

Aus der LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln
Ärztliche Direktorin: Professorin Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank

**Determinanten einer unfreiwilligen Unterbringung nach
PsychKG unter besonderer Berücksichtigung des
Wohnortes von Menschen mit psychischen Erkrankungen**

Analyse von Fällen der LVR-Klinik Langenfeld

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Barbara Lange
aus Bogotá/Kolumbien

promoviert am 22. April 2024

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
2024

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. G. R. Fink

1. Gutachterin: Professorin Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank
2. Gutachter: Universitätsprofessor Dr. med. F. O. Jessen

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten:

Herrn Dr. Schmitz-Buhl

Weitere Personen waren an der Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Der dieser Arbeit zugrundeliegende Datensatz war mit meiner Mitarbeit und die weiterer Mitarbeiter*innen der LVR-Klinik Langenfeld in einer früheren Studie erhoben worden. Ich war an der Datenerhebung und Verifikation der Erhebungsbögen sowie Nachbesserung beteiligt gewesen.

Die dieser Dissertation zugrundeliegende statistische Analyse habe ich mit dem anonymisierten Datensatz und nach Einarbeitung durch den Mitarbeiter der LVR-Klinik Köln Herrn Dr. Schmitz-Buhl eigenständig durchgeführt, ausgewertet und interpretiert.

Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 132/2020) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichte mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Köln, den 01.09.2023

Unterschrift: 

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Frau Prof. Dr. Gouzoulis-Mayfrank für ihre schnelle, wertschätzende und konstruktive Kritik und Geduld zu meiner Arbeit. Des Weiteren möchte ich mich besonders bei Herrn Dr. Schmitz-Buhl für seine herzliche, offene Art, seinen Rat und seine Unterstützung bedanken. Ohne Ihrer beider Engagement, Hilfe und Kritik wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Für meine Familie

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	7
1. ZUSAMMENFASSUNG	8
2. EINLEITUNG	11
2.1 Die Entwicklung der Zwangsunterbringungen in der Psychiatrie.....	11
2.2 Das PsychKG NRW	14
2.3 Determinanten unfreiwilliger stationärer Behandlungen	15
2.4 Urbanisierung und psychische Erkrankungen.....	19
2.5 Fragestellungen und Ziel der Arbeit	22
3. MATERIAL UND METHODEN	23
3.1 Vorstellung der Sektoren der LVR-Klinik Langenfeld.....	23
3.2 Vorstellung der zuständigen Amtsgerichte	28
3.3 Studienprotokoll und Erhebungsbogen.....	30
3.4 Statistische Auswertung.....	33
4. ERGEBNISSE	34
4.1 Rechtsgrundlagen nach Einzugsgebieten und zuständigen Amtsgerichten	34
4.2 Rechtsgrundlagen nach klinischen und soziodemographischen Merkmalen der Patient*innen.....	38
4.2.1. Alter und Geschlecht.....	38
4.2.2. Soziodemographische und sozioökonomische Merkmale	41
4.2.3. Veranlassung der Aufnahme, frühere Suizide und Vorbehandlungen	43
4.2.4. Gewichtung der patient*innenseitigen Risikofaktoren für eine unfreiwillige Unterbringung nach PsychKG	46

4.3	Verteilung der patient*innenseitigen und der systemischen Risikofaktoren für eine unfreiwillige Unterbringung zwischen Patient*innen aus Wohnorten mit niedriger und hoher PsychKG-Quote	48
4.3.1.	Zusammenfassung	50
5.	DISKUSSION	52
5.1	Methodische Einschränkungen der vorliegenden Studie	67
5.2	Schlussfolgerung	67
6.	LITERATURVERZEICHNIS	69
7.	ANHANG	84
7.1	Abbildungsverzeichnis	84
7.2	Tabellenverzeichnis	85

Abkürzungsverzeichnis

Abb.....	Abbildung
Abs.....	Absatz
ALG.....	Arbeitslosengeld
APP.....	Ambulante Psychiatrische Pflege
Az.....	Aktenzeichen
BBSR.....	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BeWo.....	Betreutes Wohnen
BGB.....	Bürgerliches Gesetzbuch
CART.....	Classification and Regression Tree
CHAID.....	Chi-square Automatic Interaction Detectors
EU-/BU-Rente.....	Erwerbsunfähigkeits-/Berufsunfähigkeitsrente
EvaSys.....	Electric Paper Evaluations Systems
Exp(B).....	Effekt-Koeffizient
FES.....	Friedrich-Ebert-Stiftung
GV.....	Gesetz und Verordnungsblatt
IBM.....	International Business Machines
ICD.....	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
k.A.....	keine Angaben
KH.....	Krankenhaus
KIS.....	Krankenhausinformationssystem
LVR.....	Landschaftsverband Rheinland
MAGS.....	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
NRW.....	Nordrhein-Westfalen
NS.....	Nationalsozialismus
o.f.W.....	ohne festen Wohnsitz
PsychKG.....	Psychisch-Kranken-Gesetz
RFs.....	Random Forests
SD.....	Standardabweichung
SGB.....	Sozialgesetzbuch
SPSS.....	Statistical Package for the Social Sciences
StäB.....	stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
StGB.....	Strafgesetzbuch
StPO.....	Strafprozessordnung
Tab.....	Tabelle
UN-BRK.....	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
WHO.....	World Health Organisation

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Um eine Reduktion von unfreiwilligen stationären Unterbringungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erreichen, ist es von besonderer Bedeutung Risikofaktoren zu identifizieren, um im Anschluss präventive Maßnahmen ausarbeiten zu können und eine Reduktion der Zwangseinweisungen zu erreichen, welche oftmals von Patient*innen als demoralisierender Eingriff in ihre Rechte empfunden werden. Neben patientenbezogenen Risikofaktoren können auch institutionsbezogene, sozioökonomische Umgebungsfaktoren sowie weitere systemische Faktoren wie die Arbeitsweise von Gerichten, Polizei und Rettungsdiensten eine Rolle spielen.

Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit war es Determinanten für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung nach PsychKG (Psychisch-Kranken-Gesetz) in einer großen kommunalen psychiatrischen Klinik zu ermitteln. Das Einzugsgebiet der Klinik umfasst groß- und kleinstädtische Wohngebiete, für welche drei unterschiedliche Amtsgerichte zuständig sind. Dabei wurde das Augenmerk insbesondere auf die verschiedenen Teile des Versorgungsektors der Klinik und die mögliche Bedeutung struktureller Unterschiede zwischen den Städten und Gemeinden im Versorgungsgebiet gerichtet. Die Analysen fokussierten somit auf mögliche Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit von unfreiwilligen Unterbringungen nach PsychKG und bestimmten Wohngebieten sowie zuständigen Amtsgerichten, sie berücksichtigen aber auch individuelle und strukturelle patient*innenseitige Faktoren wie die Diagnosen sowie soziodemographische und sozioökonomische Merkmale.

Methodik: Die vorliegende Studie verwendet Patient*innendaten, welche in einer früheren Studie im Zeitraum vom 01.04.2016 bis zum 30.06.2016 erfasst worden waren. Es handelte sich um klinische und soziodemographische Daten, die aus den Patient*innenakten von stationären Fällen der allgemeinspsychiatrischen Abteilungen, der Suchtabteilung, der gerontopsychiatrischen Abteilung und der Abteilung für Menschen mit einer Intelligenzminderung eines psychiatrischen Fachkrankenhauses (LVR-Klinik Langenfeld; LVR: Landschaftsverband Rheinland) extrahiert worden waren. Es waren alle Fälle einbezogen worden, welche entweder auf freiwilliger Rechtsgrundlage oder per PsychKG in stationärer Behandlung waren. In der vorliegenden Promotionsarbeit wurden die Fälle nach den einzelnen Wohnorten betrachtet und sie wurden zusätzlich in Fälle aus kleineren Großstädten (Leverkusen und Solingen), aus großen Mittelstädten (Langenfeld, Hilden), aus kleinen Mittelstädten (Erkrath, Haan, Leichlingen, Mettmann, Monheim am Rhein), und einer Kleinstadt (Burscheid), sowie in Fälle ohne festen Wohnsitz (o.f.W.) oder mit Wohnsitz außerhalb des Versorgungsgebiets der LVR-Klinik Langenfeld unterteilt. Ferner wurden die Fälle nach dem für die Unterbringung zuständigen Amtsgericht unterteilt. Für jeden Fall wurden fallbezogene Patient*inneninformationen (Alter, Geschlecht, Haupt- und Nebendiagnosen etc.), soziodemographische (Familienstand,

Partnerschaft, Kinder etc.) und sozioökonomische Daten (Schulbildung, Berufsausbildung, überwiegend Unterhalt, etc.) sowie Daten zu den Unterbringungsbedingungen und Vorbehandlungen/Betreuung (durch wen wurde die Aufnahme veranlasst, frühere Suizidversuche, liegt eine Behandlungsvereinbarung/Patient*innenverfügung vor, etc.) analysiert. Schließlich wurden die zugänglichen statistischen Daten zur geographischen und sozioökonomischen Struktur der einzelnen Städte aus dem Versorgungsgebiet der Klinik zusammengestellt und mit Bezug zu den PsychKG-Quoten bei den entsprechenden Fällen betrachtet. Neben deskriptiven Analysen wurde eine Regressionsanalyse gerechnet, um die Bedeutung der einzelnen Merkmale als Risikofaktoren für eine unfreiwillige Unterbringung zu ermitteln.

Ergebnisse: Die Stichprobe umfasste insgesamt 1.588 Fälle, davon lag bei 247 Fällen eine Unterbringung nach dem PsychKG vor, dies entspricht einer Quote von 15,6 %. Die Quote variierte in Abhängigkeit vom Wohnort zwischen 6 % (Mettmann, kleine Mittelstadt) und 23,3 % (Haan, ebenfalls kleine Mittelstadt). Die Gruppierung der Wohnorte nach ihrer Größe sowie die Inspektion vorliegender statistischer Daten zur geographischen und sozioökonomischen Struktur der einzelnen Städte ergab keine plausible Erklärung für die Unterschiede in der PsychKG-Quote.

Als patient*innenseitige Determinanten für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung konnten identifiziert werden: Alter unter 40 oder über 60 Jahre, die Diagnose einer Schizophrenie (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-10: F2), einer psychoorganischen Störung (ICD-10: F0) oder einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6) und die Kombination der Diagnosen einer Abhängigkeitserkrankung (ICD-10: F1) und einer Schizophrenie (ICD-10: F2), ferner Kinderlosigkeit, Erwerbslosigkeit, Altersrente, mehrere Suizidversuche in der Anamnese und das Vorliegen einer Vorsorgevollmacht, sowie die Einweisung durch ein Gesundheitsamt, ein anderes Krankenhaus (KH) oder einen Notarzt/eine Notärztin. An protektiven Faktoren konnten ermittelt werden: die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung (ICD-10: F1) oder einer affektiven Störung (ICD-10: F3), Erwerbstätigkeit und Teilzeitarbeit, keine Suizidversuche in der Anamnese, kein/e gesetzliche/r Betreuer*in, Betreuung durch Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) oder Betreutes Wohnen (BeWo), sowie schließlich die Einweisung durch eine/n ambulante/n Psychiater*in oder Psycholog*in, einen Hausarzt/eine Hausärztin oder durch den/die Patient*in selbst. In der Regressionsanalyse zeigten sich als bedeutsamste Faktoren die Einweisung durch das Gesundheitsamt oder ein anderes allgemeines KH und das Vorliegen einer psychoorganischen Störung (ICD-10: F0), einer Schizophrenie (ICD-10: F2) und einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6).

Schließlich wurden die Fälle aus den drei Wohnorten mit der höchsten PsychKG-Quote mit den Fällen aus den drei Wohnorten mit der niedrigsten PsychKG-Quote verglichen. Die Fälle

aus den drei Wohnorten mit der höchsten PsychKG-Quote wurden insgesamt häufiger durch das Gesundheitsamt und durch ein allgemeines KH eingewiesen. Hinsichtlich der weiteren patient*innenseitigen Faktoren wurden keine Unterschiede zwischen den Fällen aus den drei Wohnorten mit der höchsten und mit der niedrigsten PsychKG-Quote festgestellt.

Schlussfolgerung:

Die erheblichen Unterschiede im Anteil der unfreiwillig untergebrachten Patient*innen aus den verschiedenen Teilen des Versorgungsgebiets der Klinik können weder mit der geographischen und sozioökonomischen Struktur der einzelnen Städte noch mit den hier erhobenen patient*innenseitigen Merkmalen aus der Routinedokumentation erklärt werden. Der höhere Anteil an Fällen mit Einweisung durch das Gesundheitsamt oder ein allgemeines Krankenhaus bei Patient*innen aus Wohngebieten mit hoher PsychKG-Quote könnte möglicherweise auf systemische Unterschiede in der Versorgungsorganisation und -qualität zwischen den verschiedenen Städten des Versorgungsgebietes hinweisen. Weiterführende Untersuchungen mit zusätzlicher Erhebung weiterer (Nicht-Routine-) Daten sowie qualitative Untersuchungen wären wünschenswert, um der Frage nach den Ursachen der Variabilität der Unterbringungsquoten nachzugehen. Als Handlungsempfehlungen wären deeskalierende Schulungen des Personals insbesondere von allgemeinen Krankenhäusern im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen, der Ausbau von Konsiliardiensten, die Möglichkeit von kurzfristigen Kriseninterventionen, das Erstellen von Behandlungsvereinbarungen sowie die Implementierung von stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen (StäB) zu nennen. Positiv ist zu erwähnen, dass als protektiver Faktor für eine unfreiwillige stationäre Behandlung die Installation von APP/BeWo ermittelt werden konnte. Dieses Hilfsangebot sollte unbedingt beibehalten werden.

2. Einleitung

Zunächst wird in der Einleitung Bezug genommen auf die Entwicklung der Zwangsunterbringungen von psychisch kranken Menschen innerhalb Deutschlands, wobei die Rechtsgrundlage genauer erläutert wird. Danach wird der bisherige Stand der Forschung betrachtet, bezogen auf Determinanten unfreiwilliger Behandlungen. Anschließend folgt die Definition von Städten und ein Einblick in die bisherige Forschungslage von Städten in Bezug auf psychische Erkrankungen. Abschließend werden die Fragestellungen der vorliegenden Dissertation präsentiert.

2.1 Die Entwicklung der Zwangsunterbringungen in der Psychiatrie

Psychisch kranke Menschen wurden in Deutschland zunächst nicht therapiert, sondern in Anstalten verwahrt. Im 14. Jahrhundert erfolgte die Verwahrung in Käfigen oder Kisten (Jetter et al., 1981).

Eine gesetzliche Regelung innerhalb Deutschlands für Menschen mit psychischen Erkrankungen erfolgte erstmalig 1743 durch einen Erlass des Fürstbischofs Friedrich Karl von Schönborn-Buchheim aus dem Bistum Würzburg (Frühinsfeld, 1991).

Der Psychiater Christian Friedrich Wilhelm Roller vertrat Anfang des 19. Jahrhunderts die Ideologie, dass psychische Krankheiten auf Fehler durch die Familie in der Erziehung oder innerhalb der Umwelt zurückzuführen seien. Daraus zog er die Konsequenz, dass man Menschen, welche an einer psychischen Erkrankung leiden, zu isolieren habe. 1840 gründete er die großherzogliche badische Heil- und Pflegeanstalt Illenau. Jedoch kam es im Verlauf zur Resignation bei den Psychiatern, da ihnen die „Unheilbarkeit der meisten schweren Erkrankungen und der unwirksamen Behandlungsmethoden“ bewusst wurde (Bühning, 2001). Die psychisch kranken Menschen wurden in zunehmend vernachlässigten Anstalten oft über Jahre oder lebenslang gehalten. Aufgrund hoher Geburtenraten und der zunehmenden Industrialisierung erhöhte sich die Anzahl der Patient*innen in psychiatrischen Krankenhäusern um die Wende zum 20. Jahrhundert herum. Laut Bühning (2001) habe diese Zunahme Angst in der Bevölkerung geschürt, dass psychische Erkrankungen aufgrund einer Degeneration im „Volkkörper“ stark zugenommen hätten. Der Sozialdarwinismus sowie die Idee der Eugenik haben sowohl den Weg für den Massenmord als auch die Zwangssterilisationen von psychisch kranken Menschen geebnet (Bühning, 2001).

In der Zeit des Nationalsozialismus (NS) wurden psychisch kranke Menschen verfolgt und auf systematische Weise getötet. Nach Faulstich (1998) wurden mindestens 296.000 Patient*innen durch das NS-Regime ermordet, wovon die meisten Opfer aus Heimen und Anstalten

stammten. Nach dem Niedergang des NS wurden die Debatten bezüglich der Behandlung von psychisch kranken Menschen durch den Wiederaufbau verdrängt (Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), 2019). Eine Entschädigung für das erlittene Leid wurde den Opfern nicht ausgezahlt. In den sich von Gemeinden deutlich außerhalb befindenden psychiatrischen Anstalten wurden psychisch kranke Patient*innen oftmals menschenunwürdig behandelt. Anstatt Therapie und Behandlung erfolgte meistens nur Verwahrung (FES, 2019).

In den 50er-Jahren und frühen 60er-Jahren gab es bereits Reformimpulse, welche aus dem Bedürfnis entstanden, die Verbrechen des NS an psychisch kranken Menschen wieder gut zu machen. Diese unterlagen jedoch dem Bedürfnis nach Verdrängung der während des NS-Regimes erfolgten Verbrechen an psychisch kranken Menschen, so dass die Vorbereitung der Psychiatriereformen in Deutschland erst 20 Jahre nach Kriegsende begann (Bühning, 2001).

Ab den 70er-Jahren erfolgte in der Bundesrepublik Deutschland die Reformierung der Psychiatrie. Diese Reformierung resultierte in der damals aufkommenden 68er-Bewegung, welche eine Student*innenrevolte und Kulturrevolution entfachte und sich auch kritisch mit den psychiatrischen Anstalten auseinandersetzte. Die damaligen aufkommenden linksgerichteten Student*innen- und Bürgerbewegungen stellten die Themen Menschenrechte und Demokratisierung in den Vordergrund. So gelang es die Mängel in den damaligen psychiatrischen Anstalten einer breiten Maße der Bevölkerung darzulegen und ein Umdenken anzuregen. 1971 wurde durch den Bundestag der deutschen Bundesrepublik ein Dokument für psychiatrische Reformen formuliert. Dies war der Grundstein für die Psychiatrie Enquete, welche auf einer Optimierung der psychiatrischen Gesundheitsversorgung und das Festlegen von Richtlinien zur Verbesserung des Gesundheitssystems basierte. Wichtige Forderungen der Psychiatrie Enquete waren (Deutscher Bundestag, 1975):

- Eine gemeindenahe Versorgung psychisch kranker Menschen.
- Die Umstrukturierung und Verkleinerung großer Landeskrankenhäuser, verbunden mit einer zusätzlichen Angliederung stationärer Psychiatrien an Allgemeinkrankenhäuser.
- Die Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit körperlich kranken Menschen.
- Die Einrichtung von nicht (voll-)stationären Angeboten, wie Tageskliniken und Institutsambulanzen in den Gemeinden, sowie die Förderung dieser.
- Eine bedürfnisgerechte und umfassende Versorgung, welche zudem eine bedarfsgerechte Koordination implizierte.

Die Psychiatrie Enquete wurde 1975 vom deutschen Bundestag verabschiedet.

Ein weiterer wichtiger Meilenstein war die Verabschiedung der Behindertenrechtskonvention durch die Vereinten Nationen (UN-BRK) im Jahr 2006. Im Jahr 2009 wurde die UN-BRK von Deutschland ratifiziert. Die Konvention stärkte die Geltung von Menschen mit Behinderungen und warb dafür diesen eine „selbstbestimmte und diskriminierungsfreie Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen“ (Olzen et Uzonovic, 2009). Auch wurde festgelegt, dass „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt“ (BRK, Artikel 14, Absatz (Abs.) 1b). Insgesamt wurde in der Konvention die Autonomie von Menschen mit Behinderungen gestärkt.

2013 wurde im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) die betreuungsrechtliche Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme geändert (§ 1906, Abs. 3, 3a). Durch den Bundesgerichtshof wurde in zwei Fällen (Aktenzeichen (Az.): XII ZB 99/21 und Az.: XII ZB 130/12) das „Fehlen, einer den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügenden gesetzlichen Grundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung“ festgestellt (Deutscher Bundestag, 2017).

Im Jahre 2015 wurde erstmalig die Umsetzung der UN-BRK innerhalb Deutschlands überprüft. Dabei zeigte sich der Fachausschuss der Vereinten Nationen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen besorgt und empfahl mögliche Menschenrechtsverletzungen innerhalb der psychiatrischen Versorgung sowie innerhalb der Altenpflege zu untersuchen (Deutscher Bundestag, 2017).

Nach aktuellem Stand kann ein erwachsener Mensch in Deutschland in einer psychiatrischen Einrichtung zwangsuntergebracht werden:

- Zivilrechtlich gemäß § 1906 BGB.
- Öffentlich-rechtlich aufgrund einer Gefährdung der öffentlichen Sicherheit nach den PsychKG der Bundesländer (Landesgesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke, z.B. PsychKG Nordrhein-Westfalen (NRW), Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz in Baden-Württemberg, Bayrisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz, Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke, Hamburgische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten.
- Strafrechtlich, aufgrund eines Sicherungsverfahrens oder einer strafrechtlichen Verurteilung (Maßregelvollzug, § 63, 64 StGB (Strafgesetzbuch), § 126 a StPO (Strafprozessordnung).

