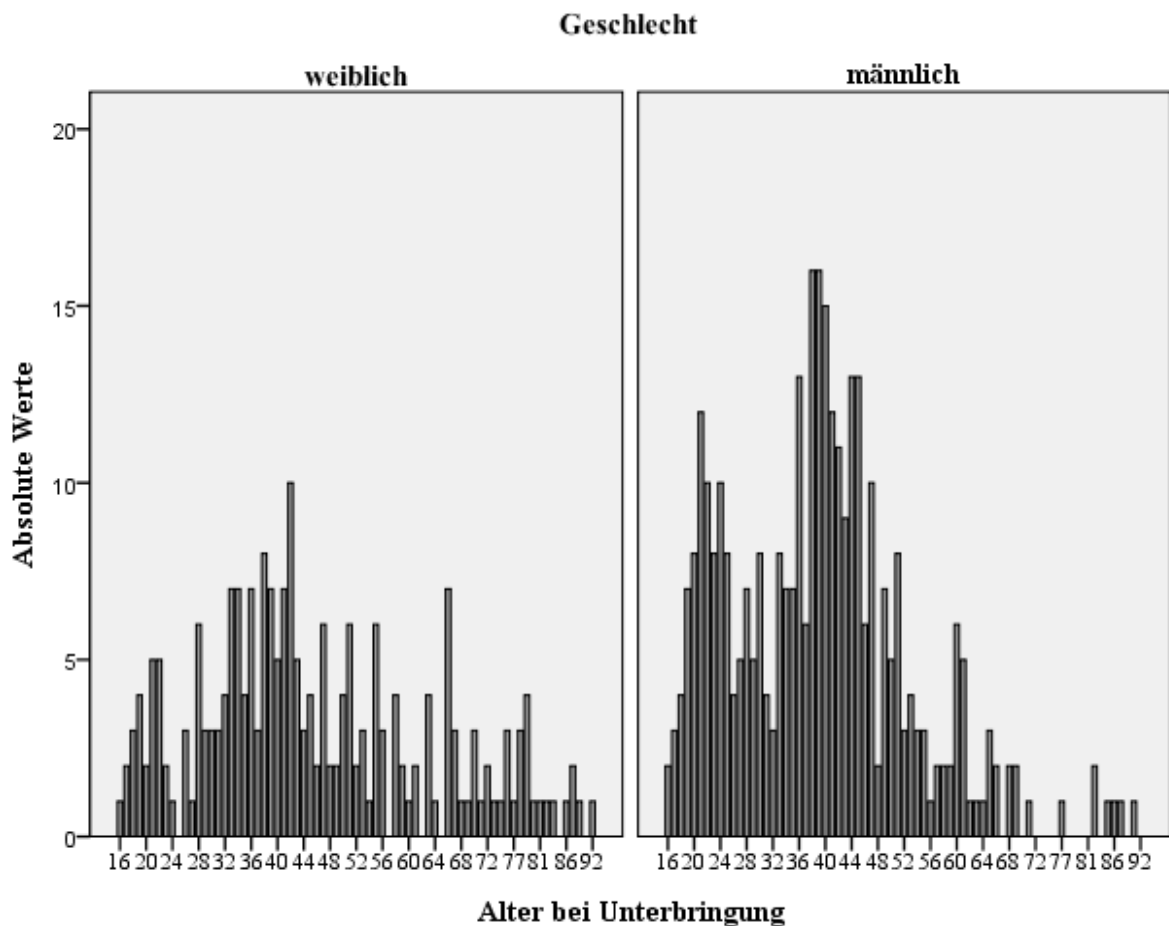


Abbildung 3: Unterbringungsalter nach Geschlecht

Hinsichtlich der Art des Schulabschlusses zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Betrachtet man jedoch die berufliche Tätigkeit der Patienten, so zeigt sich ein signifikanter Gruppenunterschied ( $p < 0,001$ ). Zwangsuntergebrachte Männer waren nominell häufiger arbeitslos, zwangsuntergebrachte Frauen häufiger Altersrentnerinnen. Auch hinsichtlich des Familienstandes fand sich ein signifikanter Gruppenunterschied



( $p < 0,001$ ). Betroffene Männer waren nominell häufiger ledig, die Frauen häufiger verwitwet (siehe Tabelle 4).

Im Folgenden beziehen sich die Prozentangaben stets auf den Anteil betroffener Frauen bzw. Männer im Kollektiv aller eingeschlossenen Frauen bzw. Männer.

**Tabelle 4:** Soziodemographische Faktoren nach Geschlecht

	<i>Variable</i>	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>
Schulabschluss: $N=559, \chi^2 [df=5]=0,324 \quad p=5,819$	keiner	11 (5,1%)	24 (7,0%)
	Sonderschule	5 (2,3%)	20 (5,8%)
	Hauptschule	52 (24,1%)	80 (23,3%)
	Realschule	66 (30,6%)	108 (31,5%)
	Gymnasium	37 (17,1%)	52 (15,2%)
	nicht näher spezifiziert	45 (20,1%)	59 (17,2%)
Tätigkeit: $N=535, \chi^2 [df=4]=33,108 \quad p < 0,001$	in Ausbildung	14 (6,8%)	22 (6,6%)
	berufstätig	38 (18,4%)	46 (14,0%)
	arbeitslos	65 (31,6%)	167 (50,2%)
	erwerbs-/berufsunfähig	52 (25,2%)	77 (23,4%)
	Altersrentner	37 (18,0%)	17 (5,1%)
Familienstand: $N=540, \chi^2 [df=4]=20,545 \quad p < 0,001$	ledig	65 (31,0%)	156 (47,3%)
	Lebenspartner	28 (13,3%)	39 (11,8%)
	verheiratet	52 (24,8%)	78 (23,6%)
	geschieden	45 (21,4%)	45 (13,6%)
	verwitwet	20 (9,5%)	12 (3,5%)

Zwischen den Geschlechtern zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der gesetzlichen Grundlage der Einweisung ( $N=559, \chi^2[df=1]=0,319, p=0,572$ ) und des Betreuungsverhältnisses ( $N=559, \chi^2[df=1]=1,400, p=0,237$ ) zum Zeitpunkt der Zwangsunterbringung. Polizeiliche Unterstützung in der Einweisungssituation war jedoch bei Frauen signifikant seltener, nämlich nur in 28 (22,2%) Fällen im Vergleich zu 133 (38,8%) Fällen bei den Männern notwendig ( $N=559, \chi^2[df=1]=16,587, p < 0,001$ ).

Frauen und Männer unterschieden sich signifikant bezüglich ihres Einweisungsgrundes ( $p < 0,001$ ). Einzelvergleiche ( $p_{crit}=0,017$ ) ergaben, dass beide Geschlechter nicht unterschiedlich häufig aufgrund Suizidalität oder Eigengefährdung eingewiesen wurden ( $\chi^2[df=1]=3,760; p=0,053$ ), bei Männer jedoch signifikant häufiger Aggressivität bzw. Fremdgefährdung angenommen wurden ( $\chi^2[df=1]=7,231; p=0,007$ ). Auch hinsichtlich des Auftretens von akuter Suizidalität bestanden geschlechtsspezifischen Unterschiede: Frauen wurden häufiger als suizidal bzw. eigengefährdend eingeschätzt ( $\chi^2[df=1]=8,567; p=0,003$ ). Auch bei der Einschätzung des aufnehmenden psychiatrischen Arztes zeigten sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen: bei Männern wurde signifikant häufiger ein

akuter Erregungszustand beschrieben. Hinsichtlich akuter Suizidalität ließen sich jedoch keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellen (siehe Tabelle 5).

**Tabelle 5: Einweisungsumstände (% innerhalb der Geschlechtsgruppe)**

	Variable	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>
Einweisungsgrund: $N=559, \chi^2[df=2]=20,504 \quad p<0,001$	Suizidalität/Eigengefährdung	140 (64,8%)	158 (46,1%)
	Aggressivität/Fremdgefährdung	16 (7,4%)	55 (16,0%)
	Eigen- und Fremdgefährdung	60 (27,8%)	130 (37,9%)
akuter Erregungszustand: $N=559, \chi^2[df=1]=16,140 \quad p<0,001$		65 (30,1%)	162 (47,2%)
akute Suizidalität: $N=559, \chi^2[df=1]=1,451 \quad p=0,228$		91 (42,1%)	127 (37,0%)

Männern und Frauen befanden sich vor dem Zeitpunkt der Zwangsunterbringung in 156 Fällen (75%) bzw. 244 Fällen (63,3%) schon einmal in psychiatrischer Betreuung, ein statistisch signifikanter Unterschied bestand hier nicht ( $N= 541, \chi^2[df = 1]=0,198, p=0,656$ ).

Vergleicht man nun die Anzahl der intoxikierten Patienten so zeigt sich, dass insgesamt signifikant häufiger Männer als Frauen mit einer Intoxikation aufgenommen wurden (51,8% gegenüber 30,7%;  $p<0,001$ ).

Einzelvergleiche ( $p_{crit}=0,013$ ) ergaben, dass hinsichtlich des Konsums von Alkohol ( $\chi^2[df =1]=13,585; p<0,001$ ) bzw. illegalen Drogen ( $\chi^2[df =1]=9,894; p=0,002$ ) die Männer signifikant überwogen. Bei den Intoxikationen durch Medikamente überwogen jedoch signifikant die Frauen ( $\chi^2[df =1]=8,963; p=0,003$ ). Bei Intoxikationen durch mehrere Substanzen zeigten sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ( $\chi^2[df =1]=0,000; p=1,000$ ). Am häufigsten konnte bei beiden Geschlechtern Alkoholkonsum festgestellt werden (siehe Tabelle 6).

**Tabelle 6: Intoxikation (% innerhalb der Geschlechtsgruppe)**

	Substanz	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>
$N=550, \chi^2[df=5]=43,420 \quad p<0,001$	Alkohol	50 (23,6%)	144 (42,6%)
	ilegale Drogen	1 (0,5%)	20 (5,9%)
	Medikamente	8 (3,8%)	1 (0,3%)
	mehrere Substanzen	6 (2,8%)	10 (3,0%)
	gesamt	65 (30,7%)	175 (51,8%)

#### 4.1.2 Psychopathologische Auffälligkeiten

Produktiv-psychotische Symptome traten ohne statistisch signifikanten Unterschied bei den Geschlechtern auf. Hingegen zeigte sich bei den Affektstörungen, dass diese Frauen in der Aufnahmesituation signifikant häufiger zugeschrieben wurden. Betrachtet man den Anteil der im Aufnahmegespräch dysphorischen und gereizten Patienten, so fallen hier keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf.

Frauen und Männer wurden ohne statistisch signifikanten Unterschied als eigengefährdend eingeschätzt, jedoch wurden signifikant mehr Männer durch den aufnehmenden psychiatrischen Arzt als fremdaggressiv eingestuft (siehe Tabelle 7).

**Tabelle 7: Psychopathologischer Befund (% innerhalb der Geschlechtsgruppe)**

	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>
produktiv-psychotische Symptome: <i>N=545, <math>\chi^2[df=1]=1,045</math> <math>p=0,307</math></i>	102 (47,7%)	143 (43,2%)
Affektstörungen: <i>N=544, <math>\chi^2[df=3]=22,020</math> <math>p&lt;0,001</math></i>	116 (54,7%)	114 (34,3%)
dysphorisch-gereizt, angespannt: <i>N=548, <math>\chi^2[df=1]=0,608</math> <math>p=0,435</math></i>	128 (60,4%)	214 (63,7%)
Eigengefährdung: <i>N=545, <math>\chi^2[df=3]=0,974</math> <math>p=0,324</math></i>	140 (66%)	206 (61,8%)
Fremdaggressivität: <i>N=530, <math>\chi^2[df=1]=22,164</math> <math>p&lt;0,001</math></i>	67 (33,5%)	180 (54,5%)

Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2) sowie affektive Störungen (F3) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) zeigten eine Bevorzugung des weiblichen Geschlechts. Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) traten jedoch bei männlichen Patienten signifikant häufiger auf (siehe Tabelle 8, S.36).

**Tabelle 8: Entlassungsdiagnose (% innerhalb der Geschlechtsgruppe)**

	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>
F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen <i>N=559, <math>\chi^2(df=1)=1,146, p=0,284</math></i>	34 (15,2%)	43 (12,5%)
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen <i>N=559, <math>\chi^2(df=1)=45,697, p&lt;0,001</math></i>	72 (33,3%)	215 (62,7%)
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen <i>N=559, <math>\chi^2(df=1)=5,651, p=0,017</math></i>	94 (43,5%)	115 (33,5%)
F3: affektive Störungen <i>N=559, <math>\chi^2(df=1)=4,009, p=0,045</math></i>	29 (13,4%)	28 (8,2%)
F4: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen <i>N=559, <math>\chi^2(df=1)=0,708, p=0,400</math></i>	27 (12,5%)	35 (10,2%)
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen <i>N=559, <math>\chi^2(df=1)=10,447, p=0,001</math></i>	28 (13,0%)	18 (5,2%)
F7: Intelligenzstörung: <i>N=559, <math>\chi^2(df=1)=0,019, p=0,891</math></i>	12 (5,6%)	20 (5,8%)

#### 4.1.3 Stationärer Verlauf

Frauen waren durchschnittlich  $13,89 \pm 21,68$  Tage zwangsweise in stationär-psychiatrischer Behandlung, Männer durchschnittlich  $17,08 \pm 44,36$  Tage, also signifikant länger ( $N=559, F=4,576, p=0,033$ ). Vergleicht man die Gesamtaufenthaltsdauer, so zeigte sich hier jedoch kein Unterschied zwischen den Geschlechtern: Frauen wurden durchschnittlich  $25,38 \pm 31,32$  Tage, Männer durchschnittlich  $23,83 \pm 34,50$  Tage stationär behandelt ( $N=559, F=1,372, p=0,242$ ). Frauen wurden statistisch signifikant häufiger zwangsweise eingewiesen als Männer und zwar im Mittel  $1,38 \pm 0,74$  Mal im untersuchten Zeitraum im Gegensatz zu  $1,30 \pm 0,60$  Mal bei den Männern ( $N=559, F=6,359, p=0,012$ )

Frauen und Männer reagierten nach einer Zwangsunterbringung ohne signifikante Unterschiede mit aggressiven Handlungen. Dies betrifft sowohl verbale Aggressionen, als auch aggressive Handlungen, die gegen Gegenstände oder Personen gerichtet waren. Auch hinsichtlich autoaggressiver Tendenzen zeigten sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (siehe Tabelle 9, S.37). Zusammenfassend kann man sagen, dass geschlechtsunabhängig etwa jeder zweite Patient nach der Zwangsunterbringung in irgendeiner Form mit aggressiven Handlungen reagiert.

**Tabelle 9:** Aggression während des stationären Aufenthaltes  
(% innerhalb der Geschlechtsgruppe)

N=559	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>
Gesamt	101 (46,8%)	180 (52,5%)
$\chi^2[df=1]=1,734$ $p=0,188$		
verbal	81 (37,6%)	141 (41%)
$\chi^2[df=1]=0,721$ $p=0,396$		
gegen Gegenstände/Mobiliar	31 (14,3%)	48 (14,0%)
$\chi^2[df=1]=0,014$ $p=0,906$		
gegen Personen	45 (20,8%)	102 (29,7%)
$\chi^2[df=1]=5,422$ $p=0,131$		
Autoaggression	18 (8,3%)	22 (6,5%)
$\chi^2[df=1]=0,735$ $p=0,391$		

Betrachtete man nun jedoch die angeordneten Zwangsmaßnahmen hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede, zeigte sich, dass sich hier, obwohl zwischen der beobachteten Aggressivität kein geschlechtsspezifischer Unterschied bestand, signifikante Unterschiede feststellen ließen.

Die Zusammenfassung aller Zwangsmaßnahmen zeigte zwar, dass Männer und Frauen Zwangsmaßnahmen ohne signifikanten Unterschied ausgesetzt waren, in der Aufteilung nach den einzelnen Zwangsmaßnahmen zeigten sich jedoch Unterschiede. Insgesamt waren etwa 70% der Patienten in der Zeit nach Zwangsunterbringung mindestens einer Form der Zwangsmaßnahmen ausgesetzt (siehe Tabelle 10).

**Tabelle 10:** Stationäre Zwangsmaßnahmen (% innerhalb der Geschlechtsgruppe)

N=559	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>
Gesamt	152 (70,4%)	261 (76,1%)
$\chi^2[df=1]=2,250$ $p=0,134$		
Blickkontakt	106 (49,1%)	167 (48,7%)
$\chi^2[df=1]=0,008$ $p=0,929$		
Sitzwache	88 (40,8%)	188 (54,5%)
$\chi^2[df=1]=10,496$ $p=0,001$		
Zwangsmedikation, Zwangsernährung	52 (24,1%)	90 (26,3%)
$\chi^2[df=1]=0,328$ $p=0,567$		
Fixierung	58 (26,8%)	160 (46,6%)
$\chi^2[df=1]=28,831$ $p<0,001$		

Am häufigsten wurde bei den Frauen die Überwachung mittels Blickkontakt, bei den Männern die Überwachung mittels Sitzwache eingesetzt. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede beim Einsatz von Blickkontakt und Zwangsmedikation bestanden nicht. Es ließ

sich jedoch darstellen, dass Männer signifikant häufiger der Fixierung und der Sitzwache ausgesetzt waren als Frauen.

