

Aus dem Bereich Klinische Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

10-Jahres-Analyse öffentlich-rechtlicher Unterbringungen nach NPsychKG in einer ländlichen Region Niedersachsens (Ostfriesland)

**Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES**

2014

vorgelegt von: Ulrike Schmitz
geb. am: 19.11.1969 in Kassel

Dekan:

1. Berichterstatter:

2. Berichterstatter:

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	5
1.1	Deutsche Zusammenfassung.....	5
1.2	Summary (englische Zusammenfassung).....	6
2	Einleitung	7
2.1	Einführung in die Thematik.....	7
2.2	Gesetzliche Grundlagen.....	10
2.2.1	Unterbringungen nach dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG).....	11
2.2.2	Unterbringungen nach dem Betreuungsrecht.....	13
2.2.3	Forensische Unterbringungen.....	14
2.2.4	Unterbringungen nach dem Therapieunterbringungs- gesetz.....	15
2.3	Erläuterung der F-Diagnosen nach ICD-10.....	16
2.4	Örtliche Gegebenheiten.....	17
2.4.1	Beschreibung der Versorgungsregion.....	17
2.4.2	Beschreibung der Klinik.....	18
2.4.3	Beschreibung ambulanter Strukturen.....	19
3	Fragestellung	21
4	Methodik	22
4.1	Der Basisdokumentationsbogen.....	22
4.2	Statistik.....	24
5	Ergebnisse der Datenauswertung	25
5.1	Entwicklung der Einwohnerzahlen.....	26
5.2	Entwicklung der Patientenzahlen.....	28
5.3	Darstellung der kommunalen Unterbringungs-raten.....	29

5.4	Entwicklung der Verhältnisse zwischen Kurzunterbringungen (1-2 Tage) und Unterbringungen mit richterlichem Beschluss (> 2 Tage).....	35
5.5	Vergleich zwischen den Kurzunterbringungen und den Unterbringungen mit richterlichem Beschluss hinsichtlich ihrer Entlassungsdiagnosen.....	35
5.6	Führende Entlassungsdiagnosen bei den nicht-untergebrachten Patienten.....	40
5.7	Entwicklung der Unterbringungsdauer.....	41
5.8	Entwicklung der Unterbringungsdauer in den Diagnosegruppen.....	41
5.9	Zuweisungsmodus.....	44
5.10	Personenbezogenes Merkmal „Geschlecht“.....	45
5.11	Personenbezogenes Merkmal „Alter“.....	46
5.12	Personenbezogenes Merkmal „Familienstand“.....	48
5.13	Personenbezogenes Merkmal „Lebenssituation“.....	49
5.14	Personenbezogenes Merkmal „Wohnsituation“.....	50
5.15	Personenbezogenes Merkmal „Lebensunterhalt“.....	52
6	Diskussion	53
7	Literaturverzeichnis	63
8	Abkürzungsverzeichnis	67
9	Danksagung	69

1 Zusammenfassung

1.1 Deutsche Zusammenfassung

In dieser Untersuchung wurden 15.655 anonymisierte Basisdokumentationsbögen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Emden retrospektiv ausgewertet. Analysiert wurde die Entwicklung der öffentlich-rechtlichen Unterbringungen (Zwangseinweisungen) für die Jahre 2000-2009. Dazu wurde die Gruppe der nach NPsychKG untergebrachten Patienten mit der Gruppe der regulär stationär psychiatrisch behandelten Patienten verglichen. Die Ergebnisse zeigen eine Zunahme aller stationären Behandlungsfälle in den betrachteten 10 Jahren. Die Unterbringungsraten (Unterbringungsfälle pro 1.000 Einwohner) bleiben jedoch annähernd konstant mit doppelt so hohen Werten für den städtischen Bereich im Vergleich zur ländlichen Region. Die Unterbringungsquoten (Unterbringungsfälle pro Behandlungsfälle) liegen zwischen 11% und 17% und entsprechen somit den Werten auf Bundesebene. Es zeigt sich kein Anstieg der absoluten Anzahl von Unterbringungsfällen, allerdings ein deutlicher Anstieg der Unterbringungstage im Beobachtungszeitraum (Tendenz zu längeren Unterbringungen). 40% aller Unterbringungen sind sogenannte „Kurzunterbringungen“. Sowohl bei den „Kurzunterbringungen“ als auch bei den Unterbringungen mit richterlichem Beschluss und in der Gruppe der regulär psychiatrisch behandelten Patienten spielen F1-Diagnosen nach ICD-10 (substanzbezogene Störungen) eine wichtige Rolle. In beiden Vergleichsgruppen gibt es bis auf die Merkmale „Alter“ und „Erwerbstätigkeit“ keinen gravierenden Unterschied im Bereich des sozioökonomischen Status.

1.2 Summary (englische Zusammenfassung)

10-years evaluation of compulsory admissions according to german law NPsychKG in a rural area of Lower Saxony (Ostfriesland)

In this study, 15.655 anonymised basis documentations from the Department of Psychiatry and Psychotherapy of the general hospital in Emden were retrospectively evaluated. The development of compulsory admissions for the years 2000 to 2009 has been analyzed. For this, the group of patients hospitalized according to NPsychKG was compared with the group of voluntary hospitalized psychiatric patients. The results show an increase of all inpatient cases in the considered 10 years. However, the numbers of compulsory admission related to population remain approximately constant with twice as high values for the urban area compared to rural area. The proportion between compulsory admission and voluntary hospitalization is between 11% and 17%, which correspond to the quota reported for whole Germany. It shows no increase in the total number of involuntary hospitalization, however, a significant increase of compulsory admission days during the observation period. 40% of all compulsory admissions are involuntary hospitalizations less than 2 days. In the group of short involuntary hospitalized patients as well as in the group of patients with compulsory admission with judicial decision (more than 2 days) and in the group of voluntary hospitalized patients F1-diagnoses according to ICD-10 (substance related disorders) plays an important role. In both groups (voluntary and involuntary hospitalized patients), there are up to the characteristics of "age" and "employment" no major difference in the area of socio-economic status.

2 Einleitung

2.1 Einführung in die Thematik

Nach wie vor stellen Zwangseinweisungen oder zwangsweise Unterbringungen in eine psychiatrische Klinik für die Betroffenen ein erhebliches einschneidendes Ereignis dar. Nicht selten sind Zwangseinweisungen begleitet von einem großen Aufgebot von Polizei, Schlüsseldienst, Rettungsdienst, Haus- oder Notarzt, Behördenvertretern und Angehörigen. Zeitweise spielt dabei auch die Anwendung von Gewalt eine nicht zu vernachlässigende Rolle, so dass die Betroffenen diese Maßnahme häufig als traumatisches Erlebnis beschreiben. Daher sollten Zwangsmaßnahmen immer das Mittel der letzten Wahl sein.

Welche Voraussetzungen und Gegebenheiten müssen vorhanden sein, um die Rate von zwangsweisen Unterbringungen so gering wie möglich zu halten? Zur Erarbeitung von Möglichkeiten bedarf es der Kenntnis des Ist-Zustandes. Versucht man auf vorhandene Daten und Analysen zurückzugreifen, so stellt man sehr schnell fest, dass es bereits diverse Untersuchungen zum Unterbringungsgeschehen gibt. Einvernehmlich wird immer wieder festgestellt, dass es erhebliche Unterschiede in der Häufigkeit von Zwangsunterbringungen zwischen verschiedenen Ländern gibt, aber auch innerhalb der Bundesrepublik Deutschland in den verschiedenen Bundesländern existieren teilweise erhebliche Differenzen im Bereich der Unterbringungsraten. Selbst innerhalb einer Stadt mit verschiedenen Bezirken und mehreren Krankenhäusern oder psychiatrischen Kliniken gibt es in den einzelnen Bezirken teilweise unterschiedliche Ergebnisse. Hierbei wird allgemein zwischen der *Unterbringungsrate* und der *Unterbringungsquote* unterschieden. Die Unterbringungsrate ist definiert als Unterbringungen bezogen auf die Bevölkerung und die Unterbringungsquote ist definiert als Unterbringungen bezogen auf die Zahl der stationären Aufnahmen.

Nach von Haebler et al. (von Haebler et al., 2007) gab es in den Jahren zwischen 1995 und 2003 im Berliner Bezirk Neukölln im dortigen Krankenhaus einen deutlichen Anstieg der absoluten Zahl von Zwangseinweisungen bei allerdings gleichzeitiger Erhöhung der Fallzahlen von stationär behandelten Patienten, so dass letztendlich der prozentuale Anteil von Zwangseinweisungen (Unterbringungsquote) an den Gesamtbehandlungsfällen gleichblieb. Der von den Autoren mit dem Bezirk Neukölln verglichene Bezirk Wedding zeigte keinen Anstieg der absoluten Zahl von Unterbringungsfällen.

Ebenfalls zeigte eine große Untersuchung von Regus et al. (Regus et al., 2003) bei einem Vergleich aller kreisfreien Städte und aller Landkreise in Nordrhein Westfalen, dass es höhere Unterbringungsquoten in den städtischen Bereichen gibt. Spengler et al. bemerkte, dass es unterschiedliche Zwangseinweisungsraten innerhalb der Bundesländer z.B. zwischen Großstädten und ländlichen Regionen gibt, aber auch zwischen den Bundesländern mit einem insgesamt deutlich niedrigeren Niveau in den neuen Bundesländern. Unterschiede gebe es ebenfalls zwischen den westlichen Staaten (Spengler et al., 2005).

Daraus ist zu ersehen, dass die zwangsweise Unterbringung durchaus ein multifaktorielles Geschehen ist und von vielen verschiedenen Gegebenheiten abhängt. Eine wichtige Rolle spielen dabei auch die jeweils vorhandenen gesetzlichen Vorgaben und Regelungen und die ambulanten Versorgungsstrukturen sowie die persönlichen Voraussetzungen, Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit psychiatrischen Krankheitsbildern der jeweils agierenden Akteure. So existieren in den verschiedenen westeuropäischen Ländern unterschiedliche gesetzliche Vorgaben. Auch die einzelnen Bundesländer haben jeweils ein eigenes Landesgesetz, welches u.a. die zwangsweisen Unterbringungen regelt. Die ambulanten Versorgungsstrukturen vor Ort (z.B. die Anzahl der vorhandenen niedergelassenen Psychiater, die Anzahl der Tagesstätten, Selbsthilfegruppen oder anderen Hilfsangebote), sind nicht überall gleich gut, so dass diese unterschiedlichen Voraussetzungen u.a. eine mögliche Erklärung dafür sein könnten, warum so unterschiedliche Angaben zu den Höhen der psychiatrischen Unterbringungen existieren. Auch ist den einzelnen Untersuchungen nicht immer klar zu entnehmen, was eigentlich als „Unterbringung“ gewertet wurde: Jede auch nur kurzfristige Zurückhaltung gegen den Willen eines Patienten, jede zumindest auch vorläufige Unterbringung (also ohne richterlichen Beschluss) oder nur die Zwangseinweisung nach richterlicher Anhörung? Es ist unschwer vorstellbar, dass je nach Definition ganz unterschiedliche Zahlen zustande kommen.

Regus et al. beschreiben frühere Untersuchungen, die personenbezogene Faktoren erarbeiteten und einige Merkmale bei untergebrachten Personen gehäuft feststellten, so dass sich daraus ein mögliches Risikoprofil erschließen lässt, und es unter Umständen bestimmte Personen gibt, die ein erhöhtes Risiko haben von einer zwangsweisen Unterbringung betroffen zu sein. Die Autoren zitieren Ergebnisse von Darsow-Schütte von 1999, wonach zwangsuntergebrachte Patienten u.a. gehäuft männlich, unverheira-

tet, allein lebend und arbeitslos sind (Regus et al., 2003). Hieraus ergibt sich aufgrund unterschiedlicher soziodemographischer Gegebenheiten in den einzelnen Regionen (Höhe der Arbeitslosenquote, Anzahl der Single-Haushalte, Unterschiede zwischen städtischem und ländlichem Bereich) eine weitere mögliche Erklärung für die unterschiedlichen Unterbringungsraten. Ein letzter Aspekt, der bei möglichen Erklärungsversuchen nicht außer Acht gelassen werden darf, stellt die zur zwangsweisen Unterbringung führende Diagnose dar. Es ergeben sich somit mehrere Ansätze und Möglichkeiten, um unterschiedliche Unterbringungsraten erklären zu können.

Aufgrund der schwierigen Vergleichbarkeit der Daten erscheint es daher umso wichtiger, das Unterbringungsgeschehen jeweils vor Ort auf kleiner, regionaler Ebene zu betrachten.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Unterbringungsgeschehen eines ländlich geprägten Versorgungssektors in Ostfriesland und der dazugehörigen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Emden.

2.2 Gesetzliche Grundlagen

Betrachtet man die Vorgaben in der Bundesrepublik Deutschland für eine zwangsweise Unterbringung, so müssen ganz bestimmte formale Bedingungen erfüllt werden. Die Grundlage der Unterbringung bilden die gesetzlichen Bestimmungen, in denen u.a. auch die medizinischen Voraussetzungen festgelegt sind. Das bedeutet: Es muss eine psychische Erkrankung oder Störung ärztlich festgestellt werden, und es muss gleichzeitig eine dadurch bedingte Eigen- oder Fremdgefährdung bestehen.

Von Seiten der Gesetzgebung gibt es vier unterschiedliche Möglichkeiten, auf deren Grundlage ein Mensch gegen seinen Willen untergebracht werden kann. Die erste Möglichkeit ist die *öffentlich-rechtliche Unterbringung*. Gesetzliche Grundlage hierfür bilden die Landesgesetze der einzelnen Bundesländer über „Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke“ (PsychKG). In Baden-Württemberg, Bayern und im Saarland heißt dieses Gesetz „Unterbringungsgesetz“ und in Hessen „Freiheitsentziehungsgesetz“. Diese Gesetze traten in den Jahren von 1952 (Hessen) bis 2000 (Bremen, Schleswig Holstein und Mecklenburg-Vorpommern) in Kraft (mittlerweile mit diversen Änderungsfassungen) und schafften nicht nur die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die zwangsweise Unterbringung, sondern u.a. auch für Zwangsbehandlungen und für die Aufgaben der sozialpsychiatrischen Dienste (Quelle: Unterbringungsgesetze der einzelnen Bundesländer). Eine zweite rechtliche Form der Unterbringung ist die Möglichkeit der *Unterbringung nach dem Betreuungsrecht*. Dieses findet seine gesetzliche Grundlage im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und ist somit nicht länderspezifisch, sondern bundesweit gültig. Eine dritte Möglichkeit ist die *forensische Unterbringung (Maßregelvollzug)* im Rahmen des Strafgesetzbuches (StGB) und schließlich als letzte Möglichkeit die *Unterbringung nach dem Therapieunterbringungsgesetz*.

2.2.1 Unterbringungen nach dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG)

Für Ostfriesland, im Bundesland Niedersachsen gelegen, und somit auch für das Klinikum in Emden ist das Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) maßgebend.

Das NPsychKG, in Kraft getreten am 16.6.1997 mit letzter Änderung vom 01.01.2011, teilt sich in 40 Paragraphen auf. In §1 wird die Zuständigkeit dieses Gesetzes festgelegt. Es regelt zum Einen die Hilfen für Personen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen aufgrund dieser Erkrankungen und zum Anderen deren Unterbringung, §1, Nr. 1 und 2. Im §2, Abs. 2 wird ganz deutlich zum Ausdruck gebracht, dass die ambulanten Hilfen klar im Vordergrund stehen sollen, und „eine Hilfe durch stationäre Behandlung soll nur dann erfolgen, wenn andere Hilfen keinen Erfolg versprechen“. In den §§ 14 bis 28 des NPsychKG sind die Begriffsbestimmung der Unterbringung, die Voraussetzungen einer Unterbringung, Zweck und Ziele der Unterbringung, der Ablauf einer Unterbringung, die Rechte und Pflichten der untergebrachten Person sowie die Beendigung der Unterbringung definiert.

So schreibt der § 16 vor, dass eine Person nur dann untergebracht werden darf, wenn aufgrund einer psychischen Erkrankung oder Behinderung dieser Person eine erhebliche Gefahr für sie selbst oder andere besteht und sich diese Gefahr anderweitig nicht abwenden läßt. Im Hinblick auf die Dauer einer Unterbringung, kann man zwei verschiedene Formen unterscheiden. Einerseits gibt es die vorläufige Unterbringung. Hier „kann die zuständige Behörde die betroffene Person längstens bis zum Ablauf des folgenden Tages vorläufig [...] einweisen, [...]“ (§ 18 NPsychKG). Für das Fortbestehen der Unterbringung über diesen Zeitpunkt hinaus ist dann ein gerichtlicher Beschluss notwendig. Erfolgt dieser nicht, muss die Unterbringung aufgehoben werden. Beispielhaft für eine vorläufige Unterbringung wäre eine Person, bei der es im Rahmen einer Alkoholerkrankung zu einer akuten Krisensituation mit Eigen- oder Fremdgefährdung gekommen ist und die in alkoholisierten Zustand in die Klinik gebracht wird. Nach der Ausnüchterung am nächsten Morgen, wenn keine akute Gefährdung mehr besteht, verlässt die Person die Klinik wieder oder stimmt einer Weiterbehandlung auf freiwilliger Basis zu. Ist weiterhin eine Gefährdung gegeben und stimmt die Person einer Behandlung nicht zu, muss ein richterlicher Beschluss erfolgen, der dann auch die Dauer der Unterbringung festlegt.