2.2 Das PsychKG NRW

Das PsychKG NRW wurde erstmalig am 02.12.1969 im Gesetz und Verordnungsblatt ((GV) NRW. S. 872) verabschiedet. Eine Neufassung erfolgte am 17.12.1999 (GV. NRW. S. 662), mit Inkrafttreten am 24.12.1999. Die letzte Änderung wurde im Artikel 1 des Grundgesetzes vom 06.12.2016 (GV. NRW. S. 1062) vollzogen und trat am 01.01.2017 in Kraft.

Nach § 10, Abs. 1 des PsychKG können „Betroffene gegen ihren Willen oder gegen den Willen Aufenthaltsbestimmungsberechtigter oder im Zustand der Willenlosigkeit in ein psychiatrisches Fachkrankenhaus, eine psychiatrische Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik (Krankenhaus) eingewiesen werden und dort verbleiben“. Eine Voraussetzung für eine Unterbringung nach PsychKG liegt vor, „wenn und solange durch deren krankheitsbedingtes Verhalten gegenwärtig eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer besteht, die nicht anders abgewendet werden kann“ (PsychKG § 11, Abs. 1). Unter dem Begriff „Selbstgefährdung“ fällt die Gefahr für das eigene Leben oder die Gesundheit. Bei der „Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer“ (PsychKG § 11, Abs. 1), ist eine Gefährdung von anderen Personen gemeint, die mit einem unmittelbaren fremdaggressiven Übergriff zu rechnen haben. Durch ein aktuelles ärztliches Zeugnis wird bescheinigt, dass Patient*innen aufgrund einer psychischen Erkrankung akut eigen- oder fremdgefährdend sind und anders keine Möglichkeit besteht dies abzuwenden. Dabei wird im PsychKG § 11, Abs. 2 betont, dass eine „fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen“ alleine kein rechtfertigender Grund für eine Unterbringung nach PsychKG darstellt. Des Weiteren ist festgelegt, dass die Unterbringung umgehend aufzuheben ist, wenn eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung nicht mehr vorliegt. Die Freiheit der Person ist, laut dem deutschen Grundgesetz, unverletzlich. Im PsychKG wird im § 36 geregelt, dass „im Rahmen des Artikel 19, Abs. 2 des Grundgesetzes die Rechte auf körperliche Unversehrtheit und auf Freiheit der Person (Artikel 2, Abs. 2 des Grundgesetzes), auf Unverletzlichkeit des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses (Artikel 10 des Grundgesetzes) und der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) eingeschränkt“ sind.

Mit Inkraftsetzung der Novellierung des PsychKG am 01.01.2017 wurde im § 32, Abs. 2 zudem festgelegt, dass „alle Zwangsmaßnahmen [...] in verschlüsselter und anonymisierter Form erfasst und der Aufsichtsbehörde jährlich gemeldet“ werden müssen. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) meldet die Daten alle zwei Jahre dem Landtag. Eine erstmalige Vorlage erfolgte am 31.12.2018.

2017 hatte die Zahl der nach PsychKG untergebrachten Erwachsenen in NRW 18.006 betragen, wobei 58 % Männer waren und 42 % Frauen (MAGS, 2019). 2018 waren laut dem

Bericht des MAGS (2021) insgesamt 18.392 Erwachsene nach PsychKG in NRW untergebracht (58,3 % Männer und 41,7 % Frauen). Im darauffolgenden Jahr betrug die Anzahl der nach PsychKG untergebrachten Personen 18.150 (59,4 % Männer, 40,6 % Frauen).

Das Alter der unfreiwillig untergebrachten Patient*innen nach PsychKG lag im Jahre 2017 zum größten Teil zwischen 27 bis 60 Jahren, wobei 27,6 % älter als 60 Jahre waren (MAGS, 2019). 2018 und 2019 befanden sich die meisten Patient*innen, nach Bericht des MAGS (2021), welche nach PsychKG untergebracht wurden, im Alter zwischen 27 und 59 Jahren, wobei der prozentuale Anteil der Patient*innen, welche unfreiwillig nach PsychKG stationär eingewiesen wurden, leicht sank im Vergleich zum Jahr 2017 (2018: 27,1 %, 2019: 26,5 %). Jedoch nahm der Anteil der Patient*innen, welche jünger als 27 Jahre waren, leicht zu (2017: 17,5 %, 2018: 17,9 %, 2019: 18,8 % (MAGS, 2021)).

Die häufigsten Hauptdiagnosen der Patient*innen, welche nach PsychKG untergebracht wurden, waren in den Berichtszeiträumen von 2017 bis 2019 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10: F20-F29) und machten im Jahre 2018 31,5 % und im Jahre 2019 29,2 % aus, gefolgt von Diagnosegruppen psychische oder Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen ((ICD-10: F10-F19) 2018: 21,3 %, 2019: 23,2 % (MAGS, 2019, MAGS 2021)). Mit 19,0 % im Jahre 2018 und 17,8 % im Jahr 2019 lagen organische, einschließlich symptomatischer, psychischer Störungen (ICD-10: F00-F09) an dritter Stelle der häufigsten Hauptdiagnosen bei Patient*innen, welche per PsychKG einwiesen wurden (MAGS 2021).

Insgesamt wurden im Berichtszeitraum 2018 bis 2019 ca. 8 % der Patient*innen, welche stationär untergebracht wurden, auf der Rechtsgrundlage des PsychKG behandelt, wobei die Anzahl der Untergebrachten leicht anstieg. Ca. 75 % der Unterbringungen dauerten bis zu zwei Wochen an (MAGS 2021).

2.3 Determinanten unfreiwilliger stationärer Behandlungen

Im Jahre 2016 litten weltweit 1 Milliarde Menschen unter einer psychischen oder einer Abhängigkeitserkrankung (Rehm et al., 2019), wobei die unfreiwilligen psychiatrischen Behandlungen erfolgen, wenn die Symptomatik der Erkrankung so schwerwiegend imponiert, dass die persönliche oder soziale Sicherheit gefährdet ist (Adebiyi et al., 2018). Auch wenn das Vorliegen einer psychischen Erkrankung Grundvoraussetzung für eine unfreiwillige Unterbringung ist (Kallert, 2011), zeigen sich je nach Land unterschiedliche Gesetze, welche Art und Schwere von psychischen Erkrankungen unterschiedlich einordnen (Zhang et al.,

2015). Am häufigsten ist als Grund für eine zwangsweise Unterbringung „Verhütung von Schaden für sich selbst oder andere“ World Health Organisation (WHO), 1996) zu finden.

In einer Studie von Sheridan et al. (2019) wurde die jährliche Inzidenz unfreiwilliger stationärer psychiatrischer Unterbringungen in 22 Ländern in Europa, Australien und Neuseeland im Zeitraum von 2008 bis 2017 miteinander verglichen. Es zeigte sich eine Variation von Inzidenzen, wobei die Spannweite von 282 pro 100.000 Einwohner*innen in Österreich bis zu 14,5 pro 100.000 Einwohner*innen in Italien reichte. Deutschland belegte in dieser Studie den dritten Rang der Länder, welche den höchsten Stand an unfreiwilligen Unterbringungen hatte (Sheridan et al., 2019). Eine erhöhte Inzidenz ging mit einer geringeren absoluten Armut, einem höheren Bruttoinlandsprodukt und höheren Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben einher, sowie einem höheren Anteil an im Ausland geborenen Personen und einer höheren Anzahl an psychiatrischen Bettenkapazitäten (Sheridan et al., 2019).

Als personenbezogene Determinanten für eine unfreiwillige stationäre Behandlung wurde in vorherigen Studien Bezug genommen auf die Diagnosen der Patient*innen. Eine Psychose wurde am häufigsten als Risikofaktor identifiziert (Salize und Dressing, 2004, Lay et al., 2011, Myklebust et al., 2012, Ng et Kelly, 2012, Juckel et al., 2015, Curley et al., 2016, Hoffmann et al., 2017, Thomsen et al., 2017, Di Lorenzo et al., 2018, Umama-Agada et al., 2018, Karasch et al., 2020, Ferracuti et al., 2021). Weitere psychische Erkrankungen wie bipolare Störungen (Di Lorenzo et al., 2018), Demenzen und andere organische Erkrankungen (Juckel et al., 2015, Karasch et al., 2020) konnten auch in Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für unfreiwillige Unterbringungen gebracht werden.

Bezogen auf das Alter ermittelte eine englische Studie, dass Patient*innen von 18 bis 35 Jahren am häufigsten unfreiwillig stationär behandelt wurden (Weich et al., 2017). Dahingegen sahen italienische (Di Lorenzo et al., 2018), norwegische (Hustoft et al., 2013) und chinesische (Gou et al., 2014) Studien eine Signifikanz vorliegen, dass das Alter der Patient*innen, welche zwangsweise untergebracht wurden, höher lag, als das Alter der Patient*innen, welche sich freiwillig stationär behandeln ließen.

Bezogen auf das Geschlecht hatten Männer eine höhere Wahrscheinlichkeit unfreiwillig behandelt zu werden als Frauen (Salize und Dressing, 2004, Curley et al., 2016, Weich et al., 2017; Di Lorenzo et al., 2018, Umama-Agada et al., 2018, Wynn, 2018). Andere Studien kamen zu dem umgekehrten Ergebnis (Eytan et al., 2013, Gou et al., 2014).

An soziodemographischen Risikofaktoren konnte die ethnische Herkunft von Patient*innen ermittelt werden. Personen, welche aus der Karibik stammten, Schwarzafrikaner*innen und Südasiat*innen wiesen ein höheres Risiko für eine unfreiwillige stationäre psychiatrische Behandlung auf, als Menschen aus einer weißen ethnischen Gruppe (Barnett et al., 2019). Weich et al. (2017) sah sogar die größte Assoziation für eine unfreiwillige Unterbringung bei der ethnischen Zugehörigkeit. Dunkelhäutige Patient*innen sowie asiatische Personen und Menschen gemischter Ethnizität hatten ein höheres Risiko gegen ihren Willen behandelt zu werden, als Menschen, welche einen kaukasischen ethnischen Hintergrund aufwiesen. Generell zeigte sich, dass Personen mit Migrationshintergrund häufiger unfreiwillig behandelt wurde, als Menschen aus der einheimischen Bevölkerung (Barnett et al., 2019). In einer italienischen Querschnittsstudie wurde ein höheres Risiko für eine unfreiwillige Behandlung bei Personen gesehen, welche eine Aufenthaltsdauer in Italien von weniger als zwei Jahren aufwiesen (Tarsitani et al., 2021).

Als eine weitere Determinante für eine unfreiwillige stationäre Behandlung wurde das Alleineleben identifiziert (Di Lorenzo et al., 2018). Laut Kallert et al. (2008) weisen dies auf Beziehungsschwierigkeiten oder soziale Fehlanpassungen hin.

Aggressionen wurden ebenfalls als Risikofaktor identifiziert, ebenso wie die Involvierung von Polizeibeamten in der Unterbringungssituation (Di Lorenzo et al., 2012, Hustoft et al., 2013, Ferri et al., 2016, Di Lorenzo et al., 2018).

Die Evidenzlage zu soziodemographischen und sozioökonomischen Faktoren ist laut Karasch et al. (2020) wenig konsistent. In einigen Studien wurden Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, Sozialleistungsbezug, die Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht, ein niedriges Bildungsniveau sowie eine schlechte soziale Unterstützung als Risikofaktoren angegeben (Hustoft et al., 2013, Chang et al., 2013, Indu et al., 2018). Insbesondere Arbeitslosigkeit wurde als Risikofaktor für eine unfreiwillige Unterbringung benannt (Braam et al., 2016, Curley et al., 2016, Indu et al., 2018, Walker et al., 2019, Karasch et al., 2020).

Risikofaktoren für eine zwangsweise Unterbringung im sozialen Umfeld wurden in städtischen Regionen mit einer hohen Bevölkerungsdichte, in einer höheren Dichte von Ein-Personen-Haushalten, und in sozial benachteiligten Regionen mit einem hohen Anteil an Arbeitslosigkeit und einem hohen Anteil an Migrant*innen gesehen (Braam et al., 2016, Curley et al., 2016, Indu et al., 2018).

Nach einer Übersichtsarbeit von Walker et al. (2019) ist es ungeklärt, warum es innerhalb einzelner Länder zu Unterschieden in der Häufigkeit unfreiwilliger stationärer Unterbringungen nach Regionen, Kliniken und Bevölkerungsuntergruppen kommt.

Im Hinblick auf Determinanten für unfreiwillige stationäre Behandlungen im organisatorischen Bereich wurden Unterbringungen außerhalb der regulären Dienstzeiten (Hustoft et al., 2013, Myklebust et al., 2012, Juckel et al., 2015) und Fehlen einer ambulanten Behandlung vor Unterbringung als Risikofaktoren identifiziert (Karasch et al., 2020).

Die Studiendesigns, mit welchen die Risikofaktoren ermittelt wurden, waren meistens retrospektiv und analysierten routinemäßig erfasste und dokumentierte Daten aus Patient*innenfallakten von einem oder auch mehreren Kliniken. Einige Studien analysierten Daten aus öffentlichen Quellen, und wenige Studien verwendeten prospektive Designs (Kelly et al., 2004, Hustoft et al., 2013, Hoffmann et al., 2017, Indu et al., 2018). Neuere Studien nutzten fortgeschrittene statistische Analyseverfahren wie das maschinelle Lernen, um Risikofaktoren zu ermitteln (Schmitz-Buhl et al., 2019, Karasch et al., 2020, Ferracuti et al., 2021).

Laut Karasch et al. (2020) sind Urbanität und soziale Isolation Risikofaktoren für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung, gerade für Personen, welche an einer Schizophrenie erkrankt sind. Urbane Gebiete zeigten sich auch in früheren Studien mit einer höheren Prävalenz an psychischen Erkrankungen. Besonders häufig lag in diesem Zusammenhang die Diagnose einer Schizophrenie vor (van Os et al., 2002, Kelly et al., 2010, Vassos et al. 2012, Heinz et al., 2013). In einer Studie von Keown et al. (2016) zeigte sich zudem eine höhere Rate an stationären Behandlungen innerhalb der Städte. Laut Karasch et al. (2020) besteht ein erhöhtes Risiko für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung in städtischen Regionen mit hoher Dichte an Gebäuden. Gerade in urbanen Gebieten sind Grünflächen und Blauflächen von besonderer Bedeutung für das psychische Wohlbefinden (Cohen-Cline et al., 2015, Gascon et al., 2015). Auch in Bezug auf eine hohe Bebauungsdichte wurden negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit identifiziert (Melis et al., 2015). Soziale Isolation in Form von Alleinleben und einer schlechten sozialen Unterstützung (Di Lorenzo et al., 2018) können Risikofaktoren für ein negatives psychisches Wohlbefinden sein, wobei zwischen Einsamkeit und psychotischen Symptomen ein Zusammenhang gesehen wurde (Wang et al., 2017). Generell ist der Faktor soziale Isolation sehr komplex und mit weiteren sozioökonomischen und epidemiologischen Risikofaktoren verknüpft, so dass Kausalzusammenhänge nur schwer nachweisbar sind (Karasch et al., 2020).

2.4 Urbanisierung und psychische Erkrankungen

Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) unterscheidet „Einheitsgemeinden und Gemeindeverbände“ in die Kategorien Groß-, Mittel-, Kleinstädte und Landgemeinden (BBSR, 2022). 2003 wurden die Stadt- und Gemeindetypen erstmalig entwickelt, wobei sich die Kriterien für eine Gemeinde auf die Bevölkerungszahl beläuft (BBSR, 2022). Als Stadt wird eine Gemeinde bezeichnet, wenn sich die Einwohner*innenzahl auf mindestens 5.000 beziffern lässt. Städte lassen sich des Weiteren unterteilen in:

- Großstadt: mindestens 100.000 Einwohner*innen. Dabei lässt sich diese Gruppe noch einmal in große Großstädte unterteilen, welche mindestens 500.000 Einwohner*innen haben, was 15 Städte in Deutschland aktuell erfüllen, und kleinere Großstädte mit weniger als 500.000 Einwohner*innen.
- Mittelstadt: mindestens 20.000 bis unter 100.000 Einwohner*innen. Auch hier wird noch einmal in große Mittelstadt mit mind. 50.000 Einwohner*innen und kleine Mittelstadt, mit weniger als 50.000 Einwohner*innen unterschieden.
- Kleinstadt: diese zeichnet sich durch eine Einwohner*innenzahl von 5.000 bis 20.000 aus und wird noch einmal unterteilt in größere Kleinstadt (mindestens 10.000 Einwohner*innen) und kleine Kleinstadt (weniger als 10.000 Einwohner*innen, (BBSR, 2022)).

Laut dem statistischen Bundesamt (2022) lebten Ende 2020 rund 29,4 % der deutschen Gesamtbevölkerung in Großstädten. Dabei bestehen mit zunehmender Urbanisierung für die städtische Bevölkerung vermehrte Gefahren, wie z.B. soziale Verarmung, aber auch Stressfaktoren wie Lärm, was negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit nehmen kann (Gruebner et al., 2017). Generell ist das Risiko psychische Erkrankungen zu erleiden, wie Angststörungen, Psychosen oder Abhängigkeitserkrankungen, höher für Menschen, die in Städten leben, als für jene Bevölkerung, welche sich in ländlichen Regionen niedergelassen hat (Peen et al., 2010). Sundquist et al. (2004) sahen ein um 12 % bis 20 % erhöhtes Risiko an einer Depression zu erkranken für Menschen, welche in urbanen Gebieten lebten, im Vergleich zur Landbevölkerung. In der Metaanalyse von Peen et al. (2010) wurde ein um 39 % höheres Risiko für Städter*innen an einer Depression zu erkranken ermittelt. Angststörungen traten in südamerikanischen und asiatischen Ländern häufiger in urbanen Gebieten auf, als in ländlichen Regionen (Sharifi et al., 2015, Silove et al., 2014). Menschen mit psychotischen Störungen waren ebenfalls häufiger in Großstädten anzutreffen (Frick et al., 2013, Jacobi et al., 2014). Laut Pedersen et Mortensen (2001) kamen Psychosen doppelt so häufig bei Stadtbewohner*innen vor als bei der Landbevölkerung, wobei das Risiko an einer

psychotischen Störung zu erkranken sogar dreimal so hoch für Städter*innen lag, wenn diese in urbanen Gebieten aufwuchsen. In einer schwedischen Studie (Sundquist et al., 2004) wurde das Risiko für Städter*innen an einer Psychose zu erkranken mit einem 68 % bis 77 % erhöhtem Risiko im Vergleich zu Menschen aus ländlichen Gebieten angegeben, wobei der Umweltfaktor „Aufwachsen in der Stadt“ 30 % des Risikos an einer Psychose zu erkranken ausmachte. Interessant war zudem, dass mehrere Studien eine Dosis-Wirkung-Beziehung bei Menschen sahen, welche in Städten aufwuchsen. Je länger ein Kind in einer urbanen Umgebung aufwuchs, desto höher war das Risiko als Erwachsener an einer Schizophrenie zu erkranken (van Os et al., 2010, Vassos et al., 2012, Heinz et al., 2013).

Als Risikofaktoren auf sozialer Ebene für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen wurde ein niedriges Bildungsniveau und ein niedriges Einkommen, geringe soziale Unterstützung und die ethnische Zugehörigkeit identifiziert (Fone et al., 2014, Honold et al., 2014, Rapp et al., 2015). Eine schlechte soziale Integration wurde von mehreren Studien als eine Determinante für eine unfreiwilligen stationäre Unterbringung benannt (de Girolamo et al., 2009). Menschen mit Migrationshintergrund wiesen auch in nachfolgenden Generationen ein erhöhtes Risiko auf an einer Schizophrenie zu erkranken (Cantor-Graae et Selten, 2005). Weitere Studien sahen einen Zusammenhang zwischen dem Risiko an Depressionen und Psychosen zu erkranken, wenn die Personen einer Minderheitengruppe angehörten (Aichberger et al., 2010, Morgan et al., 2010, Potochnick et Perreira, 2010). Andere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass das urbane Leben und Wohnen in sozial benachteiligten Regionen, welche eine hohe Arbeitslosenquote aufweisen, wo häufig Ein-Personen-Haushalte vorkommen und viele Menschen mit Migrationshintergrund wohnen, einen Risikofaktor für eine unfreiwillige stationäre Behandlung darstellen (Braam et al., 2016, Curley et al., 2016, Indu et al., 2018).