Die eingesetzten Sedativa und hochpotenten Antipsychotika wurden ebenfalls geschlechtsabhängig untersucht. Typische Neuroleptika und Benzodiazepine wurden ohne signifikanten Unterschied hinsichtlich des Geschlechts etwa gleich häufig eingesetzt. Etwa zwei Drittel der Patienten erhalten geschlechtsunabhängig in der Zeit nach der Zwangsunterbringung typische Neuroleptika oder Benzodiazepine (siehe Tabelle 11).

**Tabelle 11: Medikation (% innerhalb der Geschlechtsgruppe)**

<i>N=559</i>	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>
Gesamt	144 (66,7%)	220 (64,1%)
$\chi^2[df=1]=0,373 \quad p=0,542$		
typische Neuroleptika	86 (39,9%)	143 (41,7%)
$\chi^2[df=1]=0,193 \quad p=0,661$		
Benzodiazepine	122 (56,5%)	196 (57,2%)
$\chi^2[df=1]=0,024 \quad p=0,878$		

## 4.2 Diagnose-spezifische Unterschiede

### 4.2.1 Aggressives Verhalten

Aggressives Verhalten kam im Kollektiv bei insgesamt 281 Patienten (50,3%) in einer oder mehreren Formen mindestens einmal vor. Mehrfachnennungen beim Auftreten mehrerer Aggressionsformen waren möglich. Bei der Berechnung des Anteils aggressiver Patienten wurde lediglich gewertet, ob aggressives Verhalten, gleich in welcher Form, vorkam.

Verglich man das Auftreten aggressiver Handlungen in der Gesamtheit bei allen zwangsweise eingewiesenen Patienten anhand der ihnen zugeordneten Entlassungsdiagnosen ( $p_{crit}=0,007$ ), so zeigten sich bei keiner Diagnosegruppe signifikante Unterschiede. Allein die Diagnose schien also im Kollektiv zwangsuntergebrachter Patienten keinen großen Einfluss darauf zu haben, ob ein Patient eine Form aggressiven Verhalten zeigte. Nominell vertraten Patienten mit Intelligenzstörung (F7) den größten Anteil, Patienten mit organischen psychischen Störungen (F0) den geringsten Anteil aggressiver Patienten innerhalb der Diagnosegruppe (siehe Tabelle 12, S.38).

**Tabelle 12: Gesamt-Agressionen nach Diagnose (% innerhalb der Gruppe)**

<i>N</i> =559	<i>N</i>	%
F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen $\chi^2[df=1]=5,196, p=0,023$	29	37,7%
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen $\chi^2[df=1]=0,125, p=0,723$	147	51,2%
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen $\chi^2[df=1]=1,914, p=0,167$	115	55,0%
F3: affektive Störungen $\chi^2[df=1]=1,123, p=0,289$	33	57,9%
F4: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen $\chi^2[df=1]=1,613, p=0,204$	26	41,9%
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen $\chi^2[df=1]=1,391, p=0,238$	27	58,7%
F7: Intelligenzstörung $\chi^2[df=1]=1,125, p=0,289$	19	59,4%

Verglich man die verschiedenen Aggressionsformen jedoch nach den Diagnosen ( $p_{crit}=0,007$ ), so ließen sich signifikante Unterschiede nachweisen: bei Patient mit organischen psychischen Störungen (F0;  $\chi^2[df=1]=7,711, p=0,005$ ), bei Patienten mit Schizophrenie, schizotyper und wahnhafter Störung (F2;  $\chi^2[df=1]=17,068, p<0,001$ ) sowie bei Patienten mit Intelligenzstörung (F7;  $\chi^2[df=1]=11,461, p<0,001$ ) traten aggressive Handlungen gegen Gegenstände signifikant häufiger auf, als in den anderen Diagnosegruppen. Autoaggressive Handlungen traten in zwei Diagnosegruppen signifikant häufiger auf: bei Patienten mit affektiver Störung (F3;  $\chi^2[df=1]=14,087, p<0,001$ ) und Patienten mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F6;  $\chi^2[df=1]=16,046, p<0,001$ ). Bei verbaler Aggression und aggressiven Handlungen gegen Personen zeigten sich hinsichtlich der Diagnose keine signifikanten Unterschiede. Einen Überblick über das Auftreten verschiedener Aggressionsformen anhand der Diagnose gibt Abbildung 4, S.40.

Bei der statistischen Überprüfung der Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen hinsichtlich der verschiedenen Aggressionsformen wurde eine  $\alpha$ -Fehler-Kumulierung berücksichtigt und auf die Anzahl der Diagnosegruppen bezogen. Da die Aggressionsformen unabhängig voneinander auftraten und gewertet wurden, erfolgte hier keine erneute Anpassung des Signifikanzniveaus.

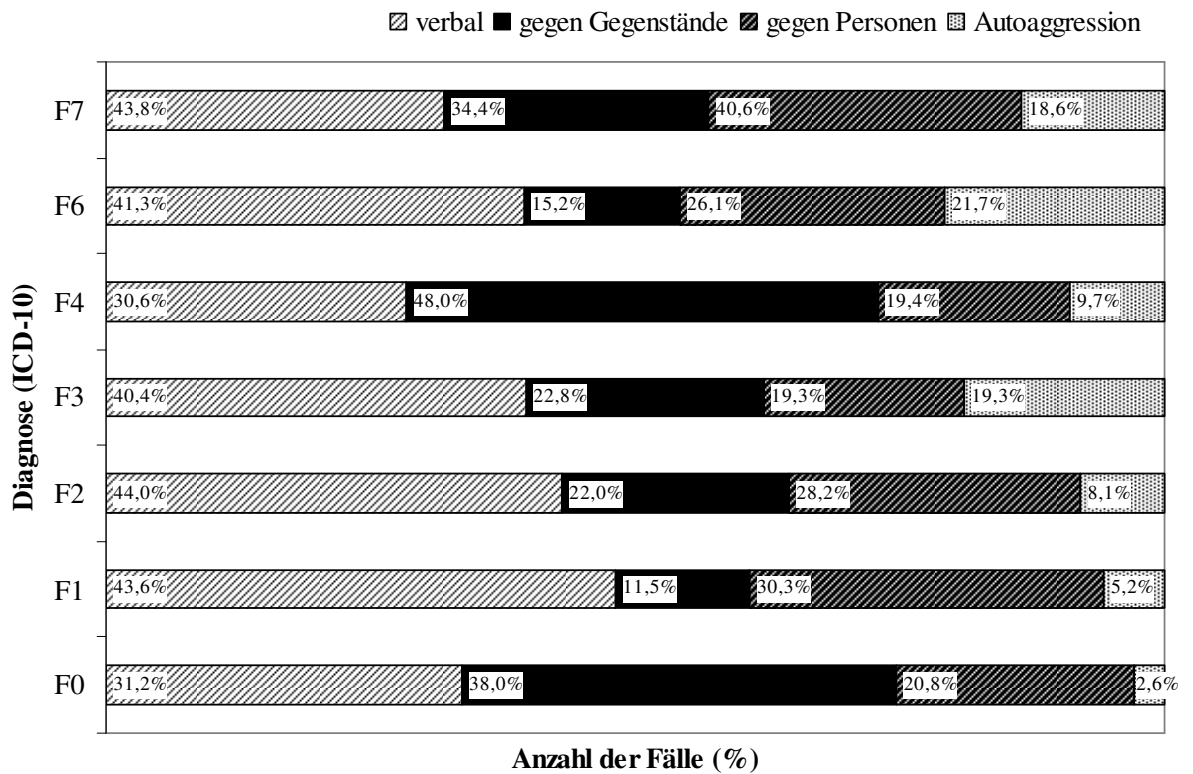


Abbildung 4: Aggressionsart nach Diagnose

#### 4.2.2 Zwangsmaßnahmen und Medikation

Zwangsmaßnahmen wurden im Kollektiv bei insgesamt 413 Patienten (73,9%) in einer Form oder mehreren Formen mindestens einmal notwendig. Mehrfachnennungen beim Auftreten mehrerer Formen von Zwang waren möglich. Bei der Berechnung des Anteils von Patienten, die Zwangsmaßnahmen ausgesetzt waren, wurde lediglich gewertet, ob Zwang, gleich in welcher Form, vorkam.

Verglich man das Auftreten von Zwangsmaßnahmen in der Gesamtheit bei allen zwangsweise eingewiesenen Patienten anhand der ihnen zugeordneten Entlassungsdiagnosen ( $p_{crit}=0,007$ ), so zeigten sich signifikante Unterschiede bei den Diagnosegruppen F0 (organische psychische Störungen), F3 (affektive Störungen) und F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen). Patienten mit organischer psychischer Störung waren signifikant seltener, Patienten mit affektiven, neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen signifikant häufiger Zwangsmaßnahmen ausgesetzt. Bestimmte Diagnosen schienen also im Kollektiv zwangsuntergebrachter Patienten Einfluss darauf zu haben, ob ein Patient in irgendeiner Form Zwangsmaßnahmen ausgesetzt war (siehe Tabelle 13, S.41).



**Tabelle 13: Zwangsmaßnahmen nach Diagnose (% innerhalb der Diagnosegruppe)**

<i>N</i> =559	<i>N</i>	%
F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen $\chi^2[df=1]=11,033, p=0,001$	45	58,4%
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen $\chi^2[df=1]=0,606, p=0,436$	208	72,5%
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen $\chi^2[df=1]=2,920, p=0,087$	163	78,0%
F3: affektive Störungen $\chi^2[df=1]=6,289, p=0,012$	50	87,7%
F4: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen $\chi^2[df=1]=23,290, p<0,001$	50	80,6%
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen $\chi^2[df=1]=3,087, p=0,079$	39	84,8%
F7: Intelligenzstörung $\chi^2[df=1]=0,317, p=0,574$	25	78,1%

Nominell vertraten Patienten mit affektiven Störungen (F3, 87,7%) den größten Anteil, Patienten mit organischen psychischen Störungen (F0, 58,4%) den geringsten Anteil von Patienten innerhalb der Diagnosegruppe, die Zwangsmaßnahmen ausgesetzt waren.

Verglich man die verschiedenen Formen von Zwang nach den Diagnosen ( $p_{crit}=0,007$ ), so ließen sich ebenfalls signifikante Unterschiede nachweisen: Blickkontakt wurde bei Patienten mit organischer psychischer Erkrankung (F0;  $\chi^2[df=1]=9,577, p=0,002$ ) signifikant seltener und bei Patienten mit Schizophrenie, schizotyper und wahnhafter Störung (F2;  $\chi^2[df=1]=17,514, p<0,001$ ) signifikant häufiger eingesetzt. Der Einsatz der Sitzwache erfolgte bei Patienten mit organischer psychischer Erkrankung (F0;  $\chi^2[df=1]=7,315, p=0,007$ ) signifikant seltener. Zwangsmedikation und -ernährung wurde mit signifikanten Unterschieden bei drei Diagnosegruppen eingesetzt: bei Patienten mit Störungen durch psychotrope Substanzen (F1;  $\chi^2[df=1]=13,506, p<0,001$ ) und Schizophrenie, schizotyper und wahnhafter Störung (F2;  $\chi^2[df=1]=19,357, p<0,001$ ) signifikant häufiger, bei Patienten mit affektiven Störungen (F3;  $\chi^2[df=1]=13,216, p<0,001$ ) signifikant seltener. Die Fixierung wurde nur bei einer Diagnosegruppe signifikant häufiger angewendet, nämlich bei Patienten mit Störungen durch psychotrope Substanzen (F1;  $\chi^2[df=1]=10,952, p=0,001$ ). Einen Überblick über das Auftreten verschiedener Formen von Zwang anhand der Diagnose gibt Abbildung 5, S.51.

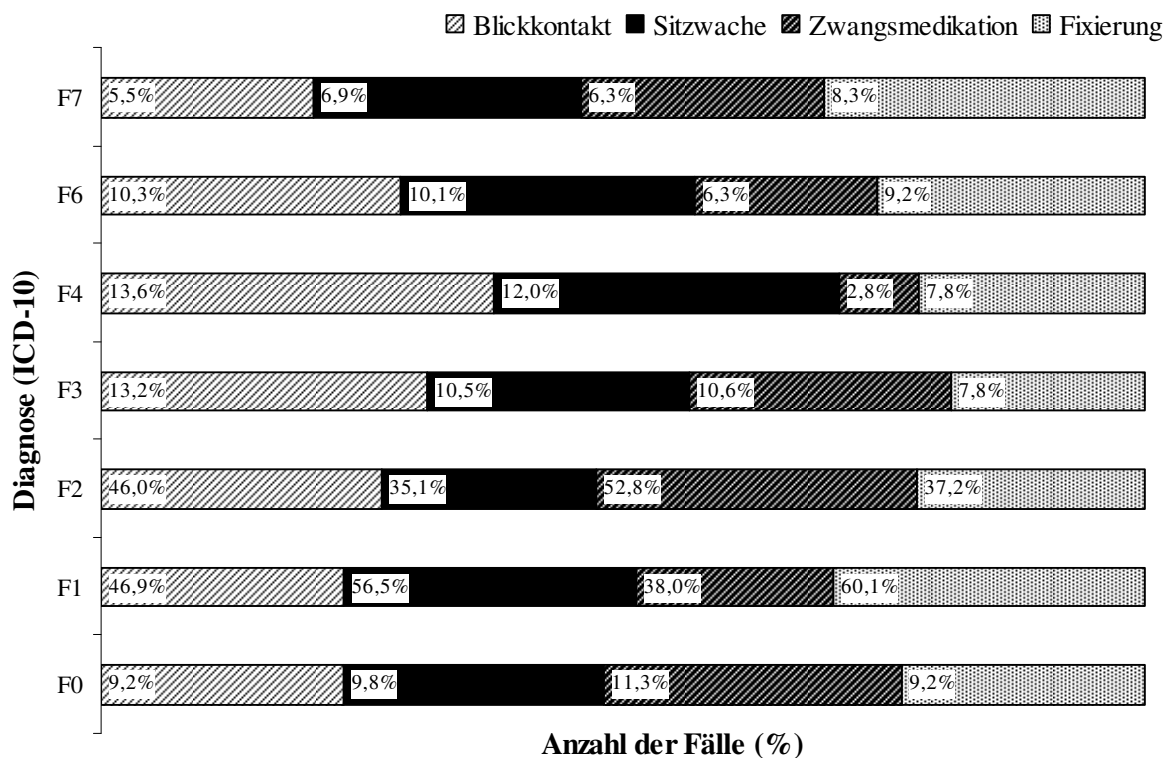


Abbildung 5: Zwangsmaßnahmen nach Diagnose

Bei der statistischen Überprüfung der Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen hinsichtlich der verschiedenen Formen von Zwang wurde wiederum eine  $\alpha$ -Fehler-Kumulierung berücksichtigt und auf die Anzahl der Diagnosegruppen bezogen. Da die Zwangsformen unabhängig voneinander auftreten und gewertet wurden, erfolgte hier keine erneute Anpassung des Signifikanzniveaus.

Betrachtete man nun die eingesetzte sedierende und hochpotente, antipsychotische Medikation, so ließen sich signifikante Gruppenunterschiede bei drei Diagnosegruppen feststellen, nämlich den Diagnosegruppen F1 (Störungen durch psychotrope Substanzen;  $\chi^2[df=1]=63,068$ ,  $p<0,001$ ), F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen;  $\chi^2[df=1]=76,675$ ,  $p<0,001$ ) und F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen;  $\chi^2[df=1]=8,523$ ,  $p=0,004$ ). Benzodiazepine kamen nominell am häufigsten bei Patienten der Diagnosegruppe F2, am seltensten bei Patienten der Diagnosegruppe F1 zum Einsatz kamen. Typische Neuroleptika wurden am häufigsten bei Patienten der Diagnosegruppe F2, am seltensten bei Patienten der Diagnosegruppe F4 eingesetzt. Einen Überblick über den Einsatz der beschriebenen Medikamente anhand der Diagnose gibt Abbildung 6, S.43.

