

**Aus dem kbo-Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost  
Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München**  
Direktorin optime emerita: Prof. Dr. Dr. M. Albus, M. sc.

**Die Auswirkungen  
des Bundesgerichtshof-Urteils vom 20.06.2012  
auf aggressive Zwischenfälle auf Akutstationen eines  
psychiatrischen Krankenhauses der Maximalversorgung**

**Eine naturalistische Untersuchung am Isar-Amper-Klinikum München-Ost**

**Dissertation**  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

**Bertram Schneeweiß**

aus  
Ansbach/Mittelfranken

**2018**



Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Berichterstatterin: Prof. Dr. Dr. Margot Albus, M. sc.

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Randolph Penning

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard HICKEL

Tag der mündlichen Prüfung: 22.11.2018

**Danksagung:**

Frau Prof. Dr. Dr. Margot Albus für die Möglichkeit der Durchführung dieser Untersuchung am Isar-Amper-Klinikum und die überaus aufmunternde, motivierende und geduldige Unterstützung.

Herrn Prof. Dr. H. Küchenhoff und Frau Minh A. Le für die Unterstützung bei statistischen Fragen.

Meiner Familie und besonders meinem Sohn Moritz für das Verständnis und die Rücksichtnahme während der Arbeit an diesem Thema.

Meiner sehr guten Freundin Frau Dipl. Psych. Toni v. Tiedemann für das freundliche Erinnern und Mutmachen.

Gliederung:

1	Einleitung	6
1.1	Psychisch Kranke und Aggressivität	6
1.2	Prädiktoren aggressiven Verhaltens bei psychisch Kranken	6
1.3	Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie	7
1.4	Die Änderung der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes zur Zwangsbehandlung und die gesetzgeberischen Folgen	8
1.5	Eine Vergleichsstudie zum Zusammenhang von Rechtsprechung, Zwangsbehandlung und der Häufigkeit aggressiver Vorfälle und Zwangsmaßnahmen aus Süd-Baden-Württemberg	10
1.5.1	Die Querschnittuntersuchung	11
1.5.2	Die Längsschnittuntersuchung	11
1.6	Fragestellung der eigenen Untersuchung	12
2	Material und Methodik	12
2.1	Messinstrumente	12
2.1.1	Dokumentation Besondere Vorkommnisse	13
2.1.2	Krankenakte, Krankengeschichte und Verbandsbuch	13
2.1.3	Operationalisierung der Begriffe in Anamnese und Psychopathologie	14
2.2	Untersuchungszeitraum und Phaseneinteilung	16
2.3	Statistische Methoden	17
2.3.1	Kopplungsanalysen	17
2.3.2	Regressionsanalyse mittels Poisson-Modell	17
2.3.2.1	Datensituation	17
2.3.2.2	Modelle und Modellansatz	18
3	Auswertung und Ergebnisse	19
3.1	Häufigkeit der Zwischenfälle	19
3.2	Ergebnisse der Poisson-Modelle	20
3.2.1	Modell „Besondere Vorkommnisse“	20
3.2.2	Modell „Personen weiblichen Geschlechts“	20
3.2.3	Modell „Schizophrene Störungen“	21
3.2.4	Modell „Doppeldiagnose Sucht und schizophrene Störung“	22
3.3	Ergebnisse der Analyse der Phasen	22
3.3.1	Altersverteilung	22
3.3.2	Diagnosen	23
3.3.2.1	Spezifikation der ICD-10 F0-Gruppe	24
3.3.3	Ersterkrankungen	25
3.4	Ergebnisse der anamnestischen Daten bezüglich Risikofaktoren	26
3.4.1	Alkohol	26
3.4.2	Suizidalität	26
3.4.3	Impulsivität	27
3.4.4	Aggressivität	27
3.4.5	Soziale Destabilisierung	28
3.4.6	Stattdeswegen Zwangsbehandlungen	28

3.4.7	Migrationshintergrund und Sprachbarrieren	28
3.4.8	Aktuelle Zwangsunterbringung	30
3.5	Analyse der „Besonderen Vorkommnisse“	30
3.5.1	Zeitliches Auftreten	30
3.5.2	Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen im Vorfeld	31
3.5.3	Arten des „Besonderen Vorkommnisses“	31
3.5.4	Art der Alarmierung	32
3.5.5	Opfer des „Besonderen Vorkommnisses“	33
3.6	Gegebenheiten zum Zeitpunkt des „Besonderen Vorkommnisses“	33
3.6.1	Provokation	33
3.6.2	Aggression	33
3.6.2.1	verbale Aggressivität	33
3.6.2.2	physische Aggressivität	34
3.6.2.3	Aggressivität allgemein	35
3.6.3	Psychopathologie beim besonderen Ereignis	36
3.6.3.1	Agitiertheit	36
3.6.3.2	Reizbarkeit	36
3.6.3.3	Impulsivität	37
3.6.3.4	Hostilität	37
3.6.3.5	Verwirrtheit	38
3.6.3.6	kognitive Einbußen	38
3.6.3.7	produktiv psychotische Symptome	38
3.7	Auffälligkeiten bei der Behandlung	39
3.7.1	Nicht-Behandelte Patienten	39
3.7.2	Mangelhafte Adhärenz	40
3.7.3	Intoxikation	40
3.8	Kopplungsanalysen	40
3.8.1	Nicht-Behandlung und Aggressivität	40
3.8.2	Aggressivität und mangelhafte Adhärenz	41
3.9	Auswirkungen der „Besonderen Vorkommnisse“	43
3.9.1	Mechanische Fixierungen	43
3.9.2	Zwangsmedikation	43
3.9.3	körperliche Schäden	44
4	Diskussion	44
5	Literaturverzeichnis	49
6	Anhang	53
7	Lebenslauf	58
8	Eidesstattliche Versicherung	60

## 1. Einleitung

### 1.1 Psychisch Erkrankte und Aggressivität

Von einer Reihe von Autoren wird berichtet, dass Patienten mit Psychosen ein erhöhtes Risiko von aggressivem Verhalten aufweisen und dieses Risiko sich bei Komorbidität mit einer Abhängigkeitserkrankung substanzuell erhöht [1-12]. Aggressives Verhalten gegenüber Ärzten, Pflegepersonal und Rettungskräften ist nicht selten [13-16, 57] und dies mit zunehmender Tendenz [17-18]. Da psychiatrische Patienten eine Subpopulation der gesamten Patientenpopulation darstellen, wäre auch in dieser Patientengruppe eine Zunahme aggressiver Verhaltensweisen zu erwarten.

Tatsächlich weisen Studien auf eine Zunahme fremdaggressiver Verhaltensweisen auf psychiatrischen Akutstationen hin. So zeigte eine Metaanalyse [11], dass zwischen 8 % und 44 % der psychiatrischen Patienten aggressives Verhalten im Rahmen eines stationären Aufenthaltes zeigen. Im deutschsprachigen Raum wurde von tätlich-aggressiven Übergriffen bei 2 % der stationär aufgenommenen Patienten, bei Erweiterung des Spektrums aggressiven Verhaltens, d.h. bei zusätzlicher Berücksichtigung von verbaler Aggressivität und Aggression gegen Gegenstände bei 7-8 % berichtet [7].

Ziel aggressiven Verhaltens ist vorwiegend das Pflegepersonal. Eine Metaanalyse [11] ergab, dass zwischen 41 % und 80 % der Mitarbeiter Erfahrungen mit aggressivem Verhalten bei Patienten haben, wobei dieses vorwiegend in den ersten Tagen nach Aufnahme zu verzeichnen ist.

### 1.2 Prädiktoren aggressiven Verhaltens bei psychisch Kranken

Hinsichtlich der Vorhersage aggressiven Verhaltens liegen eine Reihe – allerdings teils widersprüchlicher - Befunde vor. An soziodemographischen Variablen wurden männliches Geschlecht, Alter unter 40 Jahren, Fehlen sozialer Eingebundenheit, geringes Bildungsniveau, prekärer ökonomischer Status und Verhaltensauffälligkeiten seit der Kindheit als Risikofaktoren für Gewalttätigkeit identifiziert [3-5, 9-11, 21, 26-29, 45-49]. Gewalttätiges Verhalten im Monat vor Aufnahme, das wiederum mit männlichem Geschlecht, Substanzmittelmissbrauch und produktiv-psychotischen Symptomen assoziiert war, wird als größter Risikofaktor für physische Gewalttätigkeit während einer stationären Behandlung gesehen [19]. Ebenso fand sich ein Zusammenhang zwischen aggressivem Verhalten während des stationären Aufenthaltes und höheren BPRS-Gesamtwerten (Brief Psychiatric Rating Scale) sowie ausgeprägte Denkstörungen. Diese Befunde wurden weitgehend in einer Metaanalyse [20] bestätigt. Zusätzlich wurden das Vorhandensein von Impulsivität und Feindseligkeit, eine längere Zeitdauer der Hospitalisation, unfreiwillige Aufnahme und gleiches Geschlecht von Opfer und Aggressor als Risikofaktoren identifiziert. Bei psychotischen Patienten waren neben Substanzmissbrauch, Feindseligkeit und paranoidem Denken das Vorliegen einer akut psychotischen Symptomatik Risikofaktoren [20]. Als stärkste Prädiktoren für Gewalt, die sich aus der Vorgeschichte des Patienten ergeben, werden konsistent bereits ausgeübte Gewalt und damit einhergehende frühere Zwangseinweisungen in die Psychiatrie aufgeführt [10, 11, 23, 24, 27, 29, 30, 45, 47, 50]

Die Relevanz der Diagnose an sich in der Prädiktion aggressiven Verhaltens wird kontrovers diskutiert. So finden einige Autoren ein erhöhtes Risiko für aggressives Verhalten auf Grund der Diagnose einer Schizophrenie, schizoaffektiven Störung, affektiven Störung, hirnorganischen Störung oder einer dissozialen Persönlichkeitsstörung [2,4-6,21-22], andere Autoren hingegen nicht [3,7,23-25]. Die Metaanalyse von Dack et al. (2013) [11] zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Diagnose einer Schizophrenie und Aggressivität, jedoch nicht mit der Diagnose einer affektiven Störung. Aufgrund dieser divergenten Befunde hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Diagnosekategorie und aggressivem Verhalten

richtete sich im Weiteren das Augenmerk auf die Ebene der psychopathologischen Befunde. Hierbei zeigten sich die psychopathologischen Symptome Reizbarkeit, Hostilität, Störung des formalen Denkens, Störung des inhaltlichen Denkens in Form von Wahnerleben mit hoher Wahndynamik, Angsterleben und Agitiertheit mit Gewaltereignissen positiv korreliert [1, 4, 5, 7, 9, 21, 22, 25-30] mit aggressivem Verhalten.

Beim Vorliegen derartiger Symptome zeigen Patienten häufig eine mangelnde Krankheitseinsicht und eine ablehnende Haltung gegenüber einer stationären oder psychopharmakologischen Behandlung [31], was im Weiteren die Wahrscheinlichkeit für aggressives Verhalten erhöht [1, 5, 7, 21, 22, 26, 28, 29, 32, 33].

Gerade diese Aspekte scheinen in Bezug auf die Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 20.06.2012 von Bedeutung [31]. Dort wurde entschieden, dass die bestehenden gesetzlichen Regelungen nicht erlauben, den einer medikamentösen Behandlung entgegenstehenden „natürlichen Willen“ des Patienten durch Zwang zu überwinden. Dieses Urteil führte über einen mehrmonatigen Zeitraum zu einer Verunsicherung bei den Behandlern, wie mit Patienten zu verfahren sei, die zwar öffentlich-rechtlich oder zivilrechtlich stationär untergebracht wurden, jedoch einer medikamentösen Behandlung nicht zustimmen [34]. Seit dem 18.02.2013 ist mit dem „Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung“ in eine ärztliche Zwangsmaßnahme und der Reformierung des §1906 BGB eine erforderliche und angemessene Zwangsbehandlung wieder möglich, bedarf jedoch einer besonders sorgfältigen Prüfung.

### 1.3 Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie

Stabil weit über 80% der Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus befinden sich auf freiwilliger Basis in Behandlung, wie eine flächendeckende Stichtagserhebung aller bayerischen psychiatrischen Versorgungskrankenhäuser 2014 ergab [34]. Im Durchschnitt sind diese 84 %. Obgleich sich die überwiegende Mehrzahl der psychiatrischen Patienten auf freiwilliger Grundlage in stationärer Behandlung befindet, fokussiert sich die Öffentlichkeit und naturgemäß auch die Rechtsprechung auf die Patientenklientel, die in der Psychiatrie zwangsweise untergebracht und zwangsbehandelt werden. Der Anteil zivilrechtlich untergebrachter Patienten liegt bei durchschnittlich 14,4%, der Anteil öffentlich-rechtlich untergebrachter Patienten bei 0,76% der gesamten Patienten in der Psychiatrie.

Bis Juni 2012 wurden in einer quasi selbsterklärenden Plausibilität die Erlaubnis zur Ergreifung von Zwangsmaßnahmen mit der Erlaubnis zum Beginn einer Zwangsbehandlung der Patienten gleichgesetzt, da in selbsterklärender Weise postuliert wurde, dass der Sinn einer Zwangsmaßnahme auch die Behandlung des Patienten gegen seinen Willen und mit der erfolgreichen Behandlung auch die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahmen beendet werden. Diese Haltung war auch höchstrichterlich durch den Bundesgerichtshof (BGH) gedeckt.

Grundsätzlich werden im juristischen Sprachgebrauch Zwangsmaßnahmen von Zwangsbehandlung unterschieden.

Unter Zwangsmaßnahmen werden mechanische Fixierungen von Patienten, die Isolation von Patienten in geschlossenen Räumen sowie die generelle geschlossene Unterbringung von Patienten verstanden.

Zwangsbehandlungen sind jede medizinische, psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung gegen den Willen oder ohne die Zustimmung des Patienten. Zwangsbehandlungen sind also z. B. Zwangsmedikation, Zwangsernährung oder andere zwangsweise durchgeführten Therapien

Ähnlich wie die Begriffe Zwangsbehandlung und Zwangsmaßnahme des öfteren verwechselt oder gleichgesetzt werden, wird außerhalb der juristischen Fachwelt oft das Bundesverfassungsgericht mit dem Bundesgerichtshof verwechselt oder gleichgesetzt. Aus diesem Grund und da beide oberste Gerichte bei der dieser Arbeit zu Grunde liegenden Untersuchung wesentliche Rollen spielen, erfolgt eine kurze Schilderung dieser Instanzen.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) ist der Hüter des Grundgesetzes. Die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts liefern verbindliche Interpretationen des Verfassungstextes. Das Bundesverfassungsgericht kontrolliert alle anderen Gerichte bezüglich der Verfassungsmäßigkeit ihrer Rechtsprechung, gehört aber selber nicht zum „Instanzenzug“.

Der Bundesgerichtshof (BGH) ist das oberste Gericht der Bundesrepublik Deutschland. Der Bundesgerichtshof ist die letzte Instanz in Zivil- und Strafverfahren. Seine Aufgabe ist es, die Rechtseinheit zu wahren und das Recht fortzuentwickeln. Somit ist er auch das Revisionsgericht bei Klagen gegen Berufungsurteile von Landesgerichtshöfen und Oberlandesgerichtshöfen.

Rechtliche Grundlage aller Gesetze und aller Rechtsprechung ist in der Bundesrepublik Deutschland das Grundgesetz (GG) [56]. Bei Fragen der Zwangsmaßnahmen und der Zwangsbehandlung von Patienten kommt insbesondere der Grundgesetzartikel 2 zum Tragen. Dieser lautet in Absatz 1: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt“. Der Grundgesetzartikel 2 lautet im Absatz 2: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.“

Dass die tradierten und scheinbaren Plausibilitäten der Gleichsetzung von Erlaubnis zur Zwangsunterbringung und Erlaubnis zur Zwangsbehandlung auf tönernen Füßen standen, musste die Versorgungspsychiatrie in den Jahren 2012 und 2013 erfahren. Der Bundesgerichtshof (BGH) gab vor dem Hintergrund von Richtungsentscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes am 20. Juni 2012 seine bisherige Rechtsprechung auf und stellte fest, dass derzeit keinerlei Rechtsgrundlage für die Behandlung von Patienten gegen deren Willen besteht.

Somit ergab sich eine Situation, dass Patienten zwar in Versorgungspsychiatrien zwangsuntergebracht, nicht jedoch behandelt werden durften, wenn sie dem nicht zustimmten. Die Versorgungspsychiatrie sah sich einem unfreiwilligen naturalistischen Experiment ausgesetzt, das neben einer regen öffentlichen Diskussion auch eilige gesetzgeberische Handlungen auslöste. Diese mündeten schließlich in die durch den Bundestag am 18.01.2013 beschlossenen Änderungen des §1906 des BGB. Mit den beschlossenen Konkretisierungen zu den Bedingungen der Behandlung von psychisch Kranken gegen ihren Willen wurden Zwangsbehandlungen im Rahmen einer rechtlichen Betreuung wieder möglich gemacht. Die Zwangsbehandlung bei nach dem Landesgesetz des Bayerischen Unterbringungsgesetzes (BayUG) untergebrachten Patienten blieb in Bayern weiterhin ohne Rechtsgrundlage und somit unmöglich.

#### 1.4 Die Änderung der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes zur Zwangsbehandlung und die gesetzgeberischen Folgen

Die Änderung der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) zur Zwangsbehandlung, die sich an seinem Beschluss vom 20. Juni 2012 manifestierte, hat eine einschlägige juristische Vorgeschichte. Hierzu ist die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zu beachten: Am 23. März 2011 ergehen auf Klagen von im Maßregelvollzug

untergebrachten Patienten zwei grundlegende Beschlüsse des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) [40, 41]:

Das Bundesverfassungsgericht erklärt hierbei Bestandteile des § 6 des Maßregelvollzugsgesetzes des Bundeslandes Rheinlandpfalz und des § 8 des Unterbringungsgesetzes des Bundeslandes Baden-Württemberg für verfassungswidrig. Es beanstandet, dass die Gesetzestexte nicht bezüglich der Einsichtsfähigkeit unterscheiden, insbesondere auch deswegen, da eine Zwangsbehandlung von einsichtsfähigen Personen nicht zu rechtfertigen sei. Zudem stellt das Bundesverfassungsgericht fest, dass die Gesetzestexte keine bzw. nur mangelhafte Ausformulierungen beinhalten, wie grundgesetzkonform bei Zwangsbehandlungen im Maßregelvollzug vorgegangen werden könnte. Es stellt fest, dass dem (grundgesetzlichen) Eingriffcharakter einer Zwangsbehandlung nicht entgegensteht, dass sie zum Zwecke der Heilung vorgenommen werde. Die Zwangsbehandlung eines im Maßregelvollzug Untergebrachten sei nur auf der Grundlage eines Gesetzes zulässig.

Weder im Maßregelvollzugsgesetz noch im Betreuungsrecht läge eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage vor, die verfassungsrechtlichen Anforderungen entspricht. Somit sei der Gesetzgeber gehalten, die materiellen und formellen (rechtlichen) Eingriffsvoraussetzungen mit der notwendigen Klarheit und Bestimmtheit zu schaffen. Diese notwendige Klarheit definiert das Bundesverfassungsgericht in den genannten Urteilen. Konkret zu regeln seien die Fragen der Verhältnismäßigkeit, die Feststellung, dass Zwangsbehandlungen nur das letzte Mittel sein dürften, ein ernsthafter Überzeugungsversuch mit ausreichender Zeit und ohne unzulässigen Druck vor der Zwangsbehandlung stattgefunden habe, und der Betroffene müsse eine gerichtliche Entscheidung und Normkontrollklage vor der Zwangsbehandlung erwirken können. Zudem dürfe nicht die Unterbringungseinrichtung alleine über die Zwangsbehandlung entscheiden und müsse die Dokumentation der Maßnahme sorgfältig vornehmen. Da diese Punkte bis dato in den genannten Gesetzen nicht berücksichtigt und formuliert worden waren, kommt das Bundesverfassungsgericht zu dem Schluss, dass die Zwangsbehandlung auf der Grundlage dieser Gesetze nicht verfassungsgemäß und somit obsolet und ohne Rechtsgrundlage sind.

Entsprechend der vom Bundesverfassungsgericht vorformulierten Positionen aus dem Jahr 2011 ändert der Bundesgerichtshof (BGH) am 20.06.2012 seine bisherige Rechtsprechung. Dieser hatte bislang eine Zwangsbehandlung, die im Rahmen einer Zwangsunterbringung nach dem § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) stattgefunden hatte, für genehmigungsfähig gehalten.

Nunmehr stellt der XII. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs in seinem Urteil vom 20. Juni 2012 [42] fest, dass es gegenwärtig an einer verfassungsrechtlichen Anforderung genügender Grundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung fehle. Der Betreuer dürfe derzeit auch im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung keine Zwangsbehandlung veranlassen. Die Vorschriften des Betreuungsrechts genügen den Anforderungen nicht, die das Bundesverfassungsgericht 2011 für die gesetzlichen Regelungen einer Zwangsbehandlung ausgestellt habe. Der XII. Zivilsenat des BGH erläutert in der Urteilsbegründung, dass der §1906 Abs. 1 BGB lediglich die Zwangsunterbringung Betreuer regle. Dies bedeute aber keine Berechtigung zur Zwangsbehandlung, entsprechend der Anforderung der vom Bundesverfassungsgericht 2011 festgelegten Kriterien.

