

Pro und Kontra: Zunahme von Zwangseinweisungen psychisch Kranker

For and Against: Increase of Compulsory Admissions of Psychiatric Patients

Pro

Peter Müller

Um Missverständnissen vorzubeugen: Jeder Psychiater weiß, dass unfreiwillige Einweisungen (und Zurückhaltungen = Zwangsunterbringung, ZU) in manchen Fällen ohne jede Frage notwendig sind und immer waren – bei schwerer Erkrankung, akuter Gefahr und krankheitsbedingter Uneinsichtigkeit des Patienten. Mit aufmerksamer Sorge und sachgerechter Klärung müssen wir betrachten, dass ZU seit einigen Jahren in mehreren Ländern zunehmen – und offenbar besonders in Deutschland. Vorab zur Methodik: Die Raten (ZU pro Einwohner) sind für die Hauptfragestellung wesentlich, denn die Einwohnerzahl bleibt relativ konstant, und die Häufigkeit schwerer psychischer Erkrankungen ebenso. Quoten (ZU pro Behandlungsperiode) sagen wenig aus, wie jeder Kliniker weiß. Denn manchmal wird schon nach einem längeren Belastungsurlaub eine neue Behandlungsperiode gezählt.

Salize u. Dressing [1,2] haben in ihrer europaweiten Studie für Deutschland zwischen 1992 und 2000 eine Zunahme der absoluten Zahlen für ZU von 94 000 auf 163 000 festgestellt. Die Zahlen basieren auf anhängigen Gerichtsverfahren. Deutschland und Österreich liegen nach europaweit steilstem Anstieg seit 1992 mit einer Rate von 175 pro 100 000 Einwohner inzwischen auf Platz 2 in Europa (hinter Finnland). Zusätzlich nachdenklich muss dabei machen, dass in Deutschland drei Faktoren vorliegen, die sonst ZU zahlenmäßig begrenzen: Gefährlichkeitskriterium; Anordnung durch außermedizinische Autorität; Rechtsbeistand ab Beginn des Verfahrens. Was wäre ohne „Bremsfaktoren“?

Spengler et al. [3] haben verschiedene Quellen vermischt und teilweise Gerichtsstatistiken der Länder mit nur eingeschränkter Aussage, teilweise eigene und nicht repräsentative Klinikstatistiken herangezogen. Sie fanden mit diesen Einschränkungen bundesweit ebenfalls einen Anstieg von ZU-Raten (aber wesentlich

geringer als Salize und Dressing) und nach Justizstatistiken einen Anstieg von nur 38 % in zwölf Jahren.

Regionale, bundesweit also nicht repräsentative, dafür methodisch exaktere Erhebungen ergaben in Südniedersachsen eine Verdoppelung von PsychKG-Einweisungen in zehn Jahren [4], gewonnen aus einer Vollerhebung an den Ordnungsämtern, die alle Einweisungen registrieren. In dieser Region haben sich nach Sichtung der Akten an Amtsgerichten (also ohne Doppelerfassung bei Verfahrenswechsel) betreuungsrechtliche ZU in acht Jahren verdreifacht [5]. Betreuungsverfahren insgesamt (auch ohne ZU) steigen bundesweit kontinuierlich an. In Bremen haben sich ZU in den letzten zehn Jahren ebenfalls verdoppelt [6]. Alle Studien haben wegen des rasanten Anstiegs der Zahl stationärer Behandlungsepisoden natürlich konstante oder sinkende ZU-Quoten gefunden (z. B. [4]).

Die Aussage ist also ziemlich klar: ZU nehmen bei uns zu. Natürlich steckt der Teufel im Detail. Sicher werden auch heute mehr Maßnahmen rechtlich offen gelegt, die man früher auch vornahm, sodass die wahre Zunahme geringer ist. Klar ist, dass die Erhebungen noch sorgfältiger und vergleichbarer werden müssen [7]. Versuche des Herunterrechnens verhelfen aber ebenso wenig wie die Hinweise auf erhebliche regionale Unterschiede zu Antworten auf die Frage, warum der Hauptbefund so ist. Denn schwere psychiatrische Erkrankungen nehmen nicht zu, und die Arztdichte ist ja nicht gesunken.