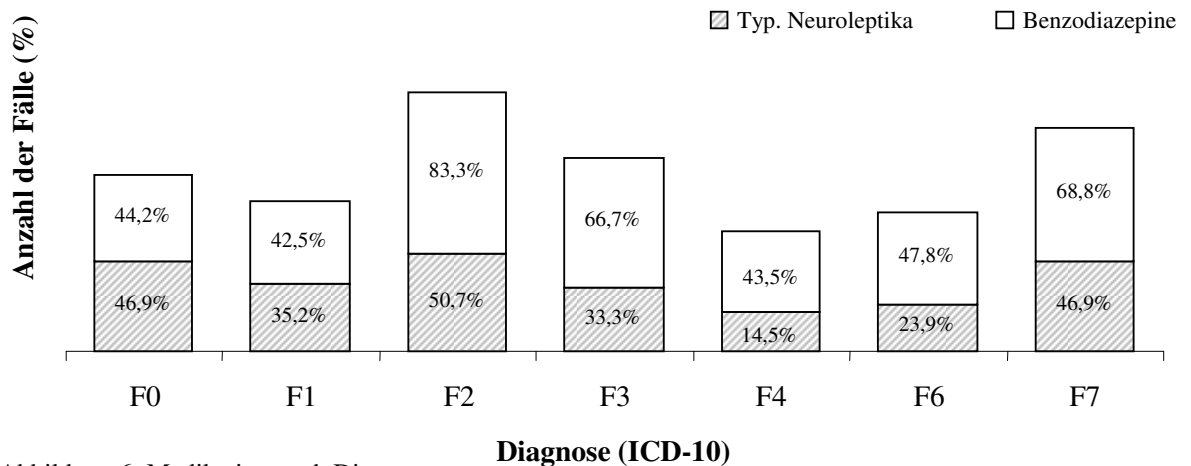


Abbildung 6: Medikation nach Diagnose

Vergleicht man die eingesetzten Medikamente nach den Diagnosen ( $p_{crit}=0,007$ ), so zeigten sich folgende signifikante Unterschiede: Benzodiazepine kamen bei Patienten mit Störungen durch psychotrope Substanzen (F1;  $\chi^2[df=1]=49,721$ ,  $p<0,001$ ) und Schizophrenie, schizotyper und wahnhafter Störung (F2;  $\chi^2[df=1]=94,617$ ,  $p<0,001$ ) signifikant häufiger zum Einsatz. Typische Neuroleptika wurden hingegen bei den Diagnosegruppen F0 ( $\chi^2[df=1]=21,214$ ,  $p<0,001$ ), F1 ( $\chi^2[df=1]=8,132$ ,  $p=0,004$ ) und F2 ( $\chi^2[df=1]=13,126$ ,  $p<0,001$ ) signifikant häufiger, bei der Diagnosegruppe F4 ( $\chi^2[df=1]=20,173$ ,  $p<0,001$ ) signifikant seltener eingesetzt.

Bei der statistischen Überprüfung der Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen hinsichtlich der Medikation wurde wiederum eine  $\alpha$ -Fehler-Kumulierung berücksichtigt und auf die Anzahl der Diagnosegruppen bezogen. Da die verschiedenen Medikamente als unabhängig voneinander gewertet wurden, erfolgte hier keine erneute Anpassung des Signifikanzniveaus.

### 4.3 Unterschiede zwischen vor und während des stationären Aufenthalts eingewiesenen Patienten

#### 4.3.1 Einweisungsumstände

Ein signifikanter Altersunterschied zwischen VSA und WSA fand sich nicht ( $N=559$ ,  $F=0,247$ ,  $p=0,619$ ). In beiden Gruppen fanden sich prozentual etwa gleich viele Männer und Frauen: bei den VSA 39,0% Frauen und 61,0% Männer, bei den WSA 37,4% Frauen und 62,6% Männer ( $N=559$ ,  $\chi^2[df=1]=0,118$ ,  $p=0,731$ ). Es zeigten sich jedoch Unterschiede hinsichtlich des

Schulabschlusses (siehe Tabelle 14): WSA konnten nominell häufiger keinen oder einen Sonderschulabschluss nachweisen. Die Prozentangaben beziehen sich auch im Folgenden auf den Anteil betroffener Patienten in der Untergruppe der VSA bzw. WSA.

**Tabelle 14:** Schulabschluss nach Einweisungsart (% innerhalb der Einweisungsgruppe)

	<u>Abschluss</u>	<u>VSA</u>	<u>WSA</u>
N=559	keiner	19 (4,5%)	16 (11,5%)
$\chi^2[df=5]=14,306$ $p=0,014$	Sonderschule	16 (3,8%)	9 (6,5%)
	Hauptschule	105 (25,0%)	26 (18,7%)
	Realschule	133 (31,7%)	42 (30,2%)
	Gymnasium	63 (15,0%)	26 (18,7%)
	nicht näher spezifiziert	84 (20,0%)	20 (14,4%)

Signifikante Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit (N=535,  $\chi^2[df=4]=4,826$ ,  $p=0,306$ ) und des Familienstandes (N=540,  $\chi^2[df=4]=6,234$ ,  $p=0,182$ ) ließen sich zwischen den beiden Gruppen nicht nachweisen.

Es zeigte sich, dass WSA häufiger nach BGB § 1906 eingewiesen wurden, VSA wurden häufiger nach PsychKG LSA §§13,15 untergebracht. Bei VSA bestand zudem seltener zum Unterbringungszeitpunkt bereits ein Betreuungsverhältnis. Polizeiliche Unterstützung bei der Durchsetzung der Zwangsunterbringung war bei Patienten, die aus dem häuslichen Umfeld zwangsweise psychiatrisch eingewiesen wurden, signifikant häufiger erforderlich als bei den Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Zwangseinweisung bereits in stationär-psychiatrischer Therapie befanden (39,0% gegenüber 12,2%; siehe Tabelle 15).

**Tabelle 15:** Unterbringungsumstände (% innerhalb der Einweisungsgruppe)

		<u>VSA</u>	<u>WSA</u>
Gesetzliche Grundlage: $N=559$ , $\chi^2[df=1]=8,699$ $p=0,003$	PsychKG LSA §§ 13,15	376 (89,5%)	111 (79,9%)
	Betreuungsgesetz BGB § 1906	44 (10,5%)	28 (20,1%)
Betreuungsverhältnisse: $N=559$ , $\chi^2[df=1]=9,692$ $p=0,002$	keine Betreuung	325 (77,4%)	89 (64,0%)
	bestehende Betreuung	95 (22,6%)	50 (36,0%)
Polizei bei Aufnahme: $N=559$ , $\chi^2[df=1]=34,304$ $p<0,001$		164 (39,0%)	17 (12,2%)

Auch hinsichtlich der Einweisungsgründe zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede. Im Einzelvergleich ( $p_{crit}=0,02$ ) zeigte sich, dass sich keine signifikanten Unterschiede bei der Einweisung aufgrund von Suizidalität bzw. Eigengefährdung nachweisen ließen ( $\chi^2[df=1]=0,000$ ,  $p=1,000$ ). VSA wurden jedoch signifikant häufiger aufgrund von Aggressivität bzw. Fremdgefährdung zwangsweise untergebracht ( $\chi^2[df=1]=7,394$ ,  $p=0,007$ ).

Auch bei der Kombination aus Fremd- und Eigengefährdung waren VSA signifikant häufiger betroffen ( $\chi^2[df=1]=15,503, p<0,001$ ). Bei der Einschätzung eines bei Aufnahme bestehenden akuten Erregungszustandes bzw. dem Bestehen akuter Suizidalität zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (siehe Tabelle 16).

**Tabelle 16:** Einweisungsumstände (% innerhalb der Einweisungsgruppe)

		VSA	WSA
Einweisungsgrund: $N = 559, \chi^2 [df = 2] = 11,267 \quad p = ,004$	Suizidalität/Eigengefährdung	211 (50,2%)	87 (62,6%)
	Aggressivität/Fremdgefährdung	50 (11,9%)	21 (15,1%)
	Eigen- und Fremdgefährdung	159 (37,9%)	31 (22,3%)
akuter Erregungszustand: $N = 559, \chi^2 [df = 1] = 2,832 \quad p = ,092$		179 (42,6%)	48 (34,5%)
akute Suizidalität: $N = 559, \chi^2 [df = 1] = ,713 \quad p = ,399$		168 (40,0%)	50 (36,0%)

Patienten, die während des stationären Aufenthaltes zwangsuntergebracht wurden, befanden sich nicht signifikant häufiger schon zu einem früheren Zeitpunkt in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Betreuung ( $N=541, \chi^2[df=1]=4,779, p=0,029$ ).

Auf einen Vergleich einer bestehenden Intoxikation zum Zeitpunkt der Zwangseinweisung wurde verzichtet, da bei den Patienten, die sich bereits in stationär-psychiatrischer Behandlung befanden der Zugang zu Alkohol und illegalen Drogen zumindest erschwert möglich war.

#### 4.3.2 Psychopathologische Auffälligkeiten

Beim Vergleich psychopathologischer Auffälligkeiten muss zu Bedenken gegeben werden, dass sich die Angaben bei der Gruppe der WSA auf das Aufnahmegespräch zum Zeitpunkt der freiwilligen stationären Aufnahme beziehen, zum Zeitpunkt der Zwangsunterbringung wurde nicht erneut ein vollständiger psychopathologischer Befund erhoben. Im Hinblick darauf, ob der psychopathologische Befund zum Aufnahmezeitpunkt Aussagen über den weiteren Verlauf zulässt, erfolgte an dieser Stelle trotzdem der Vergleich zwischen den beiden Gruppen der vor dem stationären Aufenthalt und der während eines stationären Aufenthaltes zwangsweise eingewiesenen Patienten.

Produktiv-psychotische Symptome sowie Störungen des Affekts traten bei WSA häufiger auf, während sich VSA in der Aufnahmesituation signifikant häufiger dysphorisch und gereizt zeigten. Hinsichtlich der Einschätzung der Eigen- und Fremdgefährdung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Einweisungsgruppen (siehe Tabelle 17, S.46).

**Tabelle 17: Psychopathologische Auffälligkeiten (% innerhalb der Einweisungsgruppe)**

	VSA	WSA
produktiv-psychotische Symptome <i>N=545, <math>\chi^2[df=1]=12,653</math> <math>p&lt;0,001</math></i>	165 (40,5%)	80 (58,0%)
Affektstörungen <i>N=544, <math>\chi^2[df=1]=4,516</math> <math>p=0,034</math></i>	161 (39,6%)	69 (50%)
dysphorisch-gereizt, angespannt <i>N=548, <math>\chi^2[df=1]=11,294</math> <math>p=0,001</math></i>	273 (66,4%)	69 (50,4%)
Eigengefährdung <i>N=545, <math>\chi^2[d=1]&lt;0,001</math> <math>p=0,996</math></i>	259 (63,5%)	87 (63,5%)
Fremdaggressivität: <i>N=530, <math>\chi^2[df=1]=3,174</math> <math>p=0,075</math></i>	193 (48,9%)	54 (40,0%)

Betrachtete man die gestellten Entlassungsdiagnosen in Abhängigkeit von der Einweisungsart, so zeigte sich, dass Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) bei VSA, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2) und affektive Störungen (F3) hingegen signifikant häufiger bei WSA diagnostiziert wurden. Alle anderen Diagnosegruppen zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Einweisungsarten (siehe Tabelle 18, S.47).

#### 4.3.3 Stationärer Verlauf

Signifikante Unterschiede fanden sich hinsichtlich Gesamtaufenthaltsdauer und Unterbringungsdauer. VSA wurden für einen signifikant kürzeren Zeitraum zwangseingewiesen und zwar im Mittel  $13,05 \pm 29,97$  Tage im Vergleich zu  $24,29 \pm 52,85$  Tagen bei den WSA ( $N=59$ ,  $F=7,685$ ,  $p=0,006$ ). Dieser Unterschied zeigt sich noch deutlicher in der Gesamtaufenthaltsdauer: durchschnittlich  $18,71 \pm 27,29$  Tage bei VSA, durchschnittlich  $41,71 \pm 42,64$  Tage bei WSA ( $N=559$ ,  $F=28,102$ ,  $p<0,001$ ). Hinsichtlich der Häufigkeit von Zwangsunterbringungen im Untersuchungszeitraum bestanden zwischen den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede ( $N=559$ ,  $F=0,417$ ,  $p=0,519$ ).

**Tabelle 18: Entlassungsdiagnose (% innerhalb der Einweisungsgruppe)**

	<u>VSA</u>	<u>WSA</u>
F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen <i>N=559, <math>\chi^2[df=1]=2,135, p=0,144</math></i>	63 (15,0%)	14 (10,1%)
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen <i>N=559, <math>\chi^2[df=1]=6,846, p=0,009</math></i>	229 (54,5%)	58 (41,7%)
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen <i>N=559, <math>\chi^2[df=1]=10,511, p=0,001</math></i>	141 (33,6%)	68 (48,9%)
F3: affektive Störungen <i>N=559, <math>\chi^2[df=1]=12,257, p&lt;0,001</math></i>	32 (7,6%)	25 (18,0%)
F4: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen <i>N=559, <math>\chi^2[df=1]=1,134, p=0,287</math></i>	50 (11,9%)	12 (8,6%)
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen <i>N=559, <math>\chi^2[df=1]=0,832, p=0,362</math></i>	32 (7,6%)	14 (10,1%)
F7: Intelligenzstörung <i>N=559, <math>\chi^2[df=1]=0,740, p=0,390</math></i>	22 (5,2%)	10 (7,2%)

Vergleicht man nun die Gruppe der VSA mit der Gruppe der WSA hinsichtlich des Auftretens von Aggressionen, zeigten sich wesentlich deutlichere Unterschiede als zwischen Frauen und Männern. In der Zusammenfassung aller aggressiven Handlungen zeigte sich bei WSA ein signifikant häufigeres Auftreten als bei VSA. Verbale Aggressionen, aggressive Handlungen gegen Gegenstände und Autoaggression traten bei WSA häufiger auf. Keine Unterschiede bestanden hinsichtlich des aggressiven Verhaltens gegenüber Personen (siehe Tabelle 19).

**Tabelle 19: Stationäre Aggressionen nach Einweisungsart (% innerhalb der Einweisungsgruppe)**

<i>N=559</i>	<u>VSA</u>	<u>WSA</u>
Gesamt <i><math>\chi^2[df=1]=9,962, p=0,002</math></i>	195 (46,4%)	86 (61,9%)
verbal <i><math>\chi^2[df=1]=1,344, p=0,246</math></i>	161 (38,3%)	61 (43,9%)
gegen Gegenstände/Mobiliar <i><math>\chi^2[df=1]=18,606, p&lt;0,001</math></i>	44 (10,5%)	35 (25,2%)
gegen Personen <i><math>\chi^2[df=1]=1,466, p=0,226</math></i>	105 (25,0%)	42 (30,2%)
Autoaggression <i><math>\chi^2[df=1]=20,940, p=0,001</math></i>	18 (4,3%)	22 (15,9%)

Zwischen VSA und WSA fanden sich auch wesentliche Unterschiede hinsichtlich der getroffenen Zwangsmaßnahmen. Schon in der Gesamtheit aller Zwangsmaßnahmen waren WSA häufiger von diesen betroffen ( $p=0,006$ ). Im Einzelvergleich der eingesetzten Zwangsmaßnahmen zeigte sich dann, dass Blickkontakt und Sitzwache bei den WSA

signifikant häufiger eingesetzt wurden. Beim Einsatz von Zwangsmedikation und der Fixierung ließen sich hingegen keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nachweisen (siehe Tabelle 20).

**Tabelle 20:** Stationäre Zwangsmaßnahmen (% innerhalb der Einweisungsgruppe)

N=559	VSA	WSA
Gesamt	98 (71,0%)	115 (82,7%)
$\chi^2 [df=1]=7,512 \quad p=0,006$		
Blickkontakt	194 (46,2%)	78 (56,1%)
$\chi^2 [df=1]=4,735 \quad p=0,030$		
Sitzwache	194 (46,3%)	82 (59,0%)
$\chi^2 [df=1]=6,848 \quad p=0,009$		
Zwangsmedikation, Zwangsernährung	101 (24,0 %)	41 (29,5%)
$\chi^2 [df=1]=1,636 \quad p=0,201$		
Fixierung	157 (37,4%)	61 (43,9%)
$\chi^2 [df=1]=1,857 \quad p=0,173$		

Signifikante Unterschiede ließen sich auch hinsichtlich des Einsatzes der verglichenen Medikamentengruppen darstellen. So kamen typische Neuroleptika und Benzodiazepine bei den WSA signifikant häufiger zum Einsatz. Dieses Ergebnis ließ sich auch in der Zusammenfassung der beiden Medikamente gut darstellen: bei WSA kommen sedierende und hochpotent-antipsychotische Medikamente häufiger zum Einsatz ( $p=0,009$ ; siehe Tabelle 21).