Somit gibt der Bundesgerichtshof (BGH) seine bisherige Rechtsprechung aus den Jahren 2008 und 2010 auf, wonach Zwangsbehandlungen im Rahmen des §1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB grundsätzlich genehmigungsfähig seien. Die Vorschriften des Betreuungsrechts genügten den Anforderungen nicht, die das Bundesverfassungsgericht für die gesetzliche Regelung einer Zwangsbehandlung aufgestellt hat und die für die staatliche Kontrolle des darauf bezogenen Betreuerhandelns gleichermaßen gelten müssen. Ebenso wenig enthalten die §§

1896 ff. BGB ein geschlossenes Regelungssystem zur betreuungsrechtlichen Genehmigung einer Zwangsbehandlung, dessen Schutzniveau den nunmehr vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten verfassungsrechtlichen Anforderungen genügt [43] Deshalb dürfe nach Urteilen des XII. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs ein Betreuer derzeit auch im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung keine Zwangsbehandlung veranlassen. Gleichzeitig verkenne der Senat nicht, dass das Fehlen von Zwangsbefugnissen zur Durchsetzung notwendiger medizinischer Maßnahmen dazu führen könne, dass ein Betroffener ohne eine solche Behandlung einen erheblichen Schaden nehme.

Der Beschluss des XII. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs vom 20. Juni 2012 beseitigte zum damaligen Zeitpunkt auch die noch letzte verbliebene Möglichkeit der Zwangsbehandlung im Rahmen des Betreuungsrechtes. Er löste gleichzeitig eine umfangreiche und kontroverse Diskussion in der politischen, juristischen und medizinischen Fachöffentlichkeit aus. [51, 52, 53, 54, 55]

Der Gesetzgeber sah sich zu raschem Handeln veranlasst und konkretisierte den §1906 BGB entsprechend der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtshofes. Dessen Änderung wurde am 18.01.2013 durch Bundestagsbeschluss beschlossen. Die Änderung wurde mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 26.02.2013 rechtsgültig.

Die Konkretisierungen des §1906 BGB definieren die Bedingungen, unter denen psychisch Kranke in stationären Einrichtungen gegen ihren Willen behandelt werden dürfen. Die Bedingungen sind folgende [vgl. 69]:

- 1.) Der Kranke kann auf Grund der Erkrankung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen.
- 2.) Vor der Zwangsbehandlung muss versucht werden, die Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen.
- 3.) Die Zwangsmaßnahme muss einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abwenden können.
- 4.) Der erwartete Nutzen des Eingriffs in die Selbstbestimmung muss die zu erwartende Beeinträchtigung deutlich überwiegen.
- 5.) Es muss ein Verfahrenspfleger bestellt werden und ein externes Sachverständigengutachten eingeholt werden.
- 6.) Weitere Voraussetzung ist, dass ein Betreuungsgericht die Zwangsmaßnahme genehmigt hat.

Mit der rechtsgültigen Änderung des §1906 BGB ab dem 26.02.2013 war somit unter Beachtung der konkretisierten Voraussetzung wieder eine Zwangsbehandlung im Rahmen einer betreuungsrechtlichen Unterbringung möglich.

#### 1.5 Eine Vergleichsstudie zum Zusammenhang von Zwangsbehandlung und der Häufigkeit aggressiver Vorfälle und Zwangsmaßnahmen aus Süd-Baden-Württemberg

E. Flammer und T. Steinert [38] untersuchen die Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitseinschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen. Diese wird ausführlicher zitiert, da sie als einzige bisher vorliegende Untersuchung als Vergleichsstudie zu der unsrigen herangezogen werden kann. Vom Design ist die Untersuchung von Flammer eine retrospektive Untersuchung der Situation zwischen Juni 2012 und Februar 2013. Die Untersuchung beschränkt sich auf „psychotische Patienten“. Gemeint sind hierbei Patienten mit den Diagnosen schizophrener und bipolar manischer Störungen.

Herangezogen werden die genannten Patienten der sieben Klinikstandorte in Süd Baden-Württemberg. Als Kontrollzeitraum wird ein Zeitraum mit der Möglichkeit zur

Zwangsmedikation vor den Urteilen des Bundesverfassungsgerichtes und des Bundesgerichtshofs gewählt. Es handelt sich um den Kontrollzeitraum Juni 2011 bis Februar 2012.

Die Autoren führen diagnosengeleitet einerseits eine Querschnittanalyse, andererseits eine Längsschnittanalyse durch. Bei der Querschnittanalyse handelt es sich um einen Vergleich aller Patienten und Behandlungsfälle der beiden Behandlungszeiträume. Bei der Längsschnittanalyse werden Patienten untersucht, die sich in beiden Behandlungszeiträumen in Behandlung eines der sieben Klinikstandorte befanden hatten.

#### 1.5.1 Die Querschnittsuntersuchung

Bei der Querschnittanalyse, die alle Patienten und Behandlungsfälle der beiden Untersuchungszeiträume vergleicht, wurden im Kontrollzeitraum 2011/2012 954 Patienten und 1318 Behandlungsfälle eingeschlossen. Hierbei fanden 15,3 % auf unfreiwilliger Behandlungsgrundlage statt. Im Zeitraum 2012/2013, also der Periode der nicht zugelassenen Zwangsmedikation, wurden 950 Patienten und 1326 Behandlungsfälle eingeschlossen. Hier lag bei 12,4 % eine unfreiwillige Behandlungsgrundlage vor. Insgesamt handelte es sich bei 93,36 % um schizophren Erkrankte und bei 6,4 % um manische Patienten.

Flammer und Steinert kommen bei der Querschnittanalyse zu folgenden Ergebnissen: Die Behandlungsfälle mit Zwangsmaßnahmen nehmen nicht signifikant von 13,4 % auf 14,3 % im Zeitraum der nicht zugelassenen Zwangsbehandlung zu. Die absolute Anzahl von Zwangsmaßnahmen nimmt im Vergleichszeitraum der nicht zugelassenen Zwangsbehandlung um 39,8 % signifikant zu (1018 Fälle vs. 728 Fälle). Allerdings nimmt auch die durchschnittliche Dauer einer Zwangsmaßnahme in diesem Zeitraum signifikant um 32,8 % ab (6,1 Stunde vs. 8,1 Stunde). Die Fälle, bei denen Medikationen mit physischem Zwang verabreicht werden mussten, nehmen ebenfalls signifikant in der Phase der nicht zugelassenen Zwangsmedikation ab, von 3 % in der Kontrollphase auf 1,8 % in der Untersuchungsphase. Die Anzahl aggressiver Handlungen steigen hingegen in der Untersuchungsphase um 45 % und damit signifikant (513 Fälle vs. 352 Fälle). Auch die Schwere der Aggressivität, bezogen auf alle Behandlungsfälle, nimmt signifikant und um 53,3 % zu.

Zusammenfassend können die Ergebnisse der Querschnittsanalyse eine signifikante Zunahme der Zwangsmaßnahmen, einen deutlich signifikanten Anstieg aggressiver Handlungen und eine signifikante Zunahme der Schwere der Aggressivität während der Phase der nicht zugelassenen Zwangsmedikation belegen. Ebenfalls signifikant sind in dieser Phase der Rückgang der durchschnittlichen Dauer einer Zwangsmaßnahme sowie die signifikante Abnahme von Medikation unter physischem Zwang.

#### 1.5.2 Die Längsschnittuntersuchung

Bei der Längsschnittuntersuchung, bei der Patienten verglichen werden, die in beiden Behandlungszeiträumen in Behandlung waren, konnten 218 Patienten eingeschlossen werden. Im Zeitraum der zugelassenen Zwangsbehandlung 2011 bis 2012 wurden 337 Behandlungsfälle registriert, wovon 13,7 % auf unfreiwilliger Behandlungsgrundlage stattfanden. Im Zeitraum der nicht zugelassenen Zwangsbehandlung 2012 bis 2013 handelte es sich um 270 Fälle, wobei 11,0 % auf unfreiwilliger Behandlungsgrundlage stattfanden. Auch hier überwiegen die schizophrenen Patienten sehr deutlich mit 97,2 %. Die manisch bipolar erkrankten Patienten liegen bei 2,8 % der Behandlungsfälle.

Signifikant zu nimmt die absolute Zahl von Zwangsmaßnahmen in der Phase der nicht zugelassenen Zwangsmedikation (359 Fälle) im Vergleich zur vorangegangenen Phase (160 Fälle) um 124,4 %. Dieses Ergebnis korrespondiert mit der Zunahme der Zwangsmaßnahmen pro Fall, die sich ebenfalls signifikant, und zwar um 40 %, erhöht.

Die durchschnittliche Dauer einer Zwangsmaßnahme nimmt um 39,4 % signifikant ab, sie dauerte in der Dauer der zugelassenen Zwangsmedikation 9,4 Stunden und in der Phase der nicht zugelassenen Zwangsmedikation 5,7 Stunden.

Hingegen nimmt die Quote der Medikation, die mit physischem Zwang verabreicht wird, nicht signifikant ab, sie lag in der Kontrollphase bei 2,7 %, in der Phase der nicht zugelassenen Zwangsmedikation bei 2,2 %.

Signifikant steigen die aggressiven Handlungen an, und zwar um 128 % (Kontrollphase 89, Phase der nicht zugelassenen Zwangsmedikation 203 Vorfälle). Die durchschnittliche Anzahl von Aggressionen pro Behandlungsfall steigt ebenfalls signifikant an, und zwar um 44,4 % (0,27 vs. 0,39). Ebenso nimmt die Schwere der Aggressivität bezogen auf alle Fälle signifikant zu, um 53,3 %

Die Verweildauer aller Patientin in stationärer Behandlung nimmt in der Phase nicht zugelassener Zwangsmedikation nicht signifikant von 26,9 auf 23,8 Tage ab. Hingegen nimmt die Verweildauer der Patienten, bei denen Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden mussten, nicht signifikant und leicht von 37,0 Tagen auf 38,3 Tage zu.

Zusammenfassend können Flammer und Steinert also beim Vergleich der Längsschnitt-Patienten, die sich während beider Phasen in Behandlung befanden, feststellen, dass die absolute Zahl von Zwangsmaßnahmen, die Zwangsmaßnahmen pro Behandlungsfall, die Anzahl aggressiver Handlungen, die Anzahl von Aggressionen pro Behandlungsfall und die Schwere der Aggressivität, bezogen auf alle Fälle, signifikant in der Phase der nicht zugelassenen Zwangsmedikation angestiegen sind.

Hingegen ist die durchschnittliche Dauer einer Zwangsmaßnahme signifikant reduziert worden.

## 1.6 Fragestellung der eigenen Untersuchung

Die Änderung der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes verunmöglichte ab dem 20. Juni 2012 die Zwangsbehandlung psychisch Kranker zu Gänze. Mit der Konkretisierung und Änderung der Gesetzgebung zum § 1906 BGB zum 26. Februar 2013 wurden Zwangsbehandlungen unter streng definierten Voraussetzungen wieder möglich. Mit diesem unfreiwilligen naturalistischen Experiment ergab sich die Möglichkeit, retrospektiv Indizien für den bis dato postulierten Zusammenhang zwischen Zwangsbehandlung auf den geschlossenen Stationen und dem Auftreten von gewaltsamen Übergriffen zu studieren und systematisch zu erfassen. Dies ist Inhalt dieser Arbeit. Die Fragestellung ist folglich:

- Ist eine Veränderung der Zwischenfälle und Gewalt auf den Stationen der Akutpsychiatrie abbildbar?
- Sind Veränderungen abhängig von der jeweiligen rechtlichen Lage zur Zwangsbehandlung erkennbar?

## 2 Material und Methodik

### 2.1 Messinstrumente:

### 2.1.1 „Dokumentation Besondere Vorkommnisse“

Am Klinikum München-Ost gibt es eine seit Jahren etablierte besondere Dokumentation über „Besondere Vorkommnisse“, die standardisiert bei entsprechenden Ereignissen von den beteiligten Beschäftigten ausgefüllt werden muss. Das Formular wird von Mitarbeitern nach Rücksprache mit der Bereichspflegedienstleitung bzw. falls außerhalb der regulären Dienstzeit mit dem diensthabenden Pflegedienstleiter ausgefüllt (siehe Abbildung „Dokumentation Besondere Vorkommnisse“ im Anhang).

Erfasst werden in dieser Dokumentation zunächst die Rahmendaten des besonderen Vorkommnisses, nämlich die Station, das Datum, die Uhrzeit, der beteiligte Patient bzw. der Verursacher des besonderen Vorkommnisses sowie die diensthabenden Mitarbeiter und ihre Vorgesetzten. Dann wird das besondere Vorkommnis definiert nach einer standardisierten Ankreuzskala, die die besonderen Vorkommnisse Suizid (Versuch oder vollendet), Feuer, Razzia, schwerer Diebstahl, Körperverletzung, Sexualstraftat, Sprengstoffanschlag, Drogenhandel, Sachbeschädigung, tätliche Auseinandersetzung mit Körperverletzung (Patient vs. Personal, Patient vs. Patient), Katastrophenfall, Einbruch und Sonstiges beinhaltet. Anschließend wird der Vorfall bezüglich der Alarmierung, der Beteiligten, der Hilfestellung, des Ortes des Geschehens und der Folgen dieses besonderen Vorkommnisses erfasst. Bei der Alarmierung wird differenziert, ob oder ob nicht Alarm ausgelöst wurde. Falls Alarm ausgelöst wurde, wird differenziert, ob dieser durch Telefonat, durch den bestehenden Alarmgeber oder durch Reißleinenabzug ausgelöst wurde. Die Alarmierungsarten unterscheiden sich in ihrer Tragweite wesentlich und sind dem Personal bekannt.

Bei der Alarmierung durch ein Telefonat wird lediglich das telefonische Gegenüber alarmiert, bei Alarmgeberalarm erfolgt eine Alarmierung der umliegenden Krankenstationen, beim Reißleinenabzugsalarm wird zusätzlich der externe Sicherheitsdienst mit alarmiert.

Bei der Frage nach den Beteiligten werden unter Möglichkeit der Mehrfachantwort Mitpatienten, Pflege, Arzt oder andere Personen differenziert. Bei der Frage nach der Hilfestellung werden unter Möglichkeit der Mehrfachantwort die Pflege, der forensische Sicherheitsdienst, das Notfallteam (C-Team), das multiprofessionelle Team (MPT), die Polizei, die Feuerwehr oder sonstige erfasst.

Als Folgen des besonderen Vorkommnisses können die Fixierung, der Tod, körperlicher Schaden von Patient, Personal oder anderen Personen, die Verlegung innerhalb der Klinik oder außerhalb der Klinik, die notwendige ärztliche und psychologische Versorgung des Personals, die Dienstinfähigkeit des Personals, Evakuierung der Station oder Sonstiges erfasst werden.

### 2.1.2 Krankenakte, Krankengeschichte und Verbandsbuch

Epidemiologische und diagnostische Daten werden anhand der Identifizierung des beteiligten Patienten des „Besonderen Vorkommnisses“ über die Aufnahme Nummer mittels der dann identifizierten Krankenakte nacherfasst. (s. *Anhang Abbildung Erhebungsinstrument „Auswertung Skala“*)

Ebenso wird das im Formular „Besonderes Vorkommnis“ gemeldete Ereignis anhand der Verlaufsdokumentation der geführten Krankengeschichte und der Vorberichte als Einzelfalluntersuchung nachuntersucht. Bei Unklarheiten der Meldung wurde eine Nachschau im „Verbandsbuch“ der Station (im Klinikalltag auch „Standbuch“ genannt) durchgeführt, das jede Station aus arbeitsschutzrechtlichen Gründen führen muß.

Jedes einzelne gemeldete „Besondere Vorkommnis“ wird somit im Rahmen unserer Untersuchung einer Analyse hinsichtlich der Anamnese, der Unterbringungsart, des

Vorgeschehens, der Motive und der soziokulturellen und medizinischen Hintergründe entsprechend einer literaturgestützten Faktorenskala unterzogen (s. *Abbildung im Anhang*). Diese Faktorenskala erfasst neben den üblichen epidemiologischen Daten die anamnestischen Daten, so die Frage nach Auffälligkeiten bezüglich Alkohol- oder Drogenabusus in der Anamnese, Suizidalität, Impulsivität, Gewalt, Traumatisierung, fehlende soziale Unterstützung oder soziale Destabilisierung sowie vorangegangene Zwangsbehandlungen.

Bei den patientenbezogenen Daten werden die stationären Voraufenthalte, die Diagnosen, die Frage nach der rechtlichen Unterbringung als Aufnahmearbeit, die Frage, ob es sich um eine Ersterkrankung handelt und die Dauer des Aufenthaltes vor dem Zwischenfall erfasst. Des Weiteren wird anamnestisch erfasst, ob es sich um Migranten, Flüchtlinge oder Asylbewerber handelt und ob eine Sprachbarriere besteht.

Bei der Analyse des Zwischenfalls werden anhand der Dokumentation der Krankengeschichte die Risikofaktoren erfasst, ob der Betroffene unmittelbar vor oder zu dem Zwischenfall provozierte, verbal oder physisch aggressiv war, ob eine akute Alkoholisierung oder Drogenintoxikation vorlag, ob es sich um akute Suizidalität handelt, der Betroffene unbehandelt war oder eine adäquate Behandlung verweigerte, ob dem Zwischenfall unmittelbar voraus eine Wachbereichspflicht, eine Isolation oder eine Fixierung vorangegangen war.

Des Weiteren werden die wissenschaftlich erforschten psychopathologische Auffälligkeiten erfasst, die in Zusammenhang mit erhöhter Aggressivität stehen können. Hierbei handelt es sich um Agitiertheit, Reizbarkeit, Impulsivität, Hostilität, Verwirrtheit, kognitiv-mnestische Einbußen und produktiv-psychotische Symptome.

### 2.1.3 Operationalisierung der Begriffe in Anamnese und Psychopathologie

Die Begriffe werden absichtlich weit gefaßt, da die Dokumentationen oft recht unspezifisch sind.

Untersucht wurde der problematische Alkoholkonsum in der Anamnese. Hierbei wurde jeder Alkoholkonsum über den sozial üblichen Rahmen erfasst. Dieses Item enthält also sowohl Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch entsprechend der ICD-10-Diagnosen [61] und anderweitige Auffälligkeit wegen Alkohol im Übermaß. Übermaß entspricht hierbei dem WHO-Kriterium bei Männern über 40 Gramm, bei Frauen über 20 Gramm reinen Alkohol pro Tag.

Auch Drogenkonsum in der Anamnese ist in dieser Untersuchung nicht gleichzusetzen mit Drogenabhängigkeit oder dem ICD-Kriterium [61] eines schädlichen Gebrauchs von Drogen. Drogenkonsum wird als Konsum von Drogen jeglicher Art in der Krankheitsvorgeschichte ohne Berücksichtigung des Konsummusters oder des Zeitkriteriums definiert, um eine möglichst große Berücksichtigung dieses Items erreichen zu können.

Anamnestisch stattgefundene Suizidalität wurde als jegliche Dimension von Suizidalität des passiven oder aktiven Modus festgelegt und beinhaltet deswegen Suizidalität von passivem Todeswunsch über Suizidgedanken bis hin zum stattgefundenen Suizidversuch. Bei der Berücksichtigung des Items „akute Suizidalität“ wurden jegliche psychopathologisch verwertbaren suizidalen Äußerungen und Verhaltensweisen im Vorfeld des „besonderen Ereignis“ zusammengefasst.

Impulsivität als anamnestischer und psychopathologischer Risikofaktor wurde anhand des beschriebenen überschießend-reaktiven, unüberlegten, unerwarteten und plötzlichen Verhaltens [62] definiert. Anamnestisch wurde Impulsivität auch als vorhanden gewertet,

wenn sie als notwendige Krankheitsentität der Vordiagnose (z.B. emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ, ADHS o.a.) zwingend vorhanden sein muss.

Anamnestisch ausgeübte Gewalt gegen die personelle oder sächliche Umgebung musste als solche in der Anamnese des Patienten beschrieben worden sein, um als positiv gewertet werden zu können.

Soziale Destabilisierung als anamnestischer Risikofaktor wurde definiert als gravierender, evtl. existenziell bedrohender Wegfall persönlicher, familiärer, sozialer oder finanzieller Unterstützung sowie Entwurzelung oder Heimatlosigkeit.

Anamnestische Zwangsbehandlungen jeglicher Art mussten als solche in der Krankenanamnese explizit erwähnt worden sein, um als solche positiv erfasst werden zu können. Zwangsbehandlungen umfassen sämtliche Behandlungen gegen oder ohne den Willen des Patienten.

Bezüglich der Sozialisierung wurden Migranten der ersten Generation definiert. Als Migranten erster Generation werden diejenigen Personen definiert, die außerhalb des deutschen Staatsgebietes geboren sind und ihren Lebens- und Arbeitsschwerpunkt nach Deutschland gelegt haben.