Wesentliche Faktoren für die psychische Gesundheit bei der Stadtbevölkerung konnten in der physischen Umwelt, nämlich in Bezug auf die Lärmbelästigung, Luftverschmutzung und die Stadtgestaltung ermittelt werden (Buoli et al., 2018; Ma et al., 2018). Stadtbewohner*innen, welche Lärm ausgesetzt waren, berichteten von psychischen Problemen und psychischen Störungen (Zinkler et Priebe, 2002, Mandarelli et al., 2014). Auch wurde ein Zusammenhang zwischen Luftverschmutzung und depressiven Symptomen gefunden (Ferracuti et al., 2020). Weitere Studien sahen eine positive Auswirkung von Grünflächen und Seen auf die psychische Gesundheit innerhalb der Stadtgestaltung (Preti et al., 2009, Oliva et al., 2019). Grünflächen in städtischen Gebieten haben einen großen Einfluss auf die körperliche und die psychische Gesundheit (Madza und Schöndorf, 2020). Laut Pope et al. (2015) wirken sich Grünflächen positiv auf die psychische Gesundheit von Städter*innen aus. Möglicherweise

besteht ein schützender Effekt von Grünflächen in Bezug auf das Risiko an einer Depression zu erkranken (Cohen-Cline et al., 2015). Karasch et al. (2020) sahen einen Zusammenhang zwischen unfreiwilligen stationären Behandlungen und einer hohen Gebäudedichte, die wiederum ein Charakteristikum des urbanen Lebens ist. Eine irische Studie kam zu dem Ergebnis, dass die Rate an innerstädtischen Zwangseinweisungen höher lag, als Zwangseinweisungen bundesweit (Curley et al., 2016).

Eine weitere Hypothese für das häufigere Aufkommen psychischer Erkrankungen in urbanen Gebieten als in ländlichen Regionen ist die Selektionshypothese, welche annimmt, dass psychisch labile Menschen eher in Städte ziehen, z.B. aufgrund vor der Angst stigmatisiert zu werden. Laut Mazda et Schöndorf (2020) leben Menschen mit einem genetisch höheren Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken innerhalb der Städte eher in dichtbesiedelten und ärmeren Stadtteilen.

Auch wenn, wie bereits beschrieben, Depressionen häufiger in städtischen Gebieten vorkommen, zeigte sich, dass die Suizidrate in ländlichen Gebieten höher lag und seit 2007 auch zunimmt (Kegler et al., 2017). Die Studie von Kegler et al. (2017) sah in der Zunahme der Suizidraten ab 2007 als Grund die Finanzkrise in den USA und gab für Deutschland in dieser Zeit rückläufige Suizidraten an. Weitere Studien sahen auch für Deutschland erhöhte Suizidraten in ländlichen Gebieten (Helbich et al., 2017). Als Grund für erhöhte ländliche Suizidraten sahen Mazda und Schöndorf (2020) eine Unterversorgung an psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung, einhergehend mit langen Wartezeiten, sowie eine höhere Stigmabarriere und einen leichteren Zugang zu Werkzeugen, welche potenziell tödlich eingesetzt werden können, sowie Schusswaffen, welche in den USA häufiger in ländlichen Regionen zu finden sind. Des Weiteren ist die Möglichkeit an Pestizide zu gelangen und sich durch diese Substanzen zu suizidieren hoch.

Eine besondere Rolle scheint zudem das Erleben von Stress zu spielen. Sind Menschen chronischem und vor allem subjektiv nicht beeinflussbaren Expositionen an sozialem Stress ausgeliefert, belastet dies die psychische Gesundheit (Heinz et al., 2013). Dabei ist sozialer Stress als ein Stress, welcher aus Beziehungen zwischen einem Individuum und der sozialen Umwelt heraus entsteht, definiert und wird als einer der stärksten Stressoren beim Menschen angesehen (Martin et al., 2015). Der soziale Stress kann noch einmal unterteilt werden in sozialen Dichtestress und sozialen Isolationsstress (Mazda et Schöndorf, 2020). Treten diese Faktoren mit einem geringem Umweltwirksamkeitserleben auf (Montpetit et Tiberi, 2016) kann sich das Stresslevel noch weiter steigern. Das Umweltwirksamkeitserleben beschreibt das Gefühl, dass man die Umwelt entsprechend den eigenen Bedürfnissen beeinflussen kann.

Des Weiteren sind Alleinlebende von Stress bedroht, besonders vom sozialen Isolationsstress. Gerade in Großstädten sind diese mit 29 % in Städten über 500.000 Einwohner*innen häufig vertreten, wohingegen in Orten unter 5.000 Einwohner*innen nur 14 % der Bevölkerung in Single-Haushalten leben. Laut Schätzungen des Statistischen Bundesamtes werden bis zum Jahr 2030 23 % der gesamten Bevölkerung Deutschlands alleine leben. Alleinlebende Personen in städtischen Gebieten sind überdurchschnittlich arm und auf Sozialleistungen angewiesen (Statistisches Bundesamt, 2012).

2.5 Fragestellungen und Ziel der Arbeit

Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit war es, Risikofaktoren für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung per PsychKG in einem psychiatrischen Krankenhaus zu ermitteln. Hintergrund hierzu ergab die unsystematische Beobachtung bzw. der Eindruck des klinischen Personals, dass in bestimmten Abteilungen der Klinik die PsychKG-Fälle sich zumindest zeitweise häuften. Dieser Eindruck sowie die möglichen Ursachen hierfür sollten systematisch verifiziert und analysiert werden.

Der Fokus der Arbeit richtete sich auf den Umgebungsfaktor der verschiedenen Städte/ Wohngebiete im Versorgungsgebiet der Klinik, die hinsichtlich ihrer soziodemographischen und sozioökonomischen Struktur deutliche Unterschiede zeigen. Diese könnten sich wiederum in unterschiedlichen Unterbringungsquoten widerspiegeln. Die Einzugsgebiete wurden unterteilt in die beiden *kleineren Großstädte* Leverkusen und Solingen, in die *großen Mittelstädte* (zusammengefasst: Hilden und Langenfeld), in die kleineren Mittelstädte (zusammengefasst: Erkrath, Haan, Leichlingen, Mettmann, Monheim am Rhein) und in *die Kleinstadt* (Burscheid). Personen, die ohne festen Wohnsitz waren (o.f.W.) und alle Patient*innen, welche nicht im Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Langenfeld ihren Wohnsitz hatten, wurden in einer *fünften Kategorie* zusammengefasst.

Darüber hinaus wurden auch systemische Faktoren wie das zuständige Amtsgericht und die einweisende Instanz (z.B. behandelnde/r Arzt/Ärztin, Notarzt/Notärztin, Gesundheitsamt, andere Krankenhäuser) sowie individuelle patient*innenseitige Faktoren (z.B. Diagnosen, soziodemographische Merkmale) analysiert.

3. Material und Methoden

3.1 Vorstellung der Sektoren der LVR-Klinik Langenfeld

Die vorliegende Promotionsarbeit nutzte Patient*innendaten aus einer früheren, unter der Leitung von Dipl.-Psych. Dr. M. Schmitz-Buhl durchgeführten Studie zu Determinanten freiheitsentziehender Maßnahmen in der Psychiatrie. Diese Studie hatte im Erhebungszeitraum April bis Juni 2016 alle Fälle der vier Kölner psychiatrischen Kliniken (LVR-Klinik Köln, Alexianer KH Köln, Tagesklinik Alteburger Straße und Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln), der LVR-Klinik Mönchengladbach und der LVR-Klinik Langenfeld erfasst. Für die hier vorliegende Promotionsarbeit wurden ausschließlich die Daten der stationären Fälle der LVR-Klinik Langenfeld mit dem Fokus auf Zwangsunterbringungen untersucht.

Die LVR-Klinik Langenfeld befindet sich in dem zu der Stadt Langenfeld zählendem Stadtteil Reusrath und sie liegt im Ortsteil Galkhausen. Es handelt sich bei der Klinik um ein Fachkrankenhaus, welches die medizinischen Fachgebiete Psychiatrie, Neurologie und forensische Psychiatrie abdeckt. Im Jahre 2016 verfügte die LVR-Klinik Langenfeld im Fachgebiet Psychiatrie über 337 vollstationäre und 99 teilstationäre Behandlungsplätze, welche sich in die Bereiche Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen und Gerontopsychiatrie einteilen ließen.



Abbildung (Abb.) 3.1.: Standortkarte des Einzugsgebiets der LVR-Klinik Langenfeld (hellgrau) und benachbarter Gebiete (dunkelgrau) (Quelle: https://www.klinik-langenfeld.lvr.de/de/nav_main/ueber_uns/standortkarte/standortkarte_1.html, zuletzt abgerufen am 08.10.2021)

Die LVR-Klinik Langenfeld versorgt die Städte Leverkusen und Solingen sowie die Stadt Mettmann und Teile des Landkreises Mettmann. In die Pflichtversorgungsgebiete der Klinik fallen die Städte Langenfeld, Erkrath, Hilden, Haan und Monheim am Rhein. Des Weiteren zählen zu den Versorgungsgebieten der LVR-Klinik Langenfeld die Rheinisch-Bergischen Kreise Leichlingen und Burscheid. Die Einwohner*innenzahl des gesamten Versorgungsgebietes der LVR-Klinik Langenfeld betrug 2016 laut den statistischen Ämtern der Länder 636.917 Einwohner*innen (Destatis, 2021).

Die folgenden Daten stammen von der Bertelsmann Stiftung (Wegweiser Kommune, 2022) und beziehen sich alle auf das Jahr 2016. Sie werden in den Tabellen (Tab.) 3.1. und 3.2. zusammengefasst.

Mit insgesamt 163.113 Einwohner*innen im Jahre 2016 war die Stadt Leverkusen zum Zeitpunkt der Datenerhebung die größte Stadt im Einzugsgebiet der LVR-Klinik Langenfeld und repräsentierte somit eine kleinere Großstadt. Die zweitbevölkerungsreichste Stadt des Pflichtversorgungsgebietes war die Stadt Solingen mit 158.908 Einwohner*innen. Alle anderen Städte zeigten sich deutlich weniger bevölkerungsreich. So betrug die Einwohner*innenzahl der Stadt Langenfeld 2016 58.563 Einwohner*innen, wodurch diese und die Stadt Hilden mit 55.569 Einwohner*innen große Mittelstädte repräsentierten. Die Stadt Erkrath mit 44.413 Einwohner*innen sowie die Städte Mettmann mit 40.814 Einwohner*innen, Monheim am Rhein mit 38.734 Einwohner*innen, Haan mit 30.414 Einwohner*innen und Leichlingen mit 28.101 Einwohner*innen, stellten 2016 kleine Mittelstädte dar. Die bevölkerungsärmste Stadt im Einzugsgebiet der LVR-Klinik Langenfeld war die Stadt Burscheid mit 18.288 Einwohner*innen, die somit eine Kleinstadt darstellte (siehe Tab. 3.1.)

Der Anteil der 19- bis 24-jährigen war in Solingen am höchsten (6,7 %) in Hilden lag er bei 5,4 %. In der Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen war Leverkusen am häufigsten vertreten (24,1 %), aus Leichlingen kamen 20,0 %. Mit 18,7 % kamen aus Erkrath die meisten 65- bis 79-Jährigen, aus Burscheid mit 14,0 % dagegen am wenigsten. Die Gruppe der ab 80-jährigen Bevölkerung war in Leichlingen am häufigsten vertreten (7,2 %), in Burscheid am wenigsten (5,4 %). Das Durchschnittsalter zeigte sich insgesamt recht homogen und lag in Erkrath und Hilden bei 46,5 %, in Burscheid bei 44,1 %.

Ein-Personen-Haushalte traten in der Großstadt Solingen am häufigsten auf (41,6 %), dagegen waren diese in der Kleinstadt Burscheid mit 30,0 % am wenigsten vertreten.

In Burscheid befanden sich die meisten Haushalte mit Kindern (31,8 %), in Leverkusen kamen diese mit 28,0 % am wenigsten vor; insgesamt waren hier die Unterschiede gering.

Tab. 3.1.: Indikatoren der Wohnorte im Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Langenfeld (Teil 1) (Quellen: Wegweiser Kommune, 2022)

Indikatoren	Leverk- kusen	Bur- scheid	Leich- lingen	Lang- enfeld	Erkrath	Mett- mann	Mon- heim	Hilden	Haan	Soling- en
Bevölkerung (Anzahl)	163.113	18.288	28.101	58.563	44.413	40.814	38.734	55.569	30.414	158.908
Anteil 19-24- Jährige (%)	6,3	6,5	5,7	6,1	5,7	6,2	5,9	5,4	5,5	6,7
Anteil 25-44- Jährige (%)	24,1	21,7	20,0	22,2	20,5	21,9	22,4	22,3	21,0	23,3
Anteil 45-64- Jährige (%)	30,0	33,9	32,8	32,9	30,4	30,0	30,6	31,8	31,4	30,6
Anteil 65-79- Jährige (%)	15,1	14,0	16,7	15,7	18,7	16,9	15,8	17,5	17,3	14,9
Anteil ab 80- Jährige (%)	6,6	5,4	7,2	5,9	7,1	6,3	7,0	7,0	7,1	6,5
Durchschnitts- alter (Jahre)	44,4	44,1	46,3	45,1	46,5	44,8	45,1	46,5	46,1	44,4
Ein-Personen- Haushalte (%)	40,4	30,0	34,0	36,5	39,8	36,8	33,6	38,7	36,7	41,6
Haushalte mit Kindern (%) ¹	28,0	31,8	28,9	28,5	28,2	30,4	31,0	26,6	29,1	28,4

Daten zur Schulausbildung lagen nur für Leverkusen und Solingen vor. Einen Förderschulabschluss hatten in Solingen 1,5 % erreicht, in Leverkusen 1,1 %. Einen Hauptschulabschluss mit 14,8 % mehr Leverkusener*innen als die Bevölkerung in Solingen (12,9 %). Dafür verfügten Personen aus Solingen häufiger über einen Realschulabschluss (37,3 %), als die Leverkusener*innen (30,7 %). Schulabgänger*innen mit Fach- oder Hochschulreife kamen in Leverkusen häufiger vor (53,4 %) als in Solingen (48,2 %).

¹ in X Prozent aller Haushalte leben ledige Kinder über 18 Jahre ohne eigenen Haushalt und alle im Haushalt lebenden Personen unter 18 Jahren.

Tab. 3.2.: Indikatoren der Wohnorte im Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Langenfeld (Teil 2) (Quellen: Wegweiser Kommune, 2022)

Indikatoren	Leverkuse	Bur-scheid	Leich-lingen	Lang-enfeld	Erkrath	Mett-mann	Mon-heim	Hilden	Haan	Soling-en
Schulabgänger*innen mit Förderschulabschluss (%)	1,1	k.A. ²	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	1,5
Schulabgänger*innen mit Hauptschulabschluss (%)	14,8	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	12,9
Schulabgänger*innen mit Realschulabschluss (%)	30,7	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	37,3
Schulabgänger*innen mit Fach-/Hochschulreife (%)	53,4	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	48,2
Haushalte mit niedrigem Einkommen (%) ³	46,9	41,7	37,8	37,8	38,8	44,9	31,3	38,4	25,2	47,4
Haushalte mit hohem Einkommen (%) ⁴	16,9	22,3	27,6	25,8	26,7	21,9	28,3	24,7	35,0	17,5
Altersarmut (%) ⁵	3,7	2,3	2,2	2,8	4,7	4,1	3,0	2,2	2,9	3,7
Sozialgesetzbuch-II-Quote (SGB-II)(%) ⁶	13,7	8,6	5,9	6,9	13,6	13,3	9,0	9,2	7,9	12,6
Arbeitslosengeld-II-Quote (ALG II) (%) ⁷	11,5	7,2	5,3	6,0	11,2	10,9	7,9	7,7	6,8	10,6
Langzeitarbeitslosen-Quote (%) ⁸	4,5	3,6	3,1	2,8	4,6	4,1	3,4	3,5	3,4	4,9
Naherholungsflächen (ha je 1.000 Einwohner*innen)	4,4	4,0	3,2	4,4	3,8	2,8	6,7	2,9	7,1	3,5
Naturschutzflächen (%)	3,5	5,0	8,3	1,7	15,6	14,0	4,6	4,6	8,3	8,7
Einwohner*innendichte (Einwohner*innen je Hektar in %)	20,7	6,7	7,5	14,2	16,5	17,7	9,1	21,4	12,6	17,7

² keine Angaben (k.A.)

³ X Prozent der Haushalte verfügen über ein Gesamtnettoeinkommen von 25.000 bis unter 50.000 € pro Jahr.

⁴ X Prozent der Haushalte verfügen über ein Gesamtnettoeinkommen von über 50.000 € pro Jahr.

⁵ X Prozent der Bevölkerung ab 65 Jahren erhalten Leistungen zur Grundsicherung im Alter nach SGB XII.

⁶ X Prozent der Bevölkerung unter 65 Jahren erhalten Leistungen nach SGB II (Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld).

⁷ X Prozent der erwerbsfähigen Bevölkerung von 15 bis unter 65 Jahren beziehen ALG-II-Leistungen.

⁸ ein Anteil von X Prozent der Erwerbspersonen ist länger als ein Jahr arbeitslos.

In Solingen befanden sich die Haushalte mit dem niedrigsten Einkommen (47,4 %), in Haan kamen diese mit 25,2 % vor. Haushalte mit hohem Einkommen zeigten sich am häufigsten in Haan (35,0 %), am wenigsten in Leverkusen (16,9 %). In Erkrath war die Altersarmut am höchsten (4,7 %), dagegen kam diese am wenigsten in Hilden und Leichlingen vor (2,2 %). Die SGB II-Quote lag in Leverkusen am höchsten (13,7 %), in Leichlingen betrug sie 5,9 %. Die ALG-II-Quote lag in Leverkusen bei 11,5 %, in Leichlingen bei 5,3 %. In Solingen lag die höchste Langzeitarbeitslosigkeit vor (4,9 %) in Langenfeld war diese nur noch mit 2,8 % anzutreffen.

Naherholungsflächen waren am häufigsten in Haan anzutreffen (7,1 %), am wenigsten in Mettmann (2,8 %). In Erkrath kamen die häufigsten Naturschutzflächen vor (15,6 %) in Langenfeld die wenigsten (1,7 %). Hilden hatte die höchste Einwohner*innendichte (21,4 %), in Burscheid betrug diese nur noch (6,7 %).

Anhand der Postleitzahlen des Wohnortes der einzelnen Fälle erfolgte eine Einteilung der jeweiligen Patient*innen in insgesamt fünf verschiedene Einzugsgebiete. Dabei wurde die erste Kategorie von den Patient*innen o.f.W. und von außerhalb gebildet, d.h. mit Postleitzahlen, die nicht in die Pflichtversorgung der LVR-Klinik Langengenfeld fielen. In die übrigen vier Teilgebiete wurden die Patient*innen nach der Größe der Städte wie folgt eingruppiert:

- Leverkusen (kleine Großstadt)
- Solingen (kleine Großstadt)
- Langenfeld, Hilden (große Mittelstädte)
- Erkrath, Haan, Leichlingen, Mettmann, Monheim am Rhein (kleine Mittelstädte)
- Burscheid (Kleinstadt)

Laut der Bertelsmann Stiftung (2022) zeigten sich die zwei Großstädte in vielen Bereichen homogen. Besonders in der Schulbildung waren jedoch Unterschiede zu erkennen, sowie in den Naherholungs- und Naturschutzflächen sowie in der Einwohner*innendichte. Dies könnte interessant sein im Zusammenhang mit einer Hypothese zu der Einwohner*innendichte, wonach diese mögliche Stressfaktoren und somit auch Determinanten für einen höheren Anteil an psychischen Erkrankungen und an akuten Erkrankungen sein könnte, die zu unfreiwilligen Unterbringungen führen.

Des Weiteren war eine der Fragestellungen in der vorliegenden Forschungsarbeit, ob es Unterschiede zwischen den Amtsgerichten gab bzgl. der PsychKG-Quote. Die Großstädte befanden sich in jeweils unterschiedlichen Gerichtsbezirken (siehe Kapitel 3.2. Vorstellung der

zuständigen Amtsgerichte). Des Weiteren erfolgte die Einteilung zwischen den Großstädten und den großen Mittelstädten sowie der kleineren Mittelstadt und der Kleinstadt, um mögliche Unterschiede im Zusammenhang mit dem unterschiedlichen Urbanitätsgrad der Wohngebiete zu ermitteln.

3.2 Vorstellung der zuständigen Amtsgerichte

Für das Pflichtversorgungsgebiet der LVR-Klinik Langenfeld sind insgesamt vier Amtsgerichte zuständig. Das Amtsgericht Langenfeld befindet sich in der Hauptstraße 15 in Langenfeld und ist zuständig für die Gemeinden Hilden, Langenfeld und Monheim am Rhein. Das zuständige Landgericht und Oberlandesgericht ist Düsseldorf.



Abb. 3.2.: Standortkarte des Amtsgerichtsbezirks Langenfeld (Quelle: <https://www.ag-langenfeld.nrw.de/aufgaben/gerichtsbezirk/index.php>, zuletzt abgerufen am 07.08.2022).

Das Amtsgericht Leverkusen ist im leverkusener Stadtteil Opladen, in der Gerichtsstraße 9, ansässig. Seine Zuständigkeit liegt in der Gemeinde Leverkusen, sowie den Gemeinden Burscheid und Leichlingen. Das zuständige Landgericht ist, ebenso wie das zuständige Oberlandesgericht, Köln.