Andererseits gibt es die Möglichkeit, dass eine Unterbringung auf primären gerichtlichen Beschluss erfolgt. Das zuständige Gericht legt bei der Feststellung des Beschlusses ebenfalls gleichzeitig auch die Dauer der Unterbringung fest. Generell sollte die Unterbringung so kurz wie möglich gehandhabt werden. Dies spiegelt sich im § 19, Abs. 2 des NPsychKG wider, in dem es heißt: ... „Die Behandlung soll die untergebrachte Person befähigen, soweit und sobald wie möglich in ein selbständiges und eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zurückzukehren.“ Ein Krankheitsbild, welches u.U. eine längerfristige Unterbringung notwendig macht, ist die paranoide Schizophrenie. Die Betroffenen leiden z.B. unter Störungen im Bereich des Denkens und der Wahrnehmung. Diese können sich zeigen in Form von akustischen oder optischen Halluzinationen und wahnhaften Störungen wie z.B. Beziehungswahn, Kontrollwahn oder Verfolgungswahn. Die Erkrankten fühlen sich oft von außen beeinflusst und gesteuert. Sie glauben, Fremde können ihre Gedanken lesen oder erteilen ihnen Befehle oder Aufgaben. Zusätzlich kommt es häufig noch zu Störungen im Bereich des Affektes. Leidet ein Betroffener im Rahmen seiner paranoiden Schizophrenie z.B. an einem Vergiftungswahn und stellt aus Sorge, dass sämtliche Nahrungsmittel vergiftet sind, die Nahrungsaufnahme ein, so kann sich daraus eine akute Selbstgefährdung ergeben und eine Unterbringung notwendig machen.

2.2.2 Unterbringungen nach dem Betreuungsrecht

Gesetzliche Grundlage zur Regelung einer Unterbringung nach dem Betreuungsrecht ist das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB). Das BGB teilt sich in 4 Bücher auf. Die §§ 1896-1908k im vierten Buch, Abschnitt 3, Titel 2 des BGB befassen sich mit der rechtlichen Betreuung. Sie regeln u.a. die Voraussetzungen für eine gesetzliche Betreuung (§1896), die Personenkreise, die für die Übernahme einer Betreuung in Frage kommen (§§1897-1900), die Aufgaben und den Umfang einer Betreuung mit den Pflichten des Betreuers (§1901) sowie die Berücksichtigung des Willens und der Wünsche des Betreuten (§§1901a, 1901b, 1901c). Ferner beschäftigen sie sich mit spezifischen Gesichtspunkten wie dem Einwilligungsvorbehalt (§1903), dem Vorgehen bei der Notwendigkeit von ärztlichen Maßnahmen (§§1904,1905), dem Vorgehen bei der Auflösung einer Wohnung eines Betreuten (§1907) sowie mit der Regelung des Vorgehens bei einer Unterbringung des Betreuten (§1906). Schließlich werden noch die Bedingungen für eine Aufhebung oder für Änderungen der Betreuung festgelegt (§§1908b, 1908c, 1908d).

§ 1906 regelt u.a. die Voraussetzungen für die Unterbringung eines Betreuten. Diese darf nur dann erfolgen, wenn (bedingt durch eine psychische, geistige oder seelische Erkrankung bzw. Behinderung) die Gefahr besteht, dass ein Betreuer sich erheblich gesundheitlich schadet oder selbst tötet, „oder zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann“ (§1906, Abs. 1, Nr. 1 und 2). Die Unterbringung nach dem Betreuungsrecht ist somit im Gegensatz zu den Unterbringungen nach dem NPsychKG nur dann zulässig, wenn eine Eigengefährdung des Betreuten besteht. Für die Unterbringung nach dem BGB bedarf es der Genehmigung durch das Betreuungsgericht. § 1906 regelt ebenfalls die Anwendung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen sowie freiheitsentziehende Maßnahmen bei Betreuten, die in Einrichtungen leben. Ein Beispiel für eine Unterbringung nach dem BGB könnte ein Betreuer sein, der sich aufgrund einer Demenz eigengefährdend verhält, indem er die Nahrungsaufnahme vernachlässigt, sich nicht der Witterung entsprechend ankleidet, sich gefährdend im Straßenverkehr verhält oder potentiell

gefährliche Dinge im Haushalt macht z.B. durch das Nichtabschalten des Küchenherdes oder des Bügeleisens.

2.2.3 Forensische Unterbringungen

Für Straftäter, deren Delikte in einem Zusammenhang mit einer psychiatrischen Erkrankung stehen und die aufgrund dieser Erkrankung als schuldunfähig oder vermindert schuldig eingestuft werden und bei denen eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass es zu weiteren erheblich rechtswidrigen Taten kommt, kann das Gericht den Maßregelvollzug anordnen. Grundlage dieser Entscheidung bilden die §§ 20 („Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störung“), 21 („verminderte Schuldfähigkeit“), 63 („Unterbringung in ein psychiatrisches Krankenhaus“) und 64 („Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“) des Strafgesetzbuches. Bei suchtkranken Tätern, die in eine Entziehungsklinik eingewiesen werden, muss die Voraussetzung der verminderten Schuldfähigkeit oder der Schuldunfähigkeit nicht vorliegen. Diese Einweisung darf längstens 2 Jahre betragen. Die Maßnahme des Maßregelvollzuges soll zwei Zwecken dienen. Auf der einen Seite soll sie die Sicherheit der Öffentlichkeit gewähren und auf der anderen Seite soll sie eine Möglichkeit der Therapie für den Täter bieten, der im Maßregelvollzug eher als Patient angesehen wird. Die Wahrscheinlichkeit von möglichen Wiederholungstaten soll so möglichst gering werden. Die Rahmenbedingungen für den Maßregelvollzug liefern die Maßregelvollzugsgesetze, die teilweise in die Unterbringungsgesetze wie in Baden-Württemberg und Bayern oder in die Psychisch-Kranken-Gesetze wie in Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen integriert sind. Andere Bundesländer wie Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland Pfalz, Saarland, Sachsen Anhalt und Schleswig Holstein haben eigene Maßregelvollzugsgesetze (Quelle: Wikipedia: Maßregelvollzug).

2.2.4 Unterbringungen nach dem Therapieunterbringungsgesetz

Das Therapieunterbringungsgesetz ist ein Bundesgesetz, welches am 01.01.2011 in Kraft getreten ist. Die letzte Änderung erfolgte am 05.12.2012. Es regelt die Unterbringung von Personen im Anschluss an eine Sicherungsverwahrung. Auslöser für die Erlassung dieses Gesetzes war eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte, der in einer nachträglichen Verlängerung der Sicherungsverwahrung ein Verstoß gegen die Europäische Menschenrechtskonvention sah und diese Verlängerung somit als rechtswidrig einstufte (Wikipedia: Therapieunterbringungsgesetz). Für Personen, bei denen früher aufgrund ihrer psychischen Erkrankung das Gericht die Notwendigkeit sah, nachträglich die Sicherungsverwahrung zu verlängern, kann nun das Gericht auf der Grundlage des Therapieunterbringungsgesetzes die Unterbringung dieser Person in eine geschlossene Einrichtung im Anschluss an die Sicherungsverwahrung anordnen. Voraussetzung ist, dass bei dem Betroffenen eine psychische Störung vorliegt, aus der eine erhebliche Gefahr für die Allgemeinheit resultiert. Vor der Anordnung der Unterbringung muss der Betroffene von zwei unabhängigen Gutachtern begutachtet werden. Der zeitliche Rahmen der Unterbringung soll so ausgerichtet werden, dass die Unterbringung möglichst kurz dauert. Die Unterbringung endet zunächst spätestens nach 18 Monaten, wobei eine gerichtlich festgelegte Verlängerung möglich ist (Quelle: ThUG, 2011).

2.3 Erläuterung der F-Diagnosen nach ICD-10

Wie im §1 Nummer (2) NPsychKG festgelegt, regelt dieses Gesetz „die Unterbringung von Personen, die infolge einer psychischen Störung krank oder behindert sind“. Der §1906 BGB benennt ebenfalls die psychische Erkrankung als einen notwendigen Grund, weshalb eine Person nach dem Betreuungsrecht untergebracht werden kann. Diagnostische Grundlage der psychischen Erkrankungen bildet in Deutschland seit dem 01.01.2000 die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) und daraus das Kapitel V, mittlerweile in der Fassung: ICD-10-GM-2012, Kapitel V (F), Psychische und Verhaltensstörungen. Eingeteilt ist das Kapitel V in 10 Diagnosegruppen von F0 bis F9. Die nachfolgende Tabelle zeigt einen Überblick über die einzelnen Diagnosegruppen.

F-Diagnosen nach ICD-10	
F0	Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie und schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderungen
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Emotionale und Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Tabelle 1: Einteilung der F-Diagnosen nach ICD-10 (Dilling et al., 2008)

2.4 Örtliche Gegebenheiten

2.4.1 Beschreibung der Versorgungsregion



Abb. 1: Karte des Versorgungssektors (modifiziert nach Wikipedia: Ostfriesland)

Der Versorgungssektor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikum Emden umfasst insgesamt 15 Städte und Gemeinden mit insgesamt ca. 235.000 Einwohnern. Er ist ein Landkreise übergreifender Flächensektor mit überwiegend ländlichen Regionen. Die Klinik befindet sich in der Stadt Emden (ca. 51.000 Einwohner). Die zweite Stadt Leer hat ca. 34.000 Einwohner.

In der Abbildung 1 erkennt man die geographische Einbettung des Versorgungssektors (hellgrau markiert) mit den einzelnen Städten und Gemeinden sowie die umgebenden Landkreise. Es wird deutlich, dass zum Versorgungssektor die Gemeinden Hinte und Krummhörn gehören, die auf kommunaler Verwaltungsebene aber zum Landkreis Aurich zählen, sowie alle Gemeinden des Landkreises Leer und die Stadt Emden.

Weiterhin wird die besondere Lage Borkums als Insel, mit ihrer nicht immer ganz einfachen Erreichbarkeit und der Erschwernis des Aufsuchens der Klinik, erkennbar.

2.4.2 Beschreibung der Klinik

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik gehört dem Klinikum Emden, Hans-Susemihl-Krankenhaus gGmbH an. Das Klinikum Emden leistet eine erweiterte Grund- und Regelversorgung mit 351 stationären und 20 teilstationären Betten und ist akademisches Lehrkrankenhaus der medizinischen Hochschule Hannover (Quelle: Klinikum Emden). Eine von 9 Fachabteilungen ist die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

Im Beobachtungszeitraum (die Jahre 2000-2009) verfügte sie über insgesamt 75 stationäre Betten. Die Verteilung der Betten ist aus der Tabelle 2 zu ersehen. Zusätzlich zum stationären Bereich betreibt die Klinik für Psychiatrie auch eine Tagesklinik mit 20 Plätzen und eine psychiatrische Institutsambulanz.

In der Klinik werden Erwachsene mit allen psychiatrischen Krankheitsbildern behandelt (keine forensisch untergebrachten Patienten). Diese reichen über affektive Störungen, schizophrene Psychosen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Demenzerkrankungen, Persönlichkeitsstörungen bis hin zu somatoformen Störungen und organisch bedingten psychischen Störungen.

In der Klinik stehen den Patienten diverse Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Es werden Einzel- und Gruppengespräche angeboten, Pharmakotherapie, Ergo- und Soziotherapie, Kunst- und Musiktherapie, Entspannungsverfahren sowie Sport- und Bewegungstherapie.

Im betrachteten Zeitraum waren jährlich zwischen 1.436 und 1.739 Patienten vollstationär aufgenommen worden.

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Emden	
Station	Bettenzahl
7, Allgemeinpsychiatrie, Intensivstation	7, geschlossen
8, Allgemeinpsychiatrie	17
9, Allgemeinpsychiatrie	17
28, Suchtstation	17
29, Allgemeinpsychiatrie	17
Tagesklinik	20

Tabelle 2: Einteilung der Klinik für Psychiatrie, Emden

2.4.3 Beschreibung ambulanter Strukturen

Die Stadt Emden bietet zahlreiche Informations-, Beratungs- und Therapieangebote für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige an. Betroffene können sich z.B. an die „Fachstelle für Sucht und Suchtprävention der Diakonie“, an die „Fachstelle Sucht und Suchtprävention DROBS“, an den „Verein zur Förderung seelischer Gesundheit das Boot“, an die „Ambulante Hilfe für alleinstehende Wohnungslose der evangelisch-reformierten Kirche“, an die „Ostfriesische Beschäftigungs- und Wohnstätten GmbH“, an das Klinikum Emden sowie an den Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Emden wenden. Hier finden Hilfesuchende für die jeweilige Institution spezifische Hilfsangebote in Form von Angeboten zur akuten Krisenintervention, Gesprächsangebote für Betroffene und/oder deren Angehörige, Angebote für psychosoziale Betreuungen und Therapie- oder Wohnangebote sowie ambulante Betreuungs- und Beschäftigungsangebote. Neben diesen Institutionen gibt es niedergelassene Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten, an die sich Betroffene wenden können. Als niederschwelliges Angebot gibt es verschiedene Selbsthilfegruppen. In Emden gibt es u.a. eine „freie“ Gruppe, die Gruppe des „Blauen Kreuzes“, die Gruppe „Freundeskreis Larrelt“ sowie zwei Gruppen der „Anonymen Alkoholiker“. In Larrelt, in Marienhafé und auf Borkum gibt es jeweils eine Selbsthilfegruppe (Quelle: Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Emden).

Im Bereich der Stadt Leer gibt es ebenfalls diverse ambulante Hilfsangebote. Hilfesuchende haben hier die Möglichkeit, sich an den Sozialpsychiatrischen Dienst zu wenden, der ebenfalls in Remels eine Sprechstunde anbietet. Zusätzlich gibt es genau wie in der Stadt Emden die beiden „Fachstellen für Sucht und Suchtprävention“ der Diakonie und der DROBS, wobei die Diakonie hier noch zusätzlich eine „Evangelische Beratungsstelle für Erziehungs-, Ehe- und Lebensfragen“ betreibt. Weitere Möglichkeiten bieten die „Psychologische Beratungsstelle der Arbeiterwohlfahrt“ und die Tagesstätte „Tandem“. Der Treffpunkt „Anleger“ ist eine Kontakt- und Beratungsstelle in Anbindung an das Sozialamt des Landkreises Leer. Die Ostfriesische Wohnstätten GmbH ist ebenfalls in Leer vertreten. All diese Institutionen der Stadt Leer bieten genau wie in der Stadt Emden jeweils spezifische Hilfsangebote in Form von Beratungs- und Gesprächsangeboten, ambulanten und stationären Rehabilitationsmöglichkeiten, Therapieoptionen und Wohnangeboten an. Genauso wie in der Stadt Emden besteht auch in Leer die Möglichkeit sich an die niedergelassenen Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten zu wenden. Als niederschwelliges Angebot gibt es ebenfalls diverse Selbsthilfegruppen mit verschiedenen Themenschwerpunkten. Über die „Selbsthilfekontaktstelle des Landkreises Leer“ haben Betroffene und Angehörige die Möglichkeit, eine für sie thematisch passende Selbsthilfegruppe zu finden. Zu diesen zählen u.a. die Gruppen „Angehöriger psychisch Kranker“, „Die Brücke – Selbsthilfegruppe für psychisch Kranke“, „Menschen mit Ängsten, Phobien und Depressionen – Selbsthilfegruppe im Leeraner Kreis e.V.“, die „Selbsthilfegruppe für Zwangserkrankungen“, die Gruppe „AL-ANON“ für Angehörige und Freunde von Alkoholikern mit Angeboten zusätzlich auf Borkum und in Idafehn, die „Anonymen Alkoholiker“ mit zusätzlichen Angeboten auf Borkum, das „Blaue Kreuz“ mit Hilfsangeboten in Filsum, Jemgum, Rhaudefehn, Stapelmoor und Westoverledingen, die „Freundeskreise“ im Landkreis Leer, der „Kreuzbund e.V.“ mit der Gruppe Leer, die „Pinguine“ mit Themen zu Ängsten und Depressionen, die „Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen“ sowie die „Spielsuchtgruppe Leer“ (Quelle: Selbsthilfekontaktstelle des Landkreises Leer).