Die Gruppe der Asylbewerber und Flüchtlinge werden in dieser Studie zusammengefasst, da diese Gruppen nicht immer trennscharf erfasst werden können. Asylbewerber sind Menschen, die auf deutschem Staatsgebiet einen Antrag auf Asyl gestellt haben oder als anerkannte Asyl-Berechtigte entsprechende Leistungen erhalten. Flüchtlinge hingegen umfassen sämtliche aus ihren Ursprungsländern geflohenen Menschen unabhängig der jeweiligen Fluchtursache oder der Legitimität des Aufenthaltsstatus oder der Leistungsberechtigung. Hier finden sich auch die Menschen mit Duldungsstatus.

Bei der Analyse der Aggressivität wurde zunächst zwischen verbaler und physisch-körperlicher Aggressivität beim Geschehen sowie die Aggressionsrichtung gegen Personal, Mitpatienten oder Sonstige unterschieden. Dann erfolgte eine Zusammenfassung der verbalen Aggressivität ohne Berücksichtigung der Richtung sowie eine Zusammenfassung der physischen Aggressivität, ebenfalls ohne Unterscheidung der Richtung, um einen Überblick über den Schweregrad der Aggressivität im Sinne von „Hands off“ oder in „Hands on“ Aktionen zu gewinnen. Im Anschluss erfolgt eine zusammenfassende Darstellung des aggressiven Verhaltens insgesamt, der dann der klinischen Gewichtung des psychologischen Elements „Aggressivität“ entspricht.

Der Begriff Agitiertheit, der sich in der Literatur findet, wurde infolge fehlender Definition im Sinne des international verbindlichen AMDP-Systems [58] als Antriebssteigerung und motorische Unruhe definiert und entsprechend weit gefasst. Er beinhaltet somit den Zustand gesteigerter und ungerichteter, unkontrollierter motorischer Aktivität bis hin zu Zunahme von Energie, Initiative und zielgerichteter Tätigkeit, ohne dass sich der Betroffene von Hinderungsgründen, Gegenargumenten oder gar negativen Folgen beeindrucken ließe. [vgl. 62]

Reizbarkeit wurde in unserer Untersuchung im psychopathologischen Sinn erfasst und umfasst somit im Sinne der Irritabilität die übernormal veränderte Fähigkeit zur Reizbeantwortung von Einwirkungen aus der Umwelt oder von Veränderungen im eigenen Organismus [59, 60].

Feindseligkeit wird in dieser Untersuchung im Sinne des durch die AMDP vorgegebenen Hostilitätssyndroms erfasst [58]. Dieses Syndrom besteht aus einem Zusammentreffen von Misstrauen, Dysphorie, Gereiztheit, Aggressivität, Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an

Krankheitseinsicht und Ablehnung der Behandlung und wird entsprechend psychopathologisch als Hostilität oder Feindseligkeit beschrieben.

Bei den Begriffen Verwirrtheit und delirante Symptomatik wurde im Sinne des „Psychoorganischen Syndroms“ der AMDP [58] definiert. Dieses Syndrom umfasst ein Zusammentreffen von Symptomen der Bewusstseinsveränderung, der Orientierungsstörung, der Konfabulation und der Störung von Auffassung, Konzentration, Gedächtnis und Wahrnehmung jeglichen Ausmaßes.

Psychopathologisch relevante kognitive Einbußen entsprechen in dieser Untersuchung den AMDP-Symptomen [58] der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, also den Störungen von Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis.

Unter dem Item „Produktiv-Psychotisch“ werden in dieser Studie die psychopathologisch relevanten halluzinatorischen und wahnhaften Auffälligkeiten zusammengefasst. Hier finden sich die AMDP-Symptome [58] Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahngedanken, Wahnthemen jeglicher Art und Dynamik und von Sinnestäuschungen in Form von Halluzinationen jeglicher Sinnesqualität.

Das Kriterium „Verweigerung adäquater Behandlung“ wird in dieser Untersuchung definiert als intermittierende oder teilweise Non-Adhärenz durch den Patienten gegenüber der vom Arzt empfohlenen oder angesetzten medikamentösen Behandlung. Dieses Item ergibt sich aus der Verlaufsdokumentation in der Krankengeschichte und der Nachschau im Medikationsbogen, in dem auch die Nichteinnahme einzelner Medikamente dokumentiert wird.

## 2.2. Untersuchungszeitraum und Phaseneinteilung

Als Untersuchungsjahre werden die Jahre 2012 und 2013 und die hierbei während der gesamten Jahre erfassten „Besonderen Vorkommnisse“ gewählt. Mit den markanten Eckdaten des Bundesgerichtshof-Urteil vom 20. Juni 2012 und der rechtsgültigen Änderung des §1906 BGB durch den Bundestag zum 26. Februar 2013 können somit die beiden Jahrgänge 2012 und 2013 in drei völlig verschiedene Phasen unterteilt werden:

Phase 1 umfasst die Zeit von 01.01.2012 bis zum 19.06.2012. Dies ist die Zeit vor dem Bundesgerichtshof-Urteil vom 20. Juni 2012, das jegliche Form der Zwangsbehandlung von psychisch Kranken verunmöglichte. Phase 1 ist somit eine Phase, bei der zwar im Bezug auf den Maßregelvollzug ein juristisches Hintergrundrauschen rund um die Zwangsbehandlung auf Grund der Einschätzung des Bundesverfassungsgerichtes vernehmbar war, während der aber in der Versorgungspsychiatrie weiterhin, insbesondere bei Patienten, die nach dem Betreuungsrecht untergebracht waren, auch Zwangsbehandlungen vorgenommen werden konnten. In der Phase 1 waren somit Zwangsbehandlungen möglich und sie umfasst damit die Wochen 1 bis 25.

Die Phase 2 reicht vom 20.06.2012 bis zum 25.02.2013 und umfasst somit die Zeit unmittelbar nach dem Bundesgerichtshof-Urteil vom 20. Juni 2012 und reicht bis zum Vorabend der rechtsgültigen Änderung des §1906 BGB durch den Bundestag bzw. deren Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt. Die Phase 2 ist somit gekennzeichnet durch die Feststellung der fehlenden Rechtsgrundlage jeglicher Zwangsgrundlage nach dem Betreuungsrecht. Während der Phase 2 waren weder im Maßregelvollzug, noch nach dem Betreuungsrecht, noch nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz Rechtsgrundlagen vorhanden, die eine Zwangsbehandlung psychisch Erkrankter rechtfertigen konnten. Somit war in der Phase 2 keine Zwangsbehandlung möglich, die außerhalb eines medizinischen akuten Notstandes erfolgen sollte und umfasst somit die Wochen 26 bis 60.

Die Phase 3 reicht vom 26.02.2013 bis zum 31.12.2013 und umfasst die Zeit nach der rechtsgültigen Änderung des §1906 BGB durch den Bundestag. Die Phase 3 ist dadurch gekennzeichnet, dass nunmehr die Zwangsbehandlung im Rahmen des Betreuungsrechts juristisch geregelt und unter klaren, eng gesetzten gesetzlichen Voraussetzungen legitimiert werden konnte. Die Zwangsbehandlung von Personen, die nach den Landesunterbringungsgesetzen in die Psychiatrie verbracht wurden, war weiterhin nicht möglich und umfasst die Wochen 61 bis 105 des Gesamtuntersuchungszeitraumes.

Als Grundlage der Untersuchung dienen neben den erwähnten besonderen Vorkommnissen und den Dokumentationen der Krankengeschichte, die mit den erwähnten Messinstrumenten untersucht werden, die Patientendaten aus dem Klinikum München-Ost. Daraus ergeben sich die wöchentlichen Anzahlen von Vorfällen für die Jahre 2012 und 2013. Der Zeitraum wurde wie zuvor erwähnt in 3 Phasen aufgeteilt.

## 2.3 Statistische Methoden

### 2.3.1 Kopplungsanalysen

Entsprechend der Fragestellung, die den Einfluss der gravierenden Erschwernis der Zwangsbehandlung auf die psychiatrische Versorgung zum Gegenstand hat, wird die Kopplung von Aggressivität und mangelhafter medikamentöser Behandlung untersucht. Hierzu werden die jeweiligen Populationsgruppen im Sinne einer Schnittmenge gekoppelt (Variable a und Variable b), in Bezug zu den 3 komplementären Gruppen (1. Nur Variable a, 2. Nur Variable b, 3. Weder Variable a noch Variable b) gesetzt und entsprechend der definierten Phasen weitergegliedert. Im Einzelnen sind dies der Zusammenhang zwischen Nicht-Behandlung mit gleichzeitigem Auftreten von Aggressivität und nicht adäquat Behandelten mit gleichzeitigem Auftreten von Aggressivität,

### 2.3.2 Regressionsanalyse mittels Poisson-Modell

Die statische Auswertung wurde unter Unterstützung durch Prof. Dr. H. Küchenhoff und Frau Minh A. Le vom Statistischen Beratungslabor des Institutes für Statistik der LMU München durchgeführt.

#### 2.3.2.1 Datensituation

Im Rahmen dieser Analyse liegen zwei Datensätze vor. Der erste Datensatz umfaßt nur die besonderen Vorkommnisse in 2012 und 2013. Dieser Datensatz umfasst die tatsächlichen Ereignisse der besonderen Vorkommnisse in den Jahren 2012 und 2013. Die Anzahl der Beobachtungen „Besondere Vorkommnisse“ sind 331. Die statistische Analyse wurde sowohl für die Gesamtzahlen, als auch für ausgewählte Typen von Vorfällen bzw. für Subgruppen durchgeführt.

Der Kontroll-Datensatz umfasst alle Patienten des Klinikums in den Jahren 2012 und 2013, also alle behandelten Patienten unter Berücksichtigung der jeweiligen Aufnahmen und Entlassungen. Diese Daten dienen als Kontrolldaten zur Risiko-Population. Anhand der Kontrolldaten konnte man feststellen wie viele Patienten insgesamt in jeder Woche im Krankenhaus waren, d.h. Patienten mit dem Risiko zum Auslösen eines „Besonderen Vorkommnisses“ waren. Die Anzahl der Beobachtungen ist 29759.

### 2.3.3.2 Modelle und Modellansatz

Für die deskriptive Analyse werden die Datensätze getrennt betrachtet. Für die Modellierung des Zusammenhangs wurde ein neuer Datensatz auf Wochenbasis generiert.

Im Folgenden werden nur die Variablen vorgestellt, die in der Modellbildung benötigt werden.

**Tab. 1: Variablen Poisson-Modell**

	Variable	Erklärung
1	Woche	Die Jahre 2012 und 2013 lassen sich in 105 Wochen (sieben Tage, Montag bis Sonntag) unterteilen. Mit Ausnahme Woche 1. Diese beginnt am Sonntag, dem 01.01.2012 und hat somit acht Tage. Woche 105 endet am Dienstag, dem 31.12.2013, und umfasst daher nur zwei Tage.
2	Phase	Gibt an, zu welcher Phase eine Woche zugeordnet wird (1, 2, 3). Phase 1 beginnt am 01.01.2012, Phase 2 am 20.06.2012 und Phase 3 am 27.02.2013. Woche 25 liegt in Phase 1 und 2. Da sie aber mehr Tage der Phase 2 enthält, wird sie zu Phase 2 gezählt. Woche 61 gehört zu Phase 2 und 3. Da sie mehr Tage der Phase 3 enthält, wird sie zu Phase 3 gezählt.
3	N_besV	Gibt die Anzahl der besonderen Vorkommnisse in jeder Woche an.
4	N_besV_w	Stehen analog zu Zeile 3 für Anzahl besonderer Vorkommnisse in jeder Woche bezogen auf weiblich, männlich, die Diagnose F2 und die Diagnosenkombination F1F2
5	N_besV_m	
6	N_besV_F2	
7	N_besV_F1F2	
8	N_Risikopopulation_end_woche	Gibt die Anzahl der Risikopopulation an, die am Ende jeder Woche vorliegen. Für jede Woche wurden zunächst die Anzahl der Aufnahmen bzw. Entlassungen der ganzen Woche berechnet. Anschließend wurde die Differenz gebildet. Somit ergibt sie die Anzahl der Risikopopulation am Ende jeder Woche
9	N_Risikopopulation_end_woche_w	Stehen analog zur Zeile 8 für Anzahl der Risikopopulation in jeder Woche bezogen auf weiblich, männlich, Diagnose F2 und Diagnosenkombination F1F2
10	N_Risikopopulation_end_woche_m	
11	N_Risikopopulation_end_woche_F2	
12	N_Risikopopulation_end_woche_F1F2	

Um den Zusammenhang zwischen der Gesetzesänderung und der Anzahl der besonderen Vorkommnisse zu modellieren, wird an die Daten ein Poisson-Modell mit Überdispersion mit der Variable „Phase“ als Einflussgröße angepasst.

Es wurden 4 Modelle berechnet ( $i=1, 2, 3, 4$ ), die die Gesamtzahl der Besonderen Vorkommnisse ( $i=1$ ), die Besonderen Vorkommnisse bei Frauen ( $i=2$ ), die Besonderen Vorkommnisse bei der Diagnose einer Schizophrenie (ICD-10 F2) ( $i=3$ ) und die Besonderen Vorkommnisse bei der Diagnosenkombination Abhängigkeit (ICD-10 F1) und Schizophrenie (ICD-10 F2) ( $i=4$ ) berücksichtigen.  $N_{Ei}$  steht abkürzend für die Anzahl der Ereignisse in der Subpopulation  $i$ .  $N_{Ri}$  steht für die zugehörige Risikopopulation  $i$  entsprechend der Variablen 13-17 (s. Tabelle oben). Die Risikopopulation  $i$  wird als Offset in die Modulierung mit einbezogen.

Damit ergibt sich folgende Modellgleichung:

$$\frac{E(N_{E_i})}{N_{R_i}} = \exp(\beta_0 + \beta_1(\text{Phase}))$$

Abb 1: Modellgleichung

Die Parameter  $\beta_0$  und  $\beta_1(\text{Phase})$  geben dabei die aus den Daten zu schätzenden Co-Effizienten für die Merkmale an. Die Werte werden über die Quasi-Maximum-Likelihood-Schätzung bestimmt. Die „Phase“ ist ein kategoriales Merkmal, weshalb sie im Bezug auf ihre Referenzkategorie interpretiert werden muss. Als Referenzkategorie wurde die „Phase 1“ gewählt. Weiterhin ist zu beachten, dass die Wirkung der geschätzten Parameter im Poisson-Modell multiplikativ auf die Anzahl der Ereignisse ist.

Die Poisson-Verteilung wird üblicherweise für Zähldaten, die hier die Anzahl der Ereignisse sind, verwendet. Da für die Analyse des Zusammenhangs zwischen der Phase und der Anzahl der Ereignisse eigentlich das Verhältnis der Anzahl der Ereignisse zur vorliegenden Risikopopulation betrachtet wird, wird das Merkmal „Risikopopulation“ als Offset aufgenommen. Außerdem wird ein Modell mit Überdispersion angenommen, da in den Daten eine größere Streuung vorliegt, als in einem Poisson-Modell ohne Überdispersion modelliert werden würde.

Die Modelle wurden auf Basis von 105 Wochen, die sich über die Jahre 2012 und 2013 erstreckten, konstruiert. Die 105 Berechnungswochen entsprechen dabei realen 731 Tagen, da das Jahr 2012 ein Schaltjahr war und somit 366 Tage berechnet werden müssen.

### 3. Auswertung und Ergebnisse

#### 3.1. Häufigkeit der Zwischenfälle

In den 731 Tagen der Jahre 2012 und 2013 wurden insgesamt 331 „Besondere Vorkommnisse“ auf den Akutstationen des Isar-Amper-Klinikums München-Ost registriert. In der Phase 1, die vom 01.01. bis zum 19.06.2012 142 Tage umfasst, ereigneten sich 48 „Besondere Vorkommnisse“. Dies entspricht 0,279 Zwischenfällen pro Tag.

In der Phase 2, die vom 20.06.2012 bis zum 25.02.2013 251 Tage dauerte, und die Phase der verunmöglichten Zwangsbehandlung darstellt, ereigneten sich 100 „Besondere Vorkommnisse“. Dies entspricht 0,398 Zwischenfällen pro Tag.

In der Phase 3, bei der unter klar definierten und hochschwelligten Bedingungen wieder die Zwangsbehandlung nach dem Betreuungsrecht möglich wurde, und die vom 26.02. bis zum 31.12.2013 mit 308 Tagen erfasst wurde, ereigneten sich 183 „Besondere Vorkommnisse“, dies entspricht 0,594 Zwischenfällen pro Tag.

Tab.2: Darstellung Phasen und Ereignisse

	Phase 1	Phase 2	Phase3
Dauer	1.1.2012 – 19.6.12	20.6.2012. - 25.2.13	26.2.2013 - 31.12.13
Anzahl Tage	72	251	308
Ereignisse gesamt	48	100	183
Ereignisse/Tag	0,279	0,398	0,594

Schon bei dieser einfachen Untersuchung ist zu verzeichnen, dass die Anzahl der „Besonderen Vorkommnisse“ nach der Erschwerung der Zwangsbehandlung ansteigen.

### 3.2 Ergebnisse der Poisson-Modelle

Bei der Poisson-Regressanalyse wurden vier Modelle gebildet, deren Ergebnisse nachfolgend dargestellt werden.

#### 3.2.1 Modell „Besondere Vorkommnisse“

Im Modell 1 wird die Anzahl der besonderen Vorkommnisse insgesamt gewertet.

Für das Modell 1 ergibt sich die Interpretation, dass die Anzahl der besonderen Vorkommnisse in Phase 2 gegenüber Phase 1 bei Festhalten aller anderen Einflussgrößen im Schnitt um den Faktor  $\exp(0,46) = 1,58$  höher ist. Analog die Anzahl der besonderen Vorkommnisse in der Phase 3 gegenüber Phase 1 um den Faktor  $\exp(0,78) = 2,19$  höher ist. Entsprechend des Poisson-Modells für die Anzahl der „Besonderen Vorkommnisse“, wobei die Referenzkategorie die Phase 1 ist, übersteigt der Wert der Ereignisse der „Besonderen Vorkommnisse“ in der Phase 2 den Erwartungswert um 1,58, die Anzahl der „Besonderen Vorkommnisse“ in der Phase 3 den Erwartungswert um 2,19-fache.

Tab 3: Ergebnisse Poisson Bes VK 1

$$\frac{E(N_{besV})}{N_{Risikopopulation\_end\_week}} = \exp(\beta_0 + \beta_1(Phase))$$

	Koeffizient	exp(Koeffizient)	Standardfehler	t-Wert
(Intercept)	-6.28	0.00	0.17	-35.97
Phase2	0.46	1.58	0.21	2.18
Phase3	0.78	2.19	0.20	4.01

Der über den F-Test bestimmte P-Wert ist mit 0,00016 hoch signifikant.

über F-Test bestimmter p-Wert

	p-Wert
Phase	0.00016

Das heißt, es ist ein deutlicher und statistisch hoch signifikanter Anstieg der „Besonderen Vorkommnisse“ nach Erschwerung der Möglichkeit zu Zwangsbehandlung zu verzeichnen, der auch nach der erschwerten Wiederzulassung der Zwangsbehandlung in Phase 3 anhält und sogar nochmals zulegt.

#### 3.2.2 Modell „Personen weiblichen Geschlechts“

Im Modell 2 wird die Poisson-Berechnung in Hinblick auf die Zielvariable „weiblichen Personen“ angelegt. Hierdurch wird untersucht, ob durch eine eventuelle die Überrepräsentanz des weiblichen Geschlechts in einer der Phasen, der Risikofaktor „männliches Geschlecht“ in der Population der „Besonderen Ereignisse“ im Vergleich zu der Gesamtrisikopopulation reduziert war und zu einer veränderten Ausgangslage geführt hat.

Die Poisson-Berechnung ergibt, dass die Anzahl der „Besonderen Vorkommnisse“ mit der Zielvariable „weibliches Geschlecht“ in der Population der „Besonderen Ereignisse“ im

Vergleich zur Phase1 in der Phase 2 den Erwartungswert um 1,43, der in der Phase 3 den Erwartungswert um 2,12 übersteigt. Somit liegen die Anzahl der Patienten mit weiblichem Geschlecht in der Phase 2 mit dem Faktor 1,43 und in der Phase 3 mit dem Faktor 2,12 über dem Erwartungswert.

Tab 4: Ergebnis des Poisson-Modells 2

$$\frac{E(N_{besV\_w})}{N_{Risikopopulation\_end\_week\_w}} = \exp(\beta_0 + \beta_1(Phase))$$

	Koeffizient	exp(Koeffizient)	Standardfehler	t-Wert
(Intercept)	-6.40	0.00	0.24	-26.87
Phase2	0.36	1.43	0.29	1.23
Phase3	0.75	2.12	0.27	2.80

Der über den F-Test bestimmte P-Wert ist mit 0,00939 signifikant. Somit haben wir eine statistisch signifikant größere Anzahl weiblicher Patienten in den Phasen 2 und 3 mit aggressivem Verhalten vorliegen.

### 3.2.3 Modell „Schizophrene Störungen“

Im Modell 3 wird das Poisson-Modell in Hinblick auf die Zielvariable Vorhandensein der Diagnose einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis ICD-10 F2 angelegt. Das Vorliegen einer schizophrenen Störung ist ein Prädiktor für Gewalttätigkeit.