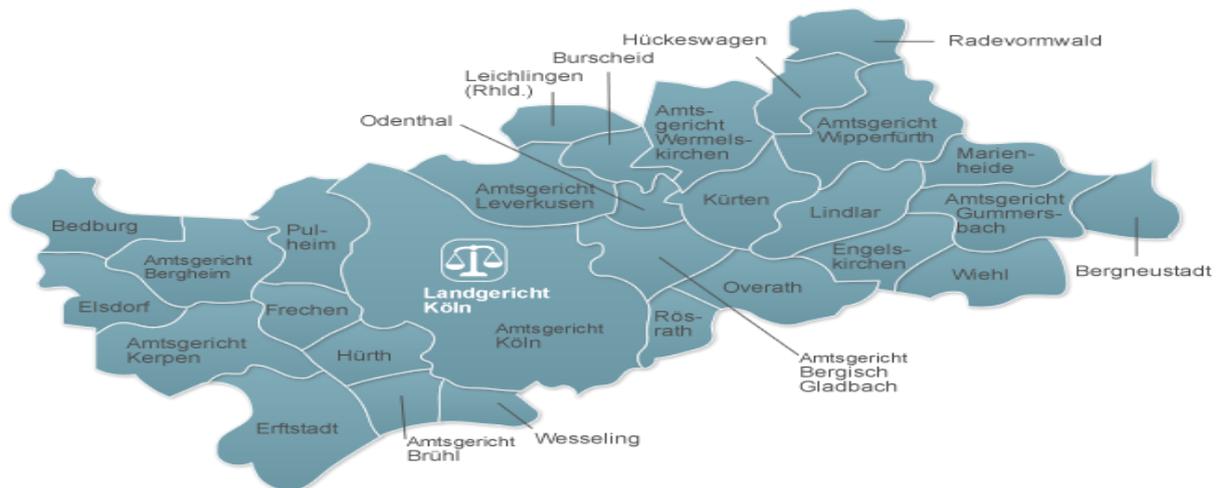


Abb. 3.3.: Standortkarte des Amtsgerichtsbezirks Leverkusen (Quelle: <https://www.lg-koeln.nrw.de/aufgaben/gerichtsbezirk/index.php>, zuletzt abgerufen am 07.08.2022).

Das Amtsgericht Mettmann befindet sich in der Gartenstraße 7 in Mettmann und ist zuständig für die Gerichtsbezirke Erkrath, Haan, Mettmann und Wülfrath. Das zuständige Landgericht ist Wuppertal, das zuständige Oberlandesgericht Düsseldorf.



Abb. 3.4.: Standortkarte des Amtsgerichtsbezirk Mettmann und Solingen (Quelle: <https://www.ag-mettmann.nrw.de/aufgaben/gerichtsbezirk/index.php>, zuletzt abgerufen am 07.08.2022).

Das Amtsgericht Solingen befindet sich in Solingen in der Goerdelerstr. 10. Es ist für den Gerichtsbezirk Solingen zuständig und liegt im Bezirk des Landgerichts Wuppertal und im Bezirk des Oberlandesgericht Düsseldorf (siehe Abb. 3.4.).

3.3 Studienprotokoll und Erhebungsbogen

Verwendet wurden die in einer früheren Studie im zweiten Quartal des Jahres 2016 (01.04.2016 bis 30.06.2016) ermittelten Daten der in der LVR-Klinik Langenfeld stationär untergebrachten Patient*innen. Die Erhebung war in den folgenden Abteilungen der Klinik durchgeführt worden:

- der Allgemeinpsychiatrie I, welche Patient*innen aus den Sektoren Leverkusen, Burscheid und Leichlingen versorgt,
- der Allgemeinpsychiatrie II, welche Patient*innen aus den Sektoren Erkrath, Hilden, Haan, Langenfeld, Mettmann und Monheim am Rhein versorgt,
- der Allgemeinpsychiatrie III, welche Patient*innen aus dem Sektor Solingen versorgt,
- der Abteilung für abhängigkeiterkrankte Menschen,
- der Abteilung für Gerontopsychiatrie und
- der Abteilung für Menschen mit Intelligenzminderung und psychiatrischen Erkrankungen.

Die Abteilungen für suchtkranke Menschen, für Gerontopsychiatrie und für Menschen mit Intelligenzminderung nehmen Patient*innen aus dem gesamten Versorgungsgebiet der Klinik auf.

Die Erfassung war auf einem Erhebungsbogen erfolgt, der mit der Software von Electric Paper Evaluations Systems (EvaSys) erstellt worden war. Bei EvaSys handelt es sich um eine Umfragesoftware, welche ein automatisches Einlesen der ausgefüllten Erhebungsbögen und das Erstellen von Datensätzen für die statistische Analyse ermöglicht. Es handelte sich um eine Vollerhebung, bei der für jede/jeden Patient*in ein separater Erhebungsbogen ausgefüllt wurde. Das Ausfüllen der Erhebungsbögen war durch die jeweiligen Stationsteams der LVR-Klinik Langenfeld erfolgt, die die Patient*innen kannten. Es handelte sich hierbei um die behandelnden Ärzt*innen der jeweiligen Stationen, sowie um die jeweiligen Mitarbeitenden der Pflege. Das Personal hatte die vorliegenden Informationen aus ihrer Fallkenntnis und aus der elektronischen Patient*innenakte im Krankenhausinformationssystem (KIS) auf den Erhebungsbogen übertragen. Eine zusätzliche Untersuchung bzw. Befragung der Patient*innen war nicht durchgeführt worden.

Die Erhebungsbögen umfassten eine doppelseitig bedruckte Seite und enthielten zunächst die Fall-Nr. und Falletikette. Nach Abschluss der Qualitätsprüfung waren die Daten aus den Fragebögen mittels der Software EvaSys eingelesen, in eine Statistical Package for the Social Sciences- (SPSS) Datei übertragen und über die Fall-Nr. mit standardisiert vorliegenden Daten aus KIS zusammengeführt worden (Geburtsdatum, Geschlecht, Diagnosen, Postleitzahl des

Wohnorts, Rechtsgrundlage der Unterbringung). Anschließend war die Fall-Identifikation gelöscht, d.h. der Datensatz bei diesem Bearbeitungsschritt anonymisiert worden. Die Originalfragebögen auf Papier waren nach dem Einlesen dem Projektleiter übergeben worden, welcher die Bögen unter Beachtung des Datenschutzes archivierte.

Alle beschriebenen Auswertungen für die vorliegende Promotionsarbeit wurden mit dem anonymisierten Datensatz durchgeführt.

Tab. 3.3. zeigt eine Zusammenfassung der analysierten Parameter mit den möglichen Variablen und Ausprägungen.

Tab. 3.3.: erhobene Parameter

Hauptpunkt	Variable	Ausprägung
1. Patienteninformationen	Unterbringungsdatum	
	Geschlecht	männlich, weiblich
	Alter	
	Diagnosen	Hauptdiagnose (ICD-10: F0-6), Nebendiagnose (ICD-10: F0-9)
	Postleitzahl und Wohnort	Postleitzahl in Deutschland, o.f.W.
2. Information Rechtsgrundlage	Auf welcher Rechtsgrundlage erfolgte die Aufnahme?	freiwillig, PsychKG, BGB, PsychKG nicht bestätigt
	Durch wen (Arzt/Ärztin/Organisation) wurde die Aufnahme veranlasst? Bei PsychKG ausstellende/r Arzt/Ärztin	Gesundheitsamt, allgemeines KH, andere psychiatr. Klinik, eigene Klinik, Notarzt/Notärztin, amb. Psychiat. /Psychotherapeut*in, Hausarzt/Hausärztin, Patient*in, andere/unklar
	Bei PsychKG/BGB: Was war die Grundlage für eine Zwangsunterbringung?	Selbstgefährdung, Fremdgefährdung, beides (S+F)
	Bei Grundlage Selbstgefährdung: (auch bei Selbstgefährdung und Fremdgefährdung)	Suizidalität, abgebrochener Suizidversuch, stattgehabter Suizidversuch, schwere Selbstverletzung, unbekannt/unklar
3. Information Vorbehandlung/Betreuung	Frühere Suizidversuche	nein, einmal, mehrfach, unbekannt/unklar
	Anbindung an professionelles ambulantes Hilfesystem vor Aufnahme (Mehrfachantworten möglich)	keine Vorbehandlung, ambulante psychiatrische/psychoth. Behandlung, Sozialpsychiatrischer Dienst, Sozialpsychiatrisches Zentrum, APP/BeWo (nach SGB), eigene (Instituts-)Ambulanz, andere Institutsambulanz, andere ambulante Anbindung, unklar
	Frühere psychiatrische Klinikaufenthalte	keine, mind. ein Aufenthalt, unklar
	Liegt Behandlungsvereinbarung/Patient*innenverfügung vor?	nein, Behandlungsvereinbarung., Patient*innenverfügung
	Hat der /die Patient*in eine/n gesetzlichen Betreuer*in oder eine Vorsorgevollmacht?	nein, Betreuung vor Aufnahme, Betreuung nach Aufnahme, Vorsorgevollmacht
	4. Soziodemographische und sozioökologische Daten	Familienstand
Besteht eine Partnerschaft?		ohne Partner*in, mit Partner, unklar
Hat die Patient*in Kinder (auch erwachsene Kinder ?)		Kein Kind, minderjährige/s Kind/er im Haushalt, minderjährige/s Kind/er nicht im Haushalt, erw. Kind/er, unklar
Ist die Patient*in selbst oder mind. ein Elternteil im Ausland geboren und hat selbst bzw. der Elternteil eine Fremdsprache als Muttersprache? (Migrationshintergrund nach Mikrozensus)		nein (kein Migrationshintergrund), ja (Migrationshintergrund), ja (aktuell: Flüchtling/Asylbewerber*in)
Wohnsituation		privat allein, privat Familie/Partner*in, in Gemeinschaft, Heim/BeWo, Notunterkunft/obdachlos, unbekannt/unklar
Schulabschluss (höchster erreichter Abschluss)		kein Abschluss, Haupt-/Volksschule, Realschule/Fachoberschule, Fachabitur/Abitur, unbekannt/unklar
Berufsausbildung (abgeschlossen oder aktuell laufend)		keine, klass. Ausbildung, weiterführende Ausbildung, (Fach-)Hochschule, Universität, unbekannt/unklar
Umfang der Erwerbsarbeit		arbeitet nicht, Vollzeit, Teilzeit, unbekannt/unklar
Überwiegender Unterhalt		Einkommen aus Erwerbstätigkeit, Erwerbsunfähigkeits-/Berufsunfähigkeits- (EU-/BU-Rente) Rente, Altersrente, SGB-Leistungen, Unterhalt/eigenes Vermögen, unbekannt/unklar

3.4 Statistische Auswertung

Mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 25 des Herstellers International Business Machines (IBM) wurden die erhobenen Daten ausgewertet. Dabei wurden unklare und fehlende Angaben nicht in die Berechnungen einbezogen. Die im Ergebnisteil präsentierten Prozentangaben beziehen sich auf die jeweils gültigen Angaben und Werte.

Zunächst wurde untersucht, ob das Wohnen in bestimmten Teilen des Versorgungsgebiets der Klinik und die Zuständigkeit bestimmter Amtsgerichte das Risiko für eine PsychKG-Unterbringung beeinflussen. Im Folgenden wurden die Zusammenhänge mit individuellen patient*innenseitigen klinischen und soziodemographischen Variablen sowie mit der einweisenden Instanz analysiert. Die Analysen erfolgten zunächst mithilfe deskriptiver Verfahren. Neben Häufigkeitsauswertungen wurden Kreuztabellen erstellt und mit Chi-Quadrat-Tests nach Pearson die statistische Signifikanz ermittelt. Mittelwertsunterschiede wurden über t-Tests geprüft. Wegen der Problematik des multiplen Testens wurde das Signifikanzniveau konservativ auf 1 % Irrtumswahrscheinlichkeit ($\alpha = 0,01$) festgesetzt.

Diejenigen Variablen, welche sich signifikant in Bezug auf die Rechtsgrundlage (freiwillig vs. PsychKG) zeigten, wurden einer logistischen Regressionsanalyse unterzogen (0 =freiwillig, PsychKG =1). Mittels des Effekt-Koeffizienten ($\text{Exp}(B)$) wurde die Wirkstärke der unabhängigen Variablen bestimmt, welche auch als Odds Ratio bezeichnet wird. Es wurde der Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit untersucht, dass die abhängige Variable den Wert 1 annimmt. Wenn das Vorzeichen des $\text{Exp}(B)$ negativ ist, bedeutet dies eine Abnahme der Wahrscheinlichkeit. Mit Hilfe des Wald-Tests wurde ermittelt, wie groß der Einfluss der einzelnen Regressionskoeffizienten auf die abhängige Variable ist.

Schließlich erfolgte eine Gruppierung der Fälle aus den drei Wohnorten mit der höchsten PsychKG-Quote und jenen aus den drei Wohnorten mit der niedrigsten PsychKG-Quote. Mit diesen Gruppierungen wurden Kreuztabellen erstellt und mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson wurde geprüft, ob Unterschiede zwischen den Patient*innengruppen in Bezug auf die ermittelten Risikofaktoren für eine PsychKG-Unterbringung bestehen. Auch hier wurde das Signifikanzniveau auf 1 % ($\alpha = 0,01$) festgesetzt.

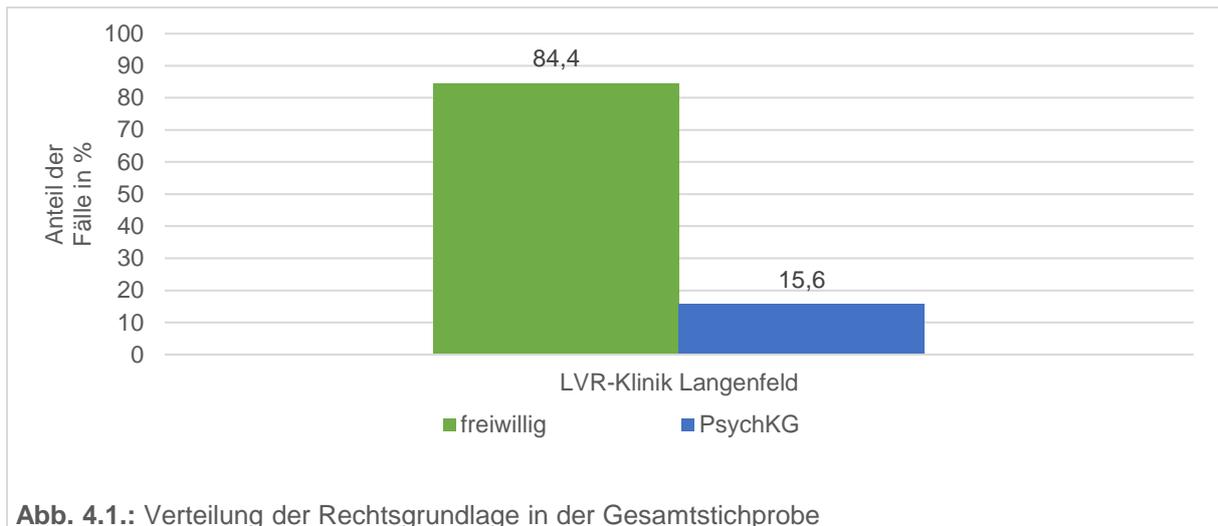
4. Ergebnisse

Die Ergebnisse basieren auf den 1.588 Fällen, die in einer früheren Studie im Erhebungszeitraum in der LVR-Klinik Langenfeld erhoben wurden. Von diesen befanden sich 1.341 (84,4 %) auf freiwilliger Rechtsgrundlage in stationärer Behandlung und 247 (15,6 %) auf unfreiwilliger Rechtsgrundlage. Ein Einbezug in den Datensatz der unfreiwillig untergebrachten Patient*innen erfolgte nur, wenn diese während der stationären Unterbringung gemäß der Rechtsgrundlage des PsychKG behandelt wurden. Bei sieben Patient*innen wurde nicht bereits bei Aufnahme, sondern erst während der stationären Behandlung eine Unterbringung nach PsychKG eingeleitet. Bei zwei Patient*innen, die bei der Aufnahme nach dem Betreuungsrecht untergebracht wurden, wurde während des stationären Aufenthalts eine Unterbringung nach dem PsychKG eingeleitet, so dass diese in dem Datensatz der per PsychKG untergebrachten Patient*innen berücksichtigt wurden. Patient*innen, die ausschließlich nach dem Betreuungsrecht untergebracht waren, wurden bei der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt.

Zunächst erfolgt eine Darstellung der Analysen der Rechtsgrundlagen der Gesamtstichprobe der Patient*innen nach den Einzugsgebieten, den Wohnorten und den Amtsgerichten. Anschließend werden die Analysen der Rechtsgrundlagen der Gesamtstichprobe nach den erhobenen klinischen und soziodemographischen Variablen der Patient*innen dargestellt. Hierauf schließt sich die Darstellung einer logistischen Regressionsanalyse an. Schließlich wird die Verteilung der Variablen, bei denen sich signifikante Unterschiede zwischen freiwillig und unfreiwillig untergebrachten Fällen zeigten, bezogen auf Wohnorte mit vielen und wenigen PsychKG-Fällen dargestellt.

4.1 Rechtsgrundlagen nach Einzugsgebieten und zuständigen Amtsgerichten

Im Erhebungszeitraum wurden 84,4 % der in die Studie einbezogenen Fälle freiwillig stationär in der LVR-Klinik Langenfeld behandelt und 15,6 % wurden gemäß PsychKG unfreiwillig untergebracht (siehe Abb. 4.1.)



In der Tab. 4.1. sind die Unterschiede der Einzugsgebiete nach Rechtsgrundlage (freiwillig, per PsychKG) dargestellt. Je nach Einzugsgebiet waren 77,8 % bis 88 % der Patient*innen freiwillig untergebracht. Die Unterschiede erscheinen groß, sie waren aber statistisch nicht signifikant.

Tab. 4.1.: Rechtsgrundlage nach Einzugsgebiet

Variable	Ausprägungen	freiwillig [%]	PsychKG [%]	Fälle [n] (% fehlend)	Statistische Kennwerte	Signifikanz (2-seitig)
Einzugs- gebiet	außerhalb/o.f.W.	83,0	17,0	1.588 (0)	$\chi^2 = 5,614$ df = 5	p = 0,346
	kleine Großstadt I (Leverkusen)	84,8	15,2			
	kleine Großstadt II (Solingen)	82,1	17,9			
	große Mittelstädte (Langenfeld, Hilden)	88,0	12,0			
	kleine Mittelstädte (Erkrath, Haan, Leichlingen, Monheim, Mettmann)	85,4	14,6			
	Kleinstadt (Burscheid)	77,8	22,2			

Es folgt die Aufteilung nach dem jeweiligen Wohnort der Patient*innen (siehe Tab. 4.2. und Abb. 4.2.).

Tab. 4.2.: Rechtsgrundlage nach Wohnort; *: jeweils gegen alle anderen Wohnorte getestet

Variable	Ausprägungen	freiwillig [%]	PsychKG [%]	Fälle [n] (% fehlend)	Fälle [n]		Statistische Kennwerte	Signifikanz (2-seitig) *
					freiwillig	PsychKG		
Wohnort	außerhalb/o.f.W.	83,0	17,0	229 (0)	190	39	$\chi^2 = 0,444$ df = 1	p = 0,505
	Leverkusen	84,8	15,2	395 (0)	335	60	$\chi^2 = 0,053$ df = 1	p = 0,818
	Burscheid	77,8	22,2	27 (0)	21	6	$\chi^2 = 0,930$ df = 1	p = 0,335
	Leichlingen	86,4	13,6	59 (0)	51	8	$\chi^2 = 0,186$ df = 1	p = 0,667
	Langenfeld	87,1	12,9	155 (0)	135	20	$\chi^2 = 0,919$ df = 1	p = 0,338
	Erkrath	84,7	15,3	59 (0)	50	9	$\chi^2 = 0,004$ df = 1	p = 0,948
	Monheim	84,6	15,4	104 (0)	88	16	$\chi^2 = 0,002$ df = 1	p = 0,961
	Mettmann	94,0	6,0	50 (0)	47	3	$\chi^2 = 3,588$ df = 1	p = 0,58
	Hilden	89,4	10,6	104 (0)	93	11	$\chi^2 = 2,099$ df = 1	p = 0,147
	Haan	76,7	23,3	43 (0)	33	10	$\chi^2 = 1,996$ df = 1	p = 0,158
	Solingen	82,1	17,9	363 (0)	298	65	$\chi^2 = 1,982$ df = 1	p = 0,159

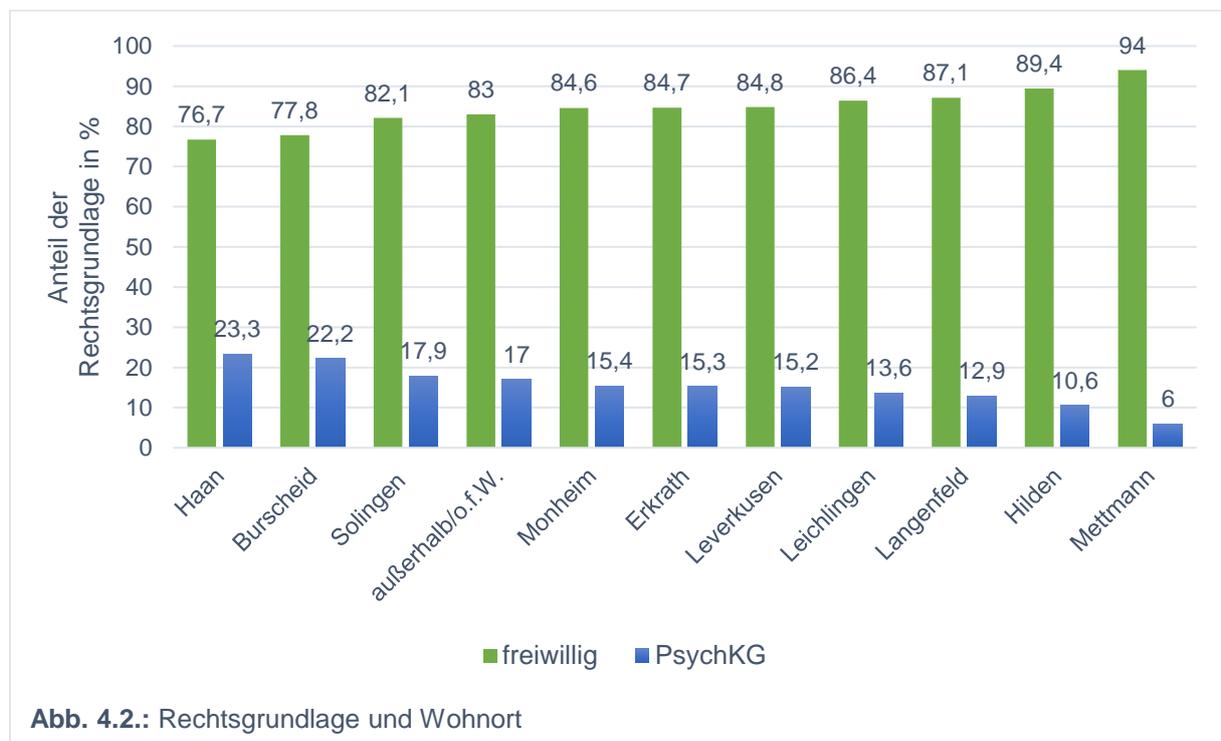


Abb. 4.2.: Rechtsgrundlage und Wohnort

Der Range der Quote von unfreiwilligen Unterbringungen reichte von 6,0 % (Patient*innen aus Mettmann) bis 23,3 % (Patient*innen aus Haan). Auch hier konnte kein Zusammenhang zwischen den Wohnorten und der unfreiwilligen stationären Unterbringungen erkannt werden, dennoch erschienen die Unterschiede klinisch bedeutsam.