3 Fragestellung

Wie bereits eingangs erwähnt gibt es verschiedene Veröffentlichungen, die sich mit dem Unterbringungsgeschehen und den Unterbringungsraten z.B. in Großstädten wie in Berlin beschäftigen. Wie aber sieht die Situation in einer ländlich geprägten Region wie in Ostfriesland aus?

Ziel dieser Arbeit ist die Beschreibung der Entwicklung des Unterbringungsgeschehens über einen Zeitraum von 10 Jahren. Dazu sollen nicht nur die Unterbringungsraten betrachtet werden, sondern es soll auch das Kollektiv der Unterbrachten im Hinblick auf seine personenbezogenen und krankheitsbezogenen Merkmale beschrieben werden und abschließend mit dem Kollektiv der stationär behandelten nicht-unterbrachten Patienten verglichen werden.

Folgenden Fragen sollen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nachgegangen werden:

1. Gibt es eine Zunahme der Zwangseinweisungen im betrachteten Versorgungssektor in Ostfriesland innerhalb des beobachteten Zeitrahmens?
2. Spielt die Nähe des Wohnortes zur Klinik eine Rolle bei den Zwangseinweisungen? (Stadt-Land-Vergleich)
3. Wie entwickelt sich die Dauer der Unterbringungen über den betrachteten Zeitraum?
4. Gibt es führende Behandlungsdiagnosen?
5. Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in beiden Gruppen?
6. Gibt es altersspezifische Unterschiede in beiden Gruppen?
7. Gibt es Unterschiede im sozioökonomischen Status der Gruppen?

4 Methodik

4.1 Der Basisdokumentationsbogen

Die Grundlage der statistischen Auswertung bildete der Basisdokumentationsbogen. Dieser wurde zunächst in Papierform von den jeweils zuständigen behandelnden Ärzten der Klinik erfasst und anschließend nach der Entlassung des Patienten zentral elektronisch in Form einer Excel-Tabelle gespeichert.

Der Basisdokumentationsbogen erfasste neben dem Namen des Patienten noch 27 weitere Variablen. Dokumentiert wurden das Geburtsdatum, das Geschlecht, die Postleitzahl des Wohnortes, die Staatsangehörigkeit, der Familienstand, die berufliche Situation, die Lebenssituation zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt, die Wohnsituation zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt, wodurch der Lebensunterhalt bestritten wurde, das Bestehen oder Nichtbestehen einer juristischen Betreuung, das Aufnahme- und Entlassungsdatum, die Aufnahme- und Entlassungsstation, der Aufnahme- und Entlassungsmodus, mögliche Suizide oder Suizidversuche im Vorfeld oder während der stationären Behandlung, die Institution oder Person, die die Aufnahme veranlasst hatte, die Institution oder Person, die die Weiterbehandlung übernahm, das Bestehen einer zivilrechtlichen Unterbringung sowie die Dauer der Unterbringung, die psychiatrischen und somatischen Diagnosen, die Anzahl der bisher stattgefundenen stationären psychiatrischen Behandlungen in diesem Klinikum sowie der Verfasser des Entlassungsbriefes.

Die verschiedenen Unterpunkte der einzelnen Dokumentationsvariablen werden aus der Abbildung 2 ersichtlich.

Für die Auswertung stand ein anonymisierter Datensatz zur Verfügung (d.h. ohne Namen und Geburtsdatum). Das Alter der Patienten wurde im Vorfeld (nicht von der Autorin) berechnet, so dass letztlich keine personenbezogene Identifizierung möglich war.

Basisdokumentation

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

KLINIKUM EMDEN
Hans-Susemihl-Krankenhaus gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Medizinischen Hochschule Hannover

Name Vorname jetziger Aufenthalt ist der wievielte vollstationäre im HSK-Psychiatrie? <input type="text"/> <input type="text"/>	Zivilrechtl. Unterbringung? 1 = nein <input type="checkbox"/> 2 = Psych-KG <input type="checkbox"/> 3 = Betreuungsrecht <input type="checkbox"/> Unterbringungsdauer von <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Geb.-datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Aufn.-datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Entl.-datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Geschlecht 1 = weiblich <input type="checkbox"/> 2 = männlich <input type="checkbox"/>	Aufnahmestation P <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Entlassungsstation P <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PLZ d. Wohnorts <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ausland: 88888 ♦ o.f.W.: 99999	Aufnahme veranlaßt durch: 01 = niedergelassener Nervenarzt (o.ä.) 02 = andere niedergelassene Ärzte 03 = eigene psychiatrische Ambulanz 04 = andere psychiatrische Klinik 05 = andere nichtpsychiatrische Klinik 06 = andere Abteilung des HSK 07 = Tagesklinik des HSK 08 = Pflegeheim 09 = SpD 10 = Beratungsstelle 11 = Polizei/BGS 12 = Rettungsdienst 13 = selbst <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14 = Angehörige <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wohnsituation bei Entlassung 1 = Privatwohnung 2 = therapeut. WG/betreutes Wohnen 3 = Übergangswohnheim 4 = Pflegeheim 5 = Obdachlosenheim 6 = ohne festen Wohnsitz 9 = unbekannt
Staatsangehörigkeit 1 = deutsch <input type="checkbox"/> 2 = EG 3 = außerhalb EG 9 = unbekannt	Familienstand bei Aufnahme 1 = ledig 2 = verheiratet o.ä. 3 = getrennt lebend 4 = geschieden <input type="checkbox"/> 5 = verwitwet 9 = unbekannt	Lebenssituation bei Entlassung 1 = alleinlebend (auch in Institution) 2 = mit Partner 3 = mit Partner + Kindern 4 = mit Eltern (teil) 5 = mit anderen Verwandten 6 = mit nicht verwandten Personen <input type="checkbox"/> 7 = allein mit Kindern 9 = unbekannt
Beruf bei Aufnahme 1 = berufstätig 2 = Hausfrau/Hausmann 3 = geschützter Arbeitsplatz 4 = noch in Ausbildung 5 = Wehr-/Zivildienst 6 = keine Beschäftigung <input type="checkbox"/> 9 = unbekannt	Aufnahmemodus 1 = selbstständig und auf Wunsch 2 = auf fremde Initiative, aber einverständlich 3 = gegen den Willen des Patienten <input type="checkbox"/>	Entlassungsmodus 1 = regulär und vereinbart 2 = gegen ärztlichen Rat 3 = Abbruch ohne Rücksprache 4 = anderer <input type="checkbox"/>
Lebensunterhalt bei Aufnahme 1 = Eigenes Erwerbseinkommen 2 = Arbeitslosengeld/-hilfe 3 = Sozialhilfe 4 = Rente/Pension 5 = Partner/Familie/Freunde 6 = anderes (z.B. Krankengeld) 9 = unbekannt	Suizidalität/Todesursache 1 = SV ≤ 1 Woche vor Aufnahme 2 = SV während stat. Behandlung 3 = Kombination 1 + 2 4 = Suizid während stat. Behandlung <input type="checkbox"/> 8 = kein aktueller SV oder Suizid <input type="checkbox"/> 9 = natürlicher Tod	Weiterbehandlung (drei hierarchische Nennungen möglich) 01 = niederg. Nervenarzt (o.ä.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 02 = niederg. Psychologe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03 = niederg. Anderer Arzt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 04 = Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 05 = eigene Ambulanz <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 06 = SpD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 07 = Tagesstätte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 08 = Entwöhnungs-Beh. (auch beantragt) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09 = Beratungsstelle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10 = Tagesklinik HSK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11 = Andere Abt. des HSK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12 = andere psychiatr. Klinik <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13 = anderes Krankenhaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14 = Sozialstation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15 = andere <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16 = unbekannt/entfällt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lebenssituation bei Aufnahme 1 = alleinlebend (auch in Institution) 2 = mit Partner 3 = mit Partner + Kindern 4 = mit Eltern (teil) 5 = mit anderen Verwandten 6 = mit nicht verwandten Personen <input type="checkbox"/> 7 = allein mit Kindern 9 = unbekannt	Psychiatrische Entlassungsdiagnosen (ICD-10) - hierarchisch geordnet F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (evtl. SV)..... Somatische Diagnosen (ICD-10) - hierarchisch gegliedert <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Wohnsituation bei Aufnahme 1 = Privatwohnung 2 = therapeut. WG/betreutes Einzelwohnen 3 = Übergangswohnheim 4 = Pflegeheim 5 = Obdachlosenheim 6 = ohne festen Wohnsitz <input type="checkbox"/> 9 = unbekannt	Juristische Betreuung (bei Entlassung) 1 = nein <input type="checkbox"/> 2 = besteht 3 = angeregt 9 = unklar <input type="checkbox"/>	
Für den Arztbrief verantwortlich:	

Abb. 2: Der Basisdokumentationsbogen der Klinik für Psychiatrie, Emden

4.2 Statistik

Aus den Daten der Basisdokumentationsbögen wurden retrospektiv aus den Jahren 2000 bis 2009 mit Hilfe des Computerprogramms Windows Microsoft Excel 2007 die Parameter Patientenzahl (Gesamtaufnahmen und Aufnahmen nach dem NPsychKG), Dauer der Unterbringung, Behandlungsdiagnose, Einweisungsverantwortlicher, Geschlecht, Alter sowie die Lebenssituation beschreibende Merkmale betrachtet und analysiert. Basierend auf den aufgeschlüsselten Einwohnerzahlen wurden sowohl die Unterbringungsraten für den Gesamtversorgungssektor als auch für den städtischen und ländlichen Bereich innerhalb des Versorgungssektors berechnet und miteinander verglichen. Die Unterbringungsrate wurde definiert als Unterbringungen bezogen auf die Bevölkerung und die Unterbringungsquote wurde definiert als Unterbringungen bezogen auf die stationären Aufnahmen.

Zur Klärung der Fragestellung, ob es Merkmale gab, die in der Gruppe der Untergebrachten gehäuft auftraten und ob es somit mögliche Risikofaktoren gibt, die eine Unterbringung nach NPsychKG für bestimmte Personengruppen wahrscheinlicher machen, erfolgte ein Vergleich der Gruppe der Untergebrachten mit der Gruppe der freiwillig stationär psychiatrisch behandelten Patienten. Die Berechnung der p-Werte für die quantitative Variable „Alter“ erfolgte mit dem Zweistichproben-t-Test. Für die qualitativen Variablen „Geschlecht“, „Familienstand“, „Lebenssituation“, „Wohnsituation“ und „Lebensunterhalt“ wurden die p-Werte mit Hilfe des Binominal-Tests für dichotome Zufallsvariablen berechnet. Als Nullhypothese wurde festgelegt, dass die Variablen in beiden Gruppen gleich groß sind. Der Grenzwert für den p-Wert wurde auf 0,05 festgelegt.

5 Ergebnisse der Datenauswertung

Ausgewertet wurden die Daten von insgesamt 15.655 anonymisierten Basisdokumentationsbögen von stationär psychiatrisch behandelten Patienten der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Emden aus den Jahren 2000-2009. Vordergründig interessant für die weitere Analyse waren die Patienten, die während ihres stationären Aufenthaltes vorübergehend oder dauerhaft nach dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) untergebracht waren. Diese Zahl belief sich auf eine Gesamtzahl von 2.240. Die Konzentration erfolgte ausschließlich auf die Unterbringungen nach dem NPsychKG, nicht einbezogen wurden nach BGB Untergebrachte. Eine Unterscheidung der Unterbringungen nach dem NPsychKG zwischen denen, die aus dem privaten oder häuslichen Umfeld heraus geschahen und denen, die während des stationären Aufenthaltes notwendig wurden, fand nicht statt. Es erschien aber wichtig, sowohl die reinen Zwangsunterbringungen als auch die vorläufigen Unterbringungen zu erfassen und die Ergebnisse zunächst zusammengefasst darzustellen. Jeder Unterbringungsfall wurde als ein separater Fall gewertet, unabhängig davon, ob derjenige Betroffene im gleichen Jahr bereits vorher untergebracht war oder nicht. Es fand somit eine Auswertung der Ereignisse und nicht der betroffenen Personen statt. Aber nicht nur die einzelnen Ereignisse sollten über den Verlauf der Zeit betrachtet werden, sondern auch die Dauer der Unterbringungen. In einem zweiten Schritt erschien es daher notwendig, die vorläufigen Unterbringungen (Kurzunterbringungen) von den „regulären“ Zwangsunterbringungen (Unterbringungen mit richterlichem Beschluss) zu unterscheiden und die Ergebnisse getrennt voneinander aufzuzeigen. Abschließend erfolgten die Analyse der personenbezogenen und krankheitsbezogenen Merkmale in der Gruppe der untergebrachten Patienten sowie ein Vergleich mit der Gruppe der freiwillig stationär psychiatrisch behandelten Patienten.

5.1 Entwicklung der Einwohnerzahlen

Einwohnerzahlen des Versorgungssektors zum 31.12. des jeweiligen Jahres										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Borkum	5.650	5.587	5.559	5.521	5.487	5.444	5.438	5.323	5.266	5.186
Krummhörn	13.295	13.323	13.334	13.374	13.280	13.152	13.053	12.950	12.779	12.693
Hinte	7.311	7.337	7.338	7.300	7.314	7.339	7.271	7.205	7.119	7.123
Emden	50.963	51.185	51.351	51.445	51.670	51.693	51.742	51.714	51.562	51.292
Jemgum	3.800	3.720	3.774	3.754	3.740	3.720	3.677	3.643	3.679	3.622
Bunde	7.406	7.424	7.493	7.540	7.514	7.599	7.518	7.578	7.571	7.548
Weener	15.338	15.406	15.534	15.625	15.666	15.652	15.762	15.858	15.676	15.711
Moormerland	21.801	21.993	22.220	22.361	22.398	22.448	22.495	22.476	22.500	22.456
Leer	33.849	34.109	34.088	33.979	33.682	33.936	34.128	34.052	34.154	34.288
Westoverledingen	19.521	19.731	19.787	19.996	20.081	20.091	20.016	19.923	19.936	19.915
Rhauderfehn	16.574	16.870	16.964	17.158	17.235	17.303	17.305	17.269	17.309	17.274
Ostrhauderfehn	10.448	10.534	10.668	10.683	10.724	10.676	10.688	10.683	10.606	10.635
Jümme	6.148	6.245	6.327	6.416	6.420	6.457	6.458	6.425	6.440	6.431
Hesel SG	9.928	10.049	10.148	10.226	10.240	10.315	10.406	10.363	10.362	10.302
Uplengen	10.962	11.097	11.227	11.281	11.335	11.415	11.456	11.495	11.448	11.469
Gesamt-Sektor	232.994	234.610	235.812	236.659	236.786	237.240	237.413	236.957	236.407	235.945
Änderung gegenüber Vorjahr	0	1.616	1.202	847	127	454	173	-456	-550	-462
Aufnahmezahlen der Klinik für Psychiatrie Emden										
Anzahl Gesamtaufnahmen Psychiatrie	1.487	1.554	1.499	1.436	1.573	1.503	1.622	1.596	1.646	1.739
Anteil an der Einwohnerzahl	0,64%	0,66%	0,64%	0,61%	0,66%	0,63%	0,68%	0,67%	0,70%	0,74%
Rate d. Gesamtaufnahmen/1.000 E.	6,38	6,62	6,36	6,07	6,64	6,34	6,83	6,74	6,96	7,37
Anzahl Aufnahmen nach NPsychKG	217	228	235	235	264	223	207	181	224	226
Anteil an den Gesamtaufnahmen	14,6%	14,7%	15,7%	16,4%	16,8%	14,8%	12,8%	11,3%	13,6%	13,0%
Aufnahmerate NPsychKG/1.000 E.	0,93	0,97	1,00	0,99	1,11	0,94	0,87	0,76	0,95	0,96

Tabelle 3: Einwohnerzahlen zum 31.12. des jeweiligen Jahres (Quelle: Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen, LSKN, Landesamt für Statistik) sowie die Aufnahmezahlen und Unterbringungszahlen der Psychiatrie Emden

Die Tabelle 3 zeigt zunächst eine Aufschlüsselung der Einwohnerzahlen des Versorgungssektors der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik nach den dazugehörigen Städten und Gemeinden. Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, gab es in den Jahren 2000-2006 einen stetigen leichten Anstieg der Einwohnerzahlen von 232.994 im Jahr 2000 auf 237.413 Einwohner im Jahr 2006 und wiederum einen leichten Abfall in den Jahren 2007-2009 auf schließlich 235.945 Einwohner. Zusammenfassend zeigte sich über den beobachteten Zeitraum eine relativ konstant bleibende Einwohnerzahl.