Die Berechnungen des Poisson—Modells Nummer 3 ergeben, dass die Anzahl der aufgenommenen Patienten mit der Zielvariablen „Schizophrene Störung ICD-10 F2“ im Vergleich zur Phase1 in der Phase 2 den Erwartungswert um 1,55, der in der Phase 3 den Erwartungswert um 2,19 übersteigt. Somit liegen die Anzahl der „Besonderen Vorkommnisse“ in der Phase 2 mit dem Faktor 1,55 und in der Phase 3 mit dem Faktor 2,19 über dem Erwartungswert.

Tab 5: Ergebnisse Poisson-Modell 3

$$\frac{E(N_{besV\_F2})}{N_{Risikopopulation\_end\_week\_F2}} = \exp(\beta_0 + \beta_1(Phase))$$

	Koeffizient	exp(Koeffizient)	Standardfehler	t-Wert
(Intercept)	-4.39	0.01	0.10	-44.94
Phase2	0.44	1.55	0.12	3.75
Phase3	0.78	2.19	0.11	7.15

Der über den F-Test bestimmt p-Wert verfehlt mit 0,06508 das Signifikanzniveau von 0,05. Somit ergibt sich auch hier für die Phasen 2 und 3, dass zwar vermehrt schizophrene Patienten in der Population der „Besonderen Ereignisse“ vorhanden sind, jedoch nicht statistisch signifikant.

### 3.2.4 Modell „Doppeldiagnose Sucht und schizophrene Störungen“

Im Modell 4 wird das Poisson-Modell in Hinblick auf die Zielvariable Vorhandensein der Doppeldiagnosen einer Abhängigkeitserkrankung zeitgleich zu einer Diagnose einer Schizophrenie angelegt. Eine Doppeldiagnose von Abhängigkeitserkrankung und Schizophrenie ist ein besonderer Risikofaktor für Gewalttätigkeit.

Die Berechnungen dieses Poisson—Modells ergeben, dass die Anzahl aufgenommenen Patienten mit der Zielvariable „Doppeldiagnose Abhängigkeitserkrankung F1 und Schizophrenie F2“ im Vergleich zur Phase1 in der Phase 2 den Erwartungswert um 1,55, der in der Phase 3 den Erwartungswert um 2,19 übersteigt. Somit liegen die Anzahl der Besonderen Vorkommnisse in der Phase 2 mit dem Faktor 1,55 und in der Phase 3 mit dem Faktor 2,19 über dem Erwartungswert.

Tab 6: Ergebnisse Poisson-Modell 4

$$\frac{E(N_{besV\_F1F2})}{N_{Risikopopulation\_end\_week\_F1F2}} = \exp(\beta_0 + \beta_1(Phase))$$

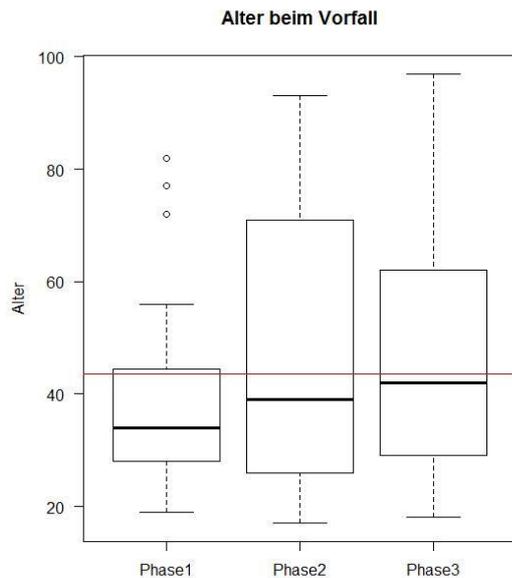
	Koeffizient	exp(Koeffizient)	Standardfehler	t-Wert
(Intercept)	-4.39	0.01	0.10	-44.94
Phase2	0.44	1.55	0.12	3.75
Phase3	0.78	2.19	0.11	7.15

Der über den F-Test bestimmte p-Wert ist mit 0,55936 nicht signifikant. Somit ergibt sich auch hier für die Phasen 2 und 3, dass zwar vermehrt Patienten mit Doppeldiagnose in der Population der „Besonderen Ereignisse“ vorhanden sind, jedoch nicht statistisch signifikant.

## 3.3 Ergebnisse der Analyse der Phasen

### 3.3.1 Altersverteilung

Der Median des Alters in Phase 1 liegt bei 34,5 Jahren, der Median des Alters in Phase 2 bei ca. 39 Jahren, der Median des Alters in Phase 3 bei 42 Jahren. Hiermit ist ein deutlicher Mediananstieg über die Phasen hinweg zu beobachten. Auffällig ist auch die Breite der Interquartilabstände (= Höhe der Box), die jeweils 50 % der mittleren Daten umfassen. Die Interquartilabstände in Phase 2 und 3 sind deutlich breiter gestreut und umfassen im Vergleich zu Phase 1 zusätzlich die 5. und 6. Lebensdekade.

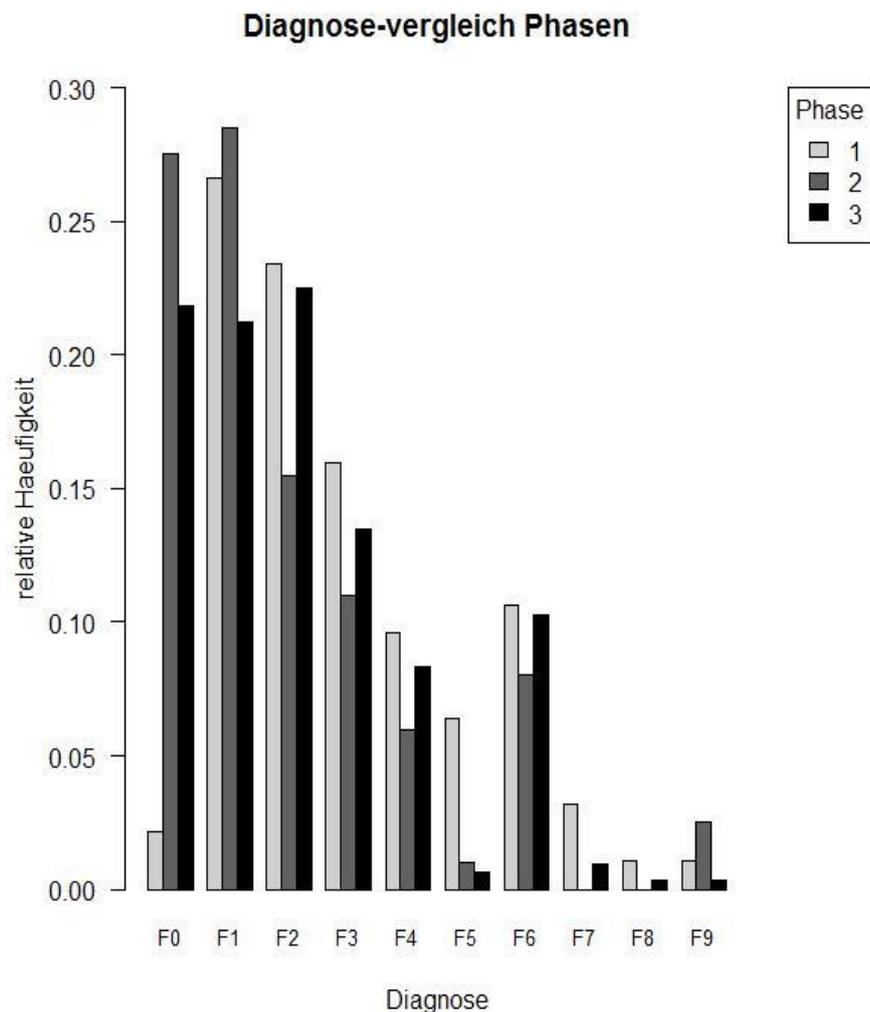


**Abb 2: Alter bei Besonderem Vorkommnis**

### 3.3.2 Diagnosen

Die Diagnosen, aufgrund deren die bei den besonderen Vorkommnissen beteiligten Patienten in aktueller Behandlung waren, wurden entsprechend ihrer ICD-10-Hauptgruppe erfaßt und zusammengefaßt. Dies entspricht der zweistelligen Codierung in der ICD-10. Von besonderem Interesse ist die Veränderung der Häufung der Diagnosen in den unterschiedlichen Phasen.

In Phase 1 waren als häufigste Diagnose die Suchterkrankungen (ICD-10 F1), gefolgt von schizophrenen Störungen (ICD-10 F2), affektiven Störungen (ICD-10 F3), Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F6), neurotischen Störungen (ICD-10 F4), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F5), Intelligenzminderung (ICD-10 F7) und dann erst organische und symptomatischer psychischer Störungen (ICD-10 F0) vertreten. In der F0-Gruppe sind vor allem dementielle Erkrankungen und Delire bei Demenz enthalten. Das Bild ändert sich deutlich in Phase 2. Die Suchterkrankungen bleiben an der Spitze, die dementiellen Erkrankungen schieben sich auf Platz zwei, verdrängen die Schizophrenien auf Platz drei. Die übrige Reihenfolge bleibt erhalten. In Phase 3 übernehmen die Schizophrenien den Spitzenplatz, die dementiellen Erkrankungen behaupten sich auf Platz zwei, die Suchterkrankungen landen auf Platz drei gefolgt von den affektiven Erkrankungen und den übrigen Diagnosen in unveränderter Reihenfolge der Häufungen. Insbesondere die deutliche Zunahme der relativen Häufung der dementiellen Diagnosen an den „Besonderen Vorkommnissen“ ist beachtenswert.



**Abb 3: Relative Häufung der Diagnosen**

**Tab 7: Reihenfolge der Diagnose bezüglich der Häufigkeit**

Phasen	Reihenfolge der Diagnosen-Häufigkeit bei Zwischenfällen
Phase I	F1 – F2 – F3 - F6 - F4 -F5 - F7 – <b>F0</b>
Phase II	F1- <b>F0</b> – F2 – F3 – F6 – F4 .....
Phase III	<b>F2</b> – <b>F0</b> – F1 – F3 – F6 – F4.....

#### 3.3.2.1 Spezifikation der organischen Störungen ICD-10 F0-Gruppe

Bei weiterer Analyse der F0-Gruppe organischer Störungen ergeben sich deutliche Unterschiede der Häufigkeiten in den Phasen insbesondere bei den Diagnosen Alzheimer-Demenz ICD-10 F0.0 und Delir bei Demenz ICD-10 F05. Alzheimer-Demenzen spielten in Phase 1 mit 2,61% bei der Beteiligung an den „Besonderen Vorkommnissen“ kaum eine Rolle. Ihr Anteil stieg in Phase 2 auf 17,54% und sank in Phase 3 wieder leicht auf 13,04%.

#### F00-vergleich phasenn

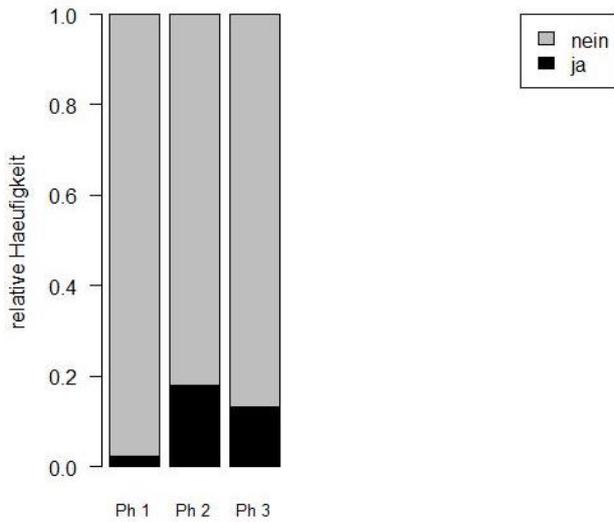


Abb 4: Alzheimer relative Häufung

Ein Delir bei Demenz (ICD-10 F05) trat in Phase 1 überhaupt nicht auf, die relative Häufung liegt bei 0%. In Phase 2 liegt der Anteil dieser Diagnose bei 26,23% und sinkt in der Phase 3 leicht auf 20,29%

#### F05-vergleich phasenn

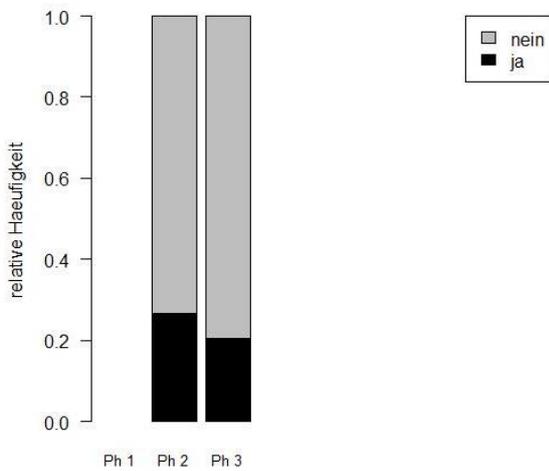


Abb 5: Delir bei Demenz relative Häufung

### 3.3.3 Ersterkrankungen

Insgesamt gerechnet lag der Anteil der Ersterkrankten bei 18,55 % der Personen. Der Anteil der Ersterkrankungen, die in ein „besonderes Vorkommnis“ verwickelt waren stieg von Phase zu Phase, lag in Phase 1 bei 8,57 %, bei Phase 2 bei 17,86 und in Phase 3 bei 22,86 %.

FA\_Ersterkrankung-vergleich Phasen

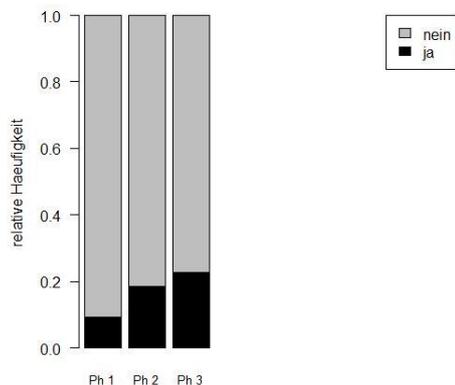


Abb 6: Ersterkrankte Anteile Phasen

### 3.4 Ergebnisse der anamnestischen Daten bezüglich Risikofaktoren:

#### 3.4.1 Alkohol

Problematischen Alkoholkonsum in der Anamnese wiesen in Phase 1 wiesen 25,71 % der später ein „besonderes Vorkommnis“ auslösenden Patienten auf. In Phase 2 waren es 37,14 % der Patienten und in Phase 3 21,43 % der Patienten. In Phase 2, also der Phase der Verunmöglichung von Zwangsbehandlungen ist somit ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen, der sich in Phase 3 wieder in Vergleich zu Phase 1 nivelliert.

#### 3.4.2 Suizidalität

Anamnestisch jemals stattgefundene Suizidalität war bei 44,23 % der Betroffenen insgesamt zu finden. Der Anteil in Phase 1 lag bei 53,57 %, in Phase 2 bei 37,14 %, in Phase 3 bei 47,14 %.

ANAMN\_Suizidalitaet-vergleich Phasen

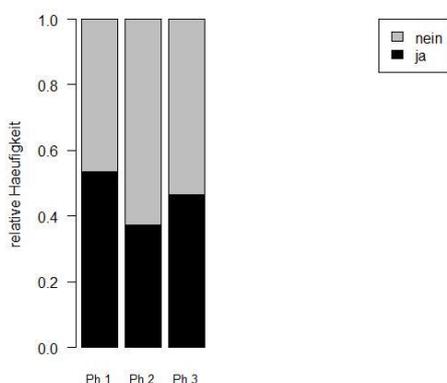


Abb 7: Anamnese Suizidalität Vergleich Phasen

### 3.4.3 Impulsivität

Impulsivität als Risikofaktor für risikohaftes und gewalttätiges Verhalten fand sich anamnestisch bei einem Großteil der Betroffenen. Auf die Phasen verteilt zeigte sich ein Anstieg: In Phase 1 lag die Anteil der Betroffenen bei 51,43 %, in Phase 2 bei 72,14 % und in Phase 3 bei 80,72 % der Betroffenen.

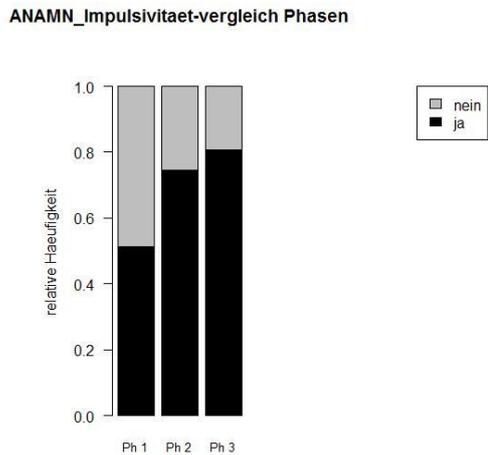


Abb 8: Anamnese Impulsivität Phasen 1

### 3.4.4 Aggressivität

Bereits ausgeübte Gewalt gegen die personelle oder sächliche Umgebung fand anamnestisch in Phase 1 bei 47,14 %, in Phase 2 bei 62,86 % und in Phase 3 bei 47,14 % der später mit einem „besonderen Vorkommnis“ auffälligen Patienten.

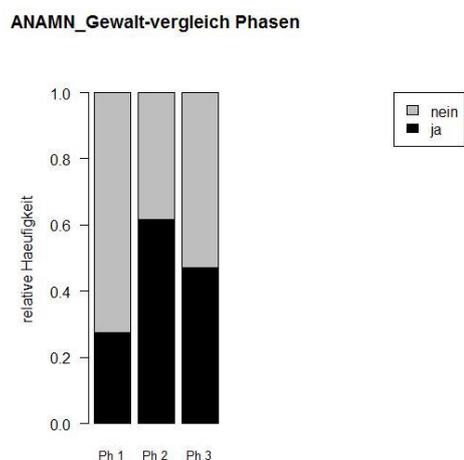


Abb 9: Anamnese Gewalt Phasen

### 3.4.5 Soziale Destabilisierung

Von soziale Destabilisierung als anamnestischer Risikofaktor waren in Phase 1 18,57 % der Patienten, in Phase 2 11,43 % und in Phase 3 21,43 % der Patienten betroffen.

ANAMN\_soziale\_Destabilisierung-vergleich Phasen

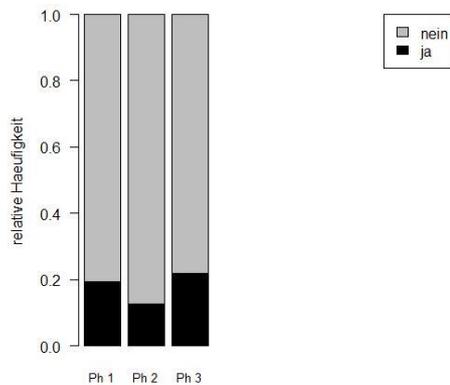


Abb 10: Anamnese Soz. Destabil. Phasen

### 3.4.6 Stattgefundene Zwangsbehandlungen

Anamnestisch von bereits stattgefundener Zwangsbehandlungen jeglicher Art betroffen waren in Phase 1 8,57 % der Patienten, in Phase 2 15,21 % und in Phase 3 30,0 %. Somit ist ein starker Anstieg dieses Kriteriums zu verzeichnen.

ANAMN\_Zwangsbehandlung-vergleich Phasen

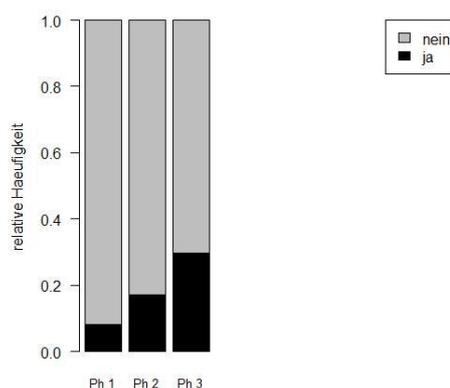


Abb 11: Anamnese Zwangsbehandlung Phasen

### 3.4.7 Migrationshintergrund und Sprachbarrieren

Betrachtet man die nationale Herkunft, so sind bei den späteren „Besonderen Vorkommnissen“ im Durchschnitt 15,49 % der betroffenen Migranten erster Generation gewesen. Beim Vergleich der jeweiligen Phasen stellt sich der Migrantenanteil erster

Generation wie folgt dar: Phase 1 11,43 %, Phase 2 15,00 %, Phase 3 15,71 %. Der Anteil verbleibt im Wesentlichen gleich.

Migrant\_1\_Generation-vergleich Phasen

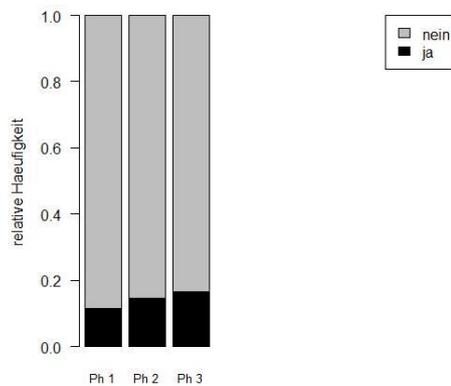


Abb 12: Anamnese Migrant Phasen

Die Gruppe der Asylbewerber und Flüchtlinge wird in dieser Studie zusammengefasst. Diese Gruppe umfasst einen Gesamtanteil an den besonderen Vorkommnissen von 5,63 %. In Phase 1 liegt der Prozentsatz bei 9,29 %, in Phase 2 bei 2,86 %, in der Phase 3 bei 6,43 %.