**Tabelle 21:** Medikation (% innerhalb der Einweisungsgruppe)

N=559	VSA	WSA
Gesamt	253 (60,2%)	111 (79,9%)
$\chi^2 [df=1]=17,695 \quad p=0,009$		
Typische Neuroleptika	159 (37,9%)	70 (50,4%)
$\chi^2 [df=1]=6,750 \quad p=0,009$		
Benzodiazepine	217 (51,6%)	101 (72,7%)
$\chi^2 [df=1]=18,770 \quad p<0,001$		



## **5. Diskussion**

### **5.1 Ergebnisdiskussion**

#### 5.1.1 Geschlechtsspezifität

Die These, dass sich von einer Zwangsunterbringung betroffene Frauen und Männer in der Unterbringungssituation hinsichtlich der subjektiven Einschätzung als fremdaggressiv oder eigengefährdend unterscheiden, ließ sich *bestätigen*.

Im zeitlichen Zusammenhang mit einer Zwangsunterbringung wurden Männer als fremdaggressiver und somit als größerer Gefahr für die in die Situation involvierten Personen eingeschätzt als dies bei Frauen der Fall war. Die Zwangsunterbringung erfolgte durch den zuständigen (Not-)Arzt bei 16% der Männer allein aufgrund von Fremdaggressivität. Addiert man hierzu noch die 37,9% der Männer, bei denen sowohl Fremd- als auch Eigengefahr festgestellt wurde, so decken sich diese 53,9% etwa mit den 54,5% der Männer, bei denen der aufnehmende psychiatrisch tätige Arzt in der Klinik Fremdgefahr diagnostizierte. Bei den Frauen sind dies nach Einschätzung des einweisenden (Not-)Arztes nur 35,2% (7,4% plus 27,8%), nach Einschätzung des aufnehmenden psychiatrisch tätigen Arztes 33,5%. Etwas mehr als die Hälfte aller zwangsuntergebrachten Männer und etwa ein Drittel der zwangsuntergebrachten Frauen galt also in der Aufnahmesituation als fremdaggressiv.

Ein akuter Erregungszustand in der Aufnahmesituation wurde bei Männern durch den aufnehmenden psychiatrisch tätigen Arztes signifikant häufiger diagnostiziert. Etwa der Hälfte der Männer (47,2%) und einem Drittel der Frauen (30,1%) wurde dieser im Aufnahmegespräch zugesprochen. Dies erklärt zum Teil auch, warum bei Männern in der Unterbringungssituation signifikant häufiger, nämlich in 38,8% der Fälle (22,2% bei den Frauen), polizeiliche Unterstützung angefordert wurde. Zudem bestand im Kollektiv bei den zwangseingewiesenen Männern zum Unterbringungszeitpunkt signifikant häufiger eine Intoxikation, so dass auch Hinweise darauf die ärztliche Einschätzung hinsichtlich des aggressiven Potentials beeinflusst haben mag. Mehrere Studien haben nachgewiesen, dass Alkohol- und Drogenmissbrauch als Risikofaktor für fremdaggressives [23; 27; 38], aber auch autoaggressives Verhalten [55; 105] gelten muss.

Bei Frauen führte nach Einschätzung des einweisenden (Not-)Arztes in 64,8% der Fälle allein akute Eigengefährdung zur stationären Aufnahme. Addiert man hier die Kombination aus Eigen- und Fremdgefahr (27,9%) dazu, so ergibt sich, dass bei 92,6% der Frauen Eigengefahr bei der Zwangseinweisung eine Rolle spielte. Bei den Männern trifft dies in 84% (46,1% plus 37,9%) der Fälle zu. Nach Einschätzung des aufnehmenden psychiatrischen Arztes spielt Eigengefahr bei 66% der Frauen und 61,8% der Männer in der Aufnahmesituation eine Rolle.

Die Werte hinsichtlich der Einschätzung durch einweisenden Arzt und aufnehmenden psychiatrischen Arzt differieren hier also mehr als bei der Einschätzung der Fremdgefahr. Acht von zehn Männern und neun von zehn Frauen galten somit in der unmittelbaren Einweisungssituation zumindest zum Teil auch als eigengefährdend. Der Anteil der Patienten ist damit also bei beiden Geschlechtern wesentlich größer als der, bei denen Fremdgefahr eine Rolle spielt. Die abweichenden Werte lassen sich vielleicht dadurch erklären, dass außerhalb des stationären Settings durch den Notarzt entsprechend schnell Entscheidungen zu treffen waren und keine Zeit für lange Explorationen blieb. Dadurch kann es möglicherweise zu einer Überbewertung einer potentiellen Eigengefährdung gekommen sein, die sich dann im ausführlichen Gespräch mit dem psychiatrisch tätigen Arzt nicht bestätigen ließ.

Hinsichtlich akuter Suizidalität zeigten sich in der Aufnahmesituation keine geschlechtsspezifischen Unterschiede: 42,1% der Frauen und 37,0% der Männer wurden als akut suizidal eingeschätzt. Studien belegen, dass bei Männern Suizidversuche häufig in Verbindung mit Substanzmissbrauch vorkommen [51]. Suizidalität ist jedoch bei Frauen auch eine Frage des Alters und kommt bei jüngeren Frauen häufiger vor als bei Männern derselben Altersgruppe. Mit dem Alter nimmt die weibliche Mehrheit kontinuierlich ab [54]. Insgesamt sind Suizidversuche bei Frauen und in der jüngeren Altersgruppe häufiger und nehmen mit dem Alter ab, dafür steigt die Zahl erfolgreicher Suizide mit dem Alter. Männer begehen häufiger erfolgreich Suizid [106]. Im untersuchten Kollektiv waren die betroffenen Frauen signifikant älter als die Männer. Diese gegenläufige Geschlechts- und Altersabhängigkeit von Suizidalität kann vielleicht erklären, warum sich im Kollektiv keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich des Auftretens von Suizidalität nachweisen ließen.

Betroffene Männer waren im Durchschnitt 6,68 Jahre jünger als betroffene Frauen. Zudem waren betroffene Männer signifikant häufiger arbeitslos (50,2%) und ledig (47,3%) als betroffene Frauen (31,6% bzw. 31,0%). Studien belegen, dass jüngeres Lebensalter [23; 27; 38; 45] und psychosoziale Faktoren wie Zugehörigkeit zu den unteren sozialen Schichten [23], die mit Arbeitslosigkeit einhergehen kann fremdaggressives Verhalten begünstigen können.

Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bestanden hingegen in dieser Arbeit hinsichtlich des erreichten Schulabschlusses, der gesetzlichen Grundlage der Zwangseinweisung, des Betreuungsverhältnisses und einer vor der Zwangseinweisung erfolgten psychiatrischen Betreuung.

Der Einschätzung von betroffenen Männern als fremdaggressiver lagen also mehrere Mechanismen zugrunde. Zum einen präsentierten sich die betroffenen Männer oftmals als psychisch erregter als die betroffenen Frauen. Dies mag auch der Tatsache geschuldet sein, dass Männer zu einem weitaus größeren Teil in der Aufnahmesituation Alkohol oder Drogen konsumiert hatten. Zum anderen waren die Betroffenen Männer weitaus häufiger aus schlechteren sozialen Verhältnissen und jüngeren Alters als die betroffenen Frauen. Da in der

Allgemeinbevölkerung Männer gewaltbereiter als Frauen schienen [6; 36; 37], auch wenn dies, wie beschrieben, auf psychiatrische Patienten nicht unbedingt zutrifft [38; 43], so mag die Tatsache, dass sich dieses Bild in der Einschätzung der Beteiligten hält, doch dazu geführt haben, dass Männer als fremdaggressiver eingeschätzt wurden als Frauen.

Die Kombination männliches Geschlecht mit schlechten sozialen Verhältnissen, jüngerem Lebensalter, dem Vorliegen einer Intoxikation und der Präsentation als psychisch-erregt führte also anhand der vorliegenden Daten am ehesten zur Einschätzung als fremdaggressiv. Somit lässt sich die These, dass Männer in der unmittelbaren Einweisungssituation fremdaggressiver eingeschätzt werden als Frauen anhand der vorliegenden Daten *bestätigen*.

Die These, dass sich zwangsuntergebrachte Männer und Frauen hinsichtlich des psychopathologischen Befundes und der Diagnose bei der Aufnahme nicht unterscheiden, *konnte widerlegt werden*. Das in der Literatur beschriebene geschlechtsspezifische Verhältnis hinsichtlich der Diagnosen findet sich mit Einschränkungen auch in dieser Arbeit.

Die Untersuchung erfolgte in der Annahme, dass eine Zwangsunterbringung vor allem aufgrund von Erkrankungen, die insbesondere mit Eigen- oder Fremdgefährdung einhergehen, angeregt wurde. Dadurch bestand die Möglichkeit, dass sich im Kollektiv zwangsuntergebrachter Patienten die in der Literatur beschriebenen geschlechtsspezifischen Häufigkeiten hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosen ändern. Der Vergleich des psychopathologischen Aufnahmebefundes von Männern und Frauen zeigte, wie bereits beschrieben, dass Männer auch durch den aufnehmenden psychiatrisch tätigen Arzt häufiger als fremdaggressiv eingeschätzt wurden als die betroffenen Frauen (54,5% gegenüber 33,5%). Frauen wurden hingegen durch den aufnehmenden psychiatrisch tätigen Arzt nicht signifikant häufiger als eigengefährdet eingeschätzt, als betroffene Männer (66,0% gegenüber 61,8%), Produktiv-psychotische Symptome, in der Literatur als Risikofaktor für fremdaggressives Verhalten [27; 31; 38] und somit auch für eine Zwangseinweisung [81; 91] beschrieben, traten bei Erhebung des psychopathologischen Befundes bei beiden Geschlechtern gleich häufig auf. Allerdings ließen sich Affektstörungen signifikant häufiger bei Frauen nachweisen. Ein dysphorisch-gereizter Affekt wurde getrennt von der Stimmungslage betrachtet und zeigte sich bei beiden Geschlechtern gleich häufig. Im Vergleich der Diagnosen zeigte sich hinsichtlich der Diagnosegruppe F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen) sowie bei affektiven und Persönlichkeitsstörungen (F3) und Persönlichkeitsstörungen (F6) eine Bevorzugung des weiblichen Geschlechts. Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) traten hingegen häufiger bei männlichen Patienten auf.

Ein Zusammenhang lässt sich zwischen dem häufigeren Auftreten der Diagnosegruppen F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen), F3 (affektive Störungen) und F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) sowie den vermehrten Störungen des Affektes bei

Patientinnen vermuten. Es ist bekannt, dass unipolar depressive Erkrankungen (unter F3) eine etwa doppelt so hohe Prävalenz bei Frauen haben [107]. Die Gründe dafür sind noch nicht befriedigend erforscht. Auch bei den schizoaffektiven Störungen (unter F2) ist eine Bevorzugung des weiblichen Geschlechts in der Literatur beschrieben [108]. Da diese Diagnosegruppen im untersuchten Kollektiv signifikant häufiger bei Frauen auftraten und charakteristischerweise mit Affektstörungen einhergehen, kann man postulieren, dass Affektsstörungen im untersuchten Kollektiv bei Frauen deswegen auch signifikant häufiger im Vergleich zu den Männern auftraten.

Obwohl die Zahl weiblicher Alkoholabhängiger inzwischen stark zunimmt [109] wird in der Literatur beschrieben, dass aktuell mehr Männer als Frauen vom Alkoholismus, aber auch vom Missbrauch illegaler Drogen betroffen sind. Frauen hingegen überwiegen bei der Abhängigkeit von Medikamenten [110]. Diese Aussage konnte anhand der vorliegenden Daten bestätigt werden: Männer zeigten häufiger zum Aufnahmezeitpunkt eine Intoxikation, ihnen wurde zudem häufiger eine Diagnose aus der Diagnosegruppe F1 (Störungen durch psychotrope Substanzen) zugeschrieben. Eine Intoxikation mit Alkohol oder illegalen Drogen war bei Männern, eine Intoxikation mit Medikamenten bei Frauen signifikant häufiger vorhanden. Substanzabhängigkeit, insbesondere der Alkoholismus, hing, wie bereits beschrieben, mit fremd- und autoaggressivem Verhalten zusammen und wurde ebenfalls als Risikofaktor für eine Zwangseinweisung beschrieben [91].

Die Geschlechtsverteilung bei den Persönlichkeitsstörungen ist je nach Art der Persönlichkeitsstörung unterschiedlich [111]. Da der Aufteilung in die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen in dieser Arbeit keine detaillierte Aufmerksamkeit gewidmet wurde, lässt sich die Frage, ob im Kollektiv Frauen insgesamt häufiger von Persönlichkeitsstörungen betroffen waren oder Untergruppen mit einem bekanntermaßen erhöhten Frauenanteil (z.B. Persönlichkeitsstörungen vom emotional-instabilen Typ, dependente und selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen) vermehrt vorkamen nicht zufriedenstellend beurteilen.

Anhand der erhobenen Daten konnte die Aussage der Literatur nicht bestätigt werden, dass schizophrene Psychosen bei Männern und Frauen etwa gleich häufig auftreten. Dies mag jedoch der Tatsache geschuldet sein, dass eine Aufteilung der Diagnosen nach ICD-10 erfolgte und somit schizophrene und schizoaffektive Störungen in eine Diagnosegruppe fielen. Wie beschrieben [108] zeigen laut Angaben in der Literatur schizoaffektive Störungen eine Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes, was in dieser Arbeit zu einer Verzerrung geführt haben mag.

Hinsichtlich des geschlechtsspezifischen Auftretens organischer Psychosen (F0) kann aufgrund der Inhomogenität dieser Diagnosegruppe keine umfassende Aussage getroffen werden. Allgemein gefasst lassen sich hier keine geschlechtsspezifischen Unterschiede nachweisen. Die Diagnosegruppe F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) zeigten in der

Literatur eine Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes [112], die im Kollektiv nicht nachgewiesen werden konnte. Ebenso wenig zeigte sich beim geschlechtsspezifischen Vergleich der Intelligenzstörung die in der Literatur dargelegte [113] leichte Bevorzugung des männlichen Geschlechtes.

Hinsichtlich der Diagnosegruppen F1, F2 und F3 ließen sich also die Angaben der Literatur hinsichtlich der Geschlechtspräferenz auch in dem von uns untersuchten Kollektiv zwangsuntergebrachter Patienten bestätigen. In anderen Fällen wie bei den Diagnosegruppen F4 und F7 widersprechen die hier vorliegenden Ergebnisse der Literatur. Dies mag zum Teil den sehr kleinen Fallzahlen für diese Diagnosen geschuldet sein. Ein Zusammenhang damit, dass Patienten mit diesen Erkrankungsbildern aufgrund eines hohen Leidensdrucks (Angst- und Panikstörungen) oder auf Druck des sozialen Umfeldes (Intelligenzstörungen) eher freiwillig die Therapie suchen, eine Zwangseinweisung somit seltener ist, oder die beschriebenen Krankheitsbilder seltener mit akuter Fremd- oder Eigengefahr einhergehen kann ebenfalls postuliert werden.

Zum Teil ließen die vorliegenden Ergebnisse aufgrund des zusammenfassenden Charakters der von uns verwendeten Diagnosegruppen nach ICD-10 und der Inhomogenität dieser Gruppe keinen statistisch sicheren Vergleich zu, wie dies bei den Diagnosegruppen F0 und F6 der Fall war.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich bei Patienten mit Diagnosen, die im Kollektiv häufig mit einer Zwangsunterbringung einhergingen, die in der Literatur beschriebenen Geschlechtsspezifitäten bestätigen ließen. Aufgrund sehr kleiner Fallzahlen lassen sich bei anderen Diagnosen keine sicheren Aussagen treffen. Das vermehrte Auftreten von Alkoholismus bei Männern mag zu der primären Einschätzung einer bestehenden Fremdgefahr geführt haben. Dysphorisch-gereiztes Verhalten in der Aufnahmesituation korreliert jedoch nicht mit dem Geschlecht und scheint daher nicht objektiv zur Einschätzung der Fremdgefahr beigetragen zu haben. Somit lässt sich weder die These bestätigen, dass Frauen und Männer sich hinsichtlich des psychopathologischen Befundes bei der Aufnahme nicht unterscheiden, noch die Annahme, dass sich im Zusammenhang mit der Zwangsunterbringung die geschlechtsspezifischen Prävalenzen bestimmter Diagnosen, wie sie bei allgemein-psychiatrischen Patienten beschrieben wird, ändern.

Die These, dass Männer und Frauen, die von einer Zwangsunterbringung betroffen waren, sich während des stationären Aufenthaltes nicht hinsichtlich des Auftretens von fremd- oder autoaggressiven Handlungen unterschieden, ließ sich *bestätigen*. Allerdings zeigten sich trotzdem signifikante Unterschiede hinsichtlich der eingesetzten Zwangsmaßnahmen.

Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung aggressiver Handlungen während des stationären Aufenthaltes fiel auf, dass verbale, gegen Gegenstände, andere Personen oder sich selbst

gerichtete Aggressionen ohne signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede vorkamen. Weder in der Gesamtheit aller Aggressionen noch in der Unterteilung nach Art der Aggression ließen sich geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Als häufigste Aggression kamen in etwa 40% der Fälle verbal-aggressive Handlungen vor, in weniger als 10% der Fälle traten autoaggressive Handlungen auf. Gegenstände wurden von etwa 15% der Patienten beschädigt, Angriffe gegenüber Personen traten in 20-30% der Fälle auf. Dies bestätigt Ergebnisse frühere Studien, in denen ebenfalls bei stationär-psychiatrischen Patienten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich des Auftretens von Aggression gefunden werden konnten [38; 40]. Zudem gingen Aggressionen nur von einer kleinen Gruppe Patienten aus [29; 30; 31].

Hinsichtlich der durchgeführten Zwangsmaßnahmen ließen sich zumindest teilweise Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen. Als häufigste Zwangsmaßnahme wurde bei den Frauen der Blickkontakt, bei den Männern die Sitzwache angewendet. Jede zweite Frau und etwa jeder zweite Mann des Kollektivs waren von Blickkontakt, 40% der Frauen und 50% der Männer von Sitzwache betroffen. Hoch signifikante Unterschiede zeigten sich bei der Fixierung: insgesamt wurde etwa jede vierte Frau und jeder zweite Mann im Verlauf des stationären Aufenthaltes fixiert. Geschlechtsunabhängig wurde in einem Viertel der Fälle von der Möglichkeit der Zwangsmedikation oder -ernährung Gebrauch gemacht.

Studien bestätigen, dass der Schweregrad psychopathologischer Symptome, aggressives Verhalten [96] sowie psychotische Symptome [97] den Einsatz von Zwangsmaßnahmen begünstigen können. An Gründen für intravenöse Sedierung wurden bedrohliches Verhalten, manische Symptome und Intoxikationen genannt [98]. Nun zeigten jedoch die vorliegenden Ergebnisse, dass psychotische Symptome und aggressives Verhalten bei Männern und Frauen des Kollektivs gleich häufig auftraten und somit als ursächliche geschlechtsspezifische Faktoren ausfallen. Eine Intoxikation mit Alkohol und illegalen Drogen lag bei Männern zwar häufiger vor, doch wurde sie in der Literatur - wie oben erwähnt - bislang vor allem als Risikofaktor für intravenöse Sedierung und nicht für die Fixierung beschrieben. Hinsichtlich der eingesetzten sedierenden und hochpotenten antipsychotischen Medikation finden sich jedoch keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Typische Neuroleptika kamen bei etwa 40% der Patienten geschlechtsunabhängig zum Einsatz, Benzodiazepine wurden bei fast zwei Drittel der Patienten geschlechtsunabhängig im Laufe des stationären Aufenthaltes notwendig.

Blickkontakt ist am ehesten als beobachtendes Instrument zu verstehen, dass der primären Einschätzung eines Patienten gilt und dementsprechend so lange aufrechterhalten wird, bis eine sichere Einschätzung von Eigen- oder Fremdgefahr möglich ist. Fixierung und Sitzwache waren in unserer Klinik stets aneinander gekoppelt, so dass das signifikant häufigere Auftreten der Sitzwache bei Männern der Tatsache geschuldet sein mag, dass Männer häufiger fixiert und infolge dessen auch häufiger mittels Sitzwache überwacht werden. Die Feststellung, dass

Männer hoch signifikant häufiger fixiert wurden als dies bei Frauen der Fall war, lässt sich, wie beschrieben, nicht mit vermehrten aggressiven Handlungen erklären. Doch stellt sich die Frage, ob hier massiv bedrohliches Verhalten, das in der Studie aufgrund von fehlender Dokumentation nicht erfasst wurde, sozusagen prophylaktisch zu Fixierungen geführt haben mag, um das Auftreten von insbesondere körperlicher Gewalt zu vermeiden. Bereits bei der Analyse der subjektiven Einschätzung von Fremdaggressivität in der Unterbringungssituation zeigte sich, dass Männer häufiger als fremdaggressiv beurteilt werden. Studien belegen demgegenüber, dass Frauen hinsichtlich ihres fremdaggressiven Potentials oft unterschätzt werden [41].

Ein sehr hoher Anteil der Patienten des Kollektivs, 70 – 80%, war zumindest einmal während des stationären Aufenthaltes mindestens einer Zwangsmaßnahme ausgesetzt. Ob dies der Tatsache geschuldet ist, dass isoliert die Gruppe zwangsweise untergebrachter Patienten untersucht wurde sollte im Vergleich mit Patienten, die sich freiwillig in stationär-psychiatrische Behandlung begeben haben, geprüft werden. Zumindest finden sich in der Literatur Hinweise, dass eine zwangsweise Unterbringung häufiger mit Aggressionen einherging, was in der Konsequenz zu Zwangsmaßnahmen geführt haben kann [28; 31].

Männer wurden über einen längeren Zeitraum, im Durchschnitt 3,19 Tage länger, zwangsweise untergebracht als Frauen. Hinsichtlich der Gesamtaufenthaltsdauer, also inklusive freiwillig in der Psychiatrie verbrachter Tage, zeigten sich jedoch keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Frauen wurden allerdings im untersuchten Zeitraum signifikant häufiger zwangsweise eingewiesen als Männer. Die Einschätzung bei der richterlichen Anhörung erfolgte aufgrund des psychiatrischen Gutachtens und berücksichtigte insbesondere Diagnose und Prognose als ausschlaggebend für den Unterbringungszeitraum. Somit müssten jedoch gestellte Diagnosen wie z.B. Abhängigkeitserkrankungen, die gegen den Willen des Patienten nicht sinnvoll therapiert werden können und im Kollektiv bei Männern häufiger auftraten, eher zu einem gegenteiligen Effekt, nämlich zu einer Verkürzung der Unterbringungszeit geführt haben: eine längere Unterbringungsdauer (z.B. länger als im Rahmen der akuten Intoxikation) bliebe ohne therapeutische Konsequenz. Letztlich bleiben die Gründe für die längere Dauer der Zwangsunterbringung bei Männern also spekulativ. Ähnliches gilt für die Gründe häufigerer Zwangsunterbringungen bei Frauen. Zwar kann man postulieren, dass dies den häufigeren Diagnosen aus den Diagnosebereichen F2 und F3 geschuldet ist, letztlich reichen die vorliegenden Daten jedoch für eine umfassende Erklärung dieser Tatsache nicht aus.

Somit ließ sich die These, dass Frauen und Männer sich während des stationären Aufenthaltes nicht hinsichtlich des Auftretens von fremd- oder autoaggressivem Verhalten unterscheiden bestätigen. Nicht bestätigen ließ sich jedoch die daraus abgeleitete Vermutung, dass sich die Geschlechter aufgrund dessen auch nicht hinsichtlich der ausgeübten Zwangsmaßnahmen unterscheiden. Männer waren hier, zumindest bei einigen Zwangsmaßnahmen, signifikant

häufiger betroffen. Eine Erklärung der Unterschiede von Unterbringungs- und Aufenthaltsdauer sowie Unterbringungshäufigkeit bleibt spekulativ.

#### 5.1.1 Diagnosespezifische Unterschiede

Die These, dass sich Unterschiede hinsichtlich des Auftretens bestimmter Diagnosen im Kollektiv sowie in Abhängigkeit davon Unterschiede hinsichtlich des Auftretens von Eigen-, Fremdgefährdung und Zwangsmaßnahmen ergaben, ließ sich *bestätigen*.

Am häufigsten ließ sich im untersuchten Kollektiv zwangsuntergebrachter Patienten die Diagnose einer Störung durch psychotrope Substanzen (F1; 51,3%) stellen. An zweiter Stelle stehen Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2; 37,4%), gefolgt von organischen psychischen Störungen (F0; 13,8%) und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4; 11,1%). Affektive Störungen (F3; 10,2%), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6; 8,2%) und Intelligenzstörung (F7; 5,7%) traten seltener auf. Bestimmte Diagnosen korrelierten also im Kollektiv positiv mit der Möglichkeit einer Zwangsunterbringung.

Verbale Aggressionen und aggressive Handlungen gegen Personen traten ohne signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen bei durchschnittlich 40% bzw. 20% der Patienten auf. Die Patienten reagierten also unabhängig von der gestellten Diagnose mit verbaler oder gegen Personen gerichteter Aggression auf die Zwangsunterbringung. Die Diagnose schien also im Kollektiv diesbezüglich keinen Einfluss zu haben. Aggressive Handlungen gegenüber Gegenständen traten bei drei Diagnosegruppe signifikant häufiger auf: bei organischen Störungen (F0), Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2) und Intelligenzstörung (F7). Autoaggression trat signifikant häufiger bei zwei Diagnosegruppen auf: bei Patienten mit affektiven Störungen (F3) und bei Patienten mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6).

Bei Erkrankungen der Diagnosegruppe F0 und F2 kann man annehmen, dass aggressives Potential aus der Verquickung der Situation der Zwangseinweisung mit fehlender Krankheitseinsicht entstand. Bei der Diagnosegruppe F0 bestehen z. T. Wahrnehmungs- und Orientierungsstörungen sowie emotionale Labilität [114]. Eine neue Umgebung und fremde Menschen könnten als bedrohlich erlebt worden sein, was aggressives Verhalten verursacht haben kann. Zudem kann man postulieren, dass bei der Diagnosegruppe F2 produktiv-psychotische Symptome [27; 31], die wie oben beschrieben als Risikofaktor für aggressive Handlungen galten, im Rahmen der Erkrankung zu vermehrter Aggression führten. Allerdings erklärt diese Annahmen nicht ausreichend, warum ausschließlich Aggressionen gegen Gegenstände bei den Diagnosegruppen F2 und F0 gehäuft vorkommen. Hemmende, durch Erziehung entstandene Mechanismen, die in vielen Fällen aggressives Verhalten gegen Personen verhindern, können angenommen werden.



In der Literatur wird insbesondere ein Zusammenhang zwischen suizidalem Verhalten und depressiven Erkrankungen (unter F3) sowie Substanzmissbrauch beschrieben [49; 50; 53]. Autoaggressives Verhalten findet sich in der Diagnosegruppe F3 signifikant häufiger, was die Angaben der Literatur bestätigt. Allerdings muss hinzugefügt werden, dass unter dieser Diagnosegruppe auch Patienten mit bipolar-affektiven Psychosen zusammengefasst wurden, sich letztlich also nicht genau differenzieren lässt, ob nur depressive oder auch bipolare Patienten zu autoaggressivem Verhalten neigten. Gehäuft auftretendes autoaggressives Verhalten bei Patienten mit Substanzabhängigkeit ließ sich im Kollektiv nicht nachweisen, auch wenn dies in der Literatur beschrieben wird [52].

Da der Heterogenität der Persönlichkeitsstörungen (F6) in dieser Studie keine detaillierte Aufmerksamkeit gewidmet wurde, bleiben die Ursachen für das vermehrte Auftreten autoaggressiver Handlungen bei diesen Patienten letztlich spekulativ. Eine Häufung der Persönlichkeitsstörungen, die aufgrund des mit ihnen einhergehenden fremd- und insbesondere autoaggressivem Verhaltens letztlich erst zur Zwangseinweisung führten ist wahrscheinlich, kann jedoch anhand der vorliegenden Daten nicht bewiesen werden. Als Beispiel sei hier die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ genannt. Als weitere Möglichkeit für das vermehrte Auftreten autoaggressiven Verhaltens bei Persönlichkeitsstörungen kann man das Auftreten bestimmter Komorbiditäten wie Abhängigkeitserkrankungen und depressiver Störungen anführen, die als Risikofaktoren für autoaggressives Verhalten gelten [49; 53; 105].

Ähnliches gilt für Patienten mit Intelligenzstörung (F7). Diese zeigten im Kollektiv signifikant häufiger autoaggressives und aggressives Verhalten gegen Gegenstände. Dies mag einerseits vorliegenden Komorbiditäten wie oben erwähnt geschuldet sein, andererseits bestehen krankheitsbedingt häufig Defizite im sozialen, kognitiven und emotionalen Bereich. Auch Frustrationsintoleranz und mangelnde Impulskontrolle können (auto-)aggressives Verhalten begünstigen [113].

Die Angaben früherer Studien, dass Substanzmissbrauch (F1) als Risikofaktor für aggressives Verhalten zu sehen ist [23; 27; 38], lässt sich im Kollektiv nicht bestätigen.

Hinsichtlich der eingesetzten Zwangsmaßnahmen ließen sich Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen aufzeigen. Blickkontakt und Sitzwache kamen signifikant seltener bei Patienten mit organisch psychischer Erkrankung (F0) zur Anwendung. Patienten mit Störung durch psychotrope Substanzen (F1) waren häufiger der Zwangsmedikation und der Fixierung ausgesetzt. Bei Patienten mit Schizophrenie, schizotyper und wahnhafter Störung (F2) kamen hingegen Blickkontakt und Zwangsmedikation häufiger zum Einsatz. Die Zwangsmedikation wurde bei Patienten mit affektiven Störungen signifikant seltener angewandt.

Die Intention des Blickkontaktes war es, die Patienten in ihrem Verhalten hinsichtlich Fremd- oder Eigengefährdung einzuschätzen und somit beim evtl. Auftreten (auto-)aggressiver

Handlung schnell intervenieren zu können. Die Sitzwache ist als Intensivierung des Blickkontaktes zu verstehen, d.h. der Patient wurde ununterbrochen, z. T. sogar beim Toilettengang, überwacht. Der Einsatz von Zwangsmedikation wurde dann notwendig, wenn aufgrund fehlender Krankheitseinsicht auf andere Weise kein therapeutischer Ansatz gefunden werden konnte, wenn die entsprechende Medikation zur Behandlung der Grunderkrankung unumgänglich ist, aber abgelehnt wird oder als „ultima ratio“ zur Sedierung bei Fremd- oder Eigengefahr. Die Fixierung selbst galt als Mittel der letzten Wahl bei Fremdaggressivität oder Autoaggression, der auf weniger einschneidende Weise nicht mehr entgegengewirkt werden konnte.

Organische Störungen (F0) gehen - wie oben bereits beschrieben - zum Teil mit Wahrnehmungs- und Orientierungsstörungen sowie mangelnder Einsichtsfähigkeit einher. Bei akuten und chronischen organischen Störungen bestehen zudem oft Störungen der Gedächtnisfunktionen. Im Kollektiv traten einzig aggressive Handlungen gegen Gegenstände in dieser Diagnosegruppe signifikant häufiger auf. Diese schienen jedoch überwachende Maßnahmen nicht zu rechtfertigen. Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) gelten wie oben beschrieben in der Literatur als Risikofaktor für (auto-)aggressives Verhalten. Die mangelnde Einsichtsfähigkeit, z. T. auch psychomotorische und Orientierungsstörungen sowie fehlende Impulskontrolle im Zusammenhang mit einer Intoxikation oder Entzugssymptomatik könnten zum Auftreten von Aggressivität geführt haben. Im Kollektiv war diese Diagnosegruppe signifikant häufiger von Zwangsmedikation oder Fixierung betroffen, obwohl aggressives Verhalten gleich welcher Art nicht signifikant häufiger auftrat. Insofern scheinen die getroffenen Zwangsmaßnahmen zunächst nicht gerechtfertigt. Jedoch kann wie oben beschrieben aufgrund einer bestehenden Intoxikation oder Entzugssymptomatik eine zwangsweise Sedierung sowie Fixierung zur symptomatischen Therapie und Sedierung sowie Prävention (auto-)aggressiver Handlungen erforderlich gewesen sein. Patienten der Diagnosegruppe F2 waren signifikant häufiger mit Blickkontakt und Zwangsmedikation ausgesetzt. Wie beschrieben diente der Blickkontakt der Einschätzung eines Patienten sowie ggf. der Prävention (auto-)aggressiven Verhaltens. Da produktiv-psychotische Symptome als Risikofaktor für das Auftreten (auto-)aggressiven Verhaltens gelten [31; 45], verwundert es nicht, dass insbesondere bei dieser Diagnosegruppe häufiger überwachende Maßnahmen zum Einsatz kommen. Die Zwangsmedikation erfolgte am ehesten aus der Intention heraus, therapeutisch der fehlenden Krankheitseinsicht des Patienten entgegenzuwirken. Insbesondere in der Diagnosegruppe F2 kann fehlende Krankheitseinsicht somit Zwangsmedikation notwendig machen, wenn andere Möglichkeiten des therapeutischen Ansatzes versagen.

Erstaunlicherweise zeigten sich signifikante Ergebnisse hinsichtlich des Einsatzes von Zwangsmedikation bei der Diagnosegruppe F4 (neurotische Störungen), zu der z.B. Angst- und Panikerkrankungen, somatoforme und dissoziative sowie Anpassungsstörungen gerechnet

werden. Beim Vergleich aggressiver Handlungen zeigte diese Diagnosegruppe kein signifikant häufigeres Auftreten von aggressivem Verhalten. Bei Angst- und Panikerkrankungen sowie Anpassungsstörungen kann eine zwangsweise Sedierung kurzzeitig erforderlich gewesen sein, um eine Situation akut zu beherrschen. In Abhängigkeit von der Ausprägung somatoformer und dissoziativer Störung kann dies z.B. bei krampfanfallartig anmutenden dissoziativen Störungen oder akutem psychischen Erregungszustand gerechtfertigt gewesen sein. Aufgrund der inhomogenen Diagnosegruppe sind jedoch alle Hypothesen letztlich spekulativ. Eine genauere Untersuchung, insbesondere der zeitlichen Zusammenhänge und der einzelnen Diagnosen, scheint sinnvoll.