5.2 Entwicklung der Patientenzahlen

Im beobachteten Zeitraum zeigte sich eine Zunahme der stationär psychiatrisch aufgenommenen Patienten von insgesamt 1.487 im Jahr 2000 auf 1.739 Patienten im Jahr 2009. Trotz leichter Rückgänge der Einwohnerzahlen in den Jahren 2008 und 2009 nahmen die Patientenzahlen auch in diesen Jahren zu. Dies spiegelte sich natürlich auch in der Rate der stationär psychiatrisch aufgenommenen Patienten pro 1.000 Einwohner wider. Diese lag zwischen 6,38 (Jahr 2000) und 7,37 (Jahr 2009) Patienten pro 1.000 Einwohner.

Die Quote der nach NPsychKG behandelten Patienten in Bezug auf die Anzahl der Gesamtbehandlungsfälle stieg zunächst leicht an von 14,6% im Jahr 2000 auf 16,8% im Jahr 2004 und fiel dann aber wieder ab auf 13,0% im Jahr 2009 (s. Tabelle 3). Die Rate der nach NPsychKG behandelten Patienten pro 1.000 Einwohner blieb, trotz einiger kleinerer Schwankungen in den Jahren 2004 und 2007 insgesamt über die gesamten 10 Jahre relativ stabil und lag zwischen 0,9 und 1,0. Die Abb. 3 zeigt zur besseren Veranschaulichung eine Index-Darstellung der Gesamtaufnahmen/1.000 Einwohner und der Aufnahmen nach NPsychKG/1.000 Einwohner im Vergleich (Werte im Jahr 2000 = 100).

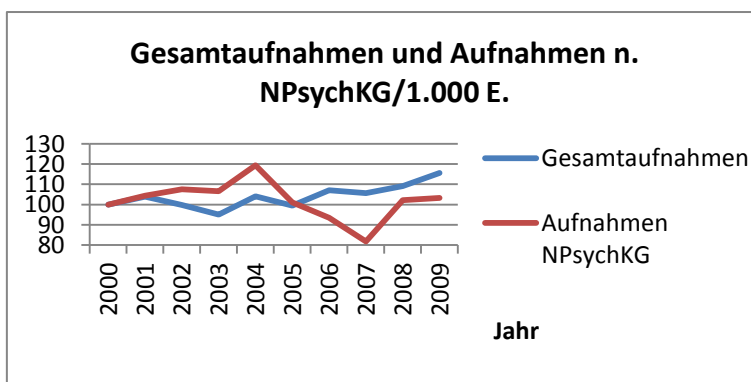


Abb. 3: Index-Darstellung der Aufnahme- und Unterbringungsraten der Klinik für Psychiatrie Emden

5.3 Darstellung der kommunalen Unterbringungsraten

Zur genaueren Aufschlüsselung der Unterbringungen auf kommunaler Ebene wurden die Postleitzahlen der Wohnorte der zwangsuntergebrachten Patienten aus den Basisdokumentationsbögen ausgewertet. Für den städtischen Bereich wurden zunächst die Postleitzahlen gewertet, die der Stadt Emden und der Stadt Leer zugehörig waren. Die übrigen Postleitzahlen, die zum Versorgungssektor gehören, wurden dem ländlichen Bereich zugeschrieben.

Jetzt wurde deutlich, dass auch eine kleinere Anzahl von Patienten zwangsuntergebracht war, die ihren Wohnsitz nicht im Versorgungssektor hatte. Die Patienten, die ohne festen Wohnsitz waren, wurden ebenfalls zum Versorgungssektor gehörig gewertet, da davon auszugehen war, dass diese Patienten sich gewohnheitsmäßig im Versorgungssektor aufhielten und auch dort gemeldet waren. Dies betraf im beobachteten Zeitraum zwischen 1 und 9 Patienten pro Jahr.

Wie aus der Tabelle 4 zu ersehen ist, lag der Prozentanteil der nach NPsychKG untergebrachten Patienten, die als zum Versorgungssektor gehörig gewertet wurden, zwischen 85% und 93%. Zwischen 49% und 63% der Patienten stammten aus den Stadtgebieten Emden und Leer mit einer insgesamt erheblich geringeren Einwohnerzahl im Vergleich zum restlichen Versorgungssektor. Aus dieser Auswertung ergab sich, durch ein Herauslassen der sektorfremden Patienten aus der Berechnung, ein korrigierter Wert für die Unterbringungsrate des Gesamtsektors bezogen auf 1.000 Einwohner, der zwischen 0,7 und 1,0 lag. Einschränkend anmerken muss man allerdings, dass bei der Auswertung des Anteils der Einweisungen aus dem Versorgungssektor man sicherlich nicht alle Unterbringungen von Einwohnern aus dem Versorgungssektor berücksichtigen konnte, da davon auszugehen ist, dass einige wenige Patienten aus dem Versorgungssektor auch eine Unterbringung in einer anderen Klinik außerhalb des Versorgungssektors erfuhren.

Unterbringungen aufgeschlüsselt nach Gebieten des Versorgungssektors anhand der Postleitzahlen										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Fälle insg.	217	228	235	235	264	223	207	181	224	226
Fälle aus dem Sektor	195	206	207	213	238	193	190	161	206	211
Anteil in %	89,9	90,4	88,1	90,6	90,2	86,5	91,8	89,0	92,0	93,4
städtisch (Emd. u. Leer)	107	129	110	106	121	109	111	86	100	122
Stadtanteil/ Sektor in %	54,9	62,6	53,1	49,8	50,8	56,5	58,4	53,4	48,5	57,8
ländlich	82	73	88	106	114	82	77	73	102	85
o. f. W.	6	4	9	1	3	2	2	2	4	4
sektorfremd	22	22	28	22	26	30	17	20	18	15

Tabelle 4: Unterbringungen des Versorgungssektors der Psychiatrie Emden

Aus der Berechnung der getrennten Unterbringungsraten (Unterbringungen bezogen auf 1.000 Einwohner) für die Stadtgebiete Emden und Leer auf der einen Seite sowie für den ländlichen Bereich des Versorgungssektors auf der anderen Seite ergab sich für den städtischen Bereich eine Rate, die zwischen 1 und 1,5 lag und für den ländlichen Bereich eine Rate, die zwischen 0,5 und 0,7 lag. Es zeigte sich somit für den städtischen Bereich eine zweimal so hohe Unterbringungsrate gegenüber dem ländlichen Bereich. Die Abbildung 4 stellt dies graphisch dar.

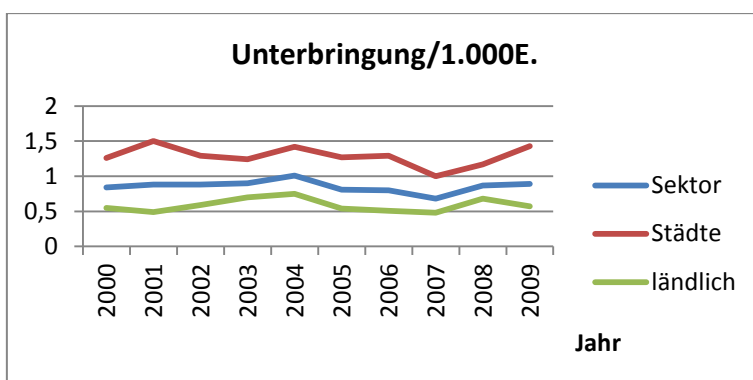


Abb. 4: Unterbringungsrate des Versorgungssektors der Psychiatrie Emden

Um eine mögliche Abhängigkeit der Unterbringungsrate von der Entfernung der jeweiligen Gemeinde zur Klinik darstellen zu können, wurden in einem zweiten Schritt

die Unterbringungsraten einzelner Gemeinden und der Städte Emden und Leer getrennt voneinander berechnet. Die Ergebnisse der Stadtgebiete Emden und Leer zeigten, dass die Unterbringungsraten für Emden deutlich über denen von Leer lagen, und sie lagen ebenfalls sowohl über den Raten, die sich auf den Gesamtsektor bezogen als auch, bis auf das Jahr 2005, über den Raten, die sich auf beide Stadtgebiete gemeinsam bezogen. Die Raten für Emden lagen zwischen 1,2 und 1,8 pro 1.000 Einwohner (s. Abb. 5).

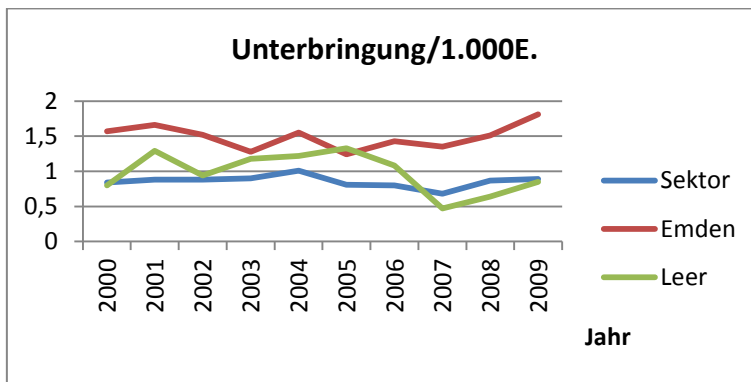


Abb. 5: Städtische Unterbringungsraten des Emdener Versorgungssektors

Daraus lässt sich schließen, dass die Unterbringungsraten für Emden auch verantwortlich waren für die im Vergleich zum Gesamtsektor hohen Werte für die gemeinsamen Stadtgebiete Emden und Leer. Um der Hypothese, dass die Unterbringungsraten möglicherweise abhängig sind von der jeweiligen Entfernung der Gemeinde zur Klinik, weiter nachgehen zu können, wurden die Unterbringungsraten der einzelnen Gemeinden getrennt voneinander berechnet. Die Gemeinden Ostrhauderfehn und Uplengen liegen - wie auf der Abbildung 8 zu sehen ist -, am äußeren Rand des Versorgungssektors und somit relativ weit entfernt von der Klinik. Die Unterbringungsraten dieser beiden Gemeinden lagen unterhalb der Unterbringungsrate des Gesamtsektors (s. Abb. 6).

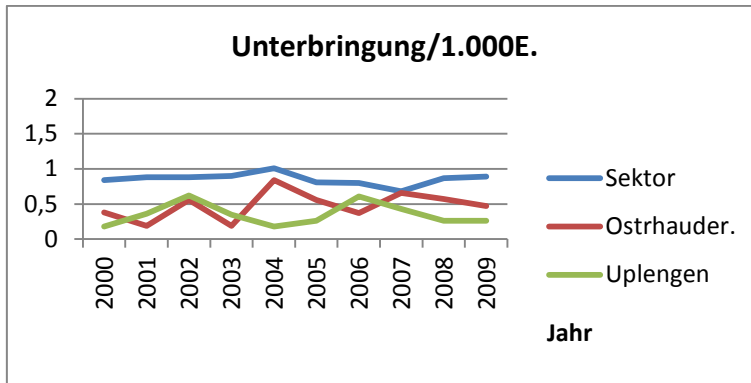


Abb. 6: Klinikferne Gemeinde-Unterbringungsdaten des Emdener Versorgungssektors

Die Gemeinden Moormerland und Hinte dagegen grenzen an das Stadtgebiet Emden und haben so eine deutlich kürzere Entfernung zur Klinik. Aber auch hier lagen die Unterbringungsdaten nahezu komplett unter der des Gesamtsektors (s. Abb. 7). Eine Übersicht der Unterbringungsdaten der einzelnen Gemeinden zeigt die Tabelle 5. Ein Gesamtbild mit Darstellung der Lage der jeweiligen Gemeinde im Versorgungssektor und somit auch deren Entfernung zur Klinik und den langjährigen Mittelwerten der Unterbringungsdaten zeigt die Abb. 8.

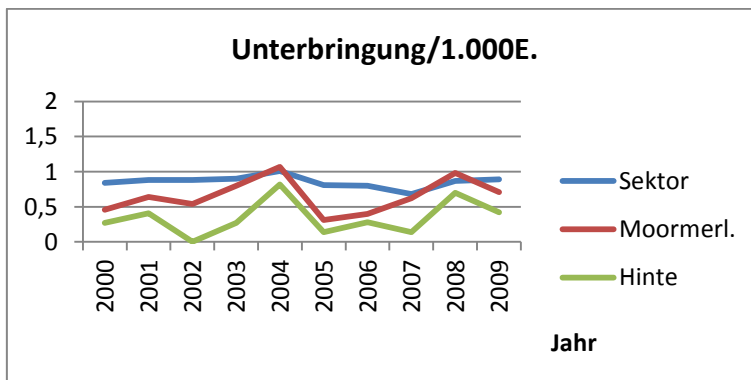


Abb. 7: Kliniknahe Gemeinde-Unterbringungsdaten des Emdener Versorgungssektors

Unterbringungen pro 1000 Einwohner aufgeschlüsselt anhand der Postleitzahlen											
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	MW
Sektor	0,84	0,88	0,88	0,90	1,01	0,81	0,80	0,68	0,87	0,89	0,85
städtisch (Emden u. Leer)	1,26	1,50	1,29	1,24	1,42	1,27	1,29	1,00	1,17	1,43	1,29
ländlich	0,55	0,49	0,59	0,70	0,75	0,54	0,51	0,48	0,68	0,57	0,57
Emden.	1,57	1,66	1,52	1,28	1,55	1,24	1,43	1,35	1,51	1,81	1,49
Leer	0,80	1,29	0,94	1,18	1,22	1,33	1,08	0,47	0,64	0,85	0,98
Hinte	0,27	0,41	-	0,27	0,82	0,14	0,28	0,14	0,70	0,42	0,35
Jemgum	0,79	1,08	0,26	0,53	1,34	1,07	1,09	0,27	0,54	0,55	0,75
Moormerland	0,46	0,64	0,54	0,80	1,07	0,31	0,40	0,62	0,98	0,71	0,65
Westoverledingen	0,77	0,25	0,66	1,05	0,55	0,70	0,50	0,55	0,70	0,45	0,62
Ostrhauderfehn	0,38	0,19	0,56	0,19	0,84	0,56	0,37	0,66	0,57	0,47	0,48
Uplengen	0,18	0,36	0,62	0,35	0,18	0,26	0,61	0,43	0,26	0,26	0,35
Borkum	0,71	0,54	1,08	0,91	0,73	0,18	0,55	0,94	0,95	1,16	0,78
Krummhörn	0,53	0,38	0,30	0,52	0,60	0,76	0,61	0,39	0,63	0,39	0,51
Bunde	0,14	0,27	0,80	0,80	0,67	1,05	0,67	0,66	0,66	0,13	0,59
Weener	0,59	0,65	0,51	0,83	1,02	0,19	0,57	0,32	1,08	1,02	0,68
Rhauderfehn	0,97	0,77	0,83	0,93	0,35	0,69	0,58	0,29	0,12	0,52	0,61
Jümme	0,33	0,32	0,47	0,31	0,93	0,62	0,15	0,31	0,31	0,31	0,41
Hesel	0,50	0,60	0,69	0,68	1,17	0,87	0,48	0,68	1,06	0,68	0,74

Tabelle 5: Aufschlüsselung der Unterbringungsrate des Emdener Versorgungssektors

Langjährige Mittelwerte der Unterbringungsrate/n/Gemeinde



Abb. 8: Mittelwerte der Unterbringungsrate des Emden Versorgungssektors (Karte eigenmodifiziert nach Wikipedia: Ostfriesland)

Der langjährige Mittelwert der Unterbringungsrate für den Gesamtsektor lag bei 0,85. Wie aus der Abb. 8 zu ersehen ist, lagen alle Gemeinden, bis auf die Städte Emden und Leer, mit ihren langjährigen Mittelwerten unterhalb des Mittelwertes des Gesamtsektors. Es zeigte sich aber eine tendenzielle Abnahme der Unterbringungsrate mit Zunahme der Entfernung der Gemeinde zur Klinik. Eine Ausnahme bildeten die Gemeinden Hesel und Hinte. Diese Ergebnisse unterstützen also die These, dass die Entfernung einer Gemeinde zur zuständigen psychiatrischen Klinik eine Rolle bei einem möglichen Unterbringungsgeschehen spielt. Eine größere Bedeutung für das Unterbringungsgeschehen scheint allerdings die Tatsache zu haben, ob eine Gemeinde eher städtisch oder mehr ländlich geprägt ist, denn wie bereits oben erwähnt wurde, hatten die städtischen Bereiche eine deutlich höhere Unterbringungsrate.

5.4 Entwicklung der Verhältnisse zwischen Kurzunterbringungen (1-2 Tage) und Unterbringungen mit richterlichem Beschluss (> 2 Tage)

Wie aus der Tabelle 6 zu ersehen ist, dauerten im Mittel nur ca. 57% der Unterbringungen nach dem NPsychKG im ausgewerteten Zeitraum länger als 2 Tage und unterlagen somit einem richterlichen Beschluss. Die Zahlen der „Kurzuntergebrachten“ beinhalten sowohl die Fälle, die im Anschluss an die Unterbringung auf freiwilliger Basis weiterbehandelt wurden als auch die Fälle, die nach der „Kurzunterbringung“ die Klinik verlassen haben.