Asylbewerber\_Fluechtling-vergleich Phasen

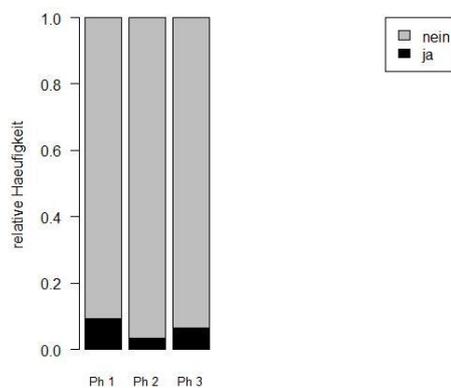


Abb. 13: Anamnese Flucht/Asyl Phasen

Betrachtet man das Item Sprachbarriere als möglichen Risikofaktor für eventuelle Gewalttätigkeit bei psychisch Kranken, so liegt In der Phase 1 der Prozentsatz bei 11,43, Prozentsatz in Phase 2 bei 12,71 % und in der Phase 3 bei 18,57 %.

### Sprachbarriere-vergleich Phasen

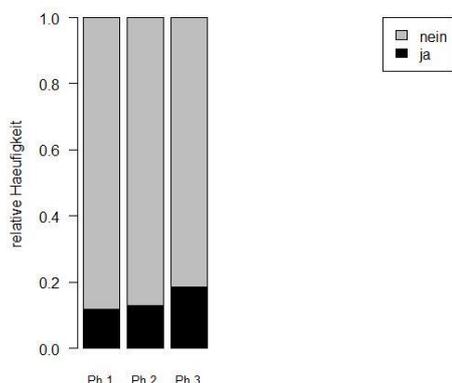


Abb. 14: Anamnese Sprachbarriere Phasen

### 3.4.8 Aktuelle Zwangsunterbringungen

Betrachtet man die formal juristische Unterbringung nach Unterbringungsgesetz oder im Rahmen einer zivilrechtlichen Unterbringung zum Aufnahmezeitpunkt, so stellen sich die Phasen wie folgt dar: Die Prozentzahl der Untergebrachten lag in Phase 1 bei 43,5 %, in Phase 2 bei 52,8 % und in Phase 3 bei 48,7 % der Patienten, die später in eine „besonderes Vorkommnis“ verwickelt waren.

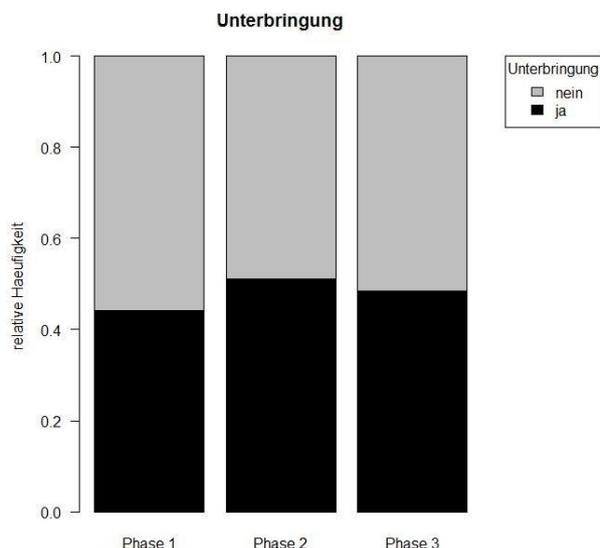


Abb. 15: Anamnese Zwangsunterbringung Phasen

### 3.5 Analyse der „Besonderen Vorkommnisse“

#### 3.5.1 Zeitliches Auftreten

Betrachtet wird der Gesichtspunkt, wann sich nach der Aufnahme das „Besondere Ereignis“ ereignet. Die Interquartilsabstände, die je 50% der Ereignisse umfassen, nehmen bei den

Phasen ab, liegen in Phase 1 zwischen 4,5 und 31,5 Tagen, in Phase 2 zwischen 0,5 und 26,9 Tagen und in Phase 3 zwischen 2 und 24,7 Tagen. Entsprechend nehmen auch die Mediane der jeweiligen Phasen ab. Der Median in der Phase 1 liegt bei 13,5 Tagen, der Median der Phase 2 bei 9 Tagen und der Median der Phase 3 bei 8,1 Tagen vom Tag der Aufnahme bis zum Tag des Ereignisses. Hier haben wir eine deutliche Verkürzung der Zeit bis zum Auftreten des Ereignisses festgestellt. Es dauert also nach der Erschwernis der Zwangsbehandlung deutlich kürzer, bis es zu einem Zwischenfall kommt.

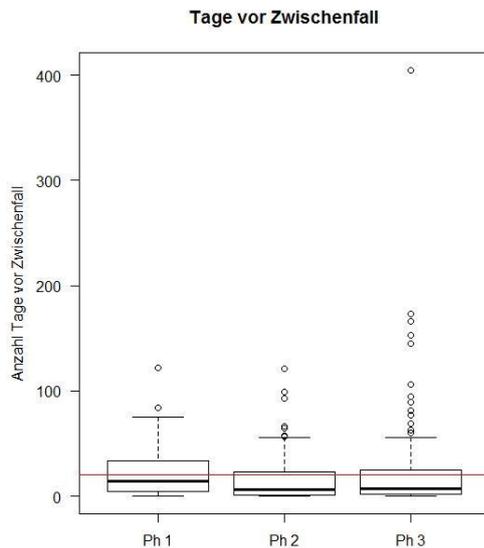


Abb. 16: Tage bis zum Zwischenfall

### 3.5.2 Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen im Vorfeld eines besonderen Ereignisses

Wachbereichspflicht fand sich in Phase 1 bei 35,0 %, in Phase 2 bei 35,7 % und in Phase 3 mit 25,7 %.

Isolationsmaßnahmen in Phase 1 finden sich im Vorfeld eines besonderen Vorkommnis bei 2,9 % der Betroffenen, in Phase 2 bei 8,6 % und in Phase 3 bei 2,9 % der Betroffenen.

Fixierungsmaßnahmen im Vorfeld eines besonderen Vorkommnis In Phase 1 liegt die relative Häufigkeit bei 11,4 %, in Phase 2 bei 30,0 % und in Phase 3 bei 10,0 %. In Phase 2 ist somit ein sehr starker Anstieg von Phase 1 zu Phase 2 zu verzeichnen, der dann in Phase 3 wieder auf das Ausgangsniveau sinkt. In der Phase ohne Möglichkeiten der Zwangsbehandlung wurde deutlich mehr zu Fixierungsmaßnahmen gegriffen.

### 3.5.3 Arten des „Besonderen Vorkommnisses“

Vergleicht man die geschilderten Phasen, ergibt sich bei den „Besonderen Vorkommnissen“ folgendes Häufigkeitsbild: In Phase 1 sind mit 37 % Suizidversuche am häufigsten, gefolgt mit 14 % Tötlichkeiten von Patienten gegenüber Personal, ebenfalls 14 % erfolgreiche Suizide, 8,5 % Brände, 8,5 % Körperverletzung, 8,5 % Tötlichkeiten von Patienten gegen Patienten, 8,5 % Sonstiges und 2 % Sachbeschädigung.

In der Phase 2 stellten sich folgende Häufigkeitsverteilungen dar:

28 % Tötlichkeit von Patienten gegen Personal, 19 % Suizidversuche, Sachbeschädigung 14 %, Tötlichkeiten von Patienten gegen Patienten 13,5 %, Körperverletzungen 10,5 %, Brände 7,5 %, Sonstiges 4 % und erfolgreiche Suizide 4 %.

In der Phase 3 stellt sich folgende Verteilung dar:

Am häufigsten mit 27 % Tötlichkeiten von Patienten gegen Personal, gefolgt von Suizidversuchen mit 18 %, Tötlichkeiten von Patienten gegen Patienten mit 16,5 %, Körperverletzung mit 14 %, Sachbeschädigung mit 12 %, Sonstiges mit 7,5 %, Brände mit 4 % und erfolgreiche Suizide mit 2 %.

Relativ gesehen nehmen die Suizidversuche und Suizide in den Phasen 2 und 3 im Vergleich zur Phase 1, in der die Zwangsbehandlung in traditioneller Weise möglich war, ab. Doch geht diese relative Abnahme mit einer sehr starken Erhöhung der Anteile von Gewalt gegen Personal, von Tötlichkeiten Patienten gegen Patienten und Körperverletzung einher, die in Phase 2 und 3 auf hohem Niveau in etwa gleich bleiben.

### 3.5.4 Art der Alarmierung

Die drei Formen der Alarmierung haben unterschiedliche eskalierende Auswirkungen und geben somit ein Indiz für das Ausmaß des Zwischenfalles ab. In der Reihenfolge der Eskalierung sind dies Telefonalarm, Alarm mittels Alarmgeber und Reißleinenalarm.

Die Art der Alarmierung ändert sich bei dem Phasenvergleich deutlich, wobei der Anteil der Nichtalarmierungen bei „Besonderen Vorkommnissen“ vergleichbar bleibt:

Der Telefonalarm war in Phase 1 der häufigste mit 30,5 %, in Phase 2 sank er ab auf 16,5 %, um in Phase 3 wieder auf 22,2 % anzusteigen.

Der Alarmgeberalarm war in Phase 1 der geringste mit 6,6 %, stieg in Phase 2 auf 9,8 % und in Phase 3 auf 11,2 % an.

Der Reißleinenalarm lag in Phase 1 bei 5 %, stieg in Phase 2 auf 16,2 % an, um in Phase 3 wieder auf 11,7 % zu sinken.

Zusammengefasst ist in den Zeiten der erschwerten Zwangsbehandlung ein deutlicher Anstieg des Reißleinenalarms im Vergleich zur Phase 1 zu verzeichnen, wobei insbesondere die Phase der verunmöglichten Zwangsbehandlung (Phase 2) heraussticht.

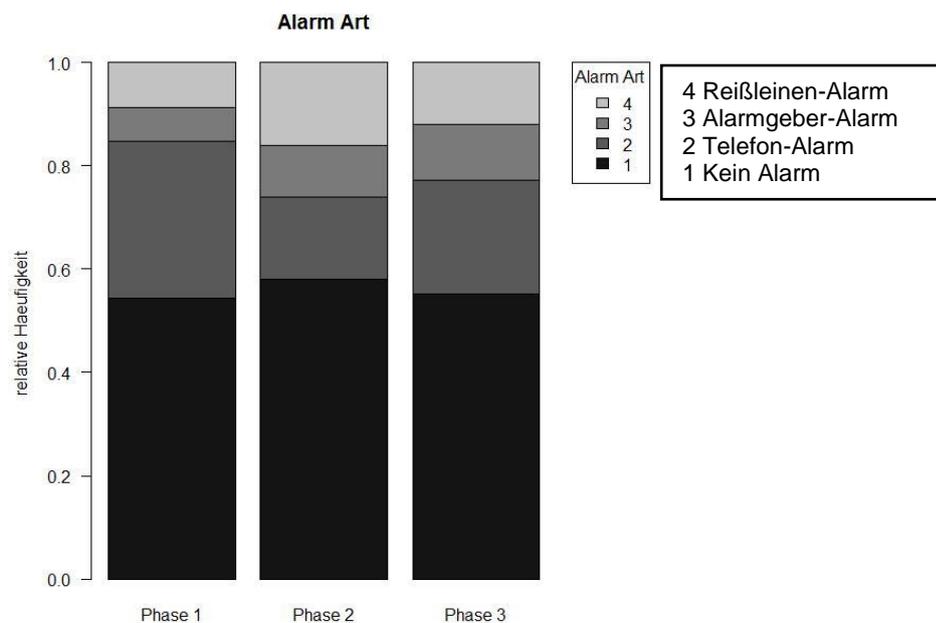


Abb. 17: Arten der Alarmierung

### 3.5.5 Opfer des „Besonderen Vorkommnisses“

Bei Übergriffen Beteiligte waren in Phase 1 am häufigsten Angehörige der Pflege mit 45,5 %, dann Mitpatienten mit 43,6 %, Sonstige mit 14,1 % und Ärzte mit 5,8 % Opfer der Übergriffe. In Phase 2 steigt der Anteil der Pflege auf 50,5 %, der Anteil der beteiligten Mitpatienten sinkt auf 28,1 %, die Sonstigen bleiben vergleichbar bei 12,6 % der Anteil der betroffenen Ärzte steigt auf 8,8 %. In Phase 3 steigt der Pflege-Anteil weiter auf 52,4 %, die beteiligten Mitpatienten bleiben vergleichbar bei 29,3 %, der Ärzte-Anteil steigt ebenfalls weiter auf 12,6 %, und Sonstige fallen ab auf 5,7 %.

Hier zeigt sich ein deutliches relatives Ansteigen der bei den Übergriffen beteiligten Pflege und auch der Ärzteschaft.

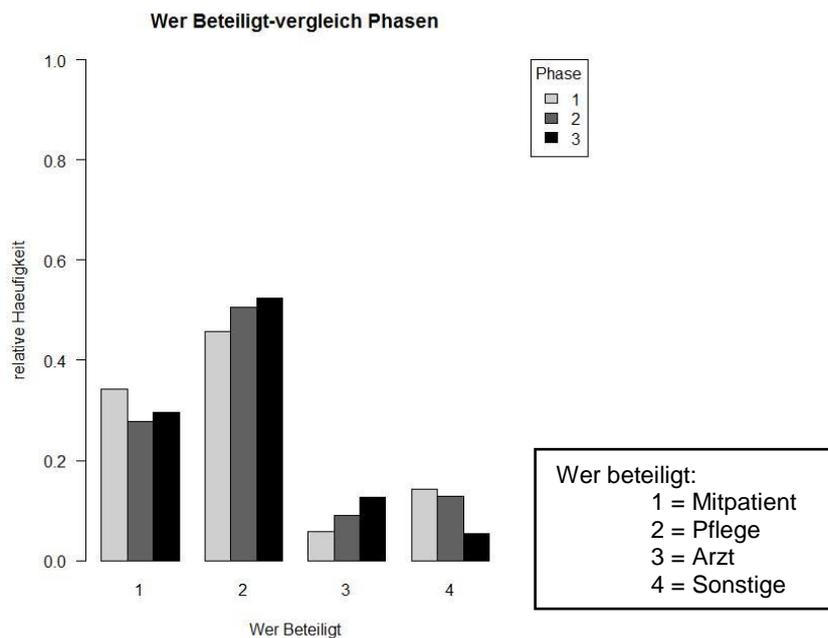


Abb. 18: Beteiligte bei Ereignis Phasen

### 3.6 Gegebenheiten zum Zeitpunkt des „Besonderen Vorkommnisses“

#### 3.6.1 Provokation

Provokantes Verhalten dem Personal gegenüber lag in Phase 1 bei 28,6 %, in Phase 2 bei 40 % und in Phase 3 bei 36,4 % der Patienten vor. Provokantes Verhalten Mitpatienten gegenüber wurde in Phase 1 bei 20,8 %, in Phase 2 bei 22,9 % und in Phase 3 bei 24,3 % dokumentiert.

#### 3.6.2 Aggression

##### 3.6.2.1 verbale Aggressivität

In Phase 1 lag der Prozentsatz von verbal ausgetragener Aggressivität gegen das Personal bei dem besonderen Vorkommnis bei 27,9, in Phase 2 bei 42,9 und in Phase 3 bei 41,4 %. Hiermit ist sowohl in Phase 2 wie in Phase 3 ein starker Anstieg zu verzeichnen.

Verbale Aggressivität gegen Mitpatienten lag In Phase 1 lag der Prozentsatz bei 20,7, in Phase 2 ebenfalls bei 20,7, in Phase 3 bei 17,1 %.

Verbale Aggressivität gegen sonstige Beteiligten lag über die Phasen gesehen bei 7,7 %. In Phase 1 bei 7,1 %, in Phase 2 bei 10,0 %, in Phase 3 bei 5,7 %.

Zusammengefasst lag die relative Häufigkeit der verbalen Aggressivität ohne Berücksichtigung der genauen Richtung in Phase 1 bei 40,0 %, in Phase 2 bei 54,29 % und in Phase 3 bei 50,14 %. Hier werden die jeweiligen Phasen direkt abgebildet.

mind\_verbal\_aggressiv-vergleich Phasen

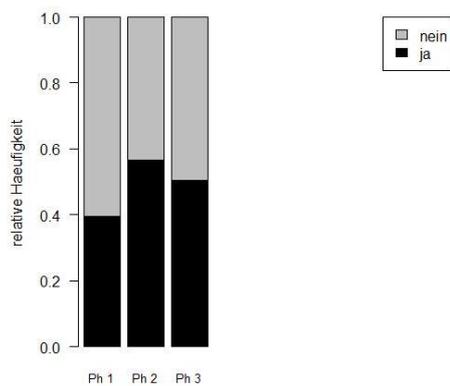


Abb. 19: Verbale Aggressivität Phasenverteilung

### 3.6.2.2 physische Aggressivität

In Phase 1 lag die körperliche Aggressivität gegen Personal bei 30,4 %, in Phase 2 bei 45,0 % und in Phase 3 bei 35,7 %. Somit ist ein sehr starker Anstieg in Phase 2 und weiterhin ein mäßiger Anstieg in Phase 3 zu verzeichnen.

Physische, körperliche Aggressivität gegen Mitpatienten lag in Phase 1 bei 7 %, in Phase 2 bei 15,7 % und bei Phase 3 bei weiteren 16,1 %. Auch hier zeigt sich ein starker Anstieg in Phase 2, der auch in Phase 3 anhält.

Physische Aggressivität gegen sonstige Beteiligte im Vorfeld des „besonderen Vorkommnisses“ in Phase 1 lag bei 12,9 %, in Phase 2 bei 28,6 % und in Phase 3 bei 20 %. Auch hier ist ein deutlicher Anstieg in Phase 2 und 3 zu verzeichnen.

Fasst man die körperliche physische Aggressivität ohne Analyse der Gerichtetheit zusammen, so ist in Phase 1 eine Häufigkeit von 34,29 %, in Phase 2 von 65,72 % und bei Phase 3 von 54,43 % festzustellen. Auch hier zeigt sich der sehr starke Anstieg von Phase 1 zu Phase 2, der dann in Phase 3 etwas gemildert anhält.

mind\_physisch\_aggressiv-vergleich Phasen

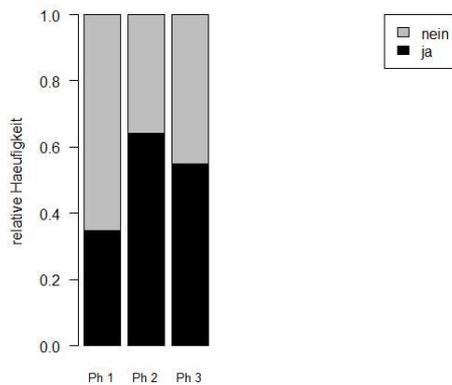


Abb. 20: Physische Aggressivität Phasenverteilung

### 3.6.2.3 Aggressivität allgemein

Vergrößert man das Bild und fasst das Item „Aggressivität“ generell und unabhängig von verbaler oder körperlicher Art zusammen, ergibt sich über die Phasen gesehen das Auftreten aggressiven Verhaltens im direkten Vorfeld eines besonderen Vorkommnisses in Phase 1 bei 44,29 %, in Phase 2 bei 73,57% und in Phase 3 bei 62,86 %. Auch hier stellt sich der schon vorherbeschriebene starke Anstieg von Phase 1 zu Phase 2 dar, der in Phase 3 etwas abnimmt, jedoch auf hohem Niveau bleibt.

mind\_aggressiv-vergleich Phasen

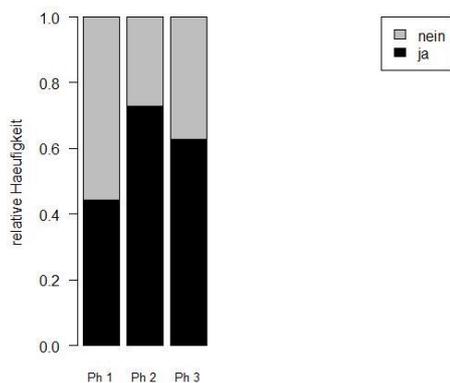


Abb. 21: Aggressivität insgesamt Phasenverteilung

### 3.6.3 Psychopathologie beim „Besonderen Ereignis“

#### 3.6.3.1 Agitiertheit

Das psychopathologische Merkmal der Agitiertheit lag in Phase 1 bei 44,3 %, in Phase 2 bei 52,1 % und in Phase 3 bei 62,9 %. Hier ist ein kontinuierlicher Zuwachs zu verzeichnen.