Zusammenfassend muss man sagen, dass letztlich anhand der vorliegenden Daten ungeklärt bleiben muss, ob Zwangsmaßnahmen aufgrund aufgetretener aggressiver Handlungen erfolgten oder prophylaktische Maßnahmen wie z.B. Blickkontakt und Sitzwache (auto-)aggressive Handlungen vermeiden konnten.

Insgesamt werden sedierende und hochpotente antipsychotische Medikamente sehr häufig eingesetzt. Bei Patienten mit organischen psychischen Störungen (F0) wurden typische Neuroleptika signifikant häufiger, bei Patienten mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F4) signifikant seltener eingesetzt. Bei Patienten mit Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) und Schizophrenie, schizotyper und wahnhafter Störung (F2) wurden sowohl typische Neuroleptika, als auch Benzodiazepine signifikant häufiger eingesetzt.

Bei psychotischen Schüben, Manien, psychomotorischen Erregungszuständen, Alkoholintoxikation kann der Einsatz von typischen Neuroleptika indiziert sein. Insgesamt gilt, dass gerade in der spezifischen Situation der Zwangsunterbringung mit der einhergehenden Unfreiwilligkeit zur Behandlung sicher häufiger die Indikation zum Einsatz typischen Neuroleptika gestellt werden musste. Benzodiazepine, d.h. sedierende Medikamente, werden insbesondere bei neurotischen und psychotischen Angstzuständen und bei Agitiertheit eingesetzt. Auch hier gilt, dass die spezifische Situation der Zwangsunterbringung häufiger zur Indikationsstellung geführt haben könnte. Wie schon bei der Betrachtung der typischen Neuroleptika beschrieben, kann letztlich jede psychiatrische Erkrankung akut zu einem Zustand führen, der sedierende Medikamente notwendig macht.

Man kann vermuten, dass Patienten der Diagnosegruppe F1 häufiger im Rahmen einer akuten Intoxikation bzw. einer bestehenden Entzugssymptomatik mit Benzodiazepinen oder typischen Neuroleptika behandelt werden mussten. Zum Teil ist im Rahmen einer Intoxikation oder bei Bewusstseinsstörungen der Einsatz von sedierender Medikation kontraindiziert, so dass stattdessen typische Neuroleptika eingesetzt wurden. Zudem kann ein präventiver Einsatz im Rahmen des stationären Entzuges z.B. zur Vermeidung von Entzugskrämpfen postuliert werden.

Produktiv-psychotische Symptome und akute (psychomotorische) Erregungszustände sind typisch für Patienten der Diagnosegruppe F2. Innere Unruhe und Angstzustände im Rahmen der produktiv-psychotischen Symptomatik treten des Weiteren auf [115]. Daher verwundert nicht, dass in dieser Diagnosegruppe signifikant häufiger der Einsatz von typischen Neuroleptika und Benzodiazepine als indiziert angesehen wurde.

Bei Patienten mit organischen psychischen Störungen treten wie oben beschrieben z. T. Wahrnehmungs- und Orientierungsstörungen sowie emotionale Labilität auf. Im Rahmen von Defiziten im kognitiven Bereich sowie aufgrund von Auffassungs- und Wahrnehmungsstörungen können psychomotorische Unruhe und Erregungszustände auftreten [114]. Insbesondere bei älteren Patienten werden in diesen Fällen häufiger Neuroleptika eingesetzt, da bei Benzodiazepine bei älteren Menschen zum Teil gegensätzliche Effekte wie psychomotorische Unruhe und Verwirrheitszustände beschrieben werden. Dies kann erklären, warum Patienten der Diagnosegruppe F0 häufiger mit typischen Neuroleptika behandelt werden, Benzodiazepine hingegen weniger zum Einsatz kommen.

Schließlich werden typische Neuroleptika bei Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) seltener eingesetzt. Für die Diagnosegruppe gelten weder produktiv-psychotische Symptome als kennzeichnend, noch sind psychomotorische Unruhe und akute Erregungszustände typisch für diese heterogene Gruppe[112]. Bei den oben genannten Erkrankungen treten vielmehr andere therapeutische Maßnahmen, wie z.B. psychotherapeutische und lerntheoretische Ansätze in den Vordergrund, auch wenn typische Neuroleptika durchaus zum Einsatz kommen können. Dies kann erklären, warum Patienten dieser Gruppe seltener mit typischen Neuroleptika therapiert werden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass eine nähere Untersuchung, insbesondere der zeitlichen Zusammenhänge von aggressiven Handlungen und Zwangsmaßnahmen zur Unterscheidung eines präventiven oder therapeutischen Charakters sinnvoll erscheint. Auch Zusammenhänge zwischen dem Zeitpunkt der Zwangsunterbringung und dem Auftreten aggressiver Handlungen und Zwangsmaßnahmen sollten näher beleuchtet werden. Die These, dass bestimmte Diagnosen mit dem Auftreten von fremd- oder autoaggressiven Handlungen positiv korrelieren, lässt sich somit *bestätigen*. Zudem lässt sich auch bestätigen, dass eine diagnosespezifische Abhängigkeit zum Auftreten aggressiver Handlungen besteht.

### 5.1.3 Unterschiede zwischen VSA und WSA

Die These, dass VSA und WSA sich hinsichtlich der Einweisungsumstände, des psychopathologische Aufnahmebefundes und der gestellten Entlassungsdiagnose unterscheiden, ließ sich *bestätigen*.

In der Aufnahmesituation, die bei VSA mit der Unterbringungssituation, bei WSA mit dem Zeitpunkt der freiwilligen stationären Aufnahme übereinstimmte, zeigten sich bei WSA signifikant häufiger produktiv-psychotische Symptome (58,0% gegenüber 40,5%). Obwohl die Aufnahme bei WSA freiwillig geschah, wurde doch jeder zweite Patient als dysphorisch-gereizt oder angespannt beschrieben. Dieser Zustand trat jedoch signifikant häufiger, nämlich bei zwei Drittel der VSA auf, bei denen ja bereits in der Aufnahmesituation Unfreiwilligkeit bestand. Die stationäre Aufnahme in eine psychiatrische Klinik schien also unabhängig von Freiwilligkeit oder Unfreiwilligkeit eine Stresssituation für die betroffenen Patienten darzustellen. Unfreiwilligkeit verstärkte jedoch dieses Gefühl und führte somit signifikant häufiger zu dysphorisch-gereiztem Verhalten. Hinsichtlich anderer Affektsstörungen zeigten sich ebenfalls Unterschiede zwischen den Einweisungsarten: sie traten bei WSA signifikant häufiger auf.

Drei Diagnosegruppen zeigten signifikante Unterschiede zwischen VSA und WSA: Störungen durch psychotrope Substanzen (F1), Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2) sowie affektive Störungen (F3). Störungen durch psychotrope Substanzen traten häufiger in der Gruppe der VSA auf. Als Erklärung hierfür kann man anführen, dass Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit zu einem breiten Spektrum psychiatrischer Erkrankungen, als Beispiele seien hier nur das Delirium tremens oder Alkoholhalluzinosen genannt [110], führen kann. Akute Eigen- und Fremdgefahr kann die Folge sein. Aufgrund des (per-)akuten Auftretens mit oftmals fehlender Krankheitseinsicht erfolgte die Einweisung wesentlich häufiger aus dem häuslichen Umfeld.

Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen sowie affektive Störungen traten hingegen häufiger bei WSA auf, was auch erklärt, warum affektive Störungen in dieser Gruppe häufiger vorkamen als bei den VSA. Schizophrene Psychosen können charakteristischerweise mit mangelnder Krankheitseinsicht und, abhängig von den vorliegenden Symptomen, mit Eigen- oder Fremdgefahr einhergehen. Bei unipolar depressiven Erkrankungen kann es dagegen eher zum Auftreten von Eigengefährdung kommen. Oftmals wechseln bei beiden Krankheitsbildern Phasen vermehrter Einsichtsfähigkeit mit solchen, in denen fehlende Krankheitseinsicht (schizophrene Psychose) bzw. Resignation (Depression) vorherrschten und die Entlassung angestrebt wurde. Abhängig von den Symptomen der Erkrankungen können z.B. imperative akustische Halluzinationen, die zur Selbstverletzung auffordern oder Suizidgedanken auftreten.

Eine Entlassung gegen ärztlichen Rat wäre für die Gesundheit bzw. das Leben des Patienten nicht vertretbar, es folgte somit die Zwangseinweisung aufgrund von Eigengefährdung.

Hinsichtlich der Beurteilung von Eigengefährdung bzw. Fremdaggressivität bestanden zum Aufnahmezeitpunkt keine Unterschiede zwischen den Einweisungsarten. Jedoch erfolgte die zwangsweise Einweisung bei VSA häufiger aufgrund von Fremdaggressivität bzw. der Kombination aus Eigen- und Fremdgefährdung. WSA wurden im Vergleich nicht signifikant häufiger aufgrund von Eigengefährdung zwangsweise eingewiesen. Die Einweisung aufgrund von Eigengefährdung war bei beiden Gruppen trotzdem der häufigste Einweisungsgrund.

Unterschiede zwischen dem Bestehen eines akuten Erregungszustandes bzw. akuter Suizidalität zum Unterbringungszeitpunkt ließen sich nicht nachweisen. WSA wurden jedoch signifikant häufiger nach §1906 BGB, VSA häufiger nach PsychKG LSA §§13,15 eingewiesen. Bei den WSA bestand jedoch auch signifikant häufiger bereits ein Betreuungsverhältnis, was erklärt, warum häufiger von der Möglichkeit der Einweisung nach §1906 BGB Gebrauch gemacht wurde. Ein Zusammenhang zwischen bestehender Eigengefährdung und dem Gebrauch eines bestehenden Betreuungsverhältnisse, um eine Zwangseinweisung mittels §1906 BGB anzuregen, lässt sich leicht herstellen.

Polizeiliche Unterstützung war in der Aufnahmesituation bei WSA signifikant seltener notwendig. Da sich WSA bereits in stationärem Umfeld befanden kann man postulieren, dass aufgrund des dort vorhandenen Personals polizeiliche Unterstützung seltener notwendig wurde, um die Zwangsunterbringung durchzusetzen.

Die These, dass sich VSA und WSA hinsichtlich der Einweisungsumstände, des psychopathologischen Aufnahmebefundes und der gestellten Entlassungsdiagnose unterscheiden kann also insgesamt aufgrund der vorliegenden Daten *bestätigt* werden.

Es konnte die These *bestätigt* werden, dass sich VSA und WSA hinsichtlich des Verlaufes des stationären Aufenthaltes, insbesondere hinsichtlich des Auftretens von Aggressionen und Zwangsmaßnahmen, und den Zeiträumen für Zwangsunterbringung und Gesamtaufenthalt unterscheiden.

Im Verlauf des stationären Aufenthaltes zeigten sich zwischen den Einweisungsarten teilweise signifikante Unterschiede hinsichtlich des Auftretens von aggressiven Handlungen. Zusammengefasst traten aggressive Handlungen bei WSA signifikant häufiger auf als bei VSA (61,9% gegenüber 46,4%). Die Untersuchung eines direkten zeitlichen Zusammenhangs zur Zwangseinweisung, der aggressive Handlungen als Folge der dadurch ausgelösten Stresssituation deuten könnte, hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt, ist aber sicherlich sinnvoll.

Verbale Aggressionen traten in beiden Einweisungsgruppen bei etwa 40% der Patienten und somit am häufigsten auf. Signifikante Unterschiede ließen sich hier jedoch zwischen den

Einweisungsgruppen nicht nachweisen. Ebenso wurden in beiden Gruppen etwa 20-30% der Patienten aggressiv gegenüber anderen Personen. Auch hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Verbale Aggressionen und körperliche Angriffe auf Personen traten also insgesamt erstaunlich häufig auf. Es zeigte sich jedoch, dass aggressive Handlungen gegen Gegenstände (25,2% gegenüber 10,5%) und gegen sich selbst (15,9% gegenüber 4,3%) bei WSA hochsignifikant häufiger auftraten. Dies kann einerseits Ausdruck der durch die Erkrankung bestehenden Eigen- und Fremdgefahr sein, die zur Zwangseinweisung führte: wie oben beschrieben bestand bei diesen Patienten signifikant häufiger eine schizophrene Psychose oder affektive Störung. Andererseits kann man postulieren, dass durch den vorherigen freiwilligen stationären Aufenthalt Grenzen gegenüber einer fremden Umgebung und dem Personal durchlässiger geworden waren und aggressive Handlungen gegenüber Bekanntem den Patienten leichter fielen. Ein ähnliches Phänomen wird von Seiten des Personals beschrieben: gegenüber bekannten Patienten fällt die Ausübung von Zwangsmaßnahmen leichter [101].

Bei der Beurteilung der durchgeführten Zwangsmaßnahmen zeigten sich hochsignifikante Unterschiede zwischen den Einweisungsarten. Zwangsmaßnahmen wurden insgesamt signifikant häufiger bei den WSA eingesetzt (82,7% gegenüber 71,0%). Dies betraf insbesondere den Blickkontakt und die Sitzwache. Zwangsmedikation und –ernährung sowie Fixierung wurde bei keiner der beiden Einweisungsgruppen signifikant häufiger zum Einsatz gebracht. Dies gibt die Ergebnisse der bereits erwähnten Studie wieder, die beschreibt, dass sich Pflegepersonal und Ärzte leichter für Zwangsmaßnahmen gegenüber bekannten Patienten entschieden [101]. Allerdings wurde im Kollektiv zumeist zugunsten weniger einschneidender und somit beobachtender Maßnahmen entschieden. Dass die getroffenen Maßnahmen dann insgesamt weniger einschneidend gewählt werden, beschreibt ebenfalls die genannte Studie.

Blickkontakt und Sitzwache wurde bei WSA signifikant häufiger eingesetzt. Dies widerspricht der evtl. Annahme, dass „bekannte“ Patienten durch das Personal vermeintlich leichter eingeschätzt werden können als neu aufgenommene. Die Vermutung, dass diese Patienten gerade deswegen häufiger mittels Blickkontakt oder Sitzwache überwacht werden, weil sich die Behandlungssituation von einer freiwilligen in eine unfreiwillige geändert hat, scheint gerechtfertigt. Beobachtendes Verhalten unter der Frage, ob sich neue Aspekte im Verhalten des Patienten eröffnen, scheint hier zum Einsatz zu kommen.

Der Einsatz sedierender und antipsychotischer Medikamente unterstreicht die Theorie, dass sich WSA mit schwererem Krankheitsbild bzw. florideren Krankheitssymptomen präsentierten. Sowohl typische Neuroleptika, als auch Benzodiazepine kamen bei WSA häufiger zum Einsatz (79,9% gegenüber 60,2%). Hochsignifikant zeigten sich diese Unterschiede beim Einsatz der Benzodiazepine (72,7% gegenüber 51,6%), aber auch der Vergleich der typischen Neuroleptika mit den Einweisungsgruppen brachte ein signifikantes Ergebnis (50,4% gegenüber 37,9%). Typische Neuroleptika werden vor allem zur raschen Therapie produktiv-psychotischer

Symptome und psychomotorischer Unruhezustände eingesetzt. Bei den Benzodiazepinen steht der sedierende Effekt im Vordergrund. Produktiv-psychotische Symptome sowie dysphorisch-gereiztes Verhalten erklären somit im Zusammenhang mit den häufiger gestellten Diagnosegruppen F2 und F3 bei WSA den häufigeren Einsatz in dieser Einweisungsgruppe.

Bei den WSA zeigten sich signifikant längere Zeiträume sowohl für die Zwangsunterbringung (im Durchschnitt 11,24 Tage länger) als auch für den Gesamtaufenthalt (im Durchschnitt 23 Tage länger). Allerdings wurden WSA während des untersuchten Zeitraumes nicht öfter zwangsweise eingewiesen als VSA. Auch mit diesen Daten kann man die Theorie stützen, dass sich bei WSA wesentlich schwerere Krankheitsbilder darstellten, die zudem im Verlauf mit mangelnder Krankheitseinsicht einhergingen, so dass eine Zwangseinweisung notwendig wurde. Zudem kann hier allgemein bestätigt werden, dass Patienten, die sich aggressiver zeigten, wie dies bei WSA der Fall ist, länger stationär blieben [45].