Aus diesem Grund wurde die soziodemographische und sozioökonomische Struktur der drei Wohnorte mit hoher PsychKG-Quote (Haan, Burscheid, Solingen) und der drei Wohnorte mit niedriger PsychKG-Quote (Mettmann, Hilden, Langenfeld) gegenübergestellt. Hierfür wurden die im Kapitel 3.1. beschriebenen statistischen Daten aus öffentlich verfügbaren Datenquellen zusammengestellt (siehe Tab. 4.3.). Bei der Inspektion der Daten der Tab. 4.3. fallen keine durchgängigen Verteilungsmuster von Indikatoren auf, die die deutlichen Unterschiede bei den PsychKG-Quoten zwischen den Städten erklären könnten. Dennoch erscheint der Range der Quote von unfreiwilligen Unterbringungen so auffallend groß, dass er weiter hinten im Kapitel 4.3. wieder aufgegriffen wird.

Tab. 4.3.: Indikatoren der Städte mit hoher und mit niedriger PsychKG-Quote unter den stationären Fällen (Quellen: Wegweiser Kommune, 2022)

	Städte mit hoher PsychKG-Quote			Städte mit niedriger PsychKG-Quote		
	Haan	Burscheid	Solingen	Mettmann	Hilden	Langenfeld
Ein-Personen-Haushalte (%)	36,7	30,0	41,6	36,8	38,7	36,5
Haushalte mit Kindern (%)	29,1	31,8	28,4	30,4,	26,6	28,5,
Haushalte mit niedrigem Einkommen (%)	25,2	41,7	47,4	44,9	38,4	37,8
Haushalte mit hohem Einkommen (%)	35,0	22,3	17,5	21,9	24,7	25,8
Altersarmut (%)	2,9	2,3	3,7	4,1	2,2	2,8
SGB II-Quote (%)	7,9	8,6	12,6	13,3	9,2	6,9
ALG II-Quote (%)	6,8	7,2	10,6	10,9	7,7	6,0
Langzeitarbeitslosenquote (%)	3,4	3,6	4,9	4,1	3,5	2,8
Naherholungsflächen (ha je 1.000 Einwohner*innen)	7,1	4,0	3,5	2,8	2,9	4,4
Naturschutzflächen (%)	8,3	5,0	8,7	14,0	4,6	1,7
Einwohner*innendichte (Einwohner*innen je Hektar in %)	12,6	6,7	17,7	17,7	21,4	14,2

Bezüglich der Variable Amtsgericht lag der Anteil der Patient*innen, welche unfreiwillig per PsychKG untergebracht wurden, zwischen 12,9 % (Patient*innen aus dem Sektor des Amtsgerichts Langenfeld) und 17,9 % (Patient*innen aus dem Sektor des Amtsgerichts Solingen). Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen diesen Variablen. Sie sind auch numerisch

deutlich geringer als die Unterschiede in Abhängigkeit vom Wohnort, so dass diesbezüglich keine weiteren Analysen erfolgten.

Tab. 4.4.: Rechtsgrundlage nach Amtsgericht

Variable	Ausprägungen	freiwillig [%]	PsychKG [%]	Fälle [n] (% fehlend)	Statistische Kennwerte	Signifikanz (2-seitig)
Amtsgericht	außerhalb/o.f.W.	83,0	17,0	1.588 (0)	$\chi^2 = 3,932$ df = 4	p = 0,415
	Leverkusen	84,6	15,4			
	Langenfeld	87,1	12,9			
	Mettmann	85,5	14,5			
	Solingen	82,1	17,9			

4.2 Rechtsgrundlagen nach klinischen und soziodemographischen Merkmalen der Patient*innen

4.2.1. Alter und Geschlecht

Das durchschnittliche Alter lag bei 46,09 Jahren (Standardabweichung (SD) 17,49 Jahre). Die unfreiwillig untergebrachten Patient*innen waren durchschnittlich 45,91 Jahre alt (SD 21,9, Minimum 18 Jahre, Maximum 93 Jahre), die Patient*innen, welche freiwillig in Behandlung waren, waren durchschnittlich 46,1 Jahre alt (SD 16,5 Jahre, Minimum 18 Jahre, Maximum 94 Jahre). Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter und der Rechtsgrundlage der Unterbringung.

Zusätzlich zu der Mittelwertsbetrachtung wurden die Patient*innen in drei Altersgruppen unterteilt (Tab. 4.5). Unter den Patient*innen, welche per PsychKG stationär untergebracht waren, war der Anteil der Altersgruppe der unter 40-Jährigen am höchsten. Bei den über 60-jährigen Patient*innen gab es ebenfalls einen signifikanten Unterschied, dahingehend dass sie häufiger per PsychKG untergebracht waren, wohingegen Patient*innen zwischen 41 bis 60 Jahren häufiger auf freiwilliger Rechtsgrundlage in Behandlung waren.

Tab. 4.5.: Rechtsgrundlage der Gesamtstichprobe nach Altersgruppe und Geschlecht

Variable	Ausprägungen	freiwillig [%]	PsychKG [%]	Fälle [n] (% fehlend)	Statistische Kennwerte	Signifikanz (2-seitig)
Altersgruppe				1.588 (0)	$\chi^2 = 37,027$ df = 2	p < 0,001
	≤40	38,7	49,0	640 (0)	$\chi^2 = 9,171$ df = 1	p = 0,002
	41-60	44,4	24,3	656 (0)	$\chi^2 = 34,941$ df = 1	p < 0,001

	>60	16,9	26,7	292 (0)	$\chi^2 = 13,533$ df = 1	p < 0,001
Geschlecht	männlich	56,0	55,9	1.588 (0)	$\chi^2 = 0,001$ df = 1	p = 0,969
	weiblich	44,0	44,1			

Bezogen auf das Geschlecht war kein Unterschied zwischen der Rechtsgrundlage der männlichen und der weiblichen Patienten zu erkennen.

Wie der Tab. 4.6. zu entnehmen ist, hatten die Patient*innen, welche per PsychKG untergebracht wurden, eine signifikant andere Verteilung der Hauptdiagnosen im Vergleich zu den Patient*innen, welche freiwillig kamen. Die Patient*innen, welche per PsychKG untergebracht wurden, hatten häufiger als die freiwilligen Patient*innen als Hauptdiagnose eine Schizophrenie (ICD-10: F2), eine organische psychische Störung (ICD-10: F0), eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6) und eine neurotische Störung (ICD-10: F4). Die freiwilligen Patient*innen hatten häufiger eine Abhängigkeitserkrankung (ICD-10: F1) und eine affektive Störung (ICD-10: F3).

An Diagnosen insgesamt (unabhängig ob Haupt- oder Nebendiagnose) lag häufiger bei Patient*innen, welche per PsychKG untergebracht waren, eine Schizophrenie (ICD-10: F2), eine organische psychische Störung (ICD-10: F0), eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6) und die Kombination Abhängigkeitserkrankung/Schizophrenie (ICD-10: F1/F2) vor, im Vergleich zu Patient*innen, welche freiwillig behandelt wurden. Patient*innen, welche freiwillig stationär untergebracht waren, hatten häufiger eine Abhängigkeitserkrankung (ICD-10: F1) und eine affektive Störung (ICD-10: F3) vorliegend, im Vergleich zu Patient*innen, welche per PsychKG behandelt wurden. Alle beschriebenen Gruppenunterschiede waren signifikant. Hinsichtlich der Häufigkeit der weiteren Diagnosen (ICD-10: F4, F5, F7, F8, F9) und der Kombination Abhängigkeitserkrankung/ psychoorganische Störung (ICD-10: F1/F0) zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen freiwillig und unfreiwillig behandelten Patient*innen.

Tab. 4.6.: Rechtsgrundlage der Gesamtstichprobe und Diagnose

Variable	Ausprägungen	freiwillig [%]	PsychKG [%]	Fälle [n] (% fehlend)	Statistische Kennwerte	Signifikanz (2-seitig)
Hauptdiagnose				1.588 (0)	$\chi^2 = 142,958$ df = 6	p < 0,001
	Organische Störung (ICD-10: F0)	4,4	17,4	102 (0)	$\chi^2 = 58,730$ df = 1	p < 0,001
	Abhängigkeitserkrankung (ICD-10: F1)	45,2	22,7	662 (0)	$\chi^2 = 43,508$ df = 1	p < 0,001
	Schizophrenie (ICD-10: F2)	16,2	25,9	281 (0)	$\chi^2 = 13,556$ df = 1	p < 0,001
	Affektive Störung (ICD-10: F3)	27,6	17,4	413 (0)	$\chi^2 = 11,238$ df = 1	p < 0,001
	Neurotische Störung (ICD-10: F4)	1,9	5,7	40 (0)	$\chi^2 = 11,813$ df = 1	p < 0,001
	Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6)	2,5	9,7	24 (0)	$\chi^2 = 31,732$ df = 1	p < 0,001
	andere	2,2	1,2	66 (0)	$\chi^2 = 1,072$ df = 1	p = 0,301
Haupt- oder Nebendiagnose						
Psychoorganische Störung (ICD-10: F0)	ja	5,0	19,0	1.588 (0)	$\chi^2 = 61,634$ df = 1	p < 0,001
Abhängigkeitserkrankung (ICD-10: F1)	ja	53,2	35,6	1.588 (0)	$\chi^2 = 25,675$ df = 1	p < 0,001
Schizophrenie (ICD-10: F2)	ja	17,7	27,5	1.588 (0)	$\chi^2 = 13,060$ df = 1	p < 0,001
Affektive Störung (ICD-10: F3)	ja	32,4	21,5	1.588 (0)	$\chi^2 = 11,815$ df = 1	p < 0,001
Neurotische Störung (ICD-10: F4)	ja	9,2	10,1	1.588 (0)	$\chi^2 = 0,222$ df = 1	p = 0,637
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlicher Störung (ICD-10: F5)	ja	0,7	0,8	1.588 (0)	$\chi^2 = 0,011$ df = 1	p = 0,915
Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6)	ja	9,5	18,2	1.588 (0)	$\chi^2 = 16,528$ df = 1	p < 0,001
Intelligenzminderung (ICD-10: F7)	ja	1,7	0,4	1.588 (0)	$\chi^2 = 2,406$ df = 1	p = 0,121
Entwicklungsstörung (ICD-10: F8)	ja	0,2	1,2	1.588 (0)	$\chi^2 = 5,441$ df = 1	p = 0,020
Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit (ICD-10: F9)	ja	1,2	0,0	1.588 (0)	$\chi^2 = 2,977$ df = 1	p = 0,084
Abhängigkeitserkrankung/Schizophrenie (ICD-10: F1/F2)	ja	4,5	8,9	1.588 (0)	$\chi^2 = 8,369$ df = 1	p = 0,004
Abhängigkeits-erkrankung/psychoorganische Störung (ICD-10: F1/F0)	ja	3,8	6,1	1.588 (0)	$\chi^2 = 2,696$ df = 1	p = 0,101

4.2.2. Soziodemographische und sozioökonomische Merkmale

In den Tab. 4.7. und 4.8. finden sich die Daten zu den soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen der Patient*innen.

Patient*innen, welche per PsychKG untergebracht wurden, waren häufiger kinderlos, als Patient*innen, welche auf freiwilliger Rechtsgrundlage stationär behandelt wurden.

Tab. 4.7.: Rechtsgrundlage der Gesamtstichprobe nach soziodemographischen und sozioökologischen Daten (Teil 1)

Variable	Ausprägungen	freiwillig [%]	PsychKG [%]	Fälle [n] (% fehlend)	Statistische Kennwerte	Signifikanz (2-seitig)
Familienstand	ledig	50,7	55,9	1.497 (5,7)	$\chi^2 = 11,992$ df = 4	p = 0,017
	verheiratet	20,0	23,3			
	verwitwet	7,9	9,5			
	geschieden	16,1	9,1			
	getrennt lebend	5,2	2,3			
Partnerschaft	ohne Partner*in	61,1	62,6	1.451 (8,6)	$\chi^2 = 0,156$ df = 1	p = 0,693
	mit Partner*in	38,9	37,4			
Kinder				1.412 (11,1)	$\chi^2 = 11,727$ df = 3	p = 0,008
	kein Kind	48,5	59,4	708 (11,1)	$\chi^2 = 8,535$ df = 1	p = 0,004
	minderj. Kind/er im Haushalt	8,8	5,8	118 (11,1)	$\chi^2 = 2,075$ df = 1	p = 0,150
	minderj. Kind/er nicht im Haushalt	10,1	4,8	132 (11,1)	$\chi^2 = 5,841$ df = 1	p = 0,016
	erwach. Kind/er	32,5	30,0	454 (11,1)	$\chi^2 = 0,539$ df = 1	p = 0,463
Migrationshintergrund	nicht vorliegend	77,0	74,2	1.484 (6,5)	$\chi^2 = 0,815$ df = 1	p = 0,367
	vorliegend	23,0	25,8			
Wohnsituation	privat allein	42,5	39,6	1.496 (5,8)	$\chi^2 = 2,402$ df = 4	p = 0,662
	privat Fam./Partner*in	38,7	40,4			
	in Gemeinschaft	2,4	1,3			
	Heim/BeWo	11,7	12,6			
	Notunterkunft/obdachlos	4,7	6,1			
Schulabschluss	kein Abschluss	13,6	16,8	1.143 (28,0)	$\chi^2 = 8,602$ df = 3	p = 0,035
	Haupt-/Volksschulabschluss	43,4	50,4			
	Realschulabschluss /Fachoberschule	25,6	24,8			
	Abitur/Fachabitur	17,3	8,0			

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied. Patient*innen, die gemäß PsychKG untergebracht wurden, arbeiteten häufiger nicht. Patient*innen, welche freiwillig stationär untergebracht waren, gingen häufiger einer Beschäftigung nach, wobei der Unterschied nur bezüglich einer Teilzeitbeschäftigung das Signifikanzniveau erreichte.

Hinsichtlich des überwiegenden Unterhalts zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Gruppenunterschied. Die Patient*innen, welche per PsychKG stationär untergebracht wurden, bezogen häufiger Altersrente und sie hatten seltener Einkommen aus Erwerbstätigkeit, als Patient*innen, welche freiwillig kamen.

Tab. 4.8.: Rechtsgrundlage der Gesamtstichprobe nach soziodemographischen und sozioökologischen Daten (Teil 2)

Variable	Ausprägungen	freiwillig [%]	PsychKG [%]	Fälle [n] (% fehlend)	Statistische Kennwerte	Signifikanz (2-seitig)
Berufsausbildung	keine	37,1	44,8	1.252 (21,2)	$\chi^2 = 3,770$ df = 3	p = 0,287
	klassische Ausbildung	54,7	49,7			
	weiterführende Ausbildung	2,3	1,4			
	(Fach-) Hochschule/ Universität	5,8	4,1			
Umfang der Erwerbsarbeit				1.424 (10,3)	$\chi^2 = 14,017$ df = 2	p < 0,001
	arbeitet nicht	75,0	85,9	1.090 (10,3)	$\chi^2 = 11,796$ df = 1	p < 0,001
	Vollzeit	17,5	12,1	238 (10,3)	$\chi^2 = 3,625$ df = 1	p = 0,057
	Teilzeit	7,6	1,9	96 (10,3)	$\chi^2 = 8,825$ df = 1	p = 0,003
Überwiegender Unterhalt				1.350 (15,0)	$\chi^2 = 31,309$ df = 4	p < 0,001
	Einkommen aus Erwerbstätigkeit	17,9	8,8	224 (15,0)	$\chi^2 = 9,860$ df = 1	p = 0,002
	EU-/BU-Rente	12,4	10,9	165 (15,0)	$\chi^2 = 0,378$ df = 1	p = 0,539
	Altersrente	15,4	30,6	237 (15,0)	$\chi^2 = 26,353$ df = 1	p < 0,001
	SGB-Leistungen	46,6	41,5	619 (15,0)	$\chi^2 = 1,757$ df = 1	p = 0,185
	eigenes Vermögen	7,7	8,3	105 (15,0)	$\chi^2 = 0,082$ df = 1	p = 0,774

Bei den weiteren erhobenen soziodemographischen und sozioökologischen Merkmalen (Familienstand, Partnerschaft, Migrationshintergrund, Wohnsituation, Schulausbildung, Berufsausbildung) zeigten sich kein Zusammenhang zwischen freiwillig und unfreiwillig behandelten Patient*innen.

4.2.3. Veranlassung der Aufnahme, frühere Suizide und Vorbehandlungen

Es erfolgte eine nähere Betrachtung der Veranlassung/Initiierung der Aufnahme der Patient*innen, früheren Suiziden und früheren Klinikaufenthalten (siehe Tab. 4.9.). Die Veranlassung der Aufnahme kann sowohl als patient*innenseitiger als auch als systemischer Faktor betrachtet werden. Die Aufnahme wurde bei Patient*innen, welche per PsychKG untergebracht wurden, häufiger durch ein anderes allgemeines Krankenhaus, den Notarzt bzw. die Notärztin oder durch das Gesundheitsamt initiiert. Die Patient*innen, die freiwillig untergebracht wurden, kamen häufiger auf eigene Veranlassung, durch eine/n ambulante/n Psychiater*in oder Psychotherapeut*in oder durch den Hausarzt oder die Hausärztin.

Die nach PsychKG untergebrachten Patient*innen hatten in ihrer Vorgeschichte häufiger mehrfach Suizidversuche verübt, wohingegen freiwillig behandelte Patient*innen häufiger keine Suizidversuche in der Vorgeschichte hatten.

Hinsichtlich eines früheren psychiatrischen Klinikaufenthalts blieben die Gruppenunterschiede zwischen Patient*innen, welche per PsychKG untergebracht wurden, und Patient*innen, welche auf freiwilliger Rechtsgrundlage behandelt wurden, unter dem Signifikanzniveau.

Tab. 4.9.: Rechtsgrundlage der Gesamtstichprobe nach Veranlassung der Aufnahme, akuten Gefährdungsaspekten bei Aufnahme, früheren Suizidversuchen und Klinikaufenthalten

Variable	Ausprägungen	freiwillig [%]	PsychKG [%]	Fälle [n] (% fehlend)	Statistische Kennwerte	Signifikanz (2-seitig)
Durch wenn wurde die Aufnahme veranlasst?				1.392 (12,3)	$\chi^2 = 501,999$ df = 7	p < 0,001
	Gesundheitsamt	0,3	11,0	26 (12,3)	$\chi^2 = 106,267$ df = 1	p < 0,001
	anderes (allgemeines) KH	15,1	50,5	281 (12,3)	$\chi^2 = 133,203$ df = 1	p < 0,001
	andere psych. Klinik	1,0	2,5	17 (12,3)	$\chi^2 = 3,166$ df = 1	p = 0,075
	eigene psych. Klinik	9,0	5,0	117 (12,3)	$\chi^2 = 3,518$ df = 1	p = 0,061
	Notarzt/Notärztin	2,7	26,5	85 (12,3)	$\chi^2 = 169,421$ df = 1	p < 0,001
	amb. Psychiater*in, Psychotherapeut*in	12,2	2,5	150 (12,3)	$\chi^2 = 16,637$ df = 1	p < 0,001
	Hausarzt/Hausärztin	9,3	1,0	113 (12,3)	$\chi^2 = 15,864$ df = 1	p < 0,001
	Patient*in	50,4	1,0	603 (12,3)	$\chi^2 = 170,352$ df = 1	p < 0,001
Frühere Suizidversuche				1.278 (19,5)	$\chi^2 = 30,769$ df = 2	p < 0,001
	nein	74,7	56,3	928 (19,5)	$\chi^2 = 21,851$ df = 1	p < 0,001
	einmal	12,3	13,9	160 (19,5)	$\chi^2 = 0,278$ df = 1	p = 0,598
	mehrfach	13,0	29,9	190 (19,5)	$\chi^2 = 28,827$ df = 1	p < 0,001
Frühere psych. Klinikaufenthalte	keine	21,4	27,5	1.511 (4,8)	$\chi^2 = 4,006$ df = 1	p = 0,045
	mind. ein Aufenthalt	78,6	72,5			

Hinsichtlich eines früheren psychiatrischen Klinikaufenthalts blieben die Gruppenunterschiede zwischen Patient*innen, welche per PsychKG untergebracht wurden, und Patient*innen, welche auf freiwilliger Rechtsgrundlage behandelt wurden, unter dem Signifikanzniveau.