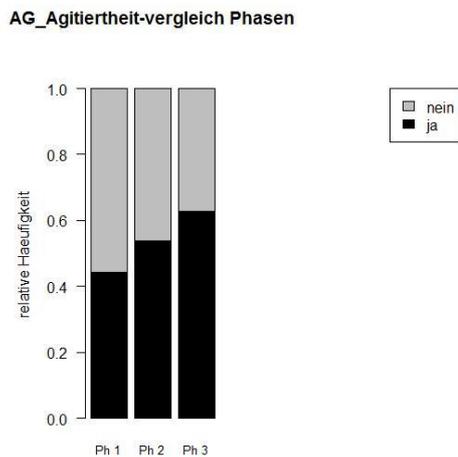


Abb. 22: Agitiertheit beim Ereignis

#### 3.6.3.2 Reizbarkeit

Bei Messung entsprechend der definierten Phasen stellt sich psychopathologisch auffällige Reizbarkeit in Phase 1 mit 34,3 %, in Phase 2 mit 52,9 % und in Phase 3 mit 64,0 % dar. Bezüglich der Reizbarkeit im direkten Vorfeld eines besonderen Ereignisses ist ein starker Anstieg von Phase 1 zu Phase 2 und ein erneuter Anstieg von Phase 2 zu Phase 3 zu verzeichnen.

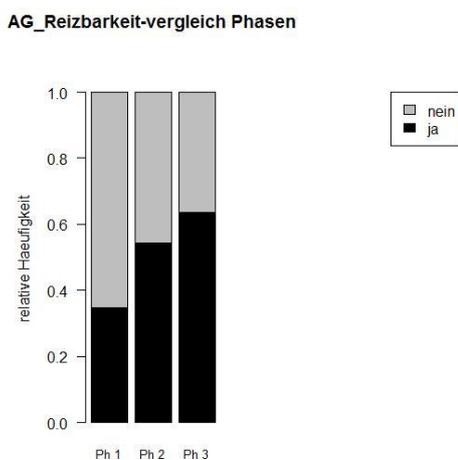


Abb. 23: Reizbarkeit beim Ereignis

### 3.6.3.3 Impulsivität

Impulsivität wird in Phase 1 mit 65,0 %, in Phase 2 mit 85,7 % und in Phase 3 weiterhin mit 86,4 % gemessen. Hier ist ein starker Anstieg der ohnehin stark vertretenen Impulsivität von Phase 1 zu Phase 2 zu verzeichnen, die dann in Phase 3 anhält.

AG\_Impulsivitaet-vergleich Phasen

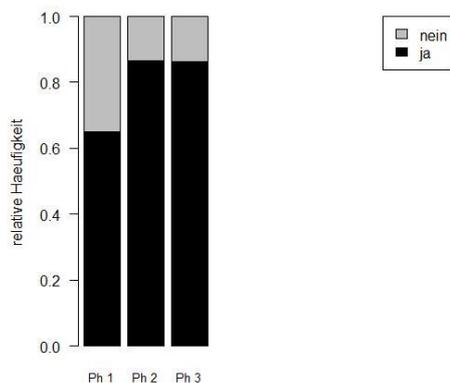


Abb. 24: Impulsivität beim Ereignis

### 3.6.3.4 Hostilität

Feindseligkeit bzw. Hostilität im Vorfeld eines besonderen Ereignisses wird im Zeitraum der Phase 1 mit einer relativen Häufigkeit von 27,1 % beschrieben. In Phase 2 liegt diese bei 32,9 % und in Phase 3 bei 34,3 %. Hier besteht ebenfalls ein starker Anstieg von Phase 1 zu Phase 2, der in Phase 3 anhält.

AG\_Hostilitaet-vergleich Phasen

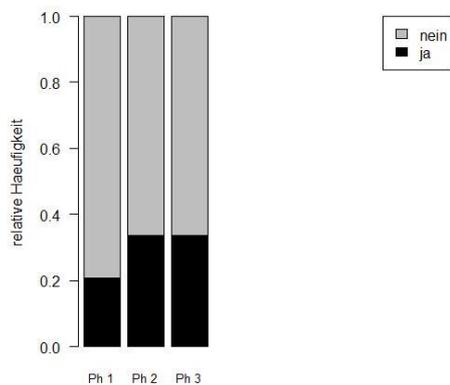


Abb. 25: Hostilität beim Ereignis

### 3.6.3.5 Verwirrtheit

Verwirrtheit lag in Phase 1 bei 5,4 % und stieg dann in Phase 2 äußerst stark auf 39,3 % an und verblieb in Phase 3 bei 30,0 %.

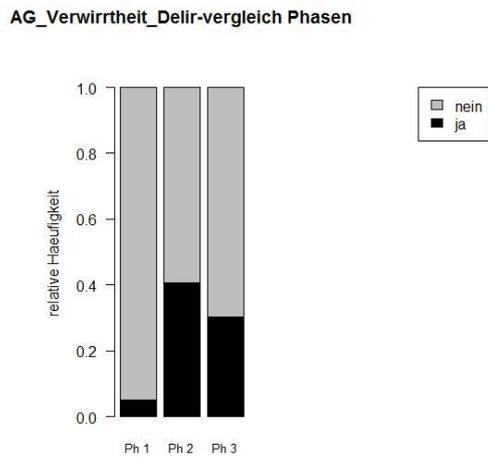


Abb. 26: Verwirrtheit beim Ereignis

### 3.6.3.6 kognitive Einbußen

Psychopathologisch relevante kognitive Einbußen lagen in Phase 1 bei 7,1 % der Patienten vor, stieg dann sehr stark in Phase 2 auf 31,4 % und verblieb in Phase 3 bei 26,4 % der Betroffenen auf hohem Niveau.

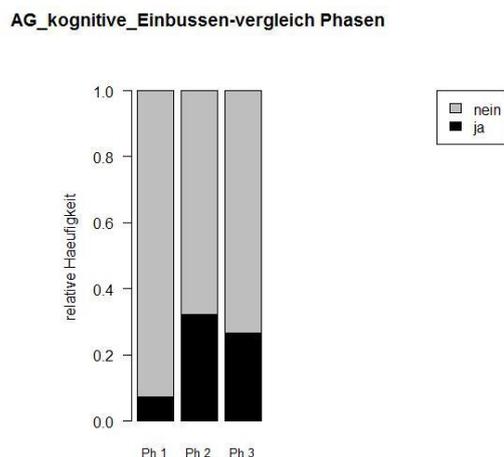


Abb. 27: kognitive Einbußen beim Ereignis

### 3.6.3.7 produktiv psychotische Symptome

Unter dem Item „Produktiv-Psychotisch“ werden in dieser Studie die psychopathologisch relevanten halluzinatorischen und wahnhaften Auffälligkeiten zusammengefasst. In Phase 1 wird der Anteil mit einer relativen Häufigkeit von 40,0 %, in Phase 2 mit einer relativen

Häufigkeit von 48,6 % und in Phase 3 mit einer relativen Häufigkeit von 40,7 % beschrieben. Auch hier ist nach einem Anstieg in Phase 2 eine Normalisierung auf das Ausgangsniveaus der Phase 1 in Phase 3 zu verzeichnen.

AG\_produkktiv\_psychotisch-vergleich Phasen

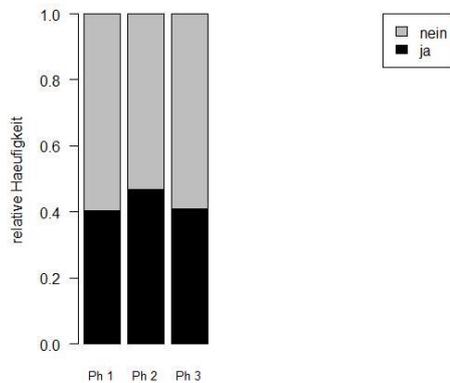


Abb. 28: produktiv psychotisch beim Ereignis

### 3.7 Auffälligkeiten bei der Behandlung

#### 3.7.1 Nicht-behandelte Patienten

Der Anteil der medikamentös Nicht-Behandelten lag zum Zeitpunkt des besonderen Ereignisses in Phase 1 bei 9,3 %, in Phase 2 bei 12,9 % und in Phase 3 bei 9,7 %. Hier ist ein mäßiger Anstieg von Phase 1 auf Phase 2 zu verzeichnen.

AG\_unbehandelt-vergleich Phasen

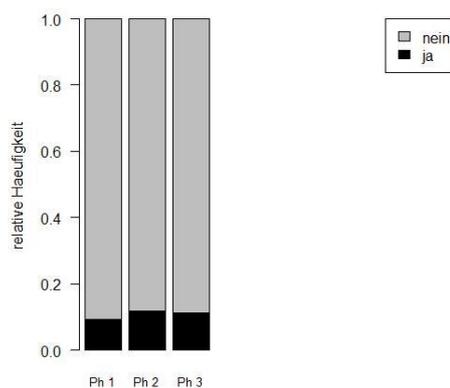


Abb. 29: Nicht behandelt zum Ereignis

### 3.7.2 Mangelhafte Adhärenz

Das Kriterium „Verweigerung adäquater Behandlung“ wird in dieser Untersuchung definiert als intermittierende oder teilweise Non-Adhärenz gegenüber der empfohlenen oder angesetzten medikamentösen Behandlung seitens des Patienten. In Phase 1 lag die relative Häufigkeit bei 20 %, in Phase 2 bei 47,1 % und in Phase 3 bei 49,3 %. Hiermit ist ein sehr starker Anstieg von Phase 1 auf Phase 2 zu verzeichnen, der in Phase 3 noch einmal etwas zunimmt.

AG\_Verweigerung\_adaequater\_Behandlung-vergleich Phasen

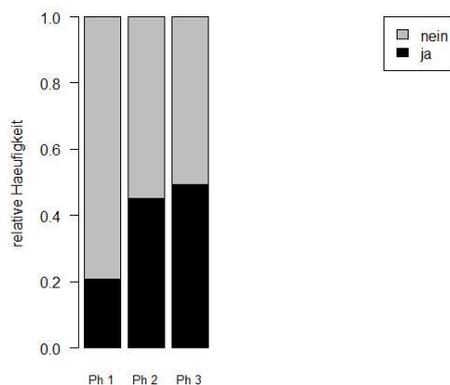


Abb. 30: Non-Adhärenz zum Ereignis

### 3.7.3 Intoxikationen

Alkoholisierung im direkten Vorfeld des besonderen Vorkommnisses lag über die Phasen gesehen bei 4,2 % der Fälle, eine akute Drogenintoxikation bei 2,9% der Fälle. Beide Items änderten sich über die Phasen kaum und spielen keine größere Rolle.

## 3.8 Ergebnisse der Kopplungsanalysen:

### 3.8.1 Unbehandelte Patienten und Aggressivität

In Phase 1 vor dem Bundesgerichtshofurteil lag der Anteil derjenigen, die in jeglicher Art aggressiv auftraten und unbehandelt waren, bei 6,33 %, in Phase 2 bei 12,68 % und in Phase 3 bei 8,45 %. Es stellt sich folglich eine Subgruppe derjenigen dar, die unbehandelt waren und aggressiv wurden und die sich insbesondere in der Phase der verunmöglichten Zwangsbehandlung verdoppelte und bei der wieder zugelassenen Zwangsbehandlung wieder etwas abnahm. Hier scheint die Gesetzeslage direkt abbildbar zu sein.

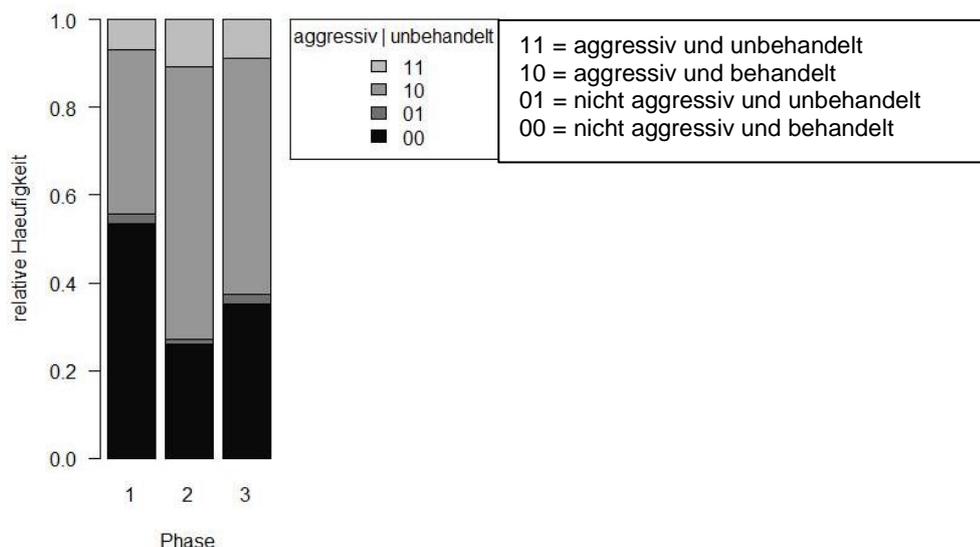
Der Anteil derjenigen, die unbehandelt waren und nicht aggressiv in Erscheinung traten, verblieb über die Phasen relativ stabil, lag bei Phase 1 bei 2,67 %, in Phase 2 bei 1,40 %, in Phase 3 bei 2,83 %.

Der Anteil der Personen, die behandelt waren und nicht aggressiv in Erscheinung traten, lag in Phase 1 bei 52,45 %, nahm in Phase 2 auf 25,35 % ab und stieg in Phase 3 wieder auf 35,21 % an.

Das Auftreten von Aggressivität bei vorhergehender Behandlung lag in Phase 1 bei 37,56 %, stieg in Phase 2 auf 60,57 % an und verblieb in Phase 3 mit 53,52 % auf erhöhtem Niveau im Vergleich zu Phase 1.

Der größte Anteil an Aggressivität findet demzufolge auch bei vorangegangener Behandlung statt. In der Phase der nicht zugelassenen Zwangsbehandlung (Phase 2) nimmt diese Subpopulation nahezu um das Doppelte zu, um dann in der Phase der erschwerten Zwangsbehandlung (Phase 3) wieder abzusinken. Das niedere Ausgangsniveau wird jedoch nicht mehr erreicht.

**unbehandelt~aggressiv nach Phasen**



**Abb. 31: Zusammentreffen unbehandelt und aggressiv**

### 3.8.2 Kopplung aggressiven Verhaltens und mangelhafter Adhärenz

Der Patientenanteil, der sich vor dem „besonderen Ereignis“ allgemein aggressiv verhalten hat und gegenüber der Medikation nonadhärent war, lag in Phase 1 bei 14,09 %. Er stieg in Phase 2 auf 43,66 % stark an und verblieb in Phase 3 deutlich erhöht bei 41,12 %.

Der Patientenanteil, der sich aggressiv verhielt, jedoch adhärent war, lag in Phase 1 bei 30,70 %, in Phase 2 bei 29,58 % und nahm in Phase 3 weiter auf 21,13 % ab.

Nicht aggressiv und nonadhärent waren in Phase 1 7,32 % der Patienten. Dieser Anteil sank in Phase 2 auf 2,82 % und stieg in Phase 3 wieder auf 8,17 %. Nicht aggressiv und adhärent waren somit 47,89 % der Patienten in Phase 1. Dieser Patientenanteil sank in Phase 2 auf 23,94 % und verblieb in Phase 3 erniedrigt mit einem Prozentanteil von 29,58 %.

Hier stellen sich im Vergleich der Phasen eine deutliche Kopplung zwischen mangelhafter Medikationseinnahme und Aggressivität sowie eine ansteigende steigende Non-Adhärenz dar.

### Verw adaeq Beh~aggressiv nach Phasen

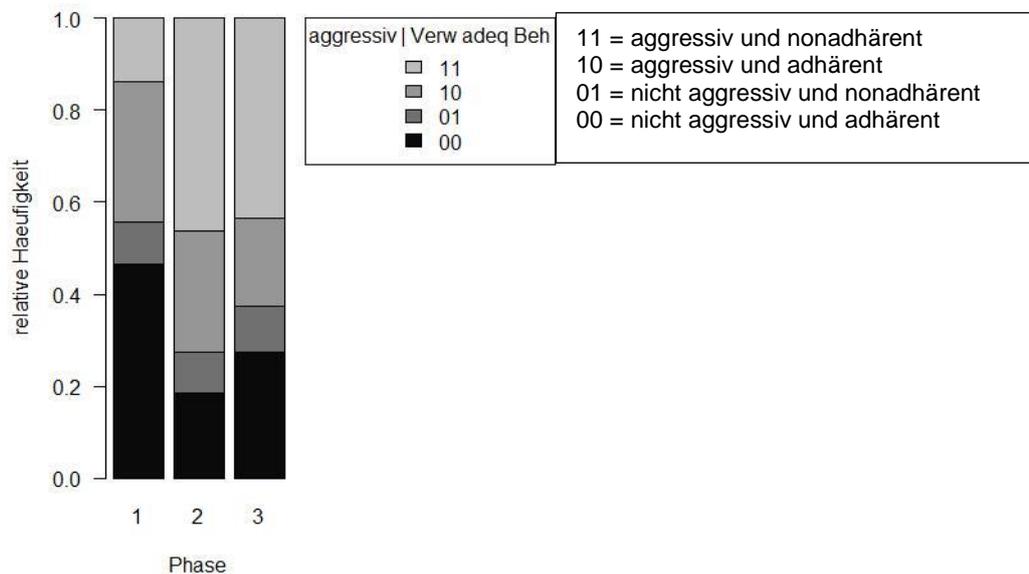


Abb. 32: Koppelung Adhärenz und Aggressivität

Nachfolgende Detailanalyse berücksichtigt lediglich das verbal aggressive Verhalten in Kopplung mit der mangelhaften medikamentösen Adhärenz. Verbal aggressives Verhalten vor dem Hintergrund mangelhafter medikamentöser Adhärenz trat in Phase 1 mit einer relativen Häufigkeit von 14,09 % auf. In Phase 2 lag dieser Anteil bei 31,97 % und in Phase 3 bei 36,62 %. Verbal aggressives Verhalten ohne gleichzeitige mangelhafte Medikamentenadhärenz trat in Phase 1 mit einer relativen Häufigkeit von 25,35 %, in Phase 2 mit einer relativen Häufigkeit von 23,10 % und in Phase 3 mit einer relativen Häufigkeit von 13,66 % auf. Kein verbal aggressives Verhalten bei gleichzeitig bestehender mangelhafter Adhärenz trat in Phase 1 bei 7,04 %, in Phase 2 bei 14,37 % und in Phase 3 bei 13,10 % der Betroffenen auf. Für die Kopplung keine Verbalaggressivität und adäquater Adhärenz ergibt sich in Phase 1 die relative Häufigkeit von 53,52 %, in Phase 2 von 30,56 % und in Phase 3 von 36,62 %.

Die Kopplung des physisch aggressiven Verhaltens und der mangelhaften medikamentösen Adhärenz und ergibt folgende Ergebnisse:

Physisch aggressives Verhalten und gleichzeitige mangelhafte medikamentöse Adhärenz traten im Vorfeld eines „besonderen Ereignis“ in Phase 1 mit einer relativen Häufigkeit von 11,27 % auf. In Phase 2 lag dieser Anteil stark gestiegen bei 39,44 % und in Phase 3 weiterhin stark erhöht bei 38,31 %. Aggressives Verhalten ohne gleichzeitige mangelhafte Adhärenz trat in Phase 1 mit einer relativen Häufigkeit von 23,24 % auf, in Phase 2 in etwa gleich mit einer relativen Häufigkeit von 26,48 % und in Phase 3 deutlich abgenommen mit 15,63 %. Mangelhafte medikamentöse Adhärenz ohne physische Aggressivität trat in Phase 1 mit einer relativen Häufigkeit von 9,86 % auf, in Phase 2 lag die relative Häufigkeit bei 7,18 % und in Phase 3 bei 11,41 %. Der Anteil derjenigen, die weder physisch aggressiv waren und gleichzeitig medikamentös adhären waren, lag in Phase 1 bei 55,63 %, in Phase 2 stark abgenommen bei 26,9 % und in Phase 3 bei 34,65 %.

### 3.9. Auswirkungen der „besonderen Vorkommnisse“:

#### 3.9.1 Mechanische Fixierungen

Entsprechend der Auswertung der Meldeformulare „Dokumentation Besondere Vorkommnisse“ waren mechanische Fixierungsmaßnahmen als Zwangsmaßnahme und Reaktion auf ein „besondere Vorkommnis“ durchgängig die häufigste Reaktion. Zur mechanischen Fixierung wird als Reaktion auf den Zwischenfall während der ersten Phase in 37,1 % der Fälle gegriffen. In der Phase 2 war dies in 57,1 % der Fälle der Fall und in Phase 3 48,6 % der Fälle. Hier zeigt sich ein deutlicher Anstieg der mechanischen Fixierungsmaßnahmen mit der Phase 2 im Vergleich zu Phase 1. In Phase 3 nahm die Rate etwas ab, verblieb jedoch im Vergleich zu Phase 1 deutlich erhöht.

KONSEQ\_Fixierung-vergleich Phasen

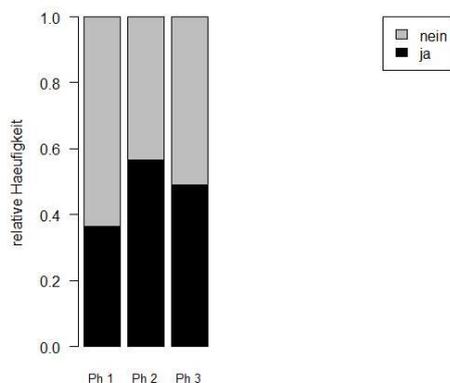


Abb. 33: Konsequenz Fixierung

#### 3.9.2 Zwangsmedikation

Die Reaktion mit Zwangsmedikation im Rahmen der zugelassenen Notfallkompetenz auf das besondere Vorkommnis erfolgte in Phase 1 in 7,1 % die Zwangsmedikation. In Phase 2 stieg die relative Häufigkeit auf 14,3 % der Fälle und in Phase 3 weiter 20,0 % der Fälle.