Man kann zusammenfassen, dass sich WSA und VSA sowohl hinsichtlich des Diagnosebildes als auch im Verlauf des stationären Aufenthaltes voneinander deutlich unterscheiden. Eine Untersuchung der zeitlichen Zusammenhänge aggressiver Handlungen mit dem Unterbringungszeitpunkt scheint gerechtfertigt. Somit lässt sich die These *bestätigen*, dass sich VSA und WSA hinsichtlich des stationären Verlaufes, insbesondere hinsichtlich des Auftretens von fremd- oder autoaggressiven Verhaltensweisen, voneinander unterscheiden.

## **5.2 Methodendiskussion**

Ziel dieser Arbeit war es, innerhalb eines Kollektivs zwangsweise eingewiesener Patienten Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von aggressivem Verhalten und Personencharakteristika sowie der Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu definieren und Unterschiede innerhalb dieser Gruppe herauszuarbeiten. Dies geschah in der Annahme, dass aufgrund der Tatsache der zwangsweisen Behandlung Unterschiede zum Gesamtkollektiv psychiatrischer Patienten hinsichtlich des Auftretens aggressiver Verhaltensweisen bestanden. Somit müssten sich aus der Analyse dieser Subgruppe neue Aspekte zum Thema Aggression bei psychiatrischen Patienten ergeben.

Erschwert wurde die Erfassung aggressiven Verhaltens dadurch, dass keine allgemein-gültige Definition aggressiven Verhaltens existiert. Somit spielten interaktive Vorgänge zwischen Patienten und Personal sowie persönlichkeitspezifische Merkmale bei der subjektiven Einschätzung des Vorliegens und des Schweregrades von Aggression eine große Rolle. Vor allem bei verbal- aber auch bei nonverbal-aggressiven Verhaltensweisen könnten diese Aspekte zu einer dokumentatorischen Dunkelziffer, aber auch zu falsch-positiver Dokumentation geführt. Darüber hinaus muss gesagt werden, dass es unmöglich scheint, Patienten in der Art zu überwachen, dass kein einziger aggressiver Vorfall der Dokumentation entgeht. So ist nicht



auszuschließen, dass weniger schwerwiegende Vorfälle, z.B. zwischen Patienten, der Aufmerksamkeit des Personals entgingen.

In der Studie wurde innerhalb eines Sechs-Jahres-Zeitraums ein großes Kollektiv von zwangseingewiesenen Patienten untersucht. Dies ist als vorteilhaft gegenüber anderen Arbeiten zu diesem Thema zu sehen, die oft nur wenige Patienten in einem kurzen Zeitraum untersuchten. Zu den Nachteilen der Studie gehört jedoch, dass sie sich retrospektiv mit dem Auftreten von Aggression und Gewalt beschäftigte, sich also auf die Dokumentation durch Pflegepersonal und Ärzte verlassen musste, die zum entsprechenden Zeitpunkt nichts von der späteren retrospektiven Untersuchung wussten. Pflegepersonal und Ärzte wurden also nicht speziell geschult und darauf hingewiesen, welche Vorkommnisse insbesondere auch zu dokumentieren seien. Es besteht also auch hier die Möglichkeit, dass weniger schwerwiegende Ereignisse der Dokumentation entgingen. Der retrospektiven Untersuchung ist auch geschuldet, dass psychometrisch evaluierte Instrumente wie etwa die Staff Observation Aggression Scale (SOAS) nicht zum Einsatz kamen. Somit wurde auch der Schweregrad aufgetretener Aggressionen, z.B. die Art der zugefügten Verletzungen bei fremdaggressiven Handlungen nicht ermittelt wurden. Deswegen muss kritisch angemerkt werden, dass die Vergleichbarkeit mit anderen Studien, die diese einsetzten, vermindert ist. Ebenso blieben durch die Art der Erfassung bestimmte Informationen, wie etwa die Frage nach vor dem aktuellen Aufenthalt aufgetretenen Aggressionen außen vor. Es konnten also insbesondere spezielle, die Vorgeschichte des Patienten betreffende Faktoren nicht vollends geklärt werden.

Einen weiteren Nachteil stellt die Tatsache dar, dass die Untersuchung lediglich in einer Klinik erfolgte, d.h. lokale Gegebenheiten, Vorschriften und Besonderheiten bei der Ergebnisfindung einen Einfluss gehabt haben könnten. Um dies auszuschließen hätte der Vergleich zwangsuntergebrachter Patienten mehrerer psychiatrischer Kliniken im Sinne eines multizentrischen Ansatzes erfolgen müssen.

Die Untersuchung beschränkte sich auf zwangsuntergebrachte Patienten während des Zeitraums der Zwangsunterbringung. Diese Patienten befanden sich während dieser Zeit auf den geschützten Stationen der Klinik und waren auf den entsprechenden Stationen als Gruppe nicht isoliert, d.h. im ständigen Kontakt mit freiwillig stationären Patienten. Dies könnte man einerseits als das Stationsklima verbessernden Faktor werten, andererseits könnten Freiheiten, die freiwillig stationären Patienten zugestanden wurden auch für zusätzlichen Zündstoff gesorgt haben.

Es muss zudem gesagt werden, dass manche Zwangsmaßnahmen wie etwa die Fixierung zwangsläufig im Verlauf die Zwangsunterbringung notwendig machten. Dies kann also dazu geführt haben, dass bei zunächst freiwillig stationären Patienten aufgrund von schwerem fremd- oder autoaggressivem Verhalten die Fixierung und damit die Zwangsunterbringung

notwendig wurde. Um der Möglichkeit der Verzerrung durch diese Fälle entgegen zu wirken, erfolgte der Vergleich nach Einweisungsarten getrennt.

Im Rahmen dieser Studie gingen zwar nicht nur die Hauptdiagnose, sondern auch relevante psychiatrische Nebendiagnosen in die Beurteilung mit ein, dennoch wurde zwischen Haupt- und Nebendiagnosen nicht unterschieden. Zwischen Haupt- und Nebendiagnosen bestand also eine Gleichwertigkeit, die eine genauere Analyse der Komorbiditäten und die Einschätzung, welche Diagnose zur Zwangseinweisung führte, nicht möglich machte. Diese Art der Darstellung ermöglichte es jedoch, den Einfluss einer Diagnose, unabhängig davon, ob sie als Haupt- oder Nebendiagnose definiert wurde, auf das Auftreten aggressiven Verhaltens und die daraus resultierenden Maßnahmen zu beurteilen.

Ein Vergleich aggressiver mit nicht-aggressiven Patienten innerhalb der Gruppe der zwangsuntergebrachten Patienten im Sinne einer matched-pairs-Analyse unterblieb. Somit lässt die vorliegende Arbeit keine Schlüsse darauf zu, welche Unterschiede zwischen diesen beiden Kollektiven bestehen und ob es Faktoren gibt, die in beiden Gruppen auftreten, jedoch nicht zwangsläufig zum Auftreten aggressiven Verhaltens führen.

## **6. Schlussfolgerung, Zusammenfassung und Ausblick**

Diese Arbeit zeigt, dass innerhalb eines Kollektivs zwangsuntergebrachter Patienten eine große Heterogenität existierte. Obwohl Männer sich objektiv als nicht aggressiver als Frauen erwiesen, wurden sie häufiger in der Aufnahmesituation so eingeschätzt und waren entsprechend öfter Zwangsmaßnahmen ausgesetzt. Hier scheint die Frage gerechtfertigt, ob Aspekte im Verhalten des Patienten, die dieses Ergebnis erklären könnten, der Dokumentation entgingen.

Eine einzige Diagnosegruppe, in der aggressives Verhalten signifikant häufiger auftrat, konnte nicht nachgewiesen werden. Insbesondere traten bei keiner Diagnosegruppe vermehrt aggressive Handlungen gegen Personen auf. Signifikant häufigeres autoaggressives Verhalten zog nicht signifikant häufiger überwachende oder andere Zwangsmaßnahmen nach sich. Die eingesetzten Medikamente zeigten eine klare Abhängigkeit zu den gestellten Diagnosen.

VSA wurden zum weitaus größten Teil aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung, in der Regel Alkoholabhängigkeit, zwangsweise untergebracht. Dies mag regionalen Gegebenheiten geschuldet sein. Bei WSA waren affektive und schizophrene Erkrankungen signifikant häufiger vertreten. Aggressionen und Zwangsmaßnahmen traten, zusammenfassend gesagt, bei WSA häufiger auf. Ein insgesamt schwererer Krankheitsverlauf kann hier angenommen werden.

Einige Fragen blieben dennoch ungeklärt. Da die vorliegenden Daten keinen Aufschluss darüber geben, ob die durchgeführten Zwangsmaßnahmen direkte Folge (auto-)aggressiver Handlungen darstellten und wenn ja, welcher Art und Ausprägung diese (auto-)aggressiven

Handlungen waren, kann zwischen sekundärer Prävention und direkter Konsequenz nicht unterschieden werden. In welchem zeitlichen Zusammenhang standen also Aggression und Zwang?

Im Kollektiv wurden nur Patienten hinsichtlich des Auftretens (auto-)aggressiver Handlungen verglichen, die sich unfreiwillig in stationär-psychiatrischer Behandlung befanden. Um die Annahme, dass Unfreiwilligkeit direkten Einfluss auf das Auftreten aggressiven Verhaltens haben könnte, überprüfen zu können, sollte eine matched-pairs-Analyse freiwillig und unfreiwillig stationärer Patienten hinsichtlich des Auftretens von Aggressionen erfolgen. Zudem erscheint es sinnvoll, den Vergleich aggressiver und nicht-aggressiver Zwangsuntergebrachter zu führen, um Unterschiede herauszuarbeiten.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Erforschung menschlicher Aggression zwar innerhalb weniger Jahrzehnte rasant vorangeschritten ist, aber aktuell noch viele Zusammenhänge ungeklärt bleiben. Diese Arbeit soll als weiterer kleiner Schritt zum Verständnis aggressiver Handlungen im stationären Setting beitragen.

## 7. Literatur

- [1] Weiner DB: Phillippe Pinel's "Memoir on Madness" of December 11, 1794: a fundamental text of modern psychiatry. *Am J Psychiatry* 149 (6), 1992, pp.725-732
- [2] Möller HJ: Vergangenheit und Gegenwart der Psychiatrie. In: Möller HJ, Laux G, Deister A (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. 3. Aufl., Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 2005, S.9 ff.
- [3] Arolt V: Historisches. In: Arolt V, Reimer C, Dilling H (Hrsg.): *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2007, S.403
- [4] Otten S, Mummendey A: Sozialpsychologische Theorien aggressiven Verhaltens. In: Frey, D. und Irle M. (Hrsg.): *Theorien der Sozialpsychologie (Band 2)*. Verlag Hans Huber, Bern, 2002, S.198-216
- [5] Merz F: Aggression und Aggressionstrieb. In: Nolting, H.P. (Hrsg.): *Lernfall Aggression*. Rowohlt Tb., Reinbeck bei Hamburg, 1965, S.569-602
- [6] Volanka J: The Neurobiology of Violence: An Update. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 11:3, 1999, pp.307-314
- [7] Ozelius L, Hsu YP, Bruns G et.al.: Human monoamine oxidase gene (MAOA): chromosome position (Xp21-p11) and DNA polymorphism. *Genomics* 3, 1988, pp.53-58
- [8] Dabbs JM Jr, Carr TS, Frady RL: Testosterone, crime and misbehaviour among 692 male prison inmates. *Personality and Individuell Differences* 18, 1995, pp.627-633
- [9] Susman EJ, Worrall BK, Murowchick E: Experience and neuroendocrine parameters pf development: aggressive behavior and competencies. In: Stoff DM, Cairns RB, Mahwah NJ (Hrsg.): *Aggression and violence: genetic, neurobiological and biological perspectives*. Lawrence Erlbaum, 1996, pp.267-289
- [10] Faller H: Statistische Persönlichkeitsmodelle. In: Lang H, Faller H (Hrsg.): *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Springer, Berlin. Heidelberg, 1998, S.161
- [11] Freud S: *Jenseits des Lustprinzips*. Fischer, Frankfurt am Main, 2. Aufl., 1921, S.213-272
- [12] Lorenz K: *Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression*. 22. Aufl., dtv, München, 1998
- [13] Dollard J, Miller NE: *Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking and culture*. McGraw-Hill Book Co. Inc., New York, 1950

- [14] Belschner W: Das Lernen aggressiven Verhaltens. In: Selg H (Hrsg.): Zur Aggression verdammt? Ein Überblick über die Psychologie der Aggression. Kohlhammer, Stuttgart, 1994, S.54-97
- [15] Bandura A: Aggression. Eine sozial-lerntheoretische Analyse. 2. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart, 1979
- [16] Fromm E: Anatomie der menschlichen Destruktivität. 21. Rowohlt Tb., Reinbeck bei Hamburg, 1977
- [17] Dodge KA: A social-information processing model of social competence in children. In: Perlmutter M (Hrsg.): Minnesota symposium in child psychology. Hillsdale NJ, Erlbaum, 1986, pp.77-125
- [18] Dodge KA Crick NR: A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. Psychological Bulletin, 1994, pp.74-101
- [19] Preuschoff G PA: Gewalt an Schulen. Und was dagegen zu tun ist. PapyRossa Verlag, Köln, 1992, S.28
- [20] Bierhoff HW, Wagner U: Aggression und Gewalt. Phänomene, Ursachen, Interventionen. Kohlhammer, Stuttgart, 1998
- [21] Kandel ER: A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry 155, 1998, pp.457-469
- [22] Swanson JW: Mental disorder, substance abuse and community violence: an epidemiological approach. In: Monahan J, Steadman HJ (Hrsg.): Violence and mental disorder: development in risk assessment. University of Chicago Press, 1994, pp.101-136
- [23] Swanson JW, Gangu VK, Jano RT: Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiological catchment area surveys. Hosp Community Psychiatry 41, 1990, pp.761-770
- [24] Moamai J, Moamai N: Violent and intimidating behaviour of psychiatric patients at admission. Can J Psychiatry 39(4), 1994, pp.233-235
- [25] Dhossche DM, Ghani SO: Who brings patients to the psychiatric emergency room? Psychosocial and psychiatric correlates. Gen Hosp Psychiatry 20(4), 1998, pp.235-240
- [26] Redondo RM, Currier GW: Emergency Psychiatry: Characteristics of patients referred by police to a psychiatric emergency service. Psychiatr Serv 54, 2003, pp.804-806
- [27] Raja M, Azzoni A: Hostility and violence of acute psychiatric inpatients. Clin Pract Epidemiol Ment Health 1:11, 2005
- [28] Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C: Violence and aggression in psychiatric units. Psychiatr Serv 49, 1998, pp.1458-1461

- [29] Kennedy J, Harrison J, Hillis T: Analysis of violent incidents in a regional secure unit. *Medicine, Science and the Law* 35, 1995, pp.255-260
- [30] Tam E, Engelsmann F, Fugere R: Patterns of violent incidents by patients in a general hospital psychiatry facility. *Psychiatric Serv* 47, 1996, pp.86-88
- [31] Kraus JE, Sheitman BB: Characteristics of violent behaviour in a large State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Serv* 55, 2004, pp.183-185
- [32] Shaw J: Assessing the risk of violence in patients. *BMJ* 320, 2000, pp.1088-1089
- [33] Buchanan A: The investigation of acting on delusions as a tool for risk assessment in the mentally disorder. *Br J Psychiatry* 170(suppl. 32), 1997, pp.12-16
- [34] Link BG, Andrews H, Cullen FT: Reconsidering the violent and illegal behaviour of mental patients. *Am Social Rev* 57, 1992, pp.275-292
- [35] Lidz CW, Mulvey EP, Gardner W: The accuracy of predictions of violence to others. *JAMA* 269, 1993, pp.1007-1011
- [36] Monahan J: The clinical predictions of violent behaviour. *Crime and delinquency issues – A monograph series*. US Dept of Health, Education and Welfare, 1981
- [37] Wilson JQ, Herrnstein R: *Crime and Human Nature*. 2.Aufl. Simon & Schuster, New York, 1986
- [38] Krakowski M, Czobor P: Gender differences in violent behaviours: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry* 161, 2004, pp.459-465
- [39] Binder RL, McNiel D: The relationship of gender to violent behaviour in acutely disturbed psychiatric patients. *J Clin Psychiatry* 51(3), 1990, pp.110-114
- [40] Lam JN, Dale E, McNiel DE, Binder RL: The relationship between patients' gender and violence leading to staff injuries. *Psychiatr Serv* 51, 2000, pp.1167-1170
- [41] McNiel DE, Binder RL: Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric patients' risk of violence. *Am J Psychiatry* 152(6), 1995, pp.901-906
- [42] Driscoll H, Zinkivskay A, Evans K, Campell A: Gender differences in social representations of aggressions: the phenomenological experience of differences in inhibitory control?. *Br J Psychol* 97(2), 2006, pp.139-153
- [43] Newhill CE, Mulvey EP, Lidz CW: Characteristics of violence in the community by female patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv* 46, 1995, pp.785-789
- [44] Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR: Male-female differences in the setting and construction of violence among people with severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33, 1998, pp.68-74
- [45] Chang JC, Lee C: Risk factors for aggressive behaviour among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services* 55(11), 2004, pp.1305-1307