Anteil der kurz- und längerfristigen Unterbringungen in %										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Fälle	217	228	235	235	264	223	207	181	224	226
1-2 Tage in %	42,9	50,0	46,8	47,7	40,5	42,6	39,1	43,6	41,5	38,1
>2 Tage in %	57,1	50,0	53,2	52,3	59,5	57,4	60,9	56,4	58,5	61,9

Tabelle 6: Aufteilung der Unterbringungen nach ihrer Dauer

5.5 Vergleich zwischen den Kurzunterbringungen und den Unterbringungen mit richterlichem Beschluss hinsichtlich ihrer Entlassungsdiagnose

In diesem Abschnitt soll dargestellt werden, ob es Diagnosen gab, die bei den Unterbringungen nach NPsychKG eine führende Rolle spielten und ob es evtl. diesbezüglich Unterschiede gab zwischen den Kurzunterbringungen und den Unterbringungen mit richterlichem Beschluss.

Betrachtet wurde zunächst die Gesamtheit der Unterbringungsfälle pro Jahr unabhängig von ihrer Dauer. Hier ließ sich feststellen, dass über den betrachteten Zeitraum ca. 75% der Fälle eine Entlassungsdiagnose aus der Gruppe F0, F1 oder F2 hatten, wobei die führende Rolle mit ca. 40% die Diagnosen aus der Gruppe F1 übernahmen. Eine eher untergeordnete Rolle spielten die Diagnosen aus den Gruppen F3, F4 und F6. Praktisch keine Rolle spielten die Diagnosen aus den Gruppen F5, F7, F8 und F9. Eine komplette Aufschlüsselung zeigt die Tabelle 7.

Aufteilung der F-Diagnosen nach ICD-10 in % in der Gruppe der Untergebrachten										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Fälle	217	228	235	235	264	223	207	181	224	226
F0	16,6	11,4	14,5	17,0	14,8	17,0	15,5	23,2	17,4	20,8
F1	35,5	40,8	40,0	40,9	34,8	42,6	42,5	37,0	40,6	38,9
F2	22,1	22,8	19,6	20,0	20,8	17,0	22,7	19,3	19,2	23,0
F3	11,1	7,0	5,9	5,1	5,7	7,6	8,7	11,0	7,1	9,7
F4	6,9	13,6	12,3	11,9	16,7	12,6	5,3	5,0	8,9	5,3
F5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
F6	6,9	3,9	7,2	4,7	5,7	2,2	4,3	3,9	6,7	0,4
F7	0,0	0,0	0,4	0,0	1,1	0,4	1,0	0,6	0,0	1,3
F8	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F9	0,9	0,0	0,0	0,4	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabelle 7: Verteilung der F-Diagnosen innerhalb der Gesamt-Unterbringungen

Betrachtet wurden dann die Entlassungsdiagnosen getrennt voneinander jeweils in der Gruppe der „Kurzuntergebrachten“ (Tabelle 8) und in der Gruppe der Unterbringungen mit richterlichem Beschluss (Tabelle 9). Hier zeigte sich bei den Kurzunterbringungen (1-2 Tage), dass die Diagnosen aus der Gruppe F1 eine deutlich führende Rolle spielten. Zwischen 50 und 70% der Kurzunterbringungen hatten über den analysierten Zeitraum eine Entlassungsdiagnose aus der Gruppe F1 (Störungen durch psychotrope Substanzen). Einen weiteren bedeutsamen Anteil in der Gruppe der Kurzunterbringungen bildeten Diagnosen aus der Gruppe F4 mit einer Häufigkeit zwischen 10 und 20%. In die Gruppe der F4-Diagnosen fallen häufig Patienten, die in Folge einer akuten Krisensituation mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung in eine Klinik gebracht werden und die nach erfolgreicher Krisenintervention die Klinik nach kurzer Zeit wieder verlassen oder einer freiwilligen Weiterbehandlung zustimmen.

Einen eher geringeren Anteil zeigten die Diagnosen aus den Gruppen F0, F2, F3 und F6 mit jeweils zwischen 1 und 10%. Ebenfalls keine Rolle spielten die Diagnosen aus den Gruppen F5, F7, F8 und F9 (s. Tabelle 8).

Aufteilung der Diagnosen bei Unterbringungen von 1-2 Tagen in %										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
F0	7,5	6,1	10,9	7,1	10,3	8,4	8,6	10,1	8,6	8,1
F1	57,0	51,8	57,3	61,6	48,6	62,1	70,4	58,2	62,4	68,6
F2	9,7	10,5	3,6	8,0	9,3	5,3	6,2	10,1	7,5	5,8
F3	8,6	4,4	5,5	2,7	2,8	3,2	3,7	8,9	3,2	5,8
F4	10,8	21,9	18,2	15,2	20,6	17,9	9,9	10,1	12,9	9,3
F5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F6	4,3	4,4	4,5	5,4	6,5	2,1	1,2	2,5	5,4	1,2
F7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
F8	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F9	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabelle 8: Verteilung der F-Diagnosen innerhalb der „Kurz-Unterbringungen“

Betrachtete man die Verteilung der Entlassungsdiagnosen bei den Unterbringungen mit richterlichem Beschluss (Tabelle 9), so zeigte sich hier, im Gegensatz zu den Kurzunterbringungen, dass der Hauptanteil der Einweisungsdiagnosen jeweils mit ungefähr gleichen Anteilen aus den Diagnosegruppen F0 (häufig Delir und/oder Demenz), F1 (Abhängigkeitserkrankungen) und F2 (Schizophrenie) stammte.

Die drei Diagnosegruppen gemeinsam machten insgesamt einen Anteil zwischen 75% und 80% aus. Eine eher untergeordnete Rolle spielten die Diagnosen aus den Gruppen F3, F4 und F6. Keine Rolle spielten auch hier die Diagnosen aus den Gruppen F5, F7, F8 und F9.

Aufteilung der Diagnosen bei Unterbringungen > 2 Tagen in %										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
F0	23,4	16,7	17,6	26,0	17,8	23,4	19,8	33,3	23,7	28,6
F1	19,4	29,8	24,8	22,0	25,5	28,1	24,6	20,6	25,2	20,7
F2	31,5	35,1	33,6	30,9	28,7	25,8	33,3	26,5	27,5	33,6
F3	12,9	9,6	6,4	7,3	7,6	10,9	11,9	12,7	9,9	12,1
F4	4,0	5,3	7,2	8,9	14,0	8,6	2,4	1,0	6,1	2,9
F5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
F6	8,9	3,5	9,6	4,1	5,1	2,3	6,3	4,9	7,6	0,0
F7	0,0	0,0	0,8	0,0	0,6	0,8	1,6	1,0	0,0	1,4
F8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F9	0,0	0,0	0,0	0,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabelle 9: Verteilung der F-Diagnosen innerhalb der Unterbringungen mit richterlichem Beschluss

Ebenfalls untersucht wurde, welche Rolle eine Unterbringung mit richterlichem Beschluss innerhalb einer Diagnosegruppe spielte: also der Vergleich zwischen Kurzunterbringungen und Unterbringungen mit richterlichem Beschluss innerhalb einer Diagnosegruppe. Dazu wurden die führenden Diagnosegruppen jeweils getrennt voneinander analysiert. Hier zeigte sich, dass der überwiegende Anteil der untergebrachten Patienten, die mit einer Entlassungsdiagnose aus der F0-Gruppe behandelt wurden, mit einem richterlichen Beschluss untergebracht war (zw. 65% und 85%). Ebenso erging es Patienten mit einer Entlassungsdiagnose aus den Gruppen F2 und F3. Der Anteil für die Gruppe F2 lag zwischen 77% und 91%. Für die Gruppe F3 zwischen 57% und 83%. Für Patienten dagegen, die mit einer Entlassungsdiagnose aus den Gruppen F1 oder F4 in der Klinik waren, betrug der Anteil für F1 zwischen 28% und 44% und für F4 zwischen 11% und 50% (s. Tabelle 10).

Aufschlüsselung der Anteile an Kurz- und längerfristigen Unterbringungen innerhalb der jeweiligen Diagnosegruppe in %																				
Jahr	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	1-2 T.	>2 T.	1-2 T.	>2 T.	1-2 T.	>2 T.	1-2 T.	>2 T.	1-2 T.	>2 T.	1-2 T.	>2 T.	1-2 T.	>2 T.	1-2 T.	>2 T.	1-2 T.	>2 T.	1-2 T.	>2 T.
F0	19,4	80,6	26,9	73,1	35,3	64,7	20,0	80,0	28,2	71,8	21,1	78,9	21,9	78,1	19,0	81,0	20,5	79,5	14,9	85,1
F1	68,8	31,2	63,4	36,6	67,0	33,0	71,9	28,1	56,5	43,5	62,1	37,9	64,8	35,2	68,7	31,3	63,7	36,3	67,0	33,0
F2	18,8	81,3	23,1	76,9	8,7	91,3	19,1	80,9	18,2	81,8	13,2	86,8	10,6	89,4	22,9	77,1	16,3	83,7	9,6	90,4
F3	33,3	66,7	31,3	68,8	42,9	57,1	25,0	75,0	20,0	80,0	17,6	82,4	16,7	83,3	35,0	65,0	18,8	81,3	22,7	77,3
F4	66,7	33,3	80,6	19,4	69,0	31,0	60,7	39,3	50,0	50,0	60,7	39,3	72,7	27,3	88,9	11,1	60,0	40,0	66,7	33,3

Tabelle 10: Verteilung der kurz- und längerfristigen Unterbringungen innerhalb der F-Diagnosen

5.6 Führende Entlassungsdiagnosen bei den nicht-untergebrachten Patienten

Aufteilung der F-Diagnosen nach ICD-10 in % in der Gruppe der Nicht- Untergebrachten										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Fälle	1.227	1.290	1.223	1.158	1.259	1.219	1.371	1.375	1.378	1.476
F0	4,7	4,7	3,8	3,8	3,8	3,4	4,7	4,7	6,0	4,7
F1	52,0	51,5	50,6	48,2	51,5	46,3	46,6	47,0	45,7	48,4
F2	12,2	9,9	13,0	14,2	14,8	13,5	13,4	11,4	12,3	11,5
F3	15,6	14,4	12,1	11,9	12,1	17,1	18,4	20,8	20,9	24,9
F4	11,0	13,8	13,7	15,3	13,7	13,0	10,9	8,7	8,3	4,9
F6	3,3	4,4	5,4	5,5	3,5	5,5	4,9	5,7	5,9	4,9

Tabelle 11: Verteilung der F-Diagnosen innerhalb der regulären Behandlungen

Um entscheiden zu können, ob die unter Punkt 5.5 analysierten Diagnosen spezifisch für Patienten waren, die im Rahmen eines Unterbringungsgeschehens behandelt wurden, fand eine Aufschlüsselung der Diagnosen in der Gruppe der regulär psychiatrisch behandelten Patienten statt. Wie aus der Tabelle 11 zu ersehen ist, entfielen zwischen 46% und 52% der Entlassungsdiagnosen auf die Gruppe der F1-Diagnosen. Ein weiterer bedeutender Anteil entfiel auf die Gruppe der F3-Diagnosen. Daraus ergibt sich, dass die Diagnosen aus der Gruppe F1 sowohl bei den nach NPsychKG behandelten Patienten als auch bei den regulär psychiatrisch behandelten Patienten eine dominante Rolle spielten.

5.7 Entwicklung der Unterbringungsdauer

Aufschlüsselung der Unterbringungen nach ihrer Dauer in Tagen										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Fälle	217	228	235	235	264	223	207	181	224	226
Arithmetisches Mittel in Tagen	8,1	8,2	9,6	9,1	8,9	8,3	12,2	9,5	11,4	14,4
Median	5	2	3	3	4	4	7	5	5	6
Minimum in Tagen	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum in Tagen	43	85	92	86	132	85	103	46	165	111
Gesamtstage	1.760	1.879	2.252	2.144	2.354	1.843	2.531	1.716	2.557	3.252

Tabelle 12: Unterbringungstage pro Jahr

Wie aus der Tabelle 12 zu ersehen ist stiegen die Gesamtunterbringungstage von 1.760 im Jahr 2000 auf 3.252 Tage im Jahr 2009 bei ungefähr identischen Fallzahlen, nämlich 217 Unterbringungen im Jahr 2000 und 226 Unterbringungen im Jahr 2009. Daraus ergab sich ein Anstieg der durchschnittlichen Unterbringungsdauer von 8,1 Tagen pro Fall im Jahr 2000 auf 14,4 Tage im Jahr 2009. Der Median lag jeweils niedriger als der arithmetische Mittelwert, was einer Linksverschiebung der Verteilungskurve entspricht und die relativ hohe Anzahl der Kurzunterbringungen widerspiegelt.

5.8 Entwicklung der Unterbringungsdauer in den Diagnosegruppen

Zur spezifischeren Betrachtung wurde die Entwicklung der Unterbringungstage zusätzlich innerhalb der führenden Diagnosegruppen untersucht. In der Gruppe der F0-Diagnosen stieg die Summe der Unterbringungstage von 300 im Jahr 2000 auf 690 im Jahr 2009. Der Mittelwert stieg von 8,3 auf 14,7 bei relativ gleichbleibendem Median (s. Tab. 13).

Unterbringungstage in der Gruppe der F0-Diagnosen										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Summe	300	196	306	374	233	299	302	387	402	690
Mittelwert	8,3	7,5	9,0	9,4	6,0	7,9	9,4	9,2	10,3	14,7
Median	7	5	6	6	4	7	9	6	7	9

Tabelle 13: Unterbringungstage in der F0-Diagnosegruppe pro Jahr

Ähnlich sah es in der Gruppe der F1-Diagnosen aus. Auch hier stieg die Gesamtsumme der Unterbringungstage an. Im Mittel waren die Patienten aber deutlich kürzer untergebracht als Patienten mit einer Aufnahme diagnose aus der Gruppe F0 (s. Tab. 14)

Unterbringungstage in der Gruppe der F1-Diagnosen										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Summe	274	429	374	411	395	392	432	319	525	552
Mittelwert	3,6	4,6	4,0	4,2	4,3	4,1	4,9	4,8	5,8	6,3
Median	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Tabelle 14: Unterbringungstage in der F1-Diagnosegruppe pro Jahr

Wie aus der Tabelle 15 zu ersehen ist, waren Patienten mit einer Aufnahme diagnose aus der F2-Gruppe durchschnittlich am längsten untergebracht. Auch hier zeigte sich für den Beobachtungszeitraum ein Anstieg der Gesamtunterbringungstage und des Mittelwertes.

Unterbringungstage in der Gruppe der F2-Diagnosen										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Summe	698	903	1.066	956	1.133	764	1.181	582	1.194	1.546
Mittelwert	14,5	17,4	23,2	20,8	20,6	20,1	25,1	16,6	27,8	29,7
Median	13	12,5	19,5	15	14	16	22	14	17	29

Tabelle 15: Unterbringungstage in der F2-Diagnosegruppe pro Jahr

Nicht ganz so auffällig waren die Ergebnisse für die Gruppen F3 und F4 wobei Patienten aus der F4-Gruppe durchschnittlich ähnlich lang untergebracht waren wie Patienten aus der F1-Gruppe (s. Tab. 16 und 17).

Unterbringungstage in der Gruppe der F3-Diagnosen										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Summe	269	164	118	129	238	229	464	287	222	327
Mittelwert	11,2	10,3	8,4	10,8	15,9	13,5	25,8	14,4	13,9	14,9
Median	10,5	5	3,5	7	7	7	20,5	10	15	10

Tabelle 16: Unterbringungstage in der F3-Diagnosegruppe pro Jahr

Unterbringungstage in der Gruppe der F4-Diagnosen										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Summe	50	83	106	170	234	98	36	25	78	82
Mittelwert	3,3	2,7	3,7	6,1	5,3	3,5	3,3	2,8	3,9	6,8
Median	2	2	2	2	2,5	2	2	2	2	2

Tabelle 17: Unterbringungstage in der F4-Diagnosegruppe pro Jahr

5.9 Zuweisungsmodus

Wie aus Tabelle 18 zu ersehen ist, erreichten zwischen 32% und 58% der untergebrachten Patienten auf Veranlassung der Polizei und des Rettungsdienstes die Klinik.