KONSEQ\_Zwangsmedikation-vergleich Phasen

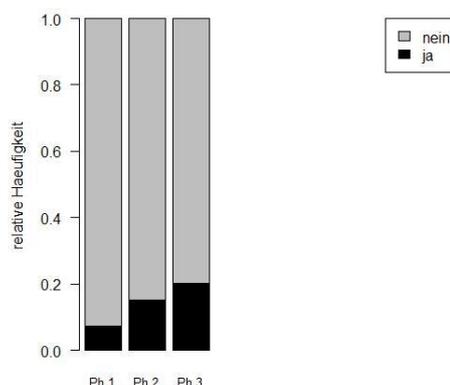


Abb. 34: Konsequenz Zwangsmedikation

### 3.9.3 Körperliche Schäden

Dass das Personal körperlichen Schaden aufgrund des besonderen Vorkommnisses erlitt, lag in Phase 1 ebenfalls bei 11,3 % vor, stieg in Phase 2 auf 16,2 % und weiter in Phase 3 auf 17,7 %. Arbeitsunfähigkeit über 3 Tage Dauer infolge eines besonderen Vorkommnisses trat in Phase 1 in 3,1 % der Fälle auf, in Phase 2 in 3,8 %, in Phase 3 bei 2,8 % der Fälle.

## 4 Diskussion

Diese Arbeit ist neben den Arbeiten der Gruppe um Steinert [36-38] sowie der Publikation von drei Kasuistiken durch Zinkler und Kossemou [35] eine der wenigen, die sich mit der Versorgungssituation unmittelbar zum Zeitpunkt der Gesetzesänderungen zur Zwangsbehandlung auseinandersetzt. Sie ist zusammen mit den Arbeiten der Gruppe um Steinert [36-38] die einzige quantitative Erhebung, die kontinuierlich erhobenen Daten hinsichtlich Zwischenfällen und aggressiver Vorfälle vor der vorübergehenden Unzulässigkeit von Zwangsbehandlungen durch das Urteil des BGH vom 20.06.2012 mit Daten während dieser Periode vergleicht. Über die Erhebungen von Flammer und Steinert [37, 38] hinausreichend, wurde in dieser Arbeit noch ein weiterer Zeitraum in die Datenanalyse mit aufgenommen, nämlich der nach In-Kraft-Tretens der Neufassung des § 1906 BGB, in dem Zwangsbehandlung unter wesentlich restriktiveren Bedingungen wieder ermöglicht wurde. Wie in den anderen Arbeiten hierzu [36-38] beruht unsere Analyse sowohl auf im klinischen Alltag erhobenen Routinedaten, erfasst durch etablierte Meldesysteme als auch auf - retrospektiv - aus den jeweiligen Krankengeschichten erhobenen Daten.

Übereinstimmend mit den gepoolten Quer- und Längsschnittdaten von Flammer und Steinert [37,38] belegen unsere Daten einen deutlichen Anstieg bedrohlichem und aggressivem Verhalten mit entsprechenden Vorfällen im Zeitraum der vorübergehenden Unzulässigkeit von Zwangsbehandlungen, der sich nach der Neufassung des § 1906 BGB fortsetzt. Wir stellen eine signifikante Zunahme der Zwischenfälle um das 1,58-fache in Phase 2 und um das 2,19-fache in Phase 3 und eine Zunahme der Aggressivität auf den Akutstationen nach dem BHG Urteil von 2012, das die Zwangsbehandlung von Patienten verunmöglichte, fest. Im Gegensatz zu Flammer und Steinert [36-38] erfassten wir die aggressiven Vorfälle aufgrund bedrohlich empfundenen Verhaltens und aggressiver Vorfälle über alle Diagnosegruppen hinweg.

Methodenkritisch muss zunächst jedoch hinterfragt werden, ob die festgestellten Befunde auch tatsächlich die Zunahme der Ereignisse oder vor dem Hintergrund der erwähnten öffentlichen Debatte nicht nur eine Zunahme der Meldungen aufgrund der erhöhten Aufmerksamkeit abbilden. Gewalt von psychisch Kranken gegen das Personal ist einerseits ein altes Thema. Schon 1889 wurde aus der Anstaltspsychiatrie heraus veröffentlicht, dass siebzehn Ärzten durch gewalttätige Patienten getötet worden waren [63]. Das Thema der Gewalt, die von psychisch Kranken ausgeht, erscheint andererseits tabuisiert. So erhält auch die seit Anfang der 1970er Jahre von Böker und Häfner belegte und veröffentlichte Risikoerhöhung an Tötungsdelikten durch unbehandelte Schizophrene um das Fünffache [64] nur seltene Erwähnung. Das öffentliche und fachliche Bewußtsein erwacht jedoch bei tragischen Zwischenfällen, wie etwa bei den Attentaten 1990 auf Oskar Lafontaine und Wolfgang Schäuble oder unlängst 2016 dem Amoklauf in München.

Dennoch werden Aggressionen von Patienten gegen das Personal innerhalb der psychiatrischen Versorgungseinheiten „vor dem Hintergrund des noch paternalistischen Verständnisses der psychiatrischen Versorgung quasi als „familienintern“ erlebt“ [57], als eine Art Berufsrisiko akzeptiert und nicht weiter problematisiert. Die angeheizte Diskussion um das BGH-Urteil mag demzufolge zu einer Aktualisierung des Problemerlebens, einer verschärften Wahrnehmung und einem intensivierten Meldungsverhalten beigetragen haben.

Haben wir es nun mit mehr Zwischenfällen, oder mit mehr Meldungen bei gleichbleibenden tatsächlichen Zwischenfällen zu tun? Diese Frage lässt sich mit unseren Methoden und mittels unserer Untersuchung nicht entscheiden. Unsere Untersuchung ergibt Indizien in beide Richtungen.

Einen Hinweis auf eine verschärfte Wahrnehmung erhalten wir, wenn wir die Gerontopsychiatrie und den Anteil der organischen Diagnosen F0 und insbesondere die Entwicklung der Diagnose F05 Delir bei Demenz anschauen. Es ist schwer vorstellbar, dass diese Diagnose bis Juni 2012 vor der Änderung des BGH-Urteiles nicht zu gewaltsamen Zwischenfällen geführt hat. Andererseits erscheint der starke Anstieg auch nicht durch ein rein verändertes Meldeverhalten alleine erklärbar. Schaut man sich die Art der Alarmierungen insgesamt an, so erhält man ebenso ein heterogenes Bild. Einerseits ergibt sich der Hinweis auf eine vermehrte primär stark eskalierende Alarmierung (Phase 1:10,6%, Phase 2 26%; Phase 3: 22,9%), was für eine höhere Sensibilität sprechen könnte. Andererseits verbleibt der Anteil der Nichtalarmierungen über die Phasen gesehen im Wesentlichen gleich. Dies spricht entschieden gegen eine generelles Katastrophisieren im Sinne einer gesteigerten Empfindlichkeit des Personals im Rahmen der geänderten Rechtsprechung und somit für eine Zunahme einerseits der realen Zwischenfälle wie auch für die Zunahme des real empfundenen Bedrohungsgrades. Der nach der BGH-Rechtsprechungsänderung erfolgte Griff zu verstärkt eskalierenden Alarmierungsformen ist demzufolge am ehesten ein Indiz für die Zunahme der Schwere der Zwischenfälle nach Wegfall und Erschwernis der Zwangsbehandlung.

Besonders interessant ist die Tatsache, dass Häufigkeit und Schwere der Zwischenfälle in Phase 2 und 3 zunehmen, obwohl die Population der Phasen 2 und 3 eher ungefährlicher war. So war der Anteil der Frauen signifikant höher (Phase 2: 1,43-fach; Phase 3: 2,19-fach) und der Vorkommen der als gefährlich geltenden Diagnosen Schizophrenie und der Doppeldiagnose Alkohol und Schizophrenie vergleichbar der Ausgangsphase. Das erhöhte Auftreten von aggressiven Zwischenfällen ist also kein Selektionseffekt der Population, sondern auf externe Faktoren zurückzuführen.

Nach der Rechtsprechungsänderung steigen die organischen und dementiellen Diagnosen in die Gruppe der Diagnosen auf, die für Zwischenfälle relevant werden. Bei der Analyse der psychopathologischen Gegebenheiten zum Ereigniszeitpunkt finden sich konkludent Verwirrtheit (7-fach erhöht) und kognitive Einbußen (4,4-fach erhöht) in der Phase 2 bei den Zwischenfällen. In Phase 3, der Phase der erschwert wieder zugelassenen Zwangsbehandlung, nehmen beide wieder leicht ab, bleiben jedoch auf stark erhöhtem Niveau (5,6-fach, bzw. 3,7-fach). Diese qualitative Änderung hat ihre Entsprechung in den beteiligten Altersgruppen. In Phase 2 und 3 sind im Gegensatz zur Situation vor der Rechtsänderung die 5. und 6. Lebensdekaden vertreten. Ein direkter Zusammenhang zwischen fehlender Behandlungsmöglichkeit inklusive einer rechtzeitigen Delir-Behandlung und dem Auftreten von Zwischenfällen bei diesen Patienten liegt auf der Hand. Die BGH-Rechtsprechungsänderung hat der Gerontopsychiatrie neue Probleme verschafft, die mit der Änderung der Gesetzgebung zum Betreuungsrecht alleine nicht gelöst werden konnten.

Eine Reihe von Autoren hat auf den Zusammenhang zwischen paranoider Symptomatik, mangelnder Krankheitseinsicht, Ablehnung einer psychopharmakologischen Behandlung und erhöhter Wahrscheinlichkeit für das Auftreten aggressiven Verhaltens hingewiesen [1, 5, 7, 21, 22, 26, 28, 29, 32, 33]. Die wissenschaftlich bekannten Risikofaktoren für aggressives Verhalten konnten durch unsere Untersuchung bestätigt werden. Die von uns beobachtete Zunahme des aggressiven Verhalten geht über eine allgemeine Zunahme [11] hinaus und ist wohl überwiegend sowohl durch die deutlich erschwerte Durchführung einer Zwangsbehandlung und daraus resultierendem längerem Intervall zwischen Aufnahme und psychopharmakologischer Behandlung als auch durch eine Verunsicherung der Stationsteams bedingt.

In der Anamnese vorhandene Risikofaktoren sind ein Warnhinweis auf eventuelle prognostisch anstehende Aggressivität. Diese könnten somit rechtzeitig erkannt, behandelt und Übergriffe verhindert werden. In der Tat sind in der Zeit nach dem BGH-Urteil anamnestische Risikofaktoren deutlich vermehrt bei den Zwischenfällen festzustellen (Impulsivität, anamnestisch bekannte Aggressivität, anamnestische Zwangsbehandlungen, anamnestische Unterbringungen, soziale Destabilisierung).

Auch die wissenschaftlich bekannten psychopathologischen Risikofaktoren für Gewaltzwischenfälle werden bei unserer Untersuchung bestätigt. Bei acht von neun der Risikofaktoren (provokantes Verhalten, Aggressivität, Agitiertheit, Reizbarkeit, Impulsivität, Hostilität, Verwirrtheit, kognitive Einbußen) ist ein deutlicher Anstieg in Phase 2 zu verzeichnen, der bei vier von acht (Agitiertheit, Reizbarkeit, Impulsivität, Hostilität) in Phase 3 weiter zunimmt. Lediglich der wissenschaftlich beschriebene Risikofaktor der produktiven psychotischen Symptome verbleibt in allen Phasen auf vergleichbarem Niveau, was der schon beschriebenen Diagnosenverteilung entsprechen dürfte. Somit scheint die auffällige Psychopathologie im direkten Vorfeld des Vorfalles das Risiko für einen Vorfall besser zu beschreiben als die Diagnose alleine. Auch hier ist festzustellen, dass die Zeichen zwar erkennbar waren und sind, mit den eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten jedoch nur noch zunahmen.

Bezieht man eine andere Arbeit über die Häufigkeit von Patienten, die eine adäquate Behandlung nicht akzeptieren bzw. zwangsbehandelt wurden [34] mit ein, so kann in Übereinstimmung mit [37,38] schlussgefolgert werden, dass der überwiegende Teil der stationär behandelten Patienten von der Sinnhaftigkeit einer Behandlung mit Psychopharmaka überzeugt werden kann. Wie sehr das nötig ist, zeigt unsere Kopplungsanalyse, die den Zusammenhang zwischen Aggressivität und Nicht-Behandlung bzw. mangelhafter Behandlung untersucht. Hier stellt sich in der Zeit nach dem BGH-Urteil eine Verdoppelung des Anteils der Unbehandelten, die aggressiv wurden, dar. Zunächst irritiert die Tatsache, dass sich auch der Anteil der Behandelten, die aggressiv wurden, nahezu verdoppelte. Dieser Widerspruch wird aufgelöst, schaut man sich genauer an, was „behandelt“ bedeutet, und genauer in Richtung Therapie-Adhärenz untersucht. Der Prozentsatz der Patienten, die sich völlig therapieadhärent verhalten und dennoch aggressiv werden, verbleibt im Wesentlichen gleich und sinkt in Phase 3 etwas ab (30,7% - 29,58% - 21,13%). Wer sich nicht therapieadhärent verhält, nimmt seine Medikamente entweder gar nicht oder nur sporadisch. Dieser Patientenanteil der teilweise Behandelten steigt in der Phase 2 um das 3-fache auf 43,66% an und sinkt in Phase 3 nur unwesentlich.

Am stärksten betroffen von der Zunahme aggressiver Übergriffe waren nach dem Personal die Mitpatienten. Dieser Befund erscheint plausibel, da die Pflege am häufigsten und nächsten am Patienten ist. Mitpatienten sind selber häufig selbst irritierbarer und verfügen im Gegensatz zu Pflegepersonal und Ärzten kaum über Kenntnisse von Deeskalationsstrategien. Das Pflegepersonal wurde in steigendem Maße Opfer von aggressiven Übergriffen (Phase 1 45,5%; Phase 2 50,5%; Phase 3 52,4%). Die Auseinandersetzungen zwischen den Patienten stiegen in Phase 2 um das 1,5-fache, in Phase 3 auf das 1,9-fache. Auch die Übergriffe auf Ärzte stiegen kontinuierlich (Phase 1 5,8%; Phase 2 8,8%; Phase 3 12,6%), ohne dass die Wiedereinführung der erschwerten Zwangsbehandlung darauf einen mindernden Einfluß haben konnte. Entsprechend stiegen auch die körperlichen Schäden.

Auffällig und interessant ist der Befund, dass sich die prozentualen Anteile der Suizidversuche und der vollendeten Suizide mit der Verunmöglichung und Erschwerung der Zwangsbehandlung deutlich reduzierten. In der Phase 1 liegt der Anteil der Suizidversuche bei 37% und sinkt dann nach Verbot der Zwangsbehandlung auf 19% in Phase 2 und bleibt in Phase 3 bei 18%. Die erfolgreichen Suizide haben in Phase 1 einen Anteil von 14%. Der Anteil sinkt in Phase 2 auf 4% und verbleibt bei 2%. Hieraus könnte eine Erhöhung der Suizidanfälligkeit durch die üblicherweise zur Sedierung eingesetzter Medikamente

abgeleitet werden. Eine ätiologische Klärung dieser Phänomene über die statistische Auffälligkeit hinaus überfordert jedoch sicherlich den Rahmen und die methodischen Möglichkeiten dieser Untersuchung. Aus den Daten dieser Untersuchung ergibt sich ein verringerte Vorlast der jeweiligen Patientenpopulation in Phase 2 und 3 für suizidales Verhalten. Anamnestisch lag bei der Population in Phase 1 in 53,57%, in Phase 2 in 37,14% und in Phase 3 in 47,14% der Fälle bereits suizidales Verhalten vor. Ätiologisch könnten weitere Faktoren untersucht werden. Beispielsweise wird beschrieben, dass auch üblicherweise in der Psychiatrie eingesetzte Medikamente wie Benzodiazepine [70], Neuroleptika [71] oder Antidepressiva [72] je nach Wirkstoff mit einem eigenen Suizidrisiko einhergehen können. Des Weiteren wird beschrieben, dass das Suizidrisiko von Patienten auf geschlossenen Stationen höher ist, als bei einer Patientenversorgung auf offenen Stationen [73]. Dies gälte es in weiteren Untersuchungen einzubeziehen.

Aber auch für die Patienten, die die Zwischenfälle selber auslösten, hatte die Änderung der Rechtsprechung negative Folgen. Die Anzahl der mechanischen Beschränkungen als Reaktion auf einen Zwischenfall stieg stark an (Ausgangswert in Phase 1 37,1%, Phase 2 57,1%; Phase 3 48,1%). Und auch die akute Zwangsbehandlung, die im Rahmen des rechtfertigenden Notstandes trotz Rechtsprechungsänderung entsprechend des § 34 des Strafgesetzbuches (StGB) weiter möglich ist, stieg um das Zwei- bis Dreifache in Phase 2 und 3 an. Diese Form der Zwangsbehandlung hat jedoch den entscheidenden Nachteil, dass sie ihrer Natur der Notfallbehandlung entsprechend nur kurzfristig und meist hoch dosiert ohne Rücksicht auf Verträglichkeit gegeben werden muß und somit am wenigsten patientenorientiert ist.

An dieser Stelle sei auf eine gegenläufige Entwicklung in den Niederlanden hingewiesen [39]. Dort wird seit Jahren wesentlich häufiger als in Deutschland von der Zwangsmaßnahme "Isolierung" Gebrauch gemacht. In Deutschland wurde häufiger die Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka durchgeführt. Während in Deutschland nun durch die Neufassung des 1906 BGB die Zwangsbehandlung reduziert ist und Fixierungen und Isolationen zunehmen [36-38], führte die Tatsache, dass in den Niederlanden sowohl Anzahl als auch Dauer der Isolierungen und ebenso die Anzahl aggressiver Übergriffe höher als in anderen europäischen Ländern sind, dazu, dass dort nun Zwangsbehandlungen sogar im ambulanten Kontext legitimiert werden sollen [39].

Konsequenzen für die Praxis:

Aggressivität ist ein endogenes Problem psychisch Kranker und der Psychiatrie. Doch lassen sich Aggressionsgefährdungen durch Risikofaktoren erkennen und gegebenenfalls auch behandeln. Diese Behandlungsmöglichkeiten sind durch die Rechtsprechung, die die Freiheit des Individuums betont, deutlich und zu Lasten der in der Psychiatrie Beschäftigten, wie auch der Patienten selber eingeschränkt worden. Konsequenterweise sollte in der Logik der Rechtsprechung die Psychiatrie als medizinisches Fach von ihrer ordnungspolitischen Aufgabe der Mithilfe zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit entbunden werden. Ansonsten besteht das unlösbare double-binding fort, dass Verstöße gegen Recht und Ordnung die Unterbringung in die Psychiatrie zur Folge haben, dort aber auch bei Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung nicht oder nur erschwert behandelt werden dürfen.

Hier sind die Unterbringungs- und die Psychiatrie-Krankengesetze der Bundesländer zur Primärprävention von Gewalt in der Psychiatrie gefordert. Die Psychiatrischen Krankenhäuser sollten sich hierin ausschließlich mit ihrem medizinischen Behandlungsauftrag wiederfinden [65]. Zur Sekundärprävention von Gewalt in der Psychiatrie wären die Ausstattung der Versorgungseinheiten mit ausreichend Raum, patientenorientierter Organisation und Weiterbildung des Personals in gewaltfreier und motivierender Gesprächstechnik sowie Deeskalationsmanagement zur Gewaltprävention (z.B. Safe-Wards-Modell, [67]) geeignete Lösungsansätze. Dennoch bleibt ein Restrisiko für

gewalttätige Übergriffe auf das Personal, so dass auch Maßnahmen der Tertiärprävention bedacht werden müssen: Hier bietet sich ein Peer-System zur kollegialen Beratung für Mitarbeiter im Krankenhaus nach traumatisierenden Ereignissen zur Prävention von Invalidisierung und dauerhafter Arbeits- und Berufsunfähigkeit an [67, 68]

Einseitig juristisch argumentiert könnten Patienten, bei denen keine akute Selbstgefährdung vorliegt, bei Verweigerung evidenzbasierter Therapie aus dem Behandlungssetting entlassen werden. Somit würde das Problem aggressiver Vorfälle dann in die Gemeinde und das öffentliche Leben verlegt. Vielleicht sind für diese Patienten die sich jetzt neu etablierenden Behandlungsangebote mit Rückzugsräumen in einem nicht-stationären Setting, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst oder Hometreatment Alternativen, die besser akzeptiert und angenommen werden. Die nächsten Jahre werden zeigen, ob diese Optionen eine Alternative sind oder ob diese Patientengruppe in Gefahr ist, aufgrund ihres Aggressions- und damit Fremdgefährdungspotentials letztlich in der forensischen Psychiatrie aufgenommen werden zu müssen.