- [46] Krakowski MI, Czobor P: Psychosocial risk factors associated with suicide attempts and violence among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 55, 2004, pp.1414-1419
- [47] Mann JJ, Waternaux C, Hass GL: Towards a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 156, 1999, pp.181-189
- [48] Romanov K, Hatakka M, Keskinen E: Self-reported hostility and suicidal acts, accidents and accidental deaths: a prospective study of 21,443 adults aged 25-59. *Psychosomatic Medicine* 56, 1994, pp.328-336
- [49] Blackmore ER, Munce S, Weller I, Zagorski B, Stansfeld SA, Stewart DE, Caine ED, Conwell Y: Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. *Br J Psychiatry* 192(4), 2008, pp.279-284
- [50] Fennig S, Geva K, Zalsman G, Weizmann A, Fenning S, Apter A: Effect of gender on suicide attempters versus nonattempters in an adolescent inpatient unit. *Compr Psychiatry* 46(2), 2005, pp.90-97
- [51] Rich AR, Kirkpatrick-Smith J, Bonner RL, Jans F: Gender differences in psychosocial correlates of suicidal ideation among adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 22(3), 1992, pp.364-373
- [52] Stefanello S, Cais CF, Mauro ML, Freitas GV, Botega NJ: Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behaviour (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 30(2), 2008, pp.139-143
- [53] McGirr A, Séguin M, Renaud J, Benkelfat C, Alda M, Turecki G: Gender and risk factors for suicide: evidence for heterogeneity in predisposing mechanisms in a psychological autopsy study. *J Clin Psychiatry* 67(10), 2006, pp.1612-1617
- [54] Hawton K, Harriss L: The changing gender ratio in occurrence of deliberate self-harm across the lifecycle. *Crisis* 29(1), 2008, pp.4-10
- [55] Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R: Gender differences in adolescent and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand* 104(5), 2001, pp.332-339
- [56] Kant I: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. In: Fritsch T (Hrsg.): Reclam jr, Leipzig, 1786, S.74 f.
- [57] Mill JS: *Über die Freiheit*. Reclam, Stuttgart, 2009, S.212-266
- [58] World Psychiatric Association (WPA): Declaration of Hawaii. *J Med Ethics* 4(2), 1978, pp.71-73
- [59] <http://www.wpanet.org/generalinfo/ethic1.html>
- [60] [http://www.bpe-online.de/infopool/recht/andere/lexikon\\_zwang.htm](http://www.bpe-online.de/infopool/recht/andere/lexikon_zwang.htm)
- [61] SAMV: Zwangsmaßnahmen in der Medizin. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. *SÄZ*, 2004, S.2707-2714

- [62] Gardner W, Hoge S, Bennett N: Two scales of measuring patients' perceptions of coercion during hospital admission. *Behavioral Sciences and the Law* 20, 1993, pp.307-321
- [63] Lidz C, Hoge S, Gardner W, Bennett NS, Monahan J, Mulvey EP, Roth LH: Perceived coercion in mental hospital admission: Pressures and process. *Arch Gen Psychiatry* 52, 1995, pp.1034-1039
- [64] Grisso T, Appelbaum PS: Mentally ill and non-mentally-ill patients' abilities to understand informed consent disclosures for medication. *Law and Human Behaviour* 15, 1991, pp.377-388
- [65] Billick SB, Della Bella P, Burgert W III: Competency to consent to hospitalisation in the medical patient. *Academy of Psychiatry and the Law* 25, 1997, pp.191-196
- [66] <http://lexetius.com/2000,2337>
- [67] <http://servat.unibe.ch/dfr/bv058208.html>
- [68] <http://lexetius.com/2006,324>
- [69] <http://lexetius.com/2002/4/1509>
- [70] <http://dejure.org/gesetze/BGB/1906.html>
- [71] <http://dejure.org/gesetze/StGB/61.html>
- [72] <http://dejure.org/gesetze/StGB/20.html>
- [73] <http://dejure.org/gesetze/StGB/21.html>
- [74] Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA), GVBl. LSA 1992
- [75] <http://dejure.org/gesetze/StGB/63.html>
- [76] <http://dejure.org/gesetze/StGB/64.html>
- [77] Roe D, Weishut DJN, Jaglom M, Rabinowitz J: Members' attitude about the rights of hospitalized psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 53, 2002, pp.87-91
- [78] Johansson IM, Lundman B: Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 9(6), 2002, pp.639-647
- [79] Gardner W, Lidz C, Hoge S: Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *Am J Psychiatry* 156, 1999, pp.1385-1391
- [80] Riecher-Rössler A, Rössler W: Compulsory admission of psychiatric patients in a national and international comparison - incidence and factors of influence. *Fortsch Neurol Psychiat* 60(10), 1992, pp.375-382
- [81] Hansson L, Muus S, Saarento O, Vinding HR, Göstas G, Sandlund M, Zandrén T, Oiesvold T: The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: rates of compulsory care and use of compulsory admissions during a 1-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34(2), 1999, pp.99-104



- [82] Riecher-Rössler A, Rössler W: Compulsory admission of psychiatric patients - an international comparison. *Acta Psychiatr Scand* 87(4), 1993, pp.231-236
- [83] Dressing H, Salize H: Compulsory admission of mentally ill patients in European union member States. *Psychiatr Prax* 31(1), 2004, pp.34-39
- [84] Müller P: Psychiatrie: Zwangseinweisungen nehmen zu. *Dtsch Arztebl* 101(42), 2004, pp.2794-2798
- [85] Wall S, Hotopf M, Wesseley S, Churchill R: Trends in the use of the Mental Health Act: England, 1984-96. *BMJ* 318, 1999, pp.1520-1521
- [86] Müller P, Dressing H, Salize HJ: Pro und Kontra: Zunahme von Zwangseinweisungen psychisch Kranker; For and against: Increase of compulsory admissions of psychiatric patients. *Psychiatr Prax* 33, 2006, S.157-159
- [87] Müller P: Neue PsychKGs: Liberale Absicht und reale Nachteile durch weitere eingeschränkte Rechte der betroffenen Patienten. *Recht und Psychiatrie* 17, 1999, S.107-111
- [88] Ishizuka C, Nakatani Y, Morita N, Satoh S: Sociodemographic and clinical characteristics of psychiatric patients coercively brought to hospitals. *Psychiatry Clin Neurosci* 55(2), 2001, pp.147-156
- [89] Webber M, Huxley P: Social exclusion and risk of emergency compulsory admission. A case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39(12), 2004, pp.1000-1009
- [90] Riecher A, Rössler W, Löffler W, Fätkenheuer B: Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychol Med* 21(1), 1991, pp.197-208
- [91] Stuppäck CH, Miller CH, Barnas C, Kurz M, Schubert H, Hinterhuber H: Compulsory admission and detention at psychiatric hospitals in Tirol - a frequency analysis of 11 years. *Wien Klin Wochenschr* 102(13), 1990, pp.378-383
- [92] Perris C, Kemali D, Dencker SJ: Patients admitted for compulsory treatment to selected psychiatric units in Italy and in Sweden. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 316, 1985, pp.135-149
- [93] Isohanni M, Nieminem P, Moring J, Pylkkanen K, Spalding M: The dilemma of civil rights versus the right to treatment: questionable involuntary admissions to a mental hospital. *Acta Psychiatr Scand* 83(4), 1991, pp.256-261
- [94] Rabinowitz J, Slyuzberg M, Salamon I, Dupler SE: Differential use of admission status in a psychiatric emergency room. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 23(4), 1995, pp.595-606
- [95] Segal SP, Akutsu PD, Watson MA: Factors associated with involuntary return to psychiatric emergency service within 12 month. *Psychiatr Serv* 49(9), 1998, pp.1212-1217

- [96] Steinert T, Gebhardt RP: Are coercive measures carried out arbitrarily?. *Psychiatr Praxis* 27(6), 2000, pp.282–285
- [97] Phillips P, Nasr SJ: Seclusion and restraint and prediction of violence. *Am J Psychiatry* 140(2), 1983, pp.229-232
- [98] Nielssen O, Buhrich N, Finlay-Jones R: Intravenous sedation of involuntary psychiatric patients in New South Wales. *Aust N Z J Psychiatry* 31(2), 1997, pp.273-278
- [99] Kjellin L, Andersson K, Candefjord IL, Palmstierna T, Wallsten T.: Ethical benefits and costs of coercion in short-term inpatient psychiatric care. *Psychiatr Serv* 48(12), 1997, pp.1567-1570
- [100] Olofsson B, Jacobsson L: A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Psychiatr Ment Health Nurs* 8(4), 2001, pp.357-366
- [101] Olofsson B, Norberg A: Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *J Adv Nurs* 33(1), 2001, pp.89-97
- [102] Wallsten T: *Compulsory Psychiatric Care: Perspectives from the Swedish Coercion Study*. Universität Uppsala, 2008
- [103] Toews J, El-Guebaly N, Leckie A: Patients' attitudes at the time of their commitment. *Can J Psychiatry* 29(7), 1984, pp.590-595
- [104] Steinert T: Die Crux mit der Gewalt. The Dilemma of Violence in Psychiatry. *Psychiatr Prax*, 2002, S.59-60
- [105] Möller HJ: Suizidalität. In: Möller HJ, Laux G, Deister A (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, Berlin, Heidelberg, 2005, S.377 ff.
- [106] Laux G: Affektive Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Deister A (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, Berlin, Heidelberg, 2005, S.77-78
- [107] Möller HJ: Sonstige wahnhaft/psychotische Störungen nicht organischer Genese. In: Möller HJ, Laux G, Deister A (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, Berlin, Heidelberg, 2005, S.163 ff.
- [108] Kolip P: Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 51(1), 2008, S.28-35
- [109] Laux G: Abhängigkeit und Sucht. In: Möller HJ, Laux G, Deister A (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, Berlin, Heidelberg, 2005, S.316 ff.

- [110] Deister A: Persönlichkeitsstörungen. In: Möller HJ, Laux G, Deister A (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, Berlin, Heidelberg, 2005, S.351 ff.
- [111] Deister A: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; Dissoziative Störungen; Somatoforme Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Deister A (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, Berlin, Heidelberg, 2005, S.230 ff.
- [112] Braun-Scharm H: Intelligenzminderung. In: Möller HJ, Laux G, Deister A (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. George Thieme Verlag KG Stuttgart, Berlin, Heidelberg, 2005, S.406 ff.
- [113] Möller HJ: Organische psychische Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Deister A (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, Berlin, Heidelberg, 2005, S.172 ff.
- [114] Möller HJ: Schizophrenie. In: Möller HJ, Laux G, Deister A (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, Berlin, Heidelberg, 2005, S.134 ff.

## **Thesen**

1. Von einer Zwangsunterbringung betroffene Frauen und Männer unterscheiden sich in der Unterbringungssituation hinsichtlich der Einschätzung ihres Zustands als fremdaggressiv oder eigengefährdend.
2. Zwangsuntergebrachte Männer und Frauen unterscheiden sich weder hinsichtlich des psychopathologischen Befundes bei Aufnahme noch hinsichtlich der zugeordneten Diagnose.
3. Männer und Frauen, die von einer Zwangsunterbringung betroffen sind, unterscheiden sich während des stationären Aufenthaltes nicht hinsichtlich des Auftretens von fremd- oder autoaggressiven Handlungen.
4. Die Diagnosen, die zur Zwangseinweisung führten, unterscheiden sich hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens in der Gruppe der zwangsuntergebrachten Patienten und hinsichtlich des Auftretens von Eigen- oder Fremdgefährdung.
5. VSA und WSA unterscheiden sich hinsichtlich der Einweisungsumstände, des psychopathologischen Aufnahmebefundes und der gestellten Entlassungsdiagnose.
6. VSA und WSA unterscheiden sich hinsichtlich des Verlaufes des stationären Aufenthalts und den Zeiträumen für Zwangsunterbringung und Gesamtaufenthalt.

## Lebenslauf

### Zur Person:

Name: Dagmar Christa Ulrika Roßberg  
Geburtsdatum: 30. Januar 1981  
Geburtsort: Kulmbach (Bayern)  
Anschrift: Bönerstr. 11, 90459 Nürnberg  
Familienstand: ledig  
Eltern: Dr. med. Christine Annemarie Roßberg, geb. Hauenstein  
Dr. med. Fritz Peter Roßberg

### Schulbildung:

1987 – 1991 Pestalozzi-Grundschule Kulmbach  
1991 – 2000 Caspar-Vischer-Gymnasium Kulmbach, Abschluss: Abitur

### Hochschulausbildung:

10/2000 – 11/2006 Studium der Medizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Ärztliche Vorprüfung (Physikum)  
09/2002 1. Staatsexamen  
08/2003 2. Staatsexamen  
09/2005 Praktisches Jahr:  
11/2005 – 09/2006 - 1. Terial (11/2005 – 02/2006): Klinik und Poliklinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Halle  
- 2. Terial (02/2006 – 05/2006): Diakoniekrankenhaus  
Halle/Saale, Allgemein- und Thoraxchirurgie  
- 3. Terial (05/2006 – 09/2006): Klinik und Poliklinik für  
Innere Medizin IV, Universitätsklinikum Halle, Onkologie,  
Hämatologie und Hämostaseologie  
11/2006 3. Staatsexamen, Abschluss des Medizinstudiums

Famulaturen:

03/03	Innere Medizin, Kardiologie/Gastroenterologie, Klinikum Kulmbach
09/03	Pädiatrische Praxis Dr. Asen / Dr. Iwanowski, Kulmbach
02 – 03/2004	Anästhesie/Intensivmedizin, BG Kliniken Bergmannstrost Halle/Saale
08 – 09/2004	Pädiatrie, Barbara Krankenhaus Halle/Saale

Beruflicher Werdegang:

01/2007 – 10/2007	Klinik für Innere Medizin IV, Onkologie, Hämatologie und Hämostaseologie, Universitätsklinikum Halle
10/2007 – 03/2009	Zentrale Notaufnahme, Universitätsklinikum Halle, Rotation im Rahmen der Weiterbildung Innere Medizin
03/2009 – 08/2009	Medizinische Klinik 1 – Aufnahme, Intensiv, Klinikum Nürnberg
09/2009 – dato	Medizinische Klinik 4 - Nephrologie / Hypertensiologie, Klinikum Nürnberg, Rotation im Rahmen der Intensivmedizinischen Weiterbildung

Nürnberg, 30.Dezember 2009

Dagmar Roßberg

**Selbständigkeitserklärung, Hinweis auf Publikationen von Ergebnissen dieser Arbeit und Erklärung über frühere Promotionsversuche**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Bislang wurden Ergebnisse dieser Arbeit nicht publiziert.

Bisher wurden von mir keinerlei Promotionsversuche unternommen. Die vorliegende Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in dieser oder in einer ähnlichen Form bei einem Promotionsversuch verwendet.

Nürnberg, 30.Dezember 2009

Dagmar Roßberg

## **Danksagung**

Die vorliegende Arbeit wurde an der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Halle (Saale) unter der Leitung von Frau PD Dr. med. S. Bachmann angefertigt. An dieser Stelle möchte ich mich bei all denen bedanken, die mich auf vielfältige Weise bei der Anfertigung dieser Arbeit unterstützt haben:

*Frau PD Dr. med. S. Bachmann* danke ich für die Übernahme der fachlichen Betreuung sowie für die vielen hilfreichen Diskussionen und Korrekturen.

*Herrn Dr. rer. nat. S. Watzke* danke ich herzlich für seine intensive Betreuung, die Korrekturen und zahlreichen Diskussionen auch nach seiner Arbeitszeit sowie für die Hilfe bei der statistischen Auswertung dieser Arbeit.

*Frau Dr. med. J. Hensel* danke ich für die Betreuung in den ersten Monaten sowie ihre Hilfe beim Erarbeiten der Grundlagen der Arbeit.

*Frau A. Theuerkauf* danke ich für ihre hilfreiche Unterstützung beim Zusammensuchen der entsprechenden Patientenakten.

Mein besonderer Dank gilt nicht zuletzt *meinen Eltern, Christine Roßberg und Peter Roßberg*, die mich unterstützt, an mich geglaubt und mich immer wieder motiviert haben, diese Arbeit zu vollenden sowie meinen Freunden und Arbeitskollegen, die sich immer wieder nach meinem Vorankommen erkundigt und dadurch einen gesunden Leistungsdruck erzeugt haben. Insbesondere erwähnen möchte ich an dieser Stelle *Birgit Rosenbusch, Thomas Riedel, Sandy Stein, Nikola Köhler und Pascal Hunger*.

„Das größte Vergnügen im Leben besteht darin, das zu tun, vom dem die Leute sagen, du könntest es nicht“

(Walter Bagehot)