Warum also mehr ZU? *Darüber* müssen wir Psychiater diskutieren. Also z. B. über:

1. Immer kürzere und symptomzentrierte stationäre Behandlungen ohne sorgfältige Einleitung der Nachbehandlung bringen wohl steigende Krankenhausstatistiken und -einnahmen (bei Fallpauschalen), helfen dem Kranken und dem Krankheitsverlauf aber langfristig nicht viel. Baldige Wiederaufnahmen folgen.

2. Ein bis zwei kurze Besuche beim Psychiater pro Quartal helfen wenig. Wie ist Krankheitsverarbeitung bei Schizophrenen, kognitives Training, Förderung sozialer Kompetenz, Wiedergewinn von Selbstvertrauen, informierte Behandlungsmitbestimmung, Verbesserung der Compliance mit langfristiger medikamentöser Rezidivprophylaxe, Einbezug von Angehörigen, Antizipation und ambulantes Krisenmanagement bei präpsychotischer Dekompensation usw. möglich? Das kann man wohl in Büchern nachlesen, in der psychiatrischen Praxis geht das nicht. Da wird stationär eingewiesen, wenn die Minimalversorgung nicht reicht.
3. Eingehende und zeitaufwendige ambulante Kriseninterventionen z. B. bei Psychosen oder Suizidalität gibt es nur ausnahmsweise, Psychiater machen in der Regel keine Notfall-Hausbesuche, Akuttermine sind selten zu bekommen. Damit könnte man ZU reduzieren, Behandlungskonstanz erhalten und erhebliche Kosten sparen. Die ZU ist bei verpassten Behandlungschancen fast zwangsläufig notwendig. Eine ZU geht zudem viel einfacher und schneller. Und wir Psychiater wissen, dass der Begriff einer akuten Gefahr sehr auslegungsfähig ist. Die gesetzlich vorgeschriebene Prüfung, ob die Gefahr auch auf andere (ambulante) Weise abwendbar ist, findet dann fast nie mehr statt bzw. kommt zu spät.
4. Eventuell werden die gegen das klare Enquetevotum erhaltenen und erneuerten psychiatrischen Großkrankenhäuser (mit traditionell höheren ZU) von der Bevölkerung immer weniger akzeptiert, sodass wir Patienten dort hineinzwingen müssen.
5. Der Gesetzgeber hat die ZU erleichtert [8], eine frühere passagere Erschwerung des Verfahrens brachte reduzierte ZU-Zahlen [9].
6. Seit ca. Mitte der 90er-Jahre nimmt der allgemeine gesellschaftliche Trend zu Kontrolle und mehr Freiheitsentzug zu. Auf anderem Gebiet: drastischer Anstieg im Maßregelvollzug, übervolle Gefängnisse, Ausweitung von Sicherungsverwahrung – bei schon vorher kontinuierlich sinkender (!) Zahl schwerer Straftaten. Wie weit sind wir Psychiater diesem gesellschaftlichen Trend unmerklich aber immer etwas mehr verbunden und agieren hier mit?
7. Wie können wir Informationen über psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten in der Öffentlichkeit und bei Politikern so gut vermitteln, dass Zwang seltener statt häufiger notwendig wird?