Insgesamt sind die Psychiatrie und die betroffenen Patienten aufgrund der bestehenden Rechtslage herausgefordert, „neue Möglichkeiten zur vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Patienten und Behandlungsteam“ [55] zu entwickeln. Dem Statement „Wir dürfen nicht die Menschenrechte auf dem Altar einer scheinbar effizienten Medizin opfern.“ [55] ist zuzustimmen. Es ist aber zu ergänzen: Wir dürfen nicht die Patienten und die Mitarbeiter in der Psychiatrie einer neoliberalen Ideologie von angeblicher Freiheit und Verantwortungslosigkeit opfern.

## Literaturverzeichnis:

- 1 Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *BJPsych* 2000; 176: 345-350
- 2 Hodgins S, Müller-Isberner R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *BJPsych* 2004; 185: 245-250
- 3 Coid J, Yang M, Roberts A et al. Violence and psychiatric morbidity in the national household population of Britain: public health implications. *BJPsych* 2006; 189: 12-19
- 4 Elbogen E, van Dron R, Swanson J et al. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *BJPsych* 2006; 189: 354-360
- 5 Lincoln T, Hodgins S, Jöckel D et al. Forensische Patienten und Patienten der Allgemeinpsychiatrie. Bilden Prognoseinstrumente unterschiedliche Gewalttätigkeitsrisiken ab? *Nervenarzt* 2006; 77: 576-586
- 6 Hodgins S, Alderton J, Cree A et al. Aggressive behaviour, victimization and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalization. *BJPsych* 2007; 191: 343-350
- 7 Steinert T, Bergk J. Aggressives und gewalttätiges Verhalten – Diagnostik, Prävention, Behandlung. *Nervenarzt* 2008; 79: 359-370
- 8 Fazel S, Langström N, Hjern A et al. Schizophrenia, substance abuse and violent crime. *JAMA* 2009; 301: 2016-2023
- 9 Buckley P, Citrome L, Nichita C et al. Psychopharmacology of Aggression in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2011; 37: 5: 930-936
- 10 Singh J, Serper M, Reinharth J et al. Structured Assessment of Violence Risk in Schizophrenia and Other Psychiatric Disorders: A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Item Content of 10 Available Instruments. *Schizophrenia Bulletin* 2011; 37: 5: 877-878
- 11 Dack C, Ross J, Papadopoulos C et al. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127: 255-268
- 12 Short T, Thomas S, Mullen P et al. Comparing violence in schizophrenia patients with and without comorbid substance-use disorders to community controls. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 128: 306-313
- 13 Koritsas S, Coles J, Boyle M et al. Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 967-70.
- 14 Miedema B, Hamilton R, Tatemichi SR et al. Monthly incidence rates of abusive encounters for Canadian family physicians by patients and their families. *Int J Family Med* 2010: 387202 (epub)
- 15 Schmidt J, Feltes T. Gewalt gegen Rettungskräfte – Bestandsaufnahme zur Gewalt gegen Rettungskräfte in Nordrhein-Westfalen. 2012. Internet: [HYPERLINK "http://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmtmin/server/download/pdf\\_2012/Gewalt\\_gegen\\_Rettungskraefte.pdf"](http://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmtmin/server/download/pdf_2012/Gewalt_gegen_Rettungskraefte.pdf) [www.unfallkassenrw.de/fileadmtmin/server/download/pdf\\_2012/Gewalt\\_gegen\\_Rettungskraefte.pdf](http://www.unfallkassenrw.de/fileadmtmin/server/download/pdf_2012/Gewalt_gegen_Rettungskraefte.pdf) (last accessed on 11.12.2014)
- 16 Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M et al. Aggression und Gewalt gegen Allgemeinmediziner und praktische Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt*, 112: 10, 06.03.2015
- 17 Püschel K, Cordes O. Tödliche Bedrohung als Berufsrisiko. *Deutsches Ärzteblatt* 2001, 98: A153-7
- 18 Mäulen B. Vorsicht Patient! Immer mehr schwere Gewaltdelikte gegen Ärzte. *MMW Fortschr Med* 2013; 155: 14-20
- 19 Amore M, Menchetti M, Tonti C et al. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2008; 62: 247-255
- 20 Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F et al. Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research* 2011; 189: 10-20
- 21 Haller R, Kemmler G, Kocsis E et al. Schizophrenie und Gewalttätigkeit. *Nervenarzt* 2001; 72: 859-866

- 22 Flannery R. Precipitants to Psychiatric Patient Assaults: Review of Findings, 2004-2006, with Implications for EMS and other Health Care Providers. *International Journal of Emergency Mental Health* 2007; 9: 1: 5-11
- 23 Arrango C, Barba A, González-Salvador T et al. Violence in Inpatients with Schizophrenia: A Prospective Study. *Schizophrenia Bulletin*, 1999; 25: 3: 493-503
- 24 Hoptman M, Yates K, Patalinjug M et al. Clinical Prediction of Assaultive Behavior Among Male Psychiatric Patients at a Maximum-Security Forensic Facility. *Psychiatric Services* 1999; 50: 11: 1461-1466
- 25 Milton J, Amin S, Singh S et al. Aggressive incidents in first-episode psychosis. *BJPsych* 2001; 178: 433-440
- 26 Schanda H, Taylor P. Aggressives Verhalten psychisch Kranker im stationären Bereich: Häufigkeit, Risikofaktoren, Prävention. *Fortschr Neurol Psychiat* 2001; 69: 443-452
- 27 Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 133-141
- 28 Swanson J, Swart M, Wagner H et al. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness. *BJPsych* 2000; 176: 324-331
- 29 Swanson J, Swartz M, Elbogen E. Effectiveness of Atypical Antipsychotic Medications in Reducing Violent Behavior Among Persons With Schizophrenia in Community-Based Treatment. *Schizophrenia Bulletin*. 2004; 30: 1: 3-20
- 30 von Berg S, Haselbeck H, Handschuh D et al. Bremen Risk Assessment Scale for General Psychiatry. *Nervenarzt* 2011; 7: 886-894
- 31 Peric G. Aggressive Zwischenfälle auf allgemeinpsychiatrischen Stationen: Einflüsse statischer und dynamischer Variablen und Möglichkeiten zur Reduktion der Zwischenfälle. Dissertation LMU München 2014
- 32 Torrey E (2011) Stigma and Violence: Isn't It Time to Connect the Dots? *Schizophrenia Bulletin* 2004; 37: 5: 892-896
- 33 Fazel S, Gulati G, Linsell L et al. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine* August 2009; 6: 8-e1000120
- 34 Albus M, Brieger P, Schreiber W. Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka, Auswirkungen der Gesetzesänderung zum 18.02.2013 auf psychiatrische Abteilungen und Kliniken mit Vollversorgungsauftrag in Bayern. *R&P* 2015, 33.Jg, 193-197
- 35 Zinkler M, Kossemou JM. Nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung – drei Fallberichte. *Recht Psychiatrie* 2013, 31: 76-79
- 36 Steinert T. Zwangsbehandlung – Die aktuelle Rechtslage und die Auswirkungen in der Praxis. *Der Neurologe & Psychiater* 2013; 4: 60-63
- 37 Flammer E, Steinert T. Involuntary medication, seclusion, and restraint in German psychiatric hospitals after the adoption of legislation in 2013. *Frontiers in Psychiatry* Okt. 2015; 6: Artikel 153
- 38 Flammer E, Steinert T. Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitsbeschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen. *PsychiatPrax* 2015; 42: 260-266
- 39 Steinert T, Noorthoo EO, Mulder CL. The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Frontiers in public health*. September 2014; 2: Art. 141
- 40 BVerfG. 2BvR882/09. – Nr. (1-83), (vom 23.03.2013).;
- 41 BVerfG. 2BvR633/11. – Nr. (1-47), (vom 12.10.2011))
- 42 BGH Urteil XII ZB99/12 vom 20. Juni 2012
- 43 Olzen/Metzmacher *BtPrax* 2011, 233, 237 f.
- 44 Nijman, H. & Muris, P. et al.: The staff observation aggression scale-revised; *Aggr. Behav.* 25:197-209, 1999
- 45 Hodgins S, Müller-Isberner R. Preventing Crime by people with schizophrenic disorder: the role of psychiatric services. *BJPsych* 2004. 185:245-250

- 46 Hodgins S, Alderton J, Cree A, Aboud A, Mak T. Aggressive behavior victimization and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalization. *BJPsych* 2007. 191:343-350
- 47 Walsh E, Moran P, Scott C, McKenzie K, Burns T, Creed F, Tyrer P, Murray R, Fahy T. Prevalence of violent victimization in severe mental illness. *BJPsych* 2003. 183:233-238
- 48 Hoptman M, Yates K, Patalinjug M, Wack R, Convit A. Clinical prediction of assaultive behavior among male psychiatric patients at a maximum-security forensic facility. *Psychiatric Services* 1999 Vol. 50, No. 11:11461-1466
- 49 Kho K, Sensky T, Mortimer A, Corcos C. Prospective study into factors associated with aggressive incidents in psychiatric acute admission wards, *BJPsych* 1998. 172:38-43
- 50 Steinert T, Bergk J. Aggressives und gewalttätiges Verhalten – Diagnostik, Prävention, Behandlung. *Nervenarzt* 2008. 79:359-370
- 51 Falkai P. Die Verunsicherung unter den Psychiatern ist groß. *Ärzteblatt online* 27. Juli 2012
- 52 Dielmann von Berg J. Ein Gesetz braucht Feinschliff. *Ärzte Zeitung online* 11. Dezember 2012
- 53 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Zum Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 20.06.2012, DGPPN Stellungnahme Nummer 13/10.8.2012
- 54 Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Zur Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Störungen. Stellungnahme Nummer 15/18.10.2012
- 55 Zinkler M. Offener Brief zur Neuregelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht. *PsychoSozUmschau* 2013. 1:24
- 56 Deutscher Bundestag (Hrsg.). Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Berlin 2016. S16
- 57 Hirsch S, Steinert T. Gewalt psychisch kranker Patienten gegen Ärzte und Pflegepersonal. *NeuroTransmitter* 2016;27(6)
- 58 Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.): Das AMDP-System Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 8. Auflage 2007
- 59 Brockhaus F.A., Lexikonredaktion. Brockhaus Lexikon in 20 Bänden. Bd 15:123. dtv 1982
- 60 Brechner E et al.: Kompaktlexikon der Biologie. Spektrum Akademischer Verlag. Heidelberg 2001
- 61 Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg.) ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 6. Auflage 2013. Hogrefe
- 62 Peters U. H. Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie. 6. Auflage 2007. Urban&Fischer
- 63 Laehr H. Die Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hilfsdisziplinen in allen Ländern. 3. Auflage Berlin: De Gruyter; 1889
- 64 Böker W, Häfner H. Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Springer; 1973
- 65 Brieger P. Für Recht und Ordnung sorgen ist nicht Aufgabe eines Krankenhauses. *Bayer. Staatszeitung* Nr. 14, 14; 7. April 2017
- 66 Browsers L, James K, Quirk A, et al. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2015; 52 (9), 1412-1422
- 67 Frick E, Schiessl A. Resilienz im ärztlichen Berufsalltag fördern. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 61, 47-55 (2015)
- 68 Butollo W, Kruesmann M, Karl R, Schmelzer M, Müller-Cyran A. Untersuchung bestehender Maßnahmen zur sekundären Prävention und Entwicklung einer Methodik und eines zielgruppenorientierten Programms zur effektiven sekundären Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen, Forschungsprojekt im Auftrag

des Bundesministeriums des Innern, Endbericht, Bonn 2006, <http://www.einsatzkraft.de> (abgerufen am 30.12.2014)

69 Deutscher Bundestag – 17. Wahlperiode — Drucksache 17/12086 vom 16.01.2013

70 Schepis T. S., Simoni-Wastila L., McCabe S. E. Prescription opioid and benzodiazepine misuse is associated with suicidal ideation in older adults. *International J of Geriatric Psychiatry* online 18. Oktober 2018

71 Aderhold V. Mortalität durch Neuroleptika. *Soziale Psychiatrie* 2007 (4), 5-10

72 Coupland C., Hill T., Morriss R., Arthur A., Moore M., Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of suicide and attempted suicide or self harm in people aged 20 to 64: cohort study using a primary care database. *British Med J.* 2015 Feb 18; 350:h517. doi: 10.1136/bmj.h517

73 Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M, Zinkler M, Beine K, Heinz A, Borgwardt S, Lang UE. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study. *Lancet Psychiatry* 2016, 3: 842-849

Anhang:



Dokumentation Besondere Vorkommnisse		
<b>Das Formular wird vom Mitarbeiter nach Rücksprache mit der BPDL bzw. außerhalb der regulären Dienstzeit mit der diensthabenden PDL ausgefüllt.</b>		
Station/ Bereich:	Datum: 08.03.13	Patient/Aufnahme-Nr:
Uhrzeit: Von:            bis:	Tel.Nr. Station:	Verursacher: Patientin
Diensthabende/r Mitarbeiter/in:	Vorgesetzter/:	
<input type="checkbox"/> Mehrfachnennung <input type="checkbox"/> Einfachnennung:		
<b>Besonderes Vorkommnis:</b>		
<input type="checkbox"/> Suizid: <input type="checkbox"/> O Versuch <input type="checkbox"/> O vollendet	<i>bei Suizid (Versuch oder vollendeter Suizid) ist durch das multiprofessionelle Team zusätzlich (ggf. am Folgetag) das FOI-000153 auszufüllen und an Herrn CA Dr. Pfeiffer weiterzuleiten.</i>	
<input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Razzia <input type="checkbox"/> schwerer Diebstahl <input type="checkbox"/> Körperverletzung <input type="checkbox"/> Sexualstraftat <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Sprengstoffanschlag <input type="checkbox"/> Drogenhandelt <input type="checkbox"/> Sachbeschädigung	<input type="checkbox"/> Katastrophenfall <input type="checkbox"/> Einbruch <input checked="" type="checkbox"/> tätliche Auseinandersetzung mit Körperverletzung: <input checked="" type="checkbox"/> Personal/Patient <input type="checkbox"/> Patient/Patient
<b>Schilderung des Vorfalls:</b>		
<b>Alarm ausgelöst:</b> <input type="checkbox"/> O ja <input checked="" type="checkbox"/> O nein    durch: <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Alarmgeber <input type="checkbox"/> Reißleine		
<b>Beteiligt:</b> <input type="checkbox"/> Mitpatient <input checked="" type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> andere Personen:		
<b>Hilfestellung durch:</b> <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> FSD <input type="checkbox"/> C-Team <input type="checkbox"/> MPT <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Feuerwehr <input checked="" type="checkbox"/> Sonstige: Rettungshelfer		
<b>Ort des Geschehens:</b> <input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> Gang <input type="checkbox"/> Essraum <input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Dusche <input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> Aufzug <input type="checkbox"/> Balkon <input type="checkbox"/> Garten <input type="checkbox"/> Fernsehraum <input checked="" type="checkbox"/> Sonstiges:		
<b>Folgen:</b> <input type="checkbox"/> Fixierung <input type="checkbox"/> Tod <input checked="" type="checkbox"/> Körperlicher Schaden: <input type="checkbox"/> Patienten <input checked="" type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> andere Personen: <input type="checkbox"/> Verlegung: <input type="checkbox"/> O innerhalb der Klinik <input type="checkbox"/> O außerhalb → wohin verlegt <input type="checkbox"/> ärztl./psych. Versorgung des Personals <input type="checkbox"/> Dienstunfähigkeit <input type="checkbox"/> Evakuierung <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
<b>Freitext zum Geschehen:</b>		
<b>Informiert wurden (namentlich eintragen):</b>		
<small>FOI-000244; KMO; Rev13; Freigabe: 29.02.2012 Franzese, Gamm/De</small>		
<small>Selle 1 von 2</small>		

Abb. 65: Dokumentation Besondere Vorkommnisse Muster Vorderseite

## Dokumentation Besondere Vorkommnisse

07.03.13

Datum

Name und Funktion Mitarbeiter/in

### Hinweis:

1. Innerhalb der regulären Dienstzeit: Chefarzt und BPD des Fachbereichs
2. Außerhalb der regulären Dienstzeit: PDL-Bereitschaft und A- oder B- Dienst sowie über die Pforte Haus 12 der D-Dienst

**Anschließend durch Mitarbeiter/in das ausgefüllte Formular per Email über Outlook an die Email-Gruppe „GRP Besondere Vorkommnisse“ senden!**

Über die Weiterleitung an den Vorstand des Kliniken des Bezirks Oberbayern - KU bzw. an die Pressestelle des Bezirk Oberbayern entscheidet der Geschäftsführer

Abb. 66: Dokumentation Besondere Vorkommnisse Muster Rückseite

## Gruppe Jahreszahl Auswertung Skala Vorgesehen Motivation Hintergünde

<b>Patientenbezogene Daten</b>	
Name, Vorname	
Geschlecht	1 = Männlich      2 = weiblich
Geburtsdatum	
Datum Vorfall	
Uhrzeit	
<b>Formales Aufnahme</b>	
Zahl Voraufenthalte	Anzahl der psychiatrischen Voraufenthalte insgesamt
Unterbringung?	Unterbringung zur Aufnahme gegen den Willen des Patienten, nach BayUg, Betreuung oder andere
Diagnosen 1	Psychiatrische Diagnosen nach ICD 10
Diagnosen 2	
Diagnosen 3	
Diagnosen 4	
Tage vor Zwischenfall	
Ersterkrankung	Psychiatrische Ersterkrankung?      0 = nein      1 = ja
<b>Aktuelle Gegebenheiten</b>	
zum Vorfallsdatum	
Personal wurde vom Pat. provoziert	1 = ja      0 = nein
Mitpatienten wurden vom Pat. provoziert	1 = ja      0 = nein
sonstige Personen wurden vom Pat. provoziert	1 = ja      0 = nein
Pat wurde gegen Personal verbal aggressiv	1 = ja      0 = nein
gegen Mitpatienten verbal aggressiv	1 = ja      0 = nein
gegen sonstige verbal aggressiv	1 = ja      0 = nein
physisch aggressiv 1	Pat wurde gegen Personal physisch aggressiv      1 = ja      0 = nein

Abb. 67: Auswertungsskala 1

	Pat wurde gegen Mitpatienten physisch aggressiv	1 = ja	0 = nein
physisch aggressiv 2	Pat wurde gegen <b>sonstiges</b> physisch aggressiv	1 = ja	0 = nein
physisch aggressiv 3	Pat wurde gegen <b>sonstiges</b> physisch aggressiv	1 = ja	0 = nein
Alkoholisierung	1 = vorhanden 0 = nicht vorhanden		
Drogenintox			
akute Suizidalität			
Agitiertheit			
Reizbarkeit			
Impulsivität			
Hostilität			
Verwirrtheit			
kognitive Einbußen			
Produktiv-			
psychotisch			
unbehandelt			
Verweigerung			
adäquater			
Behandlung			
unmittelbar			
vorangeg. WB-Pflicht			
unmittelbar			
vorangeg. Isolation			
unmittelbar			
vorangeg. Fixierung			
<b>Konsequenzen</b>	aus dem Vorfall heraus		
Fixierung	1 = ja 0 = nein		
Zwangsmedikation			
Verlegung			

Abb. 68: Auswertungsskala 2

<b>Anamnese</b>	Psychiatrische Gesamtanamnese, nicht nur zum aktuellen Geschehen	
Alkohol	Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit	1 = ja    0 = nein
Drogen	Abhängigkeit oder Mißbrauch von illegalen Drogen	1 = ja    0 = nein
Suizidalität	1 = ja    0 = nein	
impulsivität		
Gewalt	existentiell bedrohliche erlebte Gewalt	1 = ja    0 = nein
Trauma		
soziale		
Destabilisierung	Wegfall wichtiger und tragender sozialer Bedingungen	1 = ja    0 = nein
Zwangsbehandlung	früher erlebte psychiatrische Behandlung gegen oder ohne den Willen des Patienten	1 = ja    2 = nein
<b>Sozialisierung</b>		
Migrant 1.		
Generation	im Ausland geboren, selber migriert	1 = ja    0 = nein
Migrant 2.		
Generation	in Deutschland geboren, Eltern migriert	1 = ja    0 = nein
Asylbewerber		
Flüchtling	1 = ja    0 = nein	"Migration" aus Flucht- oder Asylbedingungen
Sprachbarriere	1 = ja    0 = nein	
<b>Umgebungsfaktoren</b>		
Anzahl der Pat auf Station	entfällt, da nicht konsistent erhebbar	
Überbelegung	entfällt, da nicht konsistent erhebbar	
Verhalten Personal	entfällt, da mit unseren Mitteln nicht konsistent und valide erhebbar	

Abb. 69: Auswertungsskala 3

## **Eidesstattliche Versicherung**

Schneeweiß, Bertram Wilhelm Michael

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

**Die Auswirkungen des Bundesgerichtshof Urteils vom 20.06.2012 auf aggressive Zwischenfälle auf Akutstationen eines psychiatrischen Krankenhauses der Maximalversorgung  
Eine naturalistische Untersuchung am Isar-Amper-Klinikum München-Ost**

selbständig verfasst, mich außer der angegebene keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 08.Januar 2018

gez. Bertram Schneeweiß