

Unterbringungen nach dem Psych KG und Kriseninterventionen: Daten zur Entwicklung in Bremen

Möhlenkamp, G. 12.03.2012

Die Entwicklung der Zwangsunterbringungen zu bewerten ist schwierig. Der Grund liegt in fehlenden guten Daten. Dieser Misstand führt dazu, dass vergleichende Studien – ob nun zwischen den europäischen Ländern oder bezogen auf Städte und Regionen der BRD – wenig aussagekräftig sind. Schlussfolgerungen –soweit sie gewagt werden - gehen schnell über das hinaus, was tatsächlich belegt werden kann. Wo die Fehlerquellen liegen können, haben u.a. Spengler et al. (2005) in ihrer methodenkritischen Betrachtung der Zwangseinweisungsstudien dargelegt:

- Unklare Abgrenzung von Zwangseinweisungen und Zwangsunterbringungen. Zwangsunterbringungen können sich unabhängig von externen Zwangseinweisungen auch auf fürsorgliche Zurückhaltungen von bereits untergebrachten Personen beziehen oder auf unterbringungsähnliche Maßnahmen nach dem § 1906 Abs. 4 BGB, z.B. Fixierungen in Heimen.
- Kurzzeitige Unterbringungen mit Beschlussaufhebung nach richterlicher Anhörung¹, z.B. bei kurzzeitigen Krisen im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch, werden von längeren Unterbringungen nicht unterschieden.
- Umwandlungen von sofortiger Unterbringung in längerfristige Unterbringungen werden als erneute Unterbringung gezählt.
- Das Verhältnis von Zwangseinweisungen und stationären psychiatrischen Behandlungsepisoden (Zwangseinweisungsquote) wird nicht dargelegt oder ist aufgrund unzureichender Daten nicht berechenbar.
- Strukturelle Kontextfaktoren wie der Entwicklungsstand der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung in einer Region oder das Vorhandensein eines Kriseninterventionsdienstes werden vernachlässigt.

Relativ zuverlässige Daten zu den Unterbringungen nach dem PsychKG und zum Krisendienst (KID) außerhalb der normalen Dienstzeiten gibt es für die Stadt Bremen seit etwa 1985. In den folgenden zwei Tabellen werden die im Gesundheitsamt vorhandenen Daten zusammengefasst.

¹ Eine Stichprobenauszahlung des Stadtamtes Bremen (n = 270 Personen) ergab für die nachfolgenden Maßnahmen nach einer sofortigen Unterbringung nur in 61 % der Fälle eine richterliche Verfügung zur weiteren Unterbringung.

Únterbringungen nach dem PsychKG vor 2000 mit Abweichungen in % gegen¼ber Vorjahr

1980	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
197	235	208	253	241	276	303	399	340	352	326	379	405	418	408	410	479	515	527	586
+19	+9	-11	+22	+5	+15	+10	+32	-15	+4	-7	+16	+7	+3	-2	0	+17	+8	+2	+11

Únterbringungsrate 2007 (Zahl der Únterbringungen nach dem PsychKG bezogen auf 10.000 Einwohner): **17,3**

Únterbringungsquote 2006: (Anteil der Únterbringungen bezogen auf alle vollstationären akupsychoiatrischen Behandlungsepisoden): **15,5%**

Vergleich mit Bremerhaven

Únterbringungen nach PsychKG und Betreuungsrecht (Einwohner 116.000)

Únterbringungsart	Häufigkeit		
	2006	2005	2004
§16 PsychKG	231	286	287
§14 PsychKG	57	67	51
§1906 BGB	58	94	nicht erfasst
§81 stopp		1	

Quelle. Jahresberichte 2004, 2005 und 2006 der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, KB-Reinkenheide

Vergleich HB / HBV der Zwangsunterbringungen PsychKG auf 100.000 Einwohner 2006

- **Bremen: 16,5 auf 10.000 Einwohner (Únterbringungsrate)**
- **Bremerhaven: 19,9 auf 10.000 Einwohner**

Zu berücksichtigen ist, dass die länger andauernde Únterbringungen (> 24 Stunden) nach § 14 PsychKG als Teilmenge der sofortigen Únterbringungen nach § 16 PsychKG zu interpretieren sind, d.h. es geht hier weitgehend um Umwandlungen des Rechtsstatus, die nicht als erneute Únterbringung gezählt werden.

Ein Grund für die relativ hohe Zahl der Únterbringungen in BHV könnte ein hoher Anteil kurzfristiger Únterbringungen von Personen mit akuten alkohol- und drogeninduzierten Krisen nach Dienstschluss des SPsD sein – so eine Vermutung seitens der Klinik. Auch hier wird erneut deutlich, dass eine Differenzierung der Zwangsunterbringungen nach Aufenthaltsdauer und Diagnosen von zentraler Bedeutung ist.