Prof. Dr. med. Peter Müller
 Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Von-Siebold-Straße 5, 37075 Göttingen
 E-mail: pmuelle1@gwdg.de

Kontra

Harald Dressing, Hans Joachim Salize

Gesetze, die die Zwangsunterbringung psychisch Kranker regeln, müssen sowohl die Autonomie und Behandlungsbedürftigkeit der Patienten als auch das Sicherheitsbedürfnis der Allgemeinheit hinreichend berücksichtigen. Ältere Unterbringungsgesetze mit einer eher paternalistischen Ausrichtung wurden in den letzten Jahren in mehreren europäischen Ländern durch modernere Gesetze abgelöst, die die Autonomie der Patienten zunehmend

in den Vordergrund rücken, verbunden mit der Vorstellung, hierdurch auch die Zahl der Zwangseinweisungen zu begrenzen [2, 10]. Trotz dieser fortschrittlichen Bestrebungen der Gesetzgeber werden aus einigen Ländern aber entgegen der ursprünglichen Intention steigende Zahlen für Zwangseinweisungen berichtet [4, 5, 11].

Ausgehend von einer Publikation im Ärzteblatt [12] wird derzeit sehr zugespitzt die Frage diskutiert, ob in Deutschland ein Anstieg von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung zu belegen ist. Es soll schon an dieser Stelle betont werden, dass aus Sicht der Autoren die bisher vorliegenden Daten keineswegs gestatten, davon auszugehen, dass Zwangsunterbringungen in Deutschland oder anderen europäischen Ländern zunehmen. Dies soll im Folgenden begründet werden, wobei es notwendig ist, die Problematik differenziert und sachlich zu analysieren und sich jeder ideologisch gefärbten Interpretation wissenschaftlicher Daten zu enthalten.

Zunächst ist festzuhalten, dass ein erheblicher Mangel an wissenschaftlichen Studien zu beklagen ist, die valide Daten zur Häufigkeit von Zwangsunterbringungen bereitstellen. Dies ist einerseits durch die ungenügende administrative Erfassung dieser Vorgänge begründet, andererseits in der Schwierigkeit, reliable Ein- und Ausschlusskriterien zu definieren. Es muss weiterhin beachtet werden, dass es unterschiedliche epidemiologische Kennziffern zur quantitativen Charakterisierung von Zwangsunterbringungen gibt. Die am häufigsten verwendeten epidemiologischen Maße sind

- a) die Zwangsunterbringungsrate, die die Zahl von Zwangsunterbringungen relativ zur Bevölkerung (z. B. pro 100 000 Einwohnern) benennt, und
- b) die Zwangsunterbringungsquote, die den prozentualen Anteil von Zwangsunterbringungen an den gesamten stationärpsychiatrischen Behandlungsepisoden wiedergibt.

Im Rahmen einer von der Europäischen Kommission geförderten Studie haben wir versucht, epidemiologische Daten zur Zwangsunterbringung aus offiziellen nationalen Datenbanken der 15 alten EU-Mitgliedsländer zu vergleichen [1, 13]. Dabei konnten mit Ausnahme von Italien, Griechenland und Spanien für alle EU-Mitgliedsländer Zwangsunterbringungsrate und -quoten berechnet werden: Zum Teil konnte der Verlauf über einen Zeitraum von zehn Jahren analysiert werden. Dabei ergab sich, dass in Deutschland, Frankreich, England, Österreich und in geringerem Ausmaß auch in Schweden und Finnland die absolute Häufigkeit von Zwangsunterbringungen – und bei weitgehend stabilen Bevölkerungszahlen also auch die Zwangsunterbringungsrate – während der 90er-Jahre zugenommen hat. Für Deutschland findet sich zusätzlich ein steiler Anstieg der so genannten unterbringungsähnlichen Maßnahmen, die im Verlaufe stationärer oder von Heimaufhalten nach dem Betreuungsrecht richterlich genehmigte Behandlungsmaßnahmen (wie z. B. Fixierungen) darstellen [3]. Diese sind in der Gesundheits- bzw. Justizberichterstattung nicht hinreichend präzise von den unfreiwilligen stationären Aufnahmen ins psychiatrische Krankenhaus getrennt, was die Interpretation der Zahlen zusätzlich erschwert.