Aufschlüsselung der Klinikeinweisungen in %										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
niedergel. Nervenarzt	2,8	0,9	1,7	3	2,3	0,9	1,4	2,2	2,7	1,3
andere niedergel. Ärzte	17	7,9	9,4	13,6	12,9	15,7	15,5	15,5	13,8	11,5
eigene PiA	0	0,9	0,4	0,4	0	0,9	0	1,1	1,8	0,4
andere psych. Klinik	1,4	2,2	0	0,9	1,1	1,3	0,5	1,1	1,3	1,3
andere nicht-psych. Klinik	9,2	6,1	12,8	11,1	14,4	20,6	15,5	11	17	11,5
andere Abtlg. HSK	7,4	8,3	11,9	13,6	14,8	9,9	10,6	12,2	5,8	11,9
Tagesklinik HSK	0	0,9	0	0	0	0	0	0	0,4	0,4
Pflegeheim	0,5	0	0,4	0,4	1,5	1,3	0,5	0,6	0,4	0,4
Sozialpsych. Dienst	8,3	4,4	12,3	9,8	6,8	8,5	3,9	5	3,1	7,1
Beratungsstelle	0	0,4	0	0,4	0,8	0	0	0,6	0,4	0
Polizei	20,7	23,7	20	19,6	11,4	16,1	22,2	21	19,2	14,6
Rettungsdienst	24,4	34,2	20,8	15,3	20,5	17,9	17,4	22,1	23,2	30,1
selbst	7,4	5,7	0,8	3,8	4,2	0,9	3,9	5	2,2	4
Angehörige	0,9	4,4	9,4	8,1	9,5	5,8	8,7	2,8	8,5	5,3

Tabelle 18: Initiatoren des Unterbringungs geschehens in Prozent pro Jahr

5.10 Personenbezogenes Merkmal „Geschlecht“

Wie aus Abbildung 11 zu ersehen ist, war der Anteil der männlichen Patienten in beiden Vergleichsgruppen bis auf das Jahr 2005 nahezu identisch und lag annähernd bei 60%. Die Berechnung der p-Werte erfolgte unter der Annahme, dass es keinen Unterschied im Anteil an männlichen Patienten in beiden Gruppen gab. Der Grenzwert für den p-Wert wurde auf 0,05 festgelegt.

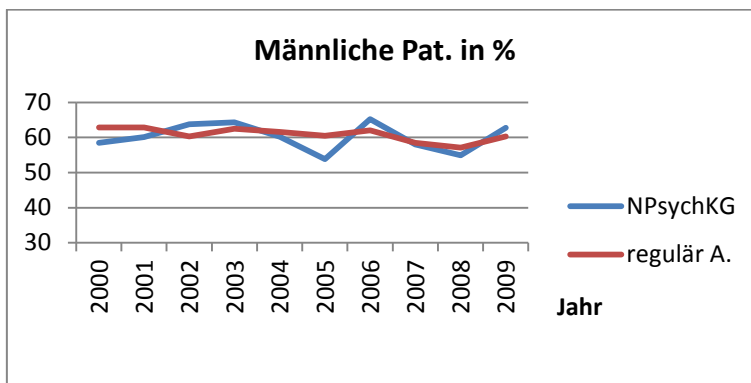


Abb. 11: Verteilung der männlichen Patienten in den beiden Vergleichsgruppen

Anteil männlicher Patienten in % pro Untersuchungsjahr und p-Werte											
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	MW
NPsychKG	58,5	60,1	63,8	64,3	60,2	53,8	65,2	58,0	54,9	62,8	60,2
Regulär A.	62,9	62,9	60,3	62,5	61,6	60,5	62,0	58,5	57,1	60,3	60,9
p	0,16	0,23	0,10	0,38	0,24	0,07	0,23	0,50	0,31	0,34	

Tabelle 19: p-Werte für das Vergleichsmerkmal „Geschlecht“

Alle p-Werte des Beobachtungszeitraumes lagen über dem Grenzwert von 0,05, so dass es keinen signifikanten Unterschied der Geschlechtsverteilung in beiden Gruppen gab (s. Tab. 19).

5.11 Personenbezogenes Merkmal „Alter“

Wie aus Tabelle 20 zu ersehen ist, waren zwischen 51% und 64% der Patienten, die im analysierten Zeitraum untergebracht waren, zwischen 30 und 60 Jahre alt. Die Gruppe der unter 30-jährigen machte nur einen Anteil zwischen 13% und 21% aus. Auch die Gruppe der älteren Patienten (>60 Jahre) war nur mit einem Anteil zwischen 19% und 30% vertreten, so dass sich festhalten lässt, dass ca. 3/5 der Patienten auf die Gruppe der 30-60-jährigen fiel und jeweils 1/5 auf die Gruppe der unter 30-jährigen und der über 60-jährigen. Das Durchschnittsalter über die 10 Jahre verteilt lag zwischen 45 und 50 Jahren, wobei die Bandbreite sehr groß war. Der Median lag jeweils etwas unter dem arithmetischen Mittelwert. Das Alter der jeweils jüngsten Patienten lag zwischen 14 und 18 Jahren und das Alter der jeweils ältesten Patienten lag zwischen 90 und 98 Jahren.

Alter in Jahren bei Aufnahme in der Gruppe der Untergebrachten										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
>60J in %	24,9	21,1	20,0	25,1	18,9	22,9	22,2	30,4	23,2	26,5
≥30 - ≤60J in %	59,4	64,0	60,4	56,6	60,6	60,1	60,4	50,8	60,3	60,6
<30J in %	15,7	14,9	19,6	18,3	20,5	17,0	17,4	18,8	16,5	12,8
Mittelwert in J.	47	47	45	48	45	47	47	49	49	50
Median in J.	43	44	42	44	42,5	45	44	46	45	47,5
jüngster Pat. in J.	14	16	16	16	17	15	17	18	18	18
ältester Pat. in J.	98	92	94	91	91	96	93	90	97	90

Tabelle 20: Altersverteilung der nach NPsychKG Untergebrachten

Ein Vergleich der Altersmittelwerte mit der Gruppe der regulär stationär behandelten Patienten zeigte, dass die Gruppe der regulär aufgenommenen Patienten im Mittel etwas jünger waren als die Patienten, die nach dem niedersächsischen PsychKG untergebracht waren. Der Grenzwert für den p-Wert wurde auf 0,05 festgelegt. Einen signifikanten Unterschied zeigten die Jahre 2000, 2001, 2003, 2005, 2007, 2008 und 2009. In all diesen Jahren waren die Patienten, die regulär behandelt wurden jünger als die Patienten in der Gruppe der Untergebrachten.

Altersmittelwerte in Jahren pro untersuchtes Jahr und p-Werte											
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	MW
NPsychKG	47	47	45	48	45	47	47	49	49	50	47,4
Regulär A.	43	44	44	45	44	43	45	46	45	46	44,5
p	0,008	0,022	0,449	0,016	0,502	0,001	0,232	0,031	0,012	0,001	

Tabelle 21: p-Werte für das Vergleichsmerkmal „Alter“

5.12 Personenbezogenes Merkmal „Familienstand“

Prozentual hervorstechende Merkmale den Familienstand betreffend waren die Merkmale „ledig“ und „verheiratet“ bzw. „in einer eheähnlichen Gemeinschaft lebend“. Zwischen 33 und 45% der Patienten aus der Gruppe der untergebrachten Patienten waren im beobachteten Zeitraum ledig. Zwischen 20 und 35% der Patienten gaben an, verheiratet zu sein. Die komplette Aufschlüsselung zeigt die Tabelle 22.

Familienstand in % in der Gruppe der Untergebrachten										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ledig	38,2	44,3	37,9	32,3	36,7	38,6	45,4	40,9	39,7	39,8
verheiratet o.ä.	26,3	20,2	32,3	34,5	29,5	33,2	29	25,4	26,8	31
getrennt lebend	5,1	3,5	5,9	3	7,2	4,5	6,3	6,6	6,3	6,6
geschieden	14,7	18,4	11,5	14,9	15,9	12,1	11,6	12,7	12,1	11,5
verwitwet	12,9	10,5	10,2	11,9	8	10,8	7,2	10,5	12,5	5,8
unbekannt	2,8	3,1	2,1	3,4	2,7	0,9	0,5	3,9	2,7	5,3

Tabelle 22: Familienstand in der Unterbringungsgruppe

Als wesentliches Merkmal für den Vergleich mit der Gruppe der nichtuntergebrachten Patienten sollte das Merkmal „verheiratet“, dienen. In dieser Gruppe stellte sich die Situation wie folgt dar: Zwischen 23% und 30% der Patienten aus der Gruppe der nichtuntergebrachten Patienten waren verheiratet. Im Vergleich beider Gruppen sah man, dass es in den Jahren 2001, 2003, 2005 und 2009 einen signifikanten Unterschied gab. Davon war 2003, 2005 und 2009 der Anteil der verheirateten Patienten in der Gruppe der untergebrachten Patienten größer als in der Gruppe der regulär aufgenommenen Patienten. Letztendlich konnte man nur für das Jahr 2001 einen höheren Anteil verheirateter Patienten in der Gruppe der nicht-untergebrachten Patienten feststellen (s. Tab. 23).

Anteil verheirateter Patienten in % pro untersuchtes Jahr und p-Werte											
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	MW
NPsychKG	26,3	20,2	32,3	34,5	29,5	33,2	29,0	25,4	26,8	31,0	28,8
Regulär A.	30,0	26,2	29,0	29,4	27,5	26,7	27,4	24,9	23,4	24,7	27,1
p	0,10	0,02	0,16	0,04	0,16	0,02	0,24	0,50	0,10	0,02	

Tabelle 23: p-Werte für das Vergleichsmerkmal „verheiratet“

5.13 Personenbezogenes Merkmal „Lebenssituation“

Die Tabelle 24 zeigt eine genaue Aufschlüsselung der Lebenssituation der untergebrachten Patienten zum Aufnahmezeitpunkt. Als wichtiges Merkmal für den Vergleich mit der Gruppe der regulär stationär behandelten Patienten sollte das Merkmal „alleinlebend“ dienen.

Lebenssituation bei Aufnahme in % in der Gruppe der Untergebrachten										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
lebt allein	44,7	53,1	46,4	41,3	44,7	45,3	49,3	49,7	47,3	49,1
mit Partner	24,4	15,3	19,6	26,0	24,6	22,0	21,3	27,1	22,3	22,6
mit Partner u. Kindern	10,6	10,1	16,6	14,9	12,5	16,1	11,6	7,2	7,1	8,8
mit Eltern	12,9	14,9	9,8	8,1	10,6	8,5	9,7	5,0	6,3	10,2
mit sonst. Verwandten	2,8	2,2	2,1	0,9	1,9	2,7	1,9	1,7	1,3	2,2
mit sonst. Personen	0,0	2,6	1,7	1,3	0,8	2,2	2,4	2,2	0,4	0,4
allein mit Kindern	0,5	1,8	2,5	5,5	3,8	1,3	2,4	3,9	10,7	3,5
unbekannt	4,1	0,0	1,3	2,1	1,1	1,8	1,4	3,3	4,5	3,1

Tabelle 24: Lebenssituation in der Unterbringungsgruppe

Anteil alleinlebender Patienten in % pro untersuchtes Jahr und p-Werte											
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	MW
NPsychKG	44,7	53,1	46,4	41,3	44,7	45,3	49,3	49,7	47,3	49,1	47,1
Regulär A.	48,7	47,7	48,8	48,3	48,5	49,5	46,7	49,1	53,4	55,0	49,6
p	0,16	0,11	0,23	0,04	0,16	0,16	0,31	0,60	0,07	0,07	

Tabelle 25: p-Werte für das Vergleichsmerkmal „alleinlebend“

Beim Vergleich dieses Merkmals zwischen den beiden Patientengruppen sah man, dass es nur für das Jahr 2003 einen signifikanten Unterschied gab. Hier lag der Anteil der alleinlebenden Patienten in der Gruppe der regulär aufgenommenen Patienten deutlich höher als in der Gruppe der Untergebrachten. Nahm man die Jahre 2008 und 2009, in denen die p-Werte nahe am festgelegten Grenzwert von 0,05 lagen, zur Interpretation noch dazu, so unterstützten diese das Ergebnis aus dem Jahr 2003 (s. Tab. 25).

5.14 Personenbezogenes Merkmal „Wohnsituation“

Zwischen 86% und 91% der untergebrachten Patienten lebten zum Aufnahmezeitpunkt in einem privaten häuslichen Umfeld. Institutionen wie z.B. Pflegeheime, Übergangswohnheime oder Obdachlosenwohnheime spielten nur eine untergeordnete Rolle. Auch der Anteil der Patienten ohne festen Wohnsitz war sehr gering (s. Tab. 26).

Wohnsituation der untergebrachten Patienten zum Aufnahmezeitpunkt in %										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
privat	90,8	88,6	90,6	90,2	87,5	89,7	89,4	87,3	85,7	91,2
Institution	6,0	8,3	4,3	6,0	8,3	7,6	5,8	7,2	10,2	5,3
unbekannt	1,4	0	0,8	2,1	1,9	0,9	1,9	1,1	2,2	1,3
nach Postleitzahl: ohne festen Wohnsitz	2,8	1,8	3,8	0,4	1,1	0,9	1,0	1,1	1,8	1,8

Tabelle 26: Wohnsituation in der Unterbringungsgruppe

Wohnsituation der nicht- untergebrachten Patienten zum Aufnahmezeitpunkt in %										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
privat	88,1	87,0	87,3	86,5	86,0	88,7	88,4	89,1	88,0	88,4
Institution	8,6	9,5	7,8	7,3	7,5	6,4	6,7	6,8	8,0	7,5
unbekannt	0,2	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,6	0,6	0,9	0,8
nach Postleitzahl: ohne festen Wohnsitz	0,9	1,9	2,5	2,6	1,4	1,1	3,1	1,5	0,9	2,0

Tabelle 27: Wohnsituation der regulär Aufgenommenen

Die Analyse der Gruppe der nicht-untergebrachten Patienten ergab, dass auch hier der Großteil der Patienten in einem privaten häuslichen Umfeld lebte. Der Vergleich beider Gruppen zeigte, dass es nur für das Jahr 2002 einen signifikanten Unterschied gab. In diesem Jahr lag der Anteil der privatwohnenden Patienten in der Gruppe der Untergebrachten etwas höher als in der Gruppe der nicht-untergebrachten Patienten. Nahm man die Jahre 2000, 2003 und 2009, deren p-Werte sehr nahe am festgelegten Grenzwert von 0,05 lagen, zur Interpretation noch dazu, so unterstützten diese Jahre das

Ergebnis aus dem Jahr 2002. Der Mittelwert über den gesamten Beobachtungszeitraum zeigte ebenfalls einen etwas höheren Anteil privatwohnender Patienten in der Gruppe der Untergebrachten (s. Tbl. 28). Der Anteil der Patienten ohne festen Wohnsitz in dieser Gruppe lag zwischen 0,4% und 3,8%. In der Vergleichsgruppe betragen diese Werte zwischen 0,9% und 3,1%. Einen signifikanten Unterschied zeigten die Jahre 2000 und 2008, in denen der Anteil der Patienten ohne festen Wohnsitz in der Gruppe der Untergebrachten höher war sowie die Jahre 2003 und 2006, in denen der Anteil in der Gruppe der regulär behandelten Patienten höher war. Der Mittelwert über den gesamten Beobachtungszeitraum war in beiden Gruppen nahezu identisch (s. Tbl. 29).