Wie der Tab. 4.10. zu entnehmen ist, hatten unfreiwillig untergebrachte Patient*innen häufiger eine Vorsorgevollmacht, als Patient*innen auf freiwilliger Rechtsgrundlage. Freiwillig stationär behandelte Patient*innen hatten häufiger keine/n Betreuer*in oder eine Vorsorgevollmacht.

Eine Anbindung an ein professionelles ambulantes Hilfesystem vor Unterbringung, nämlich an APP/BeWo, lag häufiger bei Patient*innen vor, die auf freiwilliger Rechtsgrundlage in stationärer Behandlung waren.

Tab. 4.10.: Rechtsgrundlage der Gesamtstichprobe nach der ambulanten Versorgungssituation

Variable	Ausprägungen	freiwillig [%]	PsychKG [%]	Fälle [n] (% fehlend)	Statistische Kennwerte	Signifikanz (2-seitig)
Liegt eine Behandlungsvereinbarung/Patient*innenverfügung vor?				1.537 (3,2)	$\chi^2 = 9,170$ df = 2	p = 0,010
	nein	93,7	93,7	1.440 (3,2)	$\chi^2 = 0,000$ df = 1	p = 0,990
	Behandlungsvereinbarung	3,9	1,3	54 (3,2)	$\chi^2 = 4,175$ df = 1	p = 0,041
	Patient*innenverfügung	2,4	5,1	43 (3,2)	$\chi^2 = 5,289$ df = 1	p = 0,021
Hat der/die Patient*in eine/n gesetz. Betreuer*in oder eine Vorsorgevollmacht?				1.555 (2,1)	$\chi^2 = 26,753$ df = 3	p < 0,001
	nein	74,5	63,6	1.132 (2,1)	$\chi^2 = 12,146$ df = 1	p < 0,001
	Betreuer*in vor Aufnahme	20,6	24,4	329 (2,1)	$\chi^2 = 1,784$ df = 1	p = 0,182
	Betreuer*in nach Aufnahme	0,4	2,5	11 (2,1)	$\chi^2 = 12,812$ df = 1	p < 0,001
	Vorsorgevollmacht	4,6	9,5	83 (2,1)	$\chi^2 = 9,847$ df = 1	p = 0,002
Prof. ambulantes Hilfesystem vor Aufnahme						
keine Vorbehandlung	ja	24,1	27,5	1.588 (0)	$\chi^2 = 1,333$ df = 1	p = 0,248
sozialpsychiatr. Dienst	ja	1,3	1,6	1.588 (0)	$\chi^2 = 0,117$ df = 1	p = 0,732
APP/BeWo	ja	13,5	4,0	1.588 (0)	$\chi^2 = 17,600$ df = 1	p < 0,001
ambulante psychiatr./ psychother. Behandlung	ja	36,7	34,4	1.588 (0)	$\chi^2 = 0,467$ df = 1	p = 0,494
sozialpsychiatr. Zentrum	ja	1,9	0,0	1.588 (0)	$\chi^2 = 4,678$ df = 1	p = 0,031
andere ambulan. Anbindung	ja	17,5	10,9	1.588 (0)	$\chi^2 = 6,581$ df = 1	p = 0,010

Bei den weiteren erhobenen behandlungsbezogenen Faktoren (Vorliegen einer Behandlungsvereinbarung oder einer Patient*innenverfügung, Anbindung an das ambulante Hilfesystem vor Aufnahme) zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen freiwillig und unfreiwillig behandelten Patient*innen.

4.2.4. Gewichtung der patient*innenseitigen Risikofaktoren für eine unwillige Unterbringung nach PsychKG

In der Zusammenschau wurden folgende patient*innenseitige Risikofaktoren für eine unwillige Unterbringung nach PsychKG identifiziert:

- Alter unter 40 Jahren und über 60 Jahre
- Diagnose einer Schizophrenie (ICD-10: F2)
- Diagnose einer organischen psychischen Störung (ICD-10: F0)
- Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6)
- Kombination der Diagnosen einer Abhängigkeitserkrankung und einer Schizophrenie (ICD-10: F1/F2)
- Kinderlosigkeit
- Erwerbslosigkeit
- Altersrente
- Einweisung durch ein Gesundheitsamt
- Einweisung durch ein anderes KH
- Einweisung durch einen Notarzt oder eine Notärztin
- Mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Vorsorgevollmacht vorliegend

Als Schutzfaktoren konnten identifiziert werden:

- Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung (ICD-10: F1)
- Diagnose einer affektiven Störung (ICD-10: F3)
- Teilzeitarbeit
- Einkommen aus Erwerbstätigkeit
- Einweisung durch eine/n ambulante/n Psychiater*in oder Psycholog*in
- Einweisung durch den Hausarzt oder die Hausärztin
- Einweisung durch den oder die Patient*in selbst
- Kein Suizidversuch in der Vorgeschichte
- Keine/n gesetzliche/n Betreuer*in
- Vor der Aufnahme Versorgung durch APP oder BeWo

Um die oben aufgeführten patient*innenseitigen Risikofaktoren zu gewichten und deren Relevanz zu ermitteln, wurde eine logistische Regressionsanalyse berechnet. Damit wurde geprüft, ob die oben genannten unabhängigen Variablen eine prädiktive Wirkung auf den Rechtstatus der Unterbringung (abhängige Variable) besitzen. Das logistische Regressionsmodell findet sich in der Tab. 4.11.

Tab.: 4.11.: logistisches Regressionsmodell der patient*innenseitigen Risikofaktoren für eine unfreiwillige Unterbringung

	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall		Wald-Statistik	
		unterer Wert	oberer Wert	W	Signifikanz
Alter unter 40 Jahre	1,692	1,114	2,571	6,080	p =0,014
Alter über 60 Jahre	1,116	0,381	3,270	0,040	p =0,841
Kinderlosigkeit	0,831	0,551	1,253	0,782	p =0,377
Erwerbslosigkeit	1,158	0,786	1,706	0,548	p =0,459
Altersrente	0,960	0,319	2,885	0,005	p =0,942
Einweisung durch das Gesundheitsamt	82,428	23,113	293,959	46,249	p <0,001
Einweisung durch ein allgem. Krankenhaus	7,148	4,863	10,508	100,109	p <0,001
Einweisung durch den Notarzt/ die Notärztin	22,651	12,814	40,042	115,227	p <0,001
mehrfach Suizidversuche in Vorgeschichte	1,282	0,769	2,138	0,907	p =0,341
Vorsorgevollmacht vorliegend	0,809	0,341	1,918	0,232	p =0,630
psychoorganische Störung (ICD-10: F0)	5,429	2,573	11,456	19,722	p <0,001
Schizophrenie (ICD-10: F2)	2,961	1,815	4,831	18,897	p <0,001
Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6)	2,236	1,324	3,777	9,055	p =0,003
Abhängigkeits-erkrankung/Schizophrenie (ICD-10: F1/F2)	1,023	0,483	2,166	0,004	p =0,953
Konstante	0,37			129,052	p <0,001

Anhand der Tab. 4.11. ist zu erkennen, dass das Risiko für eine unfreiwillige stationäre psychiatrische Behandlung am höchsten ist, wenn die Einweisung durch das Gesundheitsamt, gefolgt von der Einweisung durch einen Notarzt/eine Notärztin und einer Einweisung durch ein allgemeines Krankenhaus erfolgt. Zudem besteht ein hohes Risiko für Patient*innen welche mit der Haupt- und Nebendiagnose einer psychoorganischen Störung (ICD-10: F0), einer Schizophrenie (ICD-10: F2) oder einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6) untergebracht werden, unfreiwillig behandelt zu werden.

4.3 Verteilung der patient*innenseitigen und der systemischen Risikofaktoren für eine unfreiwillige Unterbringung zwischen Patient*innen aus Wohnorten mit niedriger und hoher PsychKG-Quote

Bei diesen Vergleichen wurden alle Variablen berücksichtigt, die in den Gruppenvergleichen Zusammenhänge zwischen freiwillig behandelten und nach PsychKG untergebrachten Patient*innen aufwiesen (siehe Auflistung zu Beginn des Kapitels 4.2.4, S. 49).

Bezüglich der **Altersverteilung** lagen keine Zusammenhänge zwischen den Patient*innen aus den Wohnorten mit der niedrigsten PsychKG-Quote (Mettmann, Hilden, Langenfeld) und denen, welche die höchste PsychKG-Quote aufwiesen (Haan, Burscheid, Solingen) vor (siehe Tab. 4.12.).

Tab. 4.12.: Altersgruppen der Patient*innen aus den Wohnorten mit den drei niedrigsten und höchsten PsychKG-Quoten

Variable	Ausprägungen	niedrige PsychKG-Quote [%]	hohe PsychKG-Quote [%]	Fälle [n] (% fehlend)	Statistische Kennwerte	Signifikanz (2-seitig)
Altersgruppen	≤40 Jahre	36,9	37,6	742 (53,3)	$\chi^2 = 3,180$ df = 2	p = 0,204
	41-60 Jahre	43,4	37,9			
	>60 Jahre	19,7	24,5			

Bezüglich der **Diagnoseverteilung** zeigte sich kein Zusammenhang zwischen den Patient*innen aus den drei Wohnorten mit der niedrigsten PsychKG-Quote und aus den dreien mit der höchsten PsychKG-Quote (siehe Tab. 4.13.).

Tab. 4.13.: Diagnosen der Patient*innen aus den Wohnorten mit den drei niedrigsten und höchsten PsychKG-Quoten

Variable	Ausprägungen	niedrige PsychKG-Quote [%]	hohe PsychKG-Quote [%]	Fälle [n] (% fehlend)	Statistische Kennwerte	Signifikanz (2-seitig)
Psycho-organische Störung (ICD-10: F0)	ja	6,5	8,8	742 (53,3)	$\chi^2 = 1,328$ df = 1	p = 0,249
Schizophrenie (ICD-10: F2)	ja	21,4	17,8	742 (53,3)	$\chi^2 = 1,482$ df = 1	p = 0,223
Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6)	ja	9,1	9,5	742 (53,3)	$\chi^2 = 1,482$ df = 1	p = 0,851
Abhängigkeits-erkrankung/ Schizophrenie (ICD-10: F1/F2)	ja	4,5	4,8	742 (53,3)	$\chi^2 = 0,041$ df = 1	p = 0,840

Bezüglich der Merkmale **Kinderlosigkeit**, **Erwerbslosigkeit** und **Altersrente** zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen den Patient*innen aus den drei Wohnorten mit der niedrigsten und der höchsten PsychKG-Quote (siehe Tab. 4.14.).

Tab. 4.14.: Soziodemographische und sozioökologische Merkmale der Patient*innen aus den Wohnorten mit den drei niedrigsten und höchsten PsychKG-Quoten

Variable	Ausprägungen	niedrige PsychKG-Quote [%]	hohe PsychKG-Quote [%]	Fälle [n] (% fehlend)	Statistische Kennwerte	Signifikanz (2-seitig)
Kinder	kein Kind	52,7	46,7	664 (58,2)	$\chi^2 = 2,282$ df = 1	p = 0,131
Umfang der Erwerbsarbeit	arbeitet nicht	74,4	77,1	666 (58,1)	$\chi^2 = 0,672$ df = 1	p = 0,412
Überwiegender Unterhalt	Altersrente	20,5	14,9	639 (59,8)	$\chi^2 = 5,819$ df = 1	p = 0,016

Bezüglich der **Veranlassung der Aufnahme** zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Patient*innen aus den drei Wohnorten mit der niedrigsten und der höchsten PsychKG-Quote (siehe Tab. 4.15.). Bei Patient*innen aus den drei Wohnorten mit der höchsten PsychKG-Quote wurde die Aufnahme häufiger durch das Gesundheitsamt oder ein anderes allgemeines Krankenhaus veranlasst.

Tab. 4.15.: Veranlassung der Aufnahme bei den Patient*innen aus den Wohnorten mit den drei niedrigsten und höchsten PsychKG-Quoten

Variable	Ausprägungen	niedrige PsychKG-Quote [%]	hohe PsychKG-Quote [%]	Fälle [n] (% fehlend)	Statistische Kennwerte	Signifikanz (2-seitig)
Durch wenn wurde die Aufnahme veranlasst?	Gesundheitsamt	0,7	3,7	649 (59,1)	$\chi^2 = 7,609$ df = 1	p = 0,006
	anderes (allgemeines) Krankenhaus	15,5	24,0	649 (59,1)	$\chi^2 = 7,123$ df = 1	p = 0,008
	Notarzt/Notärztin	6,1	6,7	649 (59,1)	$\chi^2 = 0,102$ df = 1	p = 0,749

Bezüglich mehrfacher **Suizidversuche in der Vorgeschichte** und einer **Betreuung/Vorsorgevollmacht** konnten keine Zusammenhänge ermittelt werden (siehe Tab. 4.16.).

Tab. 4.16.: Frühere Suizidversuche und Vorsorgevollmacht bei den Patient*innen aus den drei Wohnorten mit der niedrigsten und der höchsten PsychKG-Quote

Variable	Ausprägungen	niedrige PsychKG-Quote [%]	hohe PsychKG-Quote [%]	Fälle [n] (% fehlend)	Statistische Kennwerte	Signifikanz (2-seitig)
frühere Suizidversuche	mehrfach	10,6	14,9	599 (62,3)	$\chi^2 = 2,336$ df = 1	p = 0,126
Hat der/die Patient*in eine/n gesetz. Betreuer*in oder eine Vorsorgevollmacht?	Vorsorgevollmacht	5,6	7,7	728 (54,2)	$\chi^2 = 1,239$ df = 1	p = 0,266

4.3.1. Zusammenfassung

Die im Kapitel 4.2.5 ermittelten Risikofaktoren für eine unfreiwillige Unterbringung nach PsychKG

- Einweisung durch das Gesundheitsamt
- Einweisung durch ein anderes allgemeines Krankenhaus

traten bei den Fällen aus den drei Wohnorten mit der höchsten PsychKG-Quote (Haan, Burscheid, Solingen) häufiger auf, als bei den Fällen aus den drei Wohnorten mit der niedrigsten PsychKG-Quote (Mettmann, Hilden, Langenfeld). Die in dieser Studie angegebenen Variablen lassen Unterschiede zwischen den Patient*innengruppen in den Hintergrund treten, da die Patient*innenvariablen keinen Unterschied lieferten, so dass die Organisation der Versorgung psychisch kranker Menschen einen großen Einfluss auf eine unfreiwillige stationäre Unterbringung zu haben scheint.

Bei den patient*innenseitigen Risikofaktoren für eine unfreiwillige Unterbringung nach PsychKG:

- Alter unter 40 Jahren und über 60 Jahre
- Diagnose einer Schizophrenie (ICD-10: F2)
- Diagnose einer organischen psychischen Störung (ICD-10: F0)
- Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6)
- Kombination der Diagnosen einer Abhängigkeitserkrankung und einer Schizophrenie (ICD-10: F1/F2)
- Kinderlosigkeit
- Erwerbslosigkeit
- Altersrente
- Mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte

- Vorsorgevollmacht vorliegend

konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Fällen aus den drei Wohnorten mit der höchsten PsychKG-Quote (Haan, Burscheid, Solingen) und den drei Wohnorten mit der niedrigsten PsychKG-Quote (Mettmann, Hilden, Langenfeld) ermittelt werden.

5. Diskussion

Bei der vorliegenden Promotionsarbeit wurden Routinedaten von 1.588 Patient*innen analysiert, die in dem Zeitraum vom 01.04.2016 bis zum 30.06.2016 in einem großen psychiatrischen Fachkrankenhaus, der LVR-Klinik Langenfeld, stationär untergebracht waren. Ziel der Forschungsarbeit war es Determinanten für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung zu ermitteln, herauszufinden, ob es mögliche Unterschiede zwischen den Entscheidungen der zuständigen Amtsgerichte und den PsychKG-Quoten gab und zu ermitteln, ob Unterschiede bezüglich der Quote der unfreiwillig stationären Unterbringungen zwischen den Wohnorten existierten und ob strukturelle patient*innenseitige Risikofaktoren die Unterschiede erklären können.

Dabei lag ein Fokus der Arbeit auf der Untersuchung der Bedeutung des Wohnumfelds der Patient*innen als möglicher Risikofaktor für eine unfreiwillige Unterbringung, da es aus der Literatur Hinweise dafür gibt, dass der Urbanitätsgrad der Umgebung mit Zwangsunterbringungen und Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung assoziiert ist (Keown et al., 2016; Indu et al., 2018; Karasch et al., 2020). Es erfolgte eine Unterteilung der Einzugsgebiete in die beiden *kleineren Großstädte* Leverkusen und Solingen, in die *großen Mittelstädte* (zusammengefasst: Hilden und Langenfeld), in die kleineren Mittelstädte (zusammengefasst: Erkrath, Haan, Leichlingen, Mettmann, Monheim am Rhein) und *die Kleinstadt* (Burscheid). Personen o.f.W. und alle Patient*innen, welche nicht im Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Langenfeld ihren Wohnsitz hatten, wurden in einer *fünften Kategorie* zusammengefasst. Darüber hinaus wurden die einzelnen Städte für sich betrachtet.

In der vorliegenden Studie zeigten sich zwar auffällige – wenn auch statistisch nicht signifikante - Unterschiede in der PsychKG-Quote zwischen Patient*innengruppen aus den unterschiedlichen Städten im Versorgungsgebiet der Klinik. Diese Unterschiede waren jedoch weder durch die Stadtgröße noch durch andere Charakteristika der Städte erklärbar. Auch Dionisi et al. (2014) konnten keinen Zusammenhang zwischen urbanen Gebieten und einer erhöhten Zwangseinweisungsrate finden. Hingegen zeigten sich bei Keown et al. (2016) Zwangseinweisungen in urbanen Gebieten deutlich höher, als in ländlichen Gebieten, wobei sie zudem herausfanden – anders als in der vorliegenden Studie - dass, je größer das urbane Gebiet war, desto häufiger auch die unfreiwilligen Behandlungen waren. Die englische Studie gab die Londoner Innenstadt als das Gebiet mit der höchsten Rate an Patient*innen an, welche zwangsweise Behandlung fanden (Keown et al., 2016). Auch Indu et al. (2018) und Karasch et al. (2020) berichteten von einer höheren Rate an stationären Behandlungen in städtischen Regionen. So weist London eine erhöhte Rate an unfreiwilligen Behandlungen auf im Vergleich zum Rest von England (Government statistic service, 2011). Demgegenüber waren

freiwillige stationäre Behandlungen häufig in urbanen Gebieten außerhalb Londons anzutreffen und wiesen zudem nur geringe Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Gebieten auf (Keown et al., 2016).

Schließlich sahen Keown et al. (2016) einen Zusammenhang zwischen Urbanität, unfreiwilligen stationären Unterbringungen und dem Alter der Patient*innen. In urbaner Umgebung war ein Anstieg der 20- bis 39-jährigen zu erkennen, ebenso ein Anstieg der unfreiwilligen stationären Unterbringungen. Dieses Ergebnis passt zum Teil auch zu dem Ergebnis der vorliegenden Studie, da hier auch ein junges Alter (unter 40 Jahre) als ein Risikofaktor identifiziert werden konnte, wenn auch in der vorliegenden Studie kein Zusammenhang zwischen Urbanität und dem Alter ermittelt werden konnte. Pateman (2011) ermittelte, dass weniger jüngere Menschen in ländlichen Gebieten gemeldet seien, als in Städten.

In der Gesamtschau spricht die Literatur überwiegend dafür, dass Menschen, welche in urbanen Gebieten wohnen, häufiger unfreiwillig in psychiatrischen Kliniken untergebracht werden, als Patient*innen aus ländlicheren Gebieten. Dieser Zusammenhang konnte in der vorliegenden Studie nicht gezeigt werden. Dies könnte daran liegen, dass alle Einzugsgebiete der LVR-Klinik Langenfeld eher städtische Strukturen aufweisen und selbst die Stadt mit der geringsten Bevölkerungsdichte (Burscheid) noch eine große Kleinstadt abbildet.

Es konnten keine Unterschiede zwischen den Beschlüssen der Amtsgerichte und der Unterbringung der Patient*innen per PsychKG festgestellt werden. Dies spricht für ein homogenes Vorgehen auf Gerichtsebene. Zu dieser Fragestellung konnte keine vergleichbare Literatur gefunden werden.