Weil die Zwangsunterbringungsrate auf absoluten Häufigkeiten beruht, eignet sich diese epidemiologische Kennziffer jedoch

nicht, um einen validen Einblick in die Praxis der Zwangsunterbringung zu bekommen und daraus auf eine herabgesetzte Schwelle für Zwangseinweisungen zu schließen. Eine derartige Schlussfolgerung griffe ebenso kurz, wie aus der ständig steigenden Pkw-Zulassung ein zunehmendes Todesrisiko im Straßenverkehr abzuleiten. Der allgemein bekannte Umstand, dass die Zahl der verkehrsbedingten Todesfälle sinkt, zeigt, dass die Zusammenhänge komplexer sind.

Die Zwangsunterbringungsrate ist nicht das geeignete Maß, weil sie die sich kontinuierlich verändernden Aufnahmemuster in der allgemeinen stationärpsychiatrischen Versorgung nicht reflektiert. Einer der grundlegenden und versorgungspolitisch gewollten Mechanismen der Gemeindepsychiatrie ist die Entwicklung zu immer kürzeren Krankenhausverweildauern – mit der Folge häufigerer Wiederaufnahmen und damit steigender psychiatrischer Krankenhausfälle. Dies betrifft aber gleichermaßen die freiwilligen wie die zwangsweise durchgeführten Hospitalisierungen.

Um eine Aussage darüber machen zu können, ob Zwangseinweisungen tatsächlich „häufiger als früher“ stattfinden, müssen diese in Bezug zu den stationärpsychiatrischen Gesamtaufnahmen gesetzt werden, und dieses Verhältnis muss über die Zeit analysiert werden. Dies leistet die Unterbringungsquote, die im Gegensatz zur Unterbringungsrate Aufnahmefrequenzen und Verweildauern reflektiert. Wie die EU-Studie zeigte, blieben die Unterbringungsquoten in den einzelnen Ländern im zeitlichen Verlauf weitgehend stabil – vorausgesetzt dass die administrativen Zahlen, die als Grundlage der Berechnung dienen, korrekt sind. Ein relevanter Anstieg der Unterbringungsquote findet sich in keinem untersuchten Land – auch nicht in den Ländern, die einen Anstieg der absoluten Häufigkeiten von Zwangseinweisungen aufweisen (z. B. Österreich, Deutschland, Großbritannien).

Offensichtlich haben Zwangsunterbringungen also in der psychiatrischen Versorgungsroutine die gleiche Entwicklung wie die Häufigkeit aller stationär psychiatrischen Aufnahmen genommen und sind relativ dazu nicht signifikant gestiegen. Gestiegene Unterbringungsquoten sind deshalb aus Sicht der Autoren am ehesten als Symptom einer sich verändernden psychiatrischen Versorgungspraxis mit kürzeren aber deshalb häufigeren stationären Behandlungsepisoden zu interpretieren, bei denen es deshalb auch zu häufigeren Zwangshospitalisierungen kommt. Eine generelle Zunahme von „Zwang in der Psychiatrie“ ist aus den bisher publizierten epidemiologischen Studien aus Sicht der Autoren jedenfalls nicht ableitbar.

Weiterhin ist zu bedenken, dass epidemiologische Kennziffern überhaupt nur sehr eingeschränkte Aussagen über die Qualität von Versorgungsabläufen gestatten und neben möglichen zähltechnischen Artefakten vielfältige Einflussfaktoren die Unterbringungsquote oder -rate beeinflussen. Neben den bereits erwähnten Problemen der Definition von Ein- und Ausschlusskriterien ist z. B. auch eine regional unterschiedliche Anwendungspraxis der Entscheidungsträger zu beachten. Nicht zuletzt sollte man sich immer vor Augen halten, dass selbst ein tatsächlicher Anstieg der Zwangsunterbringungsquoten nicht eo ipso mit einer Zunahme von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie gleichzusetzen ist. Möglich ist auch, dass sich darin eine juristisch redliche

Definition psychiatrischen Handelns in bestimmten Situationen manifestiert, die bereits zuvor als „hidden coercion“ praktiziert, aber als solche nicht erfasst wurde. Es ist davon auszugehen, dass dies insbesondere für die zunehmende Zahl gerontopsychiatrischer Patienten in psychiatrischen Kliniken und in Heimen zutrifft.