Anteil privatwohnender Patienten in % pro untersuchtes Jahr und p-Werte											
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	MW
NPsychKG	90,8	88,6	90,6	90,2	87,5	89,7	89,4	87,3	85,7	91,2	89,1
Regulär A.	88,1	87,0	87,3	86,5	86,0	88,7	88,4	89,1	88,0	88,4	87,8
p	0,07	0,16	0,02	0,07	0,16	0,31	0,31	0,16	0,16	0,07	

Tabelle 28: p-Werte für das Vergleichsmerkmal „privatwohnend“

Anteil der Patienten ohne festen Wohnsitz in % pro untersuchtes Jahr und p-Werte											
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	MW
NPsychKG	2,8	1,8	3,8	0,4	1,1	0,9	1,0	1,1	1,8	1,8	1,7
Regulär A.	0,9	1,9	2,5	2,6	1,4	1,1	3,1	1,5	0,9	2,0	1,8
p	0,001	0,50	0,16	0,005	0,50	0,46	0,02	0,50	0,05	0,50	

Tabelle 29: p-Werte für das Vergleichsmerkmal „ohne festen Wohnsitz“

5.15 Personenbezogenes Merkmal „Lebensunterhalt“

Lebensunterhalt bei Aufnahme in % in der Gruppe der Untergebrachten										
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Fälle	217	228	235	235	264	223	207	181	224	226
erwerbstätig	19,8	16,2	18,7	15,7	20,8	13,0	11,6	12,7	20,1	17,3
Arbeitslosengeld	10,1	17,1	12,8	13,2	12,5	18,8	18,8	13,8	16,5	11,5
Sozialhilfe	12,0	21,5	18,3	17,0	18,2	12,1	25,6	21,5	16,1	13,3
Rente/Pension	30,9	29,8	29,4	33,2	27,3	30,0	28,5	36,5	30,8	35,4
durch Partner/Fam.	13,4	10,5	11,1	12,3	13,3	13,9	10,6	8,8	8,5	11,1
Sonstiges	13,8	4,8	9,7	8,6	8,0	12,1	4,8	6,7	8,0	11,5

Tabelle 30: Lebensunterhalt in der Unterbringungsgruppe

Anteil erwerbstätiger Patienten in % pro untersuchtes Jahr und p-Werte											
Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	MW
NPsychKG	19,8	16,2	18,7	15,7	20,8	13,0	11,6	12,7	20,1	17,3	16,6
Regulär A.	22,2	23,7	23,4	19,1	18,9	19,7	18,2	21,3	21,3	19,8	20,8
p	0,24	0,004	0,10	0,16	0,24	0,01	0,02	0,004	0,38	0,16	

Tabelle 31: p-Werte für das Vergleichsmerkmal „erwerbstätig“

Wie aus der Tabelle 30 zu ersehen ist, waren ca. 1/5 der untergebrachten Patienten im Beobachtungszeitraum erwerbstätig, nämlich zwischen 12% und 21%. Jeweils ungefähr der gleiche Anteil erhielt Arbeitslosengeld, Sozialhilfe oder wurde durch die Familie versorgt. Ca. 1/3 der Patienten (zwischen 27% und 37%) erhielten Renten oder Pensionsleistungen. Als Vergleichsmerkmal mit der Gruppe der regulär aufgenommenen Patienten sollte das Merkmal „erwerbstätig,, dienen. Diesbezüglich zeigte sich im Vergleich beider Gruppen, dass es einen signifikanten Unterschied für die Jahre 2001, 2005, 2006 und 2007 gab. In all diesen Jahren war der Anteil der Erwerbstätigen in der Gruppe der regulär behandelten Patienten deutlich höher. Dies spiegelte sich auch in den Mittelwerten der beiden Gruppen über den Beobachtungszeitraum wider.

6 Diskussion

Wie bereits eingangs erwähnt, stellen sich die bisherigen Daten und Zahlen zum nationalen und internationalen Unterbringungs-geschehen aus diversen Gründen recht unterschiedlich dar. Durch die verschiedenartige Nutzung und Darstellung der Zahlen gestaltet sich ein Vergleich recht schwierig. Auf internationaler Ebene ist ein Vergleich von Unterbringungs-raten oder Unterbringungs-quoten nahezu unmöglich. Länderübergreifend gibt es keine einheitliche Erfassung von diesbezüglichen Zahlen. Die inhaltliche Zusammenstellung der Zahlen ist ebenfalls uneinheitlich. In einigen Veröffentlichungen werden allgemein Zwangsmaßnahmen in verschiedenen Ländern miteinander verglichen. Das heißt, dass davon auszugehen ist, dass sich nicht nur Zwangsunterbringungen hinter den Zahlen verbergen, sondern auch Fixierungen, Separierungen und Zwangsmedikationen miterfasst sind. So legt Aart Jan Vrijlandt (Vrijlandt, 1998) die Situation in verschiedenen europäischen Ländern dar. Für Irland benennt er, dass keine gesetzlichen Regelungen, die die Zwangsmaßnahmen betreffen existieren. Für England stellt er dar, dass Zwangsmedikationen häufig vorgenommen werden. Die Situation für Dänemark stellt sich laut Aussage des Autors ähnlich dar wie die in England. Für die Niederlande zeigt der Autor, dass Absonderungen und Fixierungen gesetzlich geregelt sind und häufig benutzt werden. Zusammenfassend stellt er fest, dass es große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern gibt. Detaillierte Zahlen werden vom Autor nicht dargestellt.

Riecher-Rössler und Rössler (Riecher-Rössler und Rössler, 1992) beschreiben ebenfalls die Problematik der unterschiedlichen Ergebnisse von Unterbringungszahlen verschiedener Länder und erstellen in ihrer Arbeit eine Übersicht einiger Unterbringungs-raten und Unterbringungs-quoten europäischer Länder, die sie aus verschiedenen allerdings schon älteren Studien anderer Autoren entnommen haben. So beschreiben sie für Dänemark für das Jahr 1974 eine Unterbringungsrate von 0,42/1.000, für England für das Jahr 1971 von 0,55/1.000, für Schottland für den Zeitraum von 1945-1974 von 0,45/1.000 und für die Bundesrepublik Deutschland für das Jahr 1984 eine Rate zwischen 0,094 und 1,088/1.000 Einwohner (zur besseren Vergleichbarkeit der Daten wurden die Originaldaten wegen unterschiedlicher Bezugsgrößen jeweils bezogen auf 1.000 Einwohner umgerechnet).

Die Schwierigkeiten, die sich auf internationaler Ebene zeigen, werden nicht wesentlich geringer, wenn man die nationale Ebene betrachtet. Spengler (Spengler, 2007)

beschreibt Zahlen zum Unterbringungsgeschehen für die Bundesrepublik Deutschland. Für Unterbringungen nach dem Betreuungsrecht benennt der Autor eine Steigerung der Rate von 0,24 auf 0,55/1.000 Einwohner für den Zeitraum von 1992 bis 2003. Für Unterbringungen nach den Ländergesetzen beziffert der Autor für die westlichen Bundesländer eine Rate von 0,75 bis 0,90/1.000 für den Zeitraum von 1992 bis 2003, die nach Ansicht des Autors ungefähr gleichbleibt. Für die neuen Bundesländer sieht der Autor für den gleichen Zeitraum einen leichten Anstieg der Rate von 0,15 auf 0,26/1.000.

Auch Salize et al. (Salize et al., 2007) beschreiben für die Bundesrepublik Deutschland eine Unterbringungsrate für die Jahre von 1992 bis 2003, die zwischen 0,81 und 1,2/1.000 Einwohner liegt und eine Unterbringungsquote für den selben Zeitraum, die nach Ansicht der Autoren relativ konstant zwischen 14 und 17% liegt. In einem Schätzmodell erarbeiten die Autoren Unterbringungsquoten und Unterbringungsraten für die Jahre 1994 und 2003 aufgeschlüsselt für die einzelnen Bundesländer, wobei sich die Raten und Quoten aus den vorläufigen Unterbringungen, aus den Unterbringungen nach Betreuungsrecht und aus den Unterbringungen nach den Ländergesetzen zusammensetzen. Hier wird wiederum die Schwierigkeit der Vergleichbarkeit von Unterbringungszahlen zwischen verschiedenen Untersuchungen deutlich. Für Niedersachsen beziffern die Verfasser für das Jahr 1994 eine Unterbringungsquote von 27% und eine Rate von 1,444/1.000 Einwohner. Für das Jahr 2003 liegt die Quote für Niedersachsen nach Ansicht der Autoren bei 22,3% und die Rate bei 1,725/1.000 Einwohner. Die Raten und Quoten liegen somit für Niedersachsen oberhalb der Bundeswerte.

Regus et al. (Regus et al., 2003) beschreiben in ihrer Analyse eine Rate für Unterbringungen nach dem PsychKG für Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2000 von 1,08/1.000 Einwohner.

Darsow-Schütte und Müller (Darsow-Schütte und Müller, 2001) berichten für den Göttinger Raum von einer Zunahme der absoluten Anzahl der Unterbringungen nach dem PsychKG für den Zeitraum von 1988 bis 1998 von 176 auf 358 bei allerdings gleichbleibender Unterbringungsquote von 12%. Aus diesen Zahlen läßt sich somit für den Göttinger Raum ebenfalls eine ungefähre Verdopplung der psychiatrischen Gesamtaufnahmen vermuten.

Spengler et al. (Spengler et al., 2005) dagegen verzeichnen eine stabile Rate für Unterbringungen, allerdings zusammengefaßt für Unterbringungen nach dem NPsychKG und nach dem Betreuungsrecht von durchschnittlich 0,73/1.000 Einwohner für die Jahre 1990 bis 2003 für das Landeskrankenhaus Göttingen und erörtern ebenfalls konstante Raten für die Unterbringungen nach NPsychKG und Betreuungsrecht gemeinsam seit 1993 für das Landeskrankenhaus Wunstorf von durchschnittlich 1,18/1.000 Einwohner. Die Autoren sehen allerdings auch eine Zunahme der regulären Aufnahmen, die in den Jahren von 1990 bis 2003 um 388 % ansteigen. In den erwähnten Studien zeigt sich somit insgesamt die Tendenz, daß die Unterbringungsquoten über die Jahre ungefähr konstant bleiben, es aber tendenziell zu einer Erhöhung der Unterbringungsraten kommt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Datenanalyse zeigen ebenfalls eine Zunahme aller stationär psychiatrisch aufgenommenen Patienten von insgesamt 1.487 (Jahr 2000) auf 1.739 (Jahr 2009). Dies entspricht einer Rate pro 1.000 Einwohnern von 6,38 (Jahr 2000) bzw. 7,37 (Jahr 2009). Die Rate der nach NPsychKG Behandelten pro 1.000 Einwohner bleibt über den betrachteten Zeitraum stabil und beträgt zwischen 0,8 und 1,0. Die Quote der nach NPsychKG behandelten Patienten bezogen auf die Gesamtbehandlungsfälle liegt zwischen 11% und 17%. Somit entsprechen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sowohl den Werten, die anderenorts für die Bundesebene ermittelt wurden als auch den Werten, die regional für den Göttinger Raum ermittelt wurden. Sie liegen unterhalb der Werte, die Salize et al. (Salize et al., 2007) in ihrem Schätzmodell für Niedersachsen erarbeitet haben bei insgesamt aber nur eingeschränkter Vergleichbarkeit der Zahlen, da nicht immer klar beschrieben ist, was unter dem Begriff „Unterbringung“ verstanden wurde.

Für zukünftige Studien ist es daher unbedingt notwendig, klar zu definieren, welche Formen der Unterbringung in die Zählung einbezogen wurden. So sollte z.B. klar heraus gestellt sein, ob nur die richterlich entschiedenen Unterbringungen gewertet wurden oder aber auch die „vorläufigen“ Unterbringungen und die „fürsorglichen Zurückhaltungen“. Wie man aus den Ergebnissen dieser Arbeit sehen kann, können die kurzfristigen Unterbringungen ohne richterlichen Beschluss einen Anteil von ca. 50% an allen Unterbringungen ausmachen (s. Tab. 6). Je nach Zählweise resultieren dann völlig unterschiedliche Unterbringungsraten und -quoten. Zu berücksichtigen ist auch die Praxis in einzelnen Kliniken: Führt jede Fixierung sofort zur Beantragung einer

Unterbringung nach NPsychKG oder BGB (so die Praxis der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Emden), oder gibt es auch Fixierungen, bei denen man sich beispielsweise allein auf einen rechtfertigenden Notstand im Sinn des § 34 StGB beruft?

Für Emden läßt sich für den Beobachtungszeitraum kein nennenswerter Anstieg der absoluten Anzahl der Unterbringungsfälle nach dem PsychKG feststellen. Dies sehen Salize et al. ebenfalls in ihrem Schätzmodell für Niedersachsen. Dort nimmt sogar die absolute Anzahl der Unterbringungen nach dem PsychKG von 1994 bis 2003 von vormals 8.064 auf 6.544 ab (s. Tab. 32).

Vergleich von Unterbringungszahlen					
	reguläre Aufnahmen	Ub nach PsychKG (absolut)	Unterbringungsquote (Unterbringungen/Aufnahmen)	Unterbringungsrate (x/1.000 E.)	Unterbringungs-tage (Mittelwert)
Salize et al. 1992-2003; BRD (BGB und PsychKG)			14-17%	0,85-1,2	
Regus et al. 2000 ; NRW (nur PsychKG)				1,08	19,8
Salize et al. 1994 und 2003; Niedersachsen (NPsychKG incl. vorläufige Ub und BGB)		8.064 (1994) 6.544 (2003)	27% (1994) 22% (2003)	1,444 (1994) 1,725 (2003)	
Darsow-Schütte u. Müller 1988-1998; Raum Göttingen (nur NPsychKG)		176 (1988) 358 (1998)	12%		
Spengler et al. 1990-2003; (NPsychKG und BGB)	↑ 388%			0,73 (Göttingen) 1,18 (Wunstorf)	
Valdes-Stauber et al. 1998 – 2010 München Allgäu Bayern Deutschland (UnterbrG)				↑ 0,85 – 1,20 ↑ 0,28 – 0,65 ↑ 0,45 – 0,77 ↑ 0,67 – 0,87	
Schmitz 2000-2009; Emden (nur NPsychKG incl. vorl. Ub)	↑ 17%	↓ 217 - 226	↓ 11-17%	↓ 0,76-1,11	↑ 8,1 - 14,4

Tabelle 32: Vergleich einzelner Unterbringungsdaten

Interessanterweise zeigen aber die Emden Ergebnisse trotz stabiler Unterbringungsrate im beobachteten Zeitraum eine deutliche Zunahme der Gesamtunterbringungsstage von 1.760 im Jahr 2000 auf 3.252 Tage im Jahr 2009. Dieses Ergebnis zeigt, dass es durchaus sinnvoll ist, nicht nur die alleinige Anzahl der Unterbringungsfälle zu betrachten, sondern auch die Entwicklung der Unterbringungsstage. Schließlich spielt für die Betroffenen nicht nur die Tatsache der Unterbringung eine Rolle, sondern auch die Dauer ihrer Unterbringung. So beschreiben Armgart et al. (Armgart et al., 2013) in einer retrospektiven Studie die vorherrschenden Emotionen von Patienten, die einer Zwangsmaßnahme unterworfen waren und deren mögliche Folgen für die Genesung. Zur Klärung der Frage, inwieweit der Anstieg der Unterbringungsstage eine generelle Entwicklung ist, wären Vergleiche mit anderen Regionen oder Vergleiche auf Länder- oder Bundesebene sinnvoll. Hierzu gibt es aber fast keine Daten. Regus et al. (Regus et al., 2003) benennen in ihrer Arbeit eine durchschnittliche Unterbringung von 19,8 Tagen für eine Psychiatrie in Olpe. Die Autoren zitieren ebenfalls eine Arbeit aus dem Jahr 2003 von Richter und Reker, in der ein Anstieg der Unterbringungsstage von ca. 7.600 Tagen (1990) auf 8.400 Tage (2000) für eine Klinik in Münster beziffert wird.

Doch nicht nur Vergleiche auf nationaler und internationaler Ebene bieten Diskussionsansätze, sondern auch Analysen auf regionaler Ebene. Verschiedene Studien unterstreichen die These, daß die Unterbringungsrate in den städtischen Bereichen deutlich höher ist als in den ländlichen Gebieten. Zur besseren Vergleichbarkeit der Daten ist auch hier in der nachfolgenden Darstellung ein einheitlicher Maßstab gewählt und die Zahlen sind jeweils bezogen auf 1.000 Einwohner umgerechnet. Valdes-Stauber et al. (Valdes-Stauber et al., 2012) legen in ihrer Untersuchung eine Unterbringungsrate von 0,645/1.000 Einwohner für das Jahr 2010 für eine ländliche Region im Allgäu dar und zeigen dagegen für den gleichen Zeitraum für die Großstadt München eine Rate von 1,202/1.000 Einwohner auf. Im Vergleich dazu beschreiben die Autoren eine Unterbringungsrate auf bayrischer Landesebene von 0,774/1.000 Einwohner und auf Bundesebene von 0,872/1.000 Einwohner. Die Gesamtunterbringungsrate (Unterbringungen nach dem PsychKG und nach dem Betreuungsrecht einschließlich der unterbringungsähnlichen Maßnahmen) für die Großstadt München sind um das 2,5-fache höher als für die betrachtete ländliche Region im Allgäu. Für den betrachteten Untersuchungszeitraum von 1998 bis 2010 beschreiben die Autoren eine Zunahme der Gesamtunterbringungsrate für München um das 1,5-fache und für die ländliche Region um das 2-fache.