Anschließend wurde in dieser Studie versucht - unabhängig von der Struktur des Wohnumfeldes - individuelle patient*innenseitige Determinanten für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung zu identifizieren. An Risikofaktoren konnten in der vorliegenden Studie einige ermittelt werden, welche im Folgenden diskutiert werden unter den Kategorien:

- Demographie (Alter, Geschlecht)
- Sozioökonomische Faktoren (Familienstand, Kinder, Migrationshintergrund, Schulausbildung, Umfang der Erwerbsarbeit, überwiegender Unterhalt)
- Krankheitsbezogene Faktoren (Diagnosen)
- Behandlungs-/vorbehandlungsbezogene Faktoren (durch wen wurde die Aufnahme veranlasst, frühere Suizidversuche, Anbindung an ein professionelles ambulantes

Hilfesystem vor Aufnahme, Vorliegen einer Behandlungsvereinbarung/Patient*innenverfügung, Unterstützung des Patienten/der Patientin durch eine/n rechtliche/n Betreuer*in oder eine Vorsorgevollmacht)

In der Gesamtstichprobe der vorliegenden Studie lag das durchschnittliche **Alter** der Patient*innen bei stationärer Unterbringung bei 46,1 Jahren und es war bei freiwillig behandelten und unfreiwillig untergebrachten Patient*innen fast identisch. Das Durchschnittsalter der Patient*innen bei stationärer Unterbringung war nur unwesentlich älter als das durch die statistische Bundesamt für Deutschland (Destatis, 2021) ermittelte Durchschnittsalter von Patient*innen. Diese gaben 45,0 Jahre als Durchschnittsalter der Patient*innen bei psychiatrischer stationärer Unterbringung an.

Bei ähnlichem Durchschnittsalter zeigte sich eine unterschiedliche **Altersstruktur** bei den freiwillig behandelten und den unfreiwillig untergebrachten Patient*innen: Die Letzteren waren häufiger unter 40 Jahre oder über 60 Jahre alt. Dieses Ergebnis ist in Einklang mit mehreren früheren Berichten aus der Literatur: Eytan et al. (2013) sahen ein junges Alter (unter 20 Jahren) als einen Risikofaktor für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung. Auch Hoffmann et al. (2017) ermittelten einen Zusammenhang zwischen der Gruppe der 22- bis 30-jährigen und einer unfreiwilligen Unterbringung. Opsal et al. (2011) und O`Callaghan et al. (2022) kamen in ihrer Studie auch zu dem Ergebnis, dass ein junges Alter ein Risikofaktor für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung ist, was das Ergebnis einer früheren Studie (Audini et al., 2002) bestätigte. Weitere Forschungsarbeiten konnten einen Zusammenhang zwischen dem höheren Alter bei Patient*innen ermitteln, welche häufiger unfreiwillig stationär untergebracht wurden. Es handelt sich um Studien aus Norwegen (Hustoft et al., 2013), China (Gou et al., 2014) Italien (Di Lorenzo et al., 2018) und Deutschland (Schmitz-Buhl et al., 2019). Weich et al. (2017) gaben in ihrer mehrstufigen Querschnittsanalyse als höchstes Risiko einer unfreiwilligen Unterbringung bezogen auf das Alter die Altersgruppe der 18- bis 35-jährigen an und sie sahen selbst in der ältesten Altersgruppe, bei den 65-jährigen und Älteren, einen Zusammenhang zwischen dem Alter und einer unfreiwilligen stationären Behandlung.

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich kein Zusammenhang zwischen dem **Geschlecht** und dem Rechtstatus der Unterbringung. Auch andere Studien aus Deutschland konnten keinen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und einer unfreiwilligen Unterbringung in einem psychiatrischen KH finden (Juckel et Haussleiter, 2015, Schmitz-Buhl et al., 2019). In der internationalen Literatur werden widersprüchliche Befunde zum Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und einer unfreiwilligen stationären Unterbringung berichtet, die laut Curley et al. (2016) durch unterschiedliche rechtliche Begebenheiten innerhalb der einzelnen Länder erklärbar sein könnten, wie unterschiedlichem Rechten und

unterschiedlichen Kriterien für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung. Curley et al. (2016) vermuteten, dass das für eine Zwangseinweisung erforderliche Kriterium „Gefährlichkeit“ je nach Land unterschiedliche Gewichtung haben könnte. In einer Metaanalyse von Walker et al. (2019) mit internationalen Studien wurde männliches Geschlecht als ein relativ robuster Risikofaktor für unfreiwillige psychiatrische Unterbringungen ermittelt.

In der vorliegenden Studie zeigte sich kein Zusammenhang zwischen dem **Familienstand** und dem Rechtstatus der Unterbringung. In anderen Studien wiesen ledige Patient*innen ein höheres Risiko für eine unfreiwillige stationäre Behandlung auf, als verheiratete Patient*innen (Rosca et al., 2006, Chang et al., 2013, Hustoft et al., 2013, Aguglia et al., 2016, Umama-Agada et al., 2018, Ma et al., 2019, Walker et al., 2019). Laut Di Lorenzo et al. (2018), lebten Patient*innen, welche unfreiwillig stationär untergebracht wurden, häufiger alleine, was auf soziale Fehlanpassungen oder Beziehungsschwierigkeiten hindeutet (Kallert et al., 2008). Schmitz-Buhl et al. (2019) sahen hingegen ein höheres Risiko bei Verheirateten. Eine Studie aus Kroatien sah ein Risiko für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung bei ledigen, verwitweten und geschiedenen Personen (Potkonjak et Karlovic, 2008). Oyffe et al. (2009) sahen ein erhöhtes Risiko dagegen bei verheirateten und ledigen Personen. In anderen Studien (Opsal et al., 2011, Hoffmann et al., 2017) konnte ebenfalls die Ehe als Risikofaktor ausgemacht werden. Insgesamt kann jedoch bei Personen, die ledig sind, eher von einem Mangel an sozialer Unterstützung, von Einsamkeit und psychischen gesundheitlichen Problemen ausgegangen werden (Chang et al., 2013, Ma et al., 2019, Walker et al., 2019). Hoffman et al. (2017) stellten die Hypothese auf, dass der Einfluss des Familienstandes auf eine unfreiwillige stationäre Einweisung mehrdimensional ist und viele weitere Aspekte berücksichtigt werden müssten, wie z.B. mögliche Krisen in der Partnerschaft oder Ehe, Probleme in der Erziehung der Kinder und Todesfälle, und empfahlen eine prospektive Befragung bezüglich diesen möglichen belastenden Faktoren. Auch konnte in anderen Studien die Ausprägung ledig als ein Prädiktor für eine unfreiwillige stationäre Aufnahme identifiziert werden (Zeppegno et al., 2005, Balducci et al., 2017, Styliniadis et al., 2017).

Kinderlosigkeit konnte in der vorliegenden Studie als ein Risikofaktor für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung identifiziert werden. Zu dem gleichen Ergebnis kam eine norwegische Studie (Hustoft et al., 2013). Demgegenüber steht die Studie von Mosele et al. (2018), wonach die Ausprägung *Kinder* keinen Einfluss auf das Risiko einer unfreiwilligen stationären Behandlung hat. Eine mögliche Hypothese wäre, dass ledige Personen eher jüngeren Alters sind und (noch) keine Kinder haben, was zu dem in der vorliegenden Studie ermittelten weiteren Risikofaktor (junges Alter) passen würde.

Wenn die Patient*innen einen **Migrationshintergrund** hatten, zeigte sich in der vorliegenden Studie kein Zusammenhang bezüglich einem erhöhten Risiko für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung. Laut Weicht et al. (2017) lag die größte Assoziation unfreiwillig stationär untergebracht zu werden auf Patientenebene bei der ethnischen Zugehörigkeit. Die englische Studie sah Menschen dunklerer Hautfarbe häufiger unfreiwillig stationär untergebracht als Menschen weißer Hautfarbe. Auch wurden Patient*innen asiatischer und gemischter ethnischer Zugehörigkeit häufiger gegen ihren Willen stationär untergebracht. Es zeigte sich, dass Personen mit Migrationshintergrund häufiger unfreiwillig behandelt wurde, als Menschen aus der einheimischen Bevölkerung (Barnett et al., 2019). Weitere Studien sahen einen Zusammenhang zwischen dem Vorliegen eines Migrationshintergrunds und einer unfreiwilligen stationären Behandlung (Salize et Dressing, 2004, Curley et al., 2016, Umama-Agada et al., 2018, Schmitz-Buhl et al., 2019, Walker et al., 2019,). In einer italienischen Querschnittsstudie wurde ein höheres Risiko für eine unfreiwillige Behandlung bei Personen gesehen, welche eine Aufenthaltsdauer in Italien von weniger als zwei Jahren aufwiesen (Tarsitani et al., 2021), wohingegen in anderen Studien kein signifikanter Unterschied zwischen der einheimischen Bevölkerung und Patient*innen anderer Staatsbürgerschaft (Di Lorenzo et al., 2018) gesehen wurde, was zu dem Ergebnis der vorliegenden Studie passen würde.

Bei den Patient*innen, welche innerhalb des Erhebungszeitraumes stationär untergebracht wurden, konnte kein Zusammenhang zwischen einer unfreiwillige stationäre Unterbringung und der **Schulbildung** identifiziert werden. Zu der Frage, inwiefern die schulische Bildung ein Risikofaktor für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung darstellt, liegen unterschiedliche Forschungsergebnisse vor. Einige Studien sahen in einem höheren Bildungsniveau ein Risikofaktor für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung (Chang et al., 2013, Schmitz-Buhl et al., 2019) während dies in anderen Studien nicht als Risikofaktor identifiziert werden konnte (Zhou et al., 2015, Wynn, 2018). Laut Chang et al. (2013) könnte eine höhere Schulausbildung mit einem ausgeprägteren Bewusstsein für die individuellen Rechte verbunden sein, wodurch diese Patient*innen mit einer stationären Behandlung nicht einverstanden sind. Andere Studien sahen dagegen ein niedriges Bildungsniveau als Risiko für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung (Zeppegno et al., 2005, Clark et al., 2010, Lay et al., 2011, Chang et al., 2013, Hustoft et al., 2013, Indu et al., 2018, Walker et al., 2019).

Bezogen auf den Unterhalt zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass ein Risikofaktor für einen unfreiwilligen stationären Aufenthalt **Erwerbslosigkeit** war. Arbeitslosigkeit wurde in mehreren Studien als eine Determinante für unfreiwillige Unterbringungen benannt (Zeppegno et al., 2005, Potkonjak et Karlovic, 2008, Lay et al., 2011, Braam et al., 2016, Curley et al., 2016, Thompsen et al., 2017, Di Lorenzo et al., 2018, Indu et al., 2018, Walker et al., 2019).

Laut Karasch et al. (2020) weise eine hohe Arbeitslosigkeitsquote auf ungünstige soziale und wirtschaftliche Bedingungen hin, welche mit einer nicht ausreichenden Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einhergehe. Daher wurde eine hohe Arbeitslosigkeit als unspezifischer Risikofaktor für unfreiwillige stationäre Aufenthalte genannt.

Die Arbeit in Teilzeit und Erwerbstätigkeit wurden in der vorliegenden Studie als ein protektiver Faktor ermittelt. Erwerbstätigkeit könnte ein Indikator für eine geringere Schwere der psychiatrischen Erkrankung sein. Auch könnten psychisch kranke Menschen, welche in einem Arbeitsverhältnis stehen, möglicherweise bei einer erneuten Exazerbation Leistungsabfälle bei der Arbeit schneller wahrnehmen oder eine Rückmeldung von ihrem sozialen Umfeld diesbezüglich erhalten und so ggf. schneller bereit sein professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, bis hin zu einer freiwilligen stationären Aufnahme.

Ein weiterer Risikofaktor für eine unfreiwillige stationäre Behandlung wurde in der vorliegenden Studie für das Beziehen von **Altersrente** ermittelt. Di Lorenzo et al. (2018) gab den prozentualen Anteil an Patient*innen, welche unfreiwillig stationär untergebracht wurden und Altersrente bezogen mit 12,5 % an. In einer norwegischen Studie (Hustoft et al., 2013) wurde der Anteil dieser Patient*innengruppe mit 7,9 % angegeben. Einige Studien kamen zu dem Ergebnis, dass ein höheres Alter und eine organische psychische Störung (ICD-10: F0) Risikofaktoren für eine stationäre Unterbringung sind, was auch in der vorliegenden Studie ermittelt werden konnte. Es dürfte ein Zusammenhang zwischen dieser Diagnose, welche eher ältere Menschen betrifft und dem Beziehen von Altersrente bestehen.

An **Haupt- und Nebendiagnosen** lagen bei Patient*innen in der vorliegenden Studie, welche unfreiwillig untergebracht wurden, häufiger eine Schizophrenie (ICD-10: F2), eine organische psychische Störung (ICD-10: F0), eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6) und die Kombination einer Abhängigkeitserkrankung und einer Schizophrenie (ICD-10: F1/F2) vor, als bei freiwillig behandelten Patient*innen. Diese waren signifikant häufiger an einer Abhängigkeitserkrankung (ICD-10: F1) oder einer affektiven Störung (ICD-10: F3) erkrankt. Laut Arnold et al. (2019) waren die häufigste psychiatrische Diagnosen bei einer unfreiwilligen stationären Aufnahme Schizophrenien. Weitere Studien sahen ebenfalls als häufigste Diagnose bei einer unfreiwilligen stationären Unterbringung eine Schizophrenie (Riecher et al., 1991, Kelly et al., 2004, Curley et al., 2016, Kelly et al., 2018, Walker et al., 2019, Ma et al., 2022). Individuelle Risiken für einen unfreiwilligen stationären Aufenthalt sind das Vorliegen einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung (Riecher et al., 1991, Salize et Dressing, 2004, Donisi et al., 2016, Curley et al., 2016, Umama-Agada et al., 2018). Weitere Studien sahen die Diagnose einer Psychose als häufigste Diagnose bei den unfreiwilligen stationären Behandlungen (Crisanti et Love, 2001, Zeppegno et al., 2005, Wang et al., 2015, Zhou et al.,

2015, Donisi et al., 2016, Di Lorenzo et al., 2018). Eine bipolare Störung und das Vorliegen einer Demenz wurde ebenfalls als höheres Risiko angesehen (Juckel et Hausleiter, 2015). Karasch et al. (2020) sahen für die beiden letzteren genannten Diagnosen jedoch keine Konsistenz in der Evidenz. Insgesamt wurde in den überwiegenden vorliegenden Studien eine Determinante für unfreiwillige stationäre Unterbringung in der Diagnose einer Schizophrenie gesehen, was in hiesiger Studie bestätigt werden konnte.

In der vorliegenden Studie konnte als ein Risikofaktor für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung ein jüngeres Alter identifiziert werden. Möglicherweise könnte dies im Zusammenhang stehen mit der Diagnose einer Schizophrenie, welche ebenfalls in vielen Studien für einen sehr wichtigen Faktor einer unfreiwilligen Unterbringung angesehen wird. Diese Erkrankung tritt überwiegend zwischen dem 15. und dem 35. Lebensjahr erstmalig in Erscheinung und wird bei ca. 65 % vor dem 30. Lebensjahr diagnostiziert (DGPPN, 2019). Das hohe Risiko eines unfreiwilligen Krankenhausaufenthalts bei Menschen, welche an einer Schizophrenie erkrankt sind, kann darin begründet sein, dass diese aufgrund von charakteristischen psychotischen Symptomen, wie z.B. dem Vorliegen von Wahnvorstellungen und Halluzinationen, eine geminderte Steuerungsfähigkeit haben und eine eher höhere Tendenz zu impulsiven Verhalten. Laut Hoffmann et al. (2017) ist die Früherkennung einer Schizophrenie weiterhin unzureichend, so dass bei Erstmanifestation es eher zu höheren notfallmäßigen Unterbringungsraten kommen kann.

Eine organische psychische Störung sahen Salize und Dressing (2004), Opsal et al. (2011), Oyffe et al. (2009), Ng et al. (2010), Hoffmann et al. (2017) und Schmitz-Buhl et al. (2019) ebenfalls als einen Risikofaktor für eine Zwangsunterbringung an. Als ein weiterer Risikofaktor für eine unfreiwillige stationäre Behandlung wurde ein Alter über 60 Jahre ermittelt. Weltweit sind über 35 Millionen Menschen (Prince et al., 2013) und laut der S3-Leitlinie (DGPPN, 2016) ca. 1,2 Millionen Menschen in Deutschland an einer Demenz erkrankt. Dabei ist die Prävalenz stark altersabhängig und tritt meistens ab einem Alter von 60 Jahren auf, wobei eine Verdopplung der Prävalenz alle 20 Jahre auftritt (Ferri et al., 2005). Unter anderem gehen mit dieser Erkrankung viele Störungen der kortikalen Funktionen einher, wobei die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt sind und es zu einer Veränderung der emotionalen Kontrolle und des Sozialverhaltens kommt, was zu einer häufigeren Einweisung gemäß PsychKG führen kann. Lyketsos et al. (2002) konnten in ihrer Studie ermitteln, dass bis zu 80 % der an einer Demenz erkrankten Patient*innen psychiatrische Symptome wie Angstzustände, Depressionen, Halluzinationen, Wahnvorstellungen, sowie Unruhe, Aggressionen, Enthemmung und Hypersexualität aufwiesen. Diese Symptome können eine stationäre Behandlung erforderlich machen. Gerade wenn Aggressionen oder Eigengefährdung dominieren (Gefahr für sich und andere im Straßenverkehr, hilflose, desorientierte Person), könnte die Aufnahme auf

unfreiwilliger Rechtsgrundlage erfolgen. Die Patient*innen, welche in der vorliegenden Studie unter einer psychoorganischen Störung litten, kamen häufiger per PsychKG zur stationären Unterbringung. Dieses Ergebnis passt zu dem Ergebnis anderer deutscher Studien (Hoffmann et al., 2017, Schmitz-Buhl et al., 2019). Laut Hoffman et al. (2017) hatten 19,5 % der unfreiwillig behandelten Patient*innen eine organische psychische Störung, insbesondere eine Demenz, oder eine andere neurodegenerative Erkrankung bei Unterbringung vorliegend, während im Gegensatz dazu der Anteil der freiwillig behandelten Patient*innen mit diesen Diagnosen bei nur 7,3 % lag.

In der vorliegenden Studie konnte zudem ein Risiko für eine Zwangseinweisung mit dem Vorliegen der Kombination einer Schizophrenie und einer Abhängigkeitserkrankung ermittelt werden (Komorbidität). Auch in einer anderen deutschen Studie aus dem Jahre 2000 wurden neben den Diagnosen einer Schizophrenie auch Abhängigkeitserkrankungen als Risikofaktoren für eine Unterbringung gemäß PsychKG angesehen (Kropp et al., 2005, Ng et al., 2010). Andere Studien ermittelten das Vorliegen der Kombination einer Abhängigkeitserkrankung und einer organischen psychischen Störung als Risikofaktoren für eine unfreiwillige Unterbringung (Lay et al., 2011, Hustoft et al., 2013). Dass eine Persönlichkeitsstörung mit einem erhöhten Risiko für eine Zwangsunterbringung in Verbindung steht, konnte in anderen Studien ebenfalls ermittelt werden. Auch bei Hoffman et al. (2017) waren Persönlichkeitsstörungen ein signifikantes Risiko für einen unfreiwilligen stationären Aufenthalt. Laut Ielmini et al. (2018) waren Persönlichkeitsstörungen sowie Depressionen häufiger vorliegend bei freiwillig behandelten Patient*innen.

Insgesamt zeigt sich, dass die hier gefundenen Ergebnisse zum größten Teil bezüglich der Diagnosen als Risikofaktoren für eine unfreiwillige Unterbringung mit anderen Forschungsergebnissen aus der Literatur übereinstimmen.

In hiesiger Studie lagen an protektiven Faktoren an Hauptdiagnosen Abhängigkeitsstörungen (ICD-10: F1) prozentual am häufigsten bei stationärer Einweisung vor, gefolgt von affektiven Störungen (ICD-10: F3). Andere Studien sahen ebenfalls einen protektiven Faktor in dem Vorliegen einer affektiven Störung (Rosca et al., 2006, Di Lorenzo et al., 2018). Laut Schmitz-Buhl et al. (2019) hatten Patienten, welche unter diesen Diagnosen litten ein geringeres Risiko einer unfreiwilligen stationären Unterbringung. Di Lorenzo et al. (2018) gaben an, dass in ihrer Studie unfreiwillig stationär behandelte Patient*innen wegen einer akuten Exacerbation der Psychose eingeliefert wurden, während Patient*innen auf freiwilliger Rechtsgrundlage öfters aufgrund von selbstverletzendem Verhalten oder aufgrund eines suizidalen Risikos stationär behandelt wurden. Eine Studie aus Deutschland kam zu dem Ergebnis, dass freiwillig behandelte Patient*innen oftmals unter einer Abhängigkeitsstörung litten (Hoffman et al.,

2017). Die Studienlage ist diesbezüglich jedoch nicht eindeutig. So sahen Salize et Dressing (2004) und Oyffe et al. (2009) neben psychotischen Störungen affektive Störungen, Abhängigkeitserkrankungen und Demenz als Risikofaktoren für eine Zwangsunterbringung an. Schuepbach et al. (2008) und Amre et Volpe (2012) sahen einen Zusammenhang zwischen unfreiwilligen stationären Behandlungen und dem Vorliegen bipolarer Störungen, besonders gemischten und manischen Episoden. In anderen Studien wurde nicht nur bei Patient*innen mit einer Schizophrenie oder anderen psychotischen Störungen von einer höheren unfreiwilligen stationären Unterbringungsrate ausgegangen, sondern auch bei Abhängigkeitsstörungen und organischen Störungen (Lay et al., 2011, Hustoft et al., 2013). Die Studienlage zeigt sich bezüglich dieser protektiven Faktoren uneinheitlich.

Wenn die **Aufnahme durch das Gesundheitsamt, ein anderes Krankenhaus oder einen Notarzt/eine Notärztin** erfolgte, kamen die Patient*innen der vorliegenden Studie häufiger per PsychKG zur stationären Behandlung, wohingegen Patient*innen, welche durch einen ambulanten Psychiater oder eine ambulante Psychiaterin oder Psycholog*in, den Hausarzt oder die Hausärztin oder durch den oder die Patient*in selbst eingewiesen wurden, häufiger auf freiwilliger Rechtsgrundlage untergebracht wurden. Laut Curley et al. (2016) sei eine verbesserte ambulante Versorgung und andere gemeindebasierte Intervention von Nöten, um die Rate der Zwangseinweisungen zu senken. Unterschiedliche Gesundheitssysteme in den verschiedenen Ländern könnten hier zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen. Eine italienische Studie (Dionisi et al., 2016) ermittelte, dass mit der Anzahl der Sozialarbeiter*innen die Anzahl von Zwangseinweisungen zunahm, was auch von anderen Studien bestätigt wurde (Huxley et Kerfoot, 1993). Laut Hoffman et al. (2017) ergab eine Studie aus Deutschland, dass Patient*innen, welche auf freiwilliger Rechtsgrundlage untergebracht wurden, überwiegend von Ärzt*innen aus anderen Fachrichtungen als der Psychiatrie untergebracht wurden, wobei Allgemeinmediziner*innen die größte Gruppe darstellte. Unfreiwillige Unterbringungen erfolgten weniger durch die Allgemeinmediziner*innen oder durch Ärzt*innen anderer Fachrichtungen als bei freiwilligen stationären Unterbringungen, während ambulante Psychiater*innen ungefähr gleich häufig Einweisungen auf freiwilliger und unfreiwilliger Rechtsgrundlage initiierten (Hoffmann et al., 2017). In der Gruppe der Patient*innen der unfreiwilligen stationären Behandlungen zeigte sich, dass diese häufiger durch Psychiater*innen im KH untergebracht wurden (Hoffmann et al., 2017). Eine schweizer Studie kam zu dem Ergebnis, dass die meisten psychiatrischen notfallmäßigen Konsultationen bei der oder dem Patient*in zu Hause erfolgte, gefolgt von Polizeiwachen und somatischen Krankenhäusern, wobei 38,4 % der Konsultationen zu unfreiwilligen stationären Behandlungen führten (Moetteli et al., 2021). Laut Hustoft et al. (2013) hatten unfreiwillig untergebrachte Patient*innen häufiger zuvor Kontakt zu einem Hausarzt/ einer Hausärztin, als freiwillig untergebrachte. Laut dem National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (2017) kommen Patient*innen mit einer

akuten psychischen Erkrankung vermehrt in die Notaufnahme eines Akutkrankenhauses. Cann et al. (2022) sahen zudem eine längere Wartezeit bei psychisch erkrankten Patient*innen als bei Patient*innen, welche mit somatischen Anliegen vorsprachen. Oftmals handelt es sich bei Ärzt*innen, welche im Gesundheitsamt arbeiten nicht um Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, ebenso sind Notärzte und Notärztinnen oftmals nicht aus diesem Bereich. Am häufigsten kommen diese aus der Anästhesie (59 %), der Inneren Medizin (32 %), der Chirurgie (26 %) und der Orthopädie und Unfallchirurgie (21% (Ilper et al., 2013)). Auch in allgemeinen Krankenhäusern sind andere Fachrichtungen überwiegend vertreten, so dass möglicherweise Unsicherheiten gegenüber psychisch kranken Menschen bestehen und dies die höhere PsychKG-Quote erklären könnte. Diese Faktoren könnten dazu beitragen, dass eine unfreiwillige stationäre Aufnahme häufig durch ein allgemeines KH erfolgte. Dem könnte durch eine bessere Schulung der in somatischen Krankenhäusern tätigen Mitarbeiter*innen entgegengewirkt werden.

Als Schutzfaktoren konnte in der vorliegenden Studie die Einweisung durch eine/n ambulante/n Psychiater*in oder Psycholog*in, einen Hausarzt oder eine Hausärztin oder durch den oder die Patient*in selbst ermittelt werden. Laut Jepsen et al. (2010) verspüren Hausärzte und Hausärztinnen Stress beim Einleiten einer Zwangseinweisung und berichten, dass sie sich teilweise durch Psychiater*innen nicht ernstgenommen fühlen. Dies könnte eine Begründung dafür sein, weshalb die Einweisung durch eine/n Hausarzt/Hausärztin öfters auf freiwilliger Rechtsgrundlage erfolgte. Auch wenn Patient*innen in der vorliegenden Studie häufiger auf freiwilliger Rechtsgrundlage zur stationären Behandlung kamen, wenn die Einweisung über ihre/n Hausarzt/Hausärztin erfolgte, zeigen Studien, dass diese teils Schwierigkeiten in der Behandlung von psychisch kranken Patienten haben (Kovess-Masféty et al., 2007). Als Herausforderung für die Hausärzt*innen wurde die genaue Diagnosestellung, das Management von Krisen, medikamentöse Anpassungen und die Zusammenarbeit zwischen den Hausärzt*innen und Psychiater*innen genannt (Burns et al., 2000, Younes et al., 2005, Milleret et al., 2014, Foggin et al., 2016). Silvat et al. (2021) kam zu ähnlichen protektiven Schutzfaktoren für eine unfreiwillige stationäre Behandlung wie hiesige Studie, nämlich die Einweisung durch den oder die Patient*in selbst, einen Angehörigen oder durch einen Psychiater oder eine Psychiaterin.

In der vorliegenden Untersuchung war die Grundlage für die unfreiwillige Unterbringung häufiger eine **Selbstgefährdung** im Vergleich zu einer Fremdgefährdung. Van Veen et al. (2019) ermittelten in ihrer Studie, dass suizidale Patient*innen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung seltener auf freiwilliger Rechtsgrundlage untergebracht wurden, als Patient*innen ohne das Vorliegen dieser Diagnose. Ein Risikofaktor für Suizidalität ist ein fortgeschrittenes Lebensalter. So wird die Suizidrate bei älteren erwachsenen weißen

Männern in den USA durch Conejero et al. (2018) mit 48,7/1.000.000 angegeben. Bei Menschen über 60 Jahren steigt die Selbstmordrate (Shah et al., 2016). Risikofaktoren sind der Tod des Lebenspartners bzw. der Lebenspartnerin, psychische Störungen, körperliche Krankheiten und Trauer (Bonnewyn et al., 2009). Jackson et al. (2019) sah die höchste Selbstmordrate bei Männern, welche älter als 85 Jahre waren. Eine andere amerikanische Studie sah sowohl bei älteren Patient*innen (über 50 Jahren), als auch bei jüngeren Patient*innen (unter 50 Jahren) das Vorliegen von Suizidalität als häufigsten Grund einer unfreiwilligen Einweisung (Chipi et al., 2021) in der Notaufnahme von Akutkrankenhäusern.

Im Zusammenhang mit der Einschätzung einer suizidalen Gefährdung erscheint wichtig, dass Patient*innen, die **in der Anamnese mehrfach Suizidversuche** aufwiesen, häufiger unfreiwillig stationär untergebracht wurden. Dagegen konnte *kein Suizid in der Vorgeschichte* als ein protektiver Faktor identifiziert werden. Mehrere Studien gaben das Vorliegen von Suizidalität in der Anamnese als einen Risikofaktor für eine unfreiwillige stationäre Behandlung an (Bilanakis et al., 2010, Karasch et al., 2020, Moetteli et al, 2021). Eine griechische Studie (Bilanakis et al., 2010) sah ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Suiziden in der Anamnese und einer unfreiwilligen stationären Unterbringung.

Laut Kallert et al. (2008) seien allerdings die bisherigen Ergebnisse bezüglich Suizidrisiken und unfreiwilliger Unterbringung uneinheitlich: Bei der Literaturrecherche zeigte sich ein uneinheitliches Bild bezüglich dieser Variablen. In einigen Studien wurde suizidales Verhalten und Suizidgedanken in der Anamnese eher bei Patient*innen gefunden, welche auf freiwilliger Rechtsgrundlage in stationärer Behandlung waren (Opsal et al, 2011, Ritsner et al., 2015, Balducci et al., 2017, Canova et al., 2018, Di Lorenzo et al., 2018), während andere Studien zu dem Ergebnis kamen, dass suizidale Gedanken oder Handlungen in der Vorgeschichte ein Risikofaktor für eine unfreiwillige Unterbringung waren (Lebenbaum et al., 2018, Rodrigues et al., 2019, Schmitz-Buhl et al. 2019).

Häusliche Unterstützung durch **APP oder BeWo** lag in dieser Studie häufiger bei Patient*innen vor, welche freiwillig zur stationären Behandlung kamen. Karasch et al. (2020) sahen als Risikofaktor für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung eine fehlende ambulante Vorbehandlung. Emons et al. (2014) ermittelten, dass, wenn Kontakt mit dem sozialpsychiatrischen Dienst vor der Unterbringung bestand, dies ein protektiver Faktor war. Laut Hustoft et al. (2013) hatten Patient*innen, welche vor der Unterbringung keinen Kontakt zu einem APP hatten, ein erhöhtes Risiko für eine Zwangseinweisung. Ose et al. (2018) kamen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass das Vorliegen einer APP vor Aufnahme das Risiko einer unfreiwilligen stationären Behandlung reduzierte. Auch sahen sie protektive Faktoren für eine freiwillige stationäre Unterbringung bei der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen. Hoffmann et al.

(2017) kamen zu dem Ergebnis, dass unfreiwillig behandelte Patient*innen häufiger außerhalb der regulären Dienstzeiten untergebracht wurden und stellten die Hypothese auf, dass dies daran liegen könnte, dass die aktuellen Strukturen der psychiatrischen Versorgung nicht ausreichend sind schwer erkrankte psychiatrische Patient*innen ausreichend zu stabilisieren. In der vorliegenden Studie konnte diese Hypothese nicht bestätigt werden, im Gegenteil kann davon ausgegangen werden, dass das Angebot die Patient*innen erreicht.

Patient*innen, welche vor der stationären Behandlung eine **Vorsorgevollmacht** erteilt hatten, kamen signifikant häufiger per PsychKG zur stationären Unterbringung. Wenn Patient*innen keinen gesetzliche/n Betreuer*in vor der stationären Behandlung hatten, dann kamen sie eher freiwillig in die Klinik. Das Risiko unfreiwillig stationär behandelt zu werden lag in der vorliegenden Studie von allen Diagnosen am höchsten, wenn eine psychoorganische Störung (ICD-10: F0) ermittelt wurde, gefolgt von der Diagnose einer Psychose (ICD-10: F2) und einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6). Schmitz-Buhl et al. (2019) sahen bei einer psychoorganischen Störung das höchste Risiko einer unfreiwilligen Behandlung bezogen auf die Diagnosen. Eine andere deutsche Studie kam zu dem Ergebnis, dass Vorsorgevollmachten gerade bei älteren Menschen (über 85 Jahren) weit verbreitet sind (Luck et al., 2017). Möglicherweise könnte dies eine Erklärung für den Zusammenhang des Vorliegens einer Vorsorgevollmacht und dem erhöhten Risiko einer unfreiwilligen stationären Unterbringung sein. Patient*innenverfügungen haben bisher nur eine untergeordnete Rolle in der Psychiatrie eingenommen (Vollmann, 2012). Zu diesem Ergebnis kamen auch Evans et al. (2012) welche ein Review im Jahre 2012 mit 32 Studien zwischen 1996 und 2009 erstellten und das Vorliegen einer Patientenverfügung in der deutschen Allgemeinbevölkerung mit 2,5 % bis 10 % angaben. In den USA verfügen 46 % der befragten Personen neben der Patient*innenverfügung über bevollmächtigte Personen, welche vergleichbare Entscheidungsbereiche innerhalb der psychiatrischen Behandlung wie z.B. bei der Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung haben (Srebnik et al., 2005). Laut Henderson et al. (2009) tragen Behandlungsvereinbarungen aus Sicht der Patient*innen dazu bei, dass ihnen in einer Krise die von ihnen bevorzugte Therapie zugeteilt wird. Auch reduziere das Vorliegen von Behandlungsvereinbarungen Zwangsmaßnahmen (Swanson et al., 2006) und führe zu einer verbesserten Compliance bezüglich der Einnahme von Psychopharmaka (Wilder et al., 2010). Petro et al. (2004) sahen unter anderem als einen Grund für wenig vorliegende Patient*innenverfügungen das Fehlen einer professionellen Unterstützung. Ohne diese Unterstützung seien nur wenige Patient*innen dazu in der Lage, eigenständig eine Patient*innenverfügung abzuschließen. Auch eine professionelle Beratung im Vorfeld einer Behandlungsvereinbarung ist von Relevanz für das Abschließen einer Behandlungsvereinbarung (Amering et al., 2005). Des Weiteren ist die Behandlungsvereinbarung innerhalb der Ärzt*innenschaft noch nicht weit verbreitet und führt somit zu einem geringeren Vorliegen

von Behandlungsvereinbarungen (Elbogen et al., 2006). Dies könnte das relativ geringe Vorkommen von Behandlungsvereinbarungen und Patient*innenverfügungen im Erhebungszeitraum der Studie in der LVR-Klinik Langenfeld begründen.

Um herauszufinden, welche der Risikofaktoren den größten Einfluss bezüglich einer unfreiwilligen stationären Unterbringung hatte, erfolgte die Durchführung einer **regressionsanalytischen Gewichtung**. Der größte Einfluss lag bei der Einweisung durch das Gesundheitsamt vor, danach folgten die Einweisungen durch den Notarzt oder die Notärztin und die Einweisung durch ein allgemeines KH, die Diagnose einer psychoorganischen Störung (ICD-10: F0), die Diagnose einer Schizophrenie (ICD-10: F2) und die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6).

Eine schweizer Studie (Silva et al., 2021) identifizierte mittels Classification and Regression Tree (CART), einem Algorithmus, welcher zur Entscheidungsfindung dient, und Random Forests (RFs), einem Klassifikations- und Regressionsverfahren, aggressives Verhalten als stärksten Prädiktor für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung und nannten an zweiter Stelle, dass, wenn die Patient*innen ohne das Vorliegen von Aggressionen imponierten, ein erhöhtes Risiko für unfreiwillige Unterbringungen war, wenn die Aufnahme durch einen Hausarzt oder eine Hausärztin oder ein allgemeines KH erfolgte. Als protektive Faktoren wurde die Einweisung durch den oder die Patient*in selbst oder durch eine/n ambulante/n Psychiater*in identifiziert. Diese Studie zeigt ähnliche Ergebnisse, wie die vorliegende Studie. Im Vergleich zu anderen Studien wurde hier auch die Einweisung durch ein allgemeines Krankenhaus als ein Risikofaktor für eine unfreiwillige stationäre Aufnahme identifiziert. Ose et al. (2018) ermittelten in ihrer Studie durch eine logistische Regressionsanalyse, dass eine vorherige ambulante Behandlung, eine Konsultation des Hausarztes oder der Hausärztin und eine vorherige Anbindung an einen pflegerischen Dienst mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einherging freiwillig stationär untergebracht zu werden. Als Risikofaktor gaben sie eine vorherige stationäre ungeplante Aufnahme innerhalb der letzten drei Monate an. Häufig wurden in anderen Studien die Diagnose Schizophrenie als eine wichtige Determinante ermittelt. Eine italienische Studie (Balducci et al. 2017) erkannte in einer logistischen Regressionsanalyse für die vier Hauptvariablen Einweisung aufgrund psychotischer Symptome, suizidales oder impulsives Verhalten und keine Medikamenteneinnahme vor Aufnahme ein hohes Risiko der unfreiwilligen stationären Aufnahme. Ersteres konnte bei der vorliegenden Studie ebenfalls als ein hohes Risiko gewertet werden (Diagnose einer Schizophrenie). Karasch et al. (2020) gaben mittels CART und Chi-square Automatic Interaction Detectors (CHAID), einen Algorithmus, welcher Entscheidungsbäume zur Entscheidungsfindung benutzt, als wichtigste Variablen die Hauptdiagnose an, wobei das größte Risiko für eine unfreiwillige Unterbringung beim Vorliegen einer organischen psychischen Störung und

das zweithäufigste Risiko die Erkrankung an einer Schizophrenie waren, suizidales Verhalten bei Aufnahme, eine Aufnahme außerhalb der regulären Dienstzeiten und eine fehlende Anbindung an eine ambulante Behandlung. Schmitz-Buhl et al. (2019) ermittelten in ihrer Studie mittels CHAID als stärksten Faktor für eine unfreiwillige stationäre Behandlung die Hauptdiagnose. Zudem konnten eine fehlende ambulante Vorbehandlung, eine Aufnahme außerhalb der regulären Dienstzeiten sowie das Vorliegen eines Migrationshintergrundes als wichtige Faktoren für eine unfreiwillige Unterbringung identifiziert werden. Eine chinesische Studie (Ma et al., 2019) ermittelte in ihrer multiplen logistischen Regressionsanalyse als Determinanten unfreiwilliger stationärer Behandlungen das Alter (unter 44 Jahre oder über 60 Jahre), ledig, mangelnde Einsichtsfähigkeit, die Diagnose einer Schizophrenie und mehrere Krankenhauseinweisungen in der Anamnese. Das Vorliegen einer Schizophrenie und ein jüngeres Alter konnte auch von einer irischen Studie mittels einer linearen Regression als Prädiktor für eine unfreiwillige Aufnahme identifiziert werden (O`Callaghan et al., 2022). Seifert et al. (2021) ermittelten mittels einer logistischen Regressionsanalyse, dass Aggressivität und Suizidabsichten die wichtigsten Risikofaktoren für eine unfreiwillige stationäre Behandlung waren. Eine kanadische Studie (Lebenbaum et al., 2018) identifizierte als Risikofaktoren mit der höchsten Wahrscheinlichkeit einer unfreiwilligen stationären Aufnahme einen vorherigen Polizeikontakt in der Vorwoche der Aufnahme und ein Risiko für Menschen mit Migrationshintergrund. Als protektiven Faktor konnten sie eine psychiatrische Vorbehandlung ermitteln.

Eine zentrale Fragestellung der vorliegenden Studie war, ob die Risikofaktoren die Unterschiede in der Quote der unfreiwilligen stationären Unterbringungen zwischen den Städten mit den höchsten und den niedrigsten PsychKG-Quoten erklären können. Die drei Städten mit der höchsten PsychKG-Quote waren die kleinere Mittelstadt Haan, die Kleinstadt Burscheid und die kleinere Großstadt Solingen. Bei den Patient*innen aus diesen Städten konnte signifikant häufiger eine Einweisung durch das Gesundheitsamt oder durch ein anderes allgemeines Krankenhaus ermittelt werden. Weitere signifikante Unterschiede hinsichtlich klinischer und soziodemographischer Merkmale der Patient*innen aus Städten mit hoher und niedriger PsychKG-Quote lagen nicht vor. Die in dieser Studie ermittelten patient*innenseitigen Risikofaktoren können somit die Unterschiede bei den PsychKG-Quoten zwischen den Wohnorten nicht erklären. Möglicherweise könnte dies daran liegen, dass das Einzugsgebiet eher städtisch strukturiert ist, im Einzugsgebiet der Klinik keine Großstadt mit mehr als 500.000 Einwohner*innen und keine ländlichen, dörflich strukturierten Regionen liegen, so dass die Varianz der Umgebungsfaktoren zwischen den Wohnorten möglicherweise zu gering war. Darüber hinaus ist es denkbar, dass der Urbanitätsgrad einer Region erst im Zusammenspiel mit anderen sozioökonomischen Umgebungsfaktoren eine Rolle als Risikofaktor für unfreiwillige Unterbringungen spielt.

Als Handlungsempfehlungen aus dieser Studie können die folgenden Punkte abgeleitet werden: Als größter Einflussfaktor für eine unfreiwillige stationäre Unterbringung ergab sich die Einweisung durch das Gesundheitsamt und durch ein allgemeines Krankenhaus. Auch die Einweisung durch den Notarzt oder die Notärztin war eine der Determinanten für eine unfreiwillige stationäre Behandlung. Dies könnte möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass in diesen Einrichtungen bzw. Diensten, insbesondere in den allgemeinen Krankenhäusern und bei den Notärzt*innen, nicht so viel Erfahrung mit psychisch erkrankten Menschen besteht. Damit könnten die Unsicherheiten im Umgang mit diesen Menschen groß sein. Dies könnte durch Schulungen des Klinikpersonals und der Notärzt*innen z.B. in Form von Kommunikations- und Deeskalationstrainings behoben werden. Insbesondere könnte der Umgang mit Patient*innen, welche angespannt und/oder suizidal sind, geschult werden. Zudem wäre es sinnvoll, wenn die Notaufnahmen von allgemeinen Krankenhäusern die Hilfe von Konsiliarärzt*innen für psychiatrische Fragestellungen in