Die eigentliche Frage besteht darin, ob die Tendenz zu immer kürzeren stationären Verweildauern, die mit einer absoluten Zunahme stationärer Behandlungsepisoden – und darunter eben auch von Zwangsaufnahmen – verbunden ist, im Sinne einer modernen gemeindenahen psychiatrischen Versorgung so noch gewollt und angemessen ist, oder ob sich diese Entwicklung im Wesentlichen ungesteuert unter dem Primat ökonomischer Zwänge vollzieht. Dies ist jedoch eine ganz andere Diskussions-ebene als die ideologisch aufgeladene Erörterung der Frage, ob aufgrund eines zunehmenden Sicherheitsbedürfnisses der Bevölkerung Psychiater schneller als früher zu Zwangseinweisungen neigen. Letzteres ist aufgrund der derzeit zu Verfügung stehenden Datenlage jedenfalls wissenschaftlich nicht belegbar.

Abschließend ist zu betonen, dass wir unbedingt weitere Forschungsanstrengungen auf diesem Feld benötigen. Die aktuelle Datenlage erlaubt es jedoch gegenwärtig keinesfalls, von einer „dramatischen“ Zunahme von Zwangseinweisungen in der Psychiatrie zu sprechen.

Prof. Dr. Harald Dressing
 Zentralinstitut für Seelische Gesundheit J 5
 68159 Mannheim
 E-mail: dressing@as200.zi-mannheim.de

Literatur

- ¹ Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill in people across the European Union. *Brit J Psychiatry* 2004; 184: 163 – 168
- ² Dreßing H, Salize HJ. Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. *Psychiatr Prax* 2004; 31: 34 – 39
- ³ Spengler A, Dreßing H, Koller M, Salize HJ. Zwangseinweisungen – bundesweite Basisdaten und Trends. *Nervenarzt* 2005; 76: 363 – 370
- ⁴ Darsow-Schütte Kl, Müller P. Zahl der Einweisungen nach PsychKG in zehn Jahren verdoppelt. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 226 – 229
- ⁵ Müller P, Josipovic T. Unfreiwillige Einweisung nach Betreuungsrecht in acht Jahren verdreifacht. *Psychiatr Prax* 2003; 30: 108 – 113
- ⁶ Rehbein FO, Krischke NR. Entscheidungsprozesse bei Zwangseinweisungen. Vortrag DGPPN Berlin 2004
- ⁷ Kallert TW. Nehmen Zwangseinweisungen in Deutschland wirklich zu? *Die Psychiatrie* 2005; 2: 231 – 243
- ⁸ Müller P. Neue PsychKGs: Liberale Absicht und reale Nachteile durch weitere eingeschränkte Rechte der betroffenen Patienten. *Recht und Psychiatrie* 1999; 17: 107 – 111
- ⁹ Müller P, Völker B. Werden Zwangseinweisungen durch Erschwerung des Verfahrens seltener? *Öffentl Gesundheitswe* 1988; 50: 27 – 30
- ¹⁰ Dreßing H, Salize HJ. Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 797 – 803
- ¹¹ Wall S, Hotopf M, Wessely S, Churchill R. Trends in the use of the Mental Health Act: England 1984 – 96. *BMJ* 1999; 318: 1520 – 1521
- ¹² Müller P. Zwangseinweisungen nehmen zu. *Ärzteblatt* 2004; 42: 2369 – 2371
- ¹³ Dreßing H, Salize HJ. Nehmen Zwangsunterbringungen in den Ländern der Europäischen Union zu? *Gesundheitswesen* 2004; 66: 240 – 245