Wichtigstes Ergebnis

- Von 1980 bis 2008 ist in Bremen ein relativ kontinuierlicher Anstieg der Unterbringungen nach dem PsychKG festzustellen (bis 2007, d.h. über 27 Jahre um 373% absolut bzw. im Durchschnitt um ca 7,2% pro Jahr). Seit 2008 kein weiterer Zuwachs – es kam sogar von 2008 bis 2011 zu einer Reduktion der Zwangsunterbringungen von 6,2%.

Diskussion

Die dargestellten quantitativen Befunde lassen sich nur sehr vorsichtig interpretieren, da die Datenqualität aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht befriedigend ist und insbesondere die Zwangsunterbringungen nach dem PsychKG nicht weiter differenziert werden können. Es werden im Folgenden verschiedene Alternativerklärungen für die oben dargestellten Befunde formuliert und das Für und Wider dieser Hypothesen diskutiert.

1. Der Anstieg von Zwangseinweisungen beruht nicht in erster Linie auf einem Anstieg harter Krisen bei unterschiedlichen Personen, sondern auf wiederholten Krisen von Personen mit hoher Krisenanfälligkeit bzw. Drehtürpatienten, d.h. der Anstieg ist vor allem ein Ambulantisierungseffekt mit kürzeren und häufigeren stationären Behandlungsepisoden.

(Die Quote der Mehrfacheinweisungen lag in der Studie von Kruschke im Jahr 2000 über einen Zeitraum von 3 Monaten bei 17,4%. Nach einer anderen Auszählung von 460 zwangseingewiesenen Patienten waren 38% im Verlauf eines Jahres mindestens zweimal eingewiesen worden, ca. 17% mindestens dreimal).

2. Auf akute Alkohol und Drogenkrisen wird offenbar vermehrt mit akutpsychiatrischen Kurzzeitunterbringungen reagiert. Nach der Studie von Kruschke spielten in der erfassten Stichprobe Alkohol- und Drogenmissbrauch eine zentrale kriseninduzierende Rolle (26% mit primärer F1 Diagnose und bei weiteren 30% als Nebendiagnose) Bei 30 konsekutiven Zwangseinweisungen in 2003 lag der Anteil der F1 Diagnosen bei 20%).

3. Eine gesunkene Toleranzschwelle gegenüber psychisch kranken Menschen in Krisen und den damit verbundenen Gefährdungsrisiken könnte eine Rolle für den jahrelangen Anstieg der Zwangsunterbringungen spielen. Je mehr Kriseninterventionen mit dem Auftrag einer psychiatrischen Überprüfung von Gefährdungsaspekten erfolgen, um so mehr Zwangseinweisungen (angebotsinduzierter Effekt von Krisenhilfe, Absicherung gegenüber Haftungsrisiken)

Die **Zwangseinweisungs- bzw. Zwangsunterbringungsquote** (Anteil der Einweisungen/Unterbringungen an den stationären Behandlungsepisoden bzw. Aufnahmen) gibt Hinweise darauf, inwieweit die Zunahme der Zwangsunterbringungen damit zusammenhängt, dass mit dem Ausbau der ambulanten Hilfen häufiger und kürzer stationär behandelt wird. Anders ausgedrückt: Krisenanfällige Personen, die schnell wieder entlassen werden, laufen Gefahr, auch schnell wieder eingewiesen zu werden, weil nicht ausbehandelt oder die ambulanten Hilfen bei erneuten Krisen nicht hinreichen.

Vollstationäre Behandlungsepisoden und Verweildauer Akutpsychiatrie Stadt Bremen – nur Bremer

	1978	1991	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Aufnahmen	2413	4142	5083	5492 (8%)	5761 (4,9%)	5713 -0,8%	5596 (- 2,9%)	5863 4,8%	5738 (- 2,5%)	5730 -0,1%
0 Verweildauer	109	42	29,9	27,7 (-7,3%)	26,3 (-5%)	30,3 -3%	25,0 (- 4,9%)	24,0 -4%	22,9 (- 8,4%)	23,1 +0,8%

13% Steigerung der stat. Aufnahmen von 1999 bis 2006 und Absenkung der Verweildauer im gleichen Zeitraum um 23%.

Vergleichsdaten

- 10,5 % Steigerungsrate im Schnitt jährlich bei den KID Zwangseinweisungen von 1999 bis 2006
- 6,3% Steigerungsrate der Zwangsunterbringungen PsychKG von 1999 bis 2006 im Jahresdurchschnitt

Die Verkürzung der stat. Verweildauer im erfassten Zeitraum 1999 bis 2006 deutet darauf hin, dass dieser Faktor zu dem starken Anstieg der Zwangseinweisungen beigetragen hat.