Auch in der hier vorliegenden Arbeit zeigt sich für den städtischen Bereich allgemein eine höhere Unterbringungsrate (zwischen 1,0 und 1,5/1.000 Einwohner). Im Vergleich dazu liegt die Rate für den ländlichen Bereich zwischen 0,5 und 0,7/1.000 Einwohner. Ferner scheint die Entfernung der Betroffenen zur psychiatrischen Klinik eine Rolle zu spielen. So ist die Unterbringungsrate der Stadt Emden, die zwischen 1,2 und 1,8/1.000 Einwohner liegt, im Vergleich deutlich höher als die der Stadt Leer mit einer Rate zwischen 0,5 und 1,3/1.000 Einwohner. „Die Wahrscheinlichkeit von Zwangseinweisungen nimmt mit wachsender sozialräumlicher Distanz der Bürger zur Klinik ab.“ (Regus et al., 2003). Spengler (Spengler, 2003) benennt den Unterschied zwischen städtischem und ländlichem Bereich mit einem Verhältnis von 10:1 zugunsten des städtischen Bereiches. Die Ergebnisse dieser Auswertung stellen somit keine Ausnahme dar. Es stellt sich nun die Frage, warum in den städtischen Bereichen Emden und Leer trotz deutlich besserer ambulanter Versorgungsstrukturen und Hilfsangebote die Unterbringungsraten deutlich höher sind als im ländlichen Bereich. Spekulativ könnte man für diese Ergebnisse vermuten, dass in den städtischen Bereichen der Rettungsdienst und die Polizei präsenter sind und somit eher gerufen werden, schneller vor Ort sind und mögliche Betroffene rascher in die Klinik transportiert werden. Im ländlichen Bereich könnte man dagegen eine stärker geprägte familiäre Struktur vermuten, in der mögliche Krisensituationen gedeckt durch die Familie eher in häuslicher Umgebung im Verborgenen stattfinden. Eine Unterstützung dieser These könnte auch im Ergebnis dieser Untersuchung liegen, die zeigt, dass zwischen 32% und 58% der betroffenen zwangsuntergebrachten Patienten das Emdener Klinikum mittels Polizei oder Rettungsdienst erreichen. Betrachtet man den Stad-Land-Unterschied und den Zuweisungsmodus, so kommt man nicht umhin, sich die Frage zu stellen: „Welche Situationen lösen die Kaskade der Zwangseinweisung aus?“ Stellt man sich diese Frage, so muss man u.a. die zur Zwangseinweisung führende Diagnose betrachten. Ebenfalls sinnvoll ist ein Vergleich zwischen der zur Unterbringung führenden Diagnose und der Dauer der Unterbringung.

Die vorliegenden Ergebnisse aus dem Emdener Versorgungssektor zeigen, dass nur 60% der Unterbringungen nach PsychKG im untersuchten Zeitraum einem richterlichen Beschluss unterliegen, d.h., dass 40% der Unterbringungen weniger als 2 Tage dauern. Zwischen 49% und 70% dieser Kurzunterbringungen haben eine Aufnahmediagnose aus der Gruppe der F1-Diagnosen nach ICD-10. Dies lässt wiederum vermuten, dass sich dahinter hauptsächlich Kriseninterventionen in Zusammenhang mit dem Konsum

von Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen verbergen. Im Rahmen dieses Geschehens ist dann auch häufig die Polizei oder der Rettungsdienst mit involviert und ein Transport des Betroffenen in die Klinik ist dann schneller zu organisieren. Könnte man nun diese akuten Krisensituationen mit Hilfe der ambulanten Unterstützungsstrukturen vor Ort abfangen, könnte man einen nicht geringen Teil der zwangsweisen Unterbringungen vermeiden. Hierzu ist sicherlich eine umfassende Information von Polizei und Rettungsdienst über psychiatrische Krankheitsbilder und eine engmaschige Vernetzung mit den ambulanten Unterstützungsstrukturen notwendig.

Bei den Unterbringungen mit richterlichem Beschluss zeigen die Ergebnisse, dass zu etwa gleichen Teilen die Aufnahmediagnosen aus den Diagnosegruppen F0, F1 und F2 nach ICD-10 stammen. Diese zusammen machen einen Anteil von 75%-80% aus. Auch Müller (Müller, 2004) beschreibt die führenden Diagnosen in ähnlicher Weise. Nach seiner Auffassung sind 37% hirnorganische Psychosyndrome, 27% Schizophrenien und 14% Alkoholerkrankungen. Ähnliche Zahlen haben Regus et al. (Regus et al., 2003) in ihrer Untersuchung veröffentlicht. Die dortigen Zahlen belaufen sich auf 19% Abhängigkeitserkrankungen, 24% der Diagnosen sind organische psychische Störungen und 32% sind Diagnosen aus der Gruppe der Schizophrenien. Riecher-Rössler und Rössler (Riecher-Rössler und Rössler, 1992) benennen ebenfalls unter den häufigsten Diagnosen die Schizophrenie, die Abhängigkeitserkrankungen sowie die senilen Psychosen. Hier zeigen die vorliegenden Ergebnisse aus dem Emden Klinikum keine großen Abweichungen zu anderen Untersuchungsergebnissen: Interessanterweise besteht hier ein Großteil (zwischen 46% und 52%) der Hauptaufnahmediagnose bei den regulär stationär psychiatrisch behandelten Patienten aus Diagnosen aus der Gruppe der F1-Diagnosen (s. Tab. 33). Hier zeigt sich die große gesellschaftliche Relevanz der Suchterkrankungen. Somit ist es durchaus naheliegend, daß bei einem relevanten Anteil von F1-Diagnosen unter den psychiatrischen Diagnosen, sich natürlich auch ein dementsprechender Anteil von Patienten mit diesen Diagnosen in der Gruppe der Unterbringungspatienten findet.

Unterbringungsdiagnosen nach ICD-10					
	Müller (Ub)	Regus et al (Ub)	Schmitz (Ub < 2T.)	Schmitz (Ub > 2T.)	Schmitz (reg. A.)
F0	37%	24%	6-11%	17-33%	3-6%
F1	14%	19%	49-70%	19-30%	46-52%
F2	27%	32%	4-11%	26-35%	10-15%

Tabelle 33: Aufschlüsselung der Unterbringungsdiagnosen

Aus der Verteilung der psychiatrischen Diagnosen zwischen der Gruppe der untergebrachten Patienten und der Gruppe der regulär behandelten Patienten läßt sich ersehen, wie wichtig nicht nur die einseitige Betrachtung des Unterbringungsgeschehens ist, sondern daß ein Vergleich zur Gruppe der regulär behandelten Patienten durchaus sinnvoll ist. So stellt sich die Frage, ob die anderenorts häufig vorgenommene „typische Klassifizierung“ von Merkmalen eines Unterbringungspatienten für die Emden Patienten ebenfalls zutreffend ist? So beschreiben Riecher-Rössler und Rössler (Riecher-Rössler und Rössler, 1992) in einer Auswertung aus Baden-Württemberg aus dem Jahr 1991: *„In dieser repräsentativen Population erwiesen sich die Zwangseingewiesenen im Durchschnitt als jünger, meist männlichen Geschlechts, ledig und häufiger arbeitslos. Sie besaßen seltener Wohneigentum und waren häufiger obdachlos. Die Diagnose war häufiger die einer Schizophrenie oder einer paranoiden Erkrankung. [...] Die Untersuchung einer repräsentativen Kerngruppe Zwangseingewiesener zeigt also ebenfalls, daß sich zwangseingewiesene Patienten von freiwillig aufgenommenen nicht nur bez. krankheitsspezifischer, sondern auch bez. demographischer und sozialer Merkmale unterscheiden.“*

Betrachtet man unter diesen Gesichtspunkten das Verhältnis zwischen Männern und Frauen zwischen der Gruppe der Zwangsuntergebrachten und der Gruppe der regulär stationär psychiatrisch behandelten Emden Patienten, so zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass sich hier kein Unterschied in beiden Gruppen ergibt. Die Zahlen belaufen sich auf jeweils 60% männliche Patienten und 40% weibliche. In 7 der 10 untersuchten Jahre zeigt sich ein signifikanter Unterschied dahingehend, dass die Patienten in der Gruppe der regulär behandelten Patienten jünger sind. Auch im

Altersmittelwert sind die zwangsuntergebrachten Patienten mit 47,4 Jahren etwas älter als die regulär behandelten Patienten mit 44,5 Jahren. Durchschnittlich zeigt sich auch kein Unterschied zwischen den Ergebnissen der Anteile an verheirateten Patienten in beiden Gruppen. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied nur in einem Jahr, in dem der Anteil der Verheirateten in der Gruppe der regulär behandelten Patienten größer ist. Es zeigt sich ebenfalls nur ein Jahr mit einem signifikanten Unterschied, in dem der Anteil der Alleinlebenden größer in der Gruppe der regulär behandelten Patienten ist. Die übrigen untersuchten Jahre zeigen diesbezüglich keinen Unterschied. Auch zeigt sich kein signifikanter Unterschied das häusliche Umfeld betreffend. Lediglich für den beruflichen Bereich zeigen sich in 4 der 10 analysierten Jahre dieser Untersuchung signifikant mehr Erwerbstätige in der Gruppe der regulär behandelten Patienten.

Diese Ergebnisse zeigen, dass die von einigen Autoren beschriebenen personenbezogenen Merkmale, die bei zwangsuntergebrachten Patienten möglicherweise gehäuft vorkommen, so für die Patienten aus dem Emden Klinikum nicht zutreffen. Dies unterstreicht noch einmal die Bedeutung von Untersuchungen auf regionaler Ebene. Primär sind jeweils die Akteure vor Ort in der Verantwortung, die Situation für die Betroffenen zu verbessern. Dies kann aber nur funktionieren, wenn genaue Informationen über die jeweils örtliche Situation vorliegen.

7 Literaturverzeichnis

1. Armgart C, Schaub M, Hoffmann K, Illes F, Emons B, Jendreyschak J, Schramm A, Richter S, Leßmann JJ, Juckel G, Haußleiter IS (2013) Negative Emotionen und Verständnis – Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. Psychiatrische Praxis 40:278-284
2. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung vom 02.01.2002
<https://www.juris.de>
3. Darsow-Schütte KI, Müller P (2001) Zahl der Einweisungen nach PsychKG in 10 Jahren verdoppelt. Psychiatrische Praxis 28:226-229
4. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2008) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern
5. Fachstelle für Sucht und Suchtprävention der Diakonie Emden, Selbsthilfegruppen
<http://www.suchtberatung-emden.de/download/Selbsthilfegruppe>
6. Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG) Berlin vom 08.3.1985
<http://gesetze.berlin.de>
7. Gesetz über die Entziehung der Freiheit geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen vom 19.5.1952, Hessen
<http://www.rv.hessenrecht.hessen.de>
8. Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung (Unterbringungsgesetz – UnterbrG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 05.4.1992, Bayern
<http://www.gesetze-bayern.de>
9. Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker (Unterbringungsgesetz – UBG) in der Fassung vom 02.12.1991, Baden-Württemberg
<http://www.landesrecht-bw.de>
10. Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker (Unterbringungsgesetz) vom 11.11.1992, Saarland
<http://www.sadaba.de>

11. Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA) vom 30.01.1992
<http://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de>
12. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17.12.1999, Nordrhein-Westfalen
<https://recht.nrw.de>
13. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 19.12.2000, Bremen
<http://www.nw3.de>
14. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (Psychisch-krankengesetz – PsychKG M-V) vom 13.4.2000 <https://beck-online.beck.de>
15. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie über den Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringung für psychisch Kranke (Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz BbgPsychKG) vom 08.02.1996 in der jetzt aktuell gültigen Fassung vom 05.5.2009
<http://www.bravors.brandenburg.de>
16. Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (Psychisch-Kranken-Gesetz-PsychKG) vom 14.01.2000, Schleswig-Holstein
<http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de>
17. Gesetz zur Therapierung und Unterbringung psychisch gestörter Gewalttäter (Therapieunterbringungsgesetz – ThUG) vom 01.01.2011
<http://www.gesetze-im-internet.de>
18. Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) vom 27.9.1995
<http://www.landesrecht.hamburg.de>
19. Klinikum Emden – Hans-Susemihl-Krankenhaus, Homepage
<http://www.klinikum-emden.de>
20. Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen
<http://www.lskn.niedersachsen.de>

21. Landesamt für Statistik Niedersachsen
<http://www.statistik.niedersachsen.de>
22. Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG) vom 17.11.1995,
Rheinland-Pfalz
<http://landesrecht.rlp.de>
23. Müller P (2004) Zwangseinweisungen nehmen zu. Deutsches Ärzteblatt
101:A2794-A2798
24. Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch
Kranke (NPsychKG) vom 16.6.1997
<http://www.nds-voris.de>
25. Razum O, Breckenkamp J, Brzoska P (2009) Epidemiologie für Dummies.
WILEY-VCH, Weinheim
26. Regus M, Gries K, Ostermann R, Grünes G, Schneider S, Dittmark R, Knigge A,
Teichmann G (2003) Kommunale Gesundheitsberichterstattung über psychiatri-
sche Unterbringungen und Möglichkeiten ihrer Nutzung im Rahmen eines ge-
meindepsychiatrischen Qualitätsmanagements. Universität Siegen, Zentrum für
Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE)
27. Riecher-Rössler A, Rössler W (1992) Die Zwangseinweisung psychiatrischer
Patienten im nationalen und internationalen Vergleich – Häufigkeiten und Ein-
flußfaktoren. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 60:375-382
28. Rumsey D (2010) Statistik für Dummies. WILEY-VCH, Weinheim
29. Salize HJ, Spengler A, Dressing H (2007) Zwangseinweisungen psychisch
Kranker – wie spezifisch sind die Unterschiede in den Bundesländern?
Psychiatrische Praxis 34, Supplement 2:S196-S202
30. Sächsisches Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen
Krankheiten (SächsPsychKG) vom 16.6.1994 in der jetzt gültigen Fassung vom
10.10.2007
<http://www.revosat.sachsen.de>
31. Selbsthilfekontaktstelle des Landkreises Leer
<http://selbsthilfe.landkreis-leer.de>

32. Spengler A (2003) Zwangsweise Unterbringung psychisch Kranker – Übersicht und Beispiele aus Niedersachsen. In: Cording C, Weig W (eds) Zwischen Zwang und Fürsorge. Die Psychiatriegesetze der deutschen Länder. Deutscher Wissenschafts-Verlag, Baden-Baden, S.85-104
33. Spengler A, Dreßing H, Koller M, Salize HJ (2005) Zwangseinweisungen – bundesweite Basisdaten und Trends. Der Nervenarzt 76:363-370
34. Spengler A (2007) Zwangseinweisungen in Deutschland – Basisdaten und Trends. Psychiatrische Praxis 34, Supplement 2:S191-S195
35. Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung vom 13.11.1998
<http://www.gesetze-im-internet.de>
36. Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker vom 02.02.1994 in der jetzt gültigen Fassung vom 05.02.2009
<http://www.thueringen.de>
37. Valdes-Stauber J, Wiederholt F, Kilian R (2012) Gibt es unterschiedliche Tendenzen in der Anordnung von Betreuungen und Unterbringungen zwischen Großstadt und Land? Ein bayerischer Vergleich zwischen München und dem Allgäu. Psychiatrische Praxis 39:267-274
38. von Haebler D, Beuscher H, Fähndrich E, Kunz D, Priebe S, Heinz A (2007) Wie offen kann die Psychiatrie sein? Zwangseinweisungen in zwei innerstädtischen Berliner Bezirken. Deutsches Ärzteblatt 104:A1232-1236
39. Vrijlandt AJ (1998) Zwangsmaßnahmen im europäischen Vergleich. In: Kebbel J, Pörksen N (eds) Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Aktion Psychisch Kranke, Tagungsberichte, Band 25, Rheinland-Verlag GmbH, Köln, S. 54
40. Wikipedia – Maßregelvollzug
<http://de.wikipedia.org>
41. Wikipedia – Ostfriesland
<http://de.wikipedia.org>
42. Wikipedia – Therapieunterbringungsgesetz
<http://de.wikipedia.org>

8 Abkürzungsverzeichnis

A.	Aufgenommene
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
Abtlg.	Abteilung
allgm.	allgemein
BetrR	Betreuungsrecht
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa (ungefähr)
d.	der
d.h.	das heißt
E.	Einwohner
Emd.	Emden
et al.	et alii (und andere)
Fam.	Familie
Gö.	Göttingen
HSK	Hans-Susemihl-Krankenhaus
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
insg.	insgesamt
J.	Jahr
Moormerl.	Moormerland
n.	nach
niedergel.	niedergelassen

NPsychKG	Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
o.ä.	oder ähnliches
o.f.W.	ohne festen Wohnsitz
Ostrhauder.	Ostrhauderfehn
Pat.	Patient
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
psych.	psychiatrisch
reg.	regulär
s.	siehe
sonst.	sonstige
T.	Tage
Tab.	Tabelle
u.	und
u.a.	unter anderem
Ub	Unterbringung
u.U.	unter Umständen
vorl.	vorläufig
z.B.	zum Beispiel
zw.	zwischen

9 Danksagung

Mein außerordentlicher Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Wolfgang Trabert für die Überlassung des Themas der Doktorarbeit und für seine stets freundliche, äußerst geduldige und konstruktive Unterstützung während der Erstellung dieser Arbeit.

Mein herzlicher Dank gilt ebenso meiner Familie, die mir stets hilfreich zur Seite stand und insbesondere meinen Eltern, ohne die die Erstellung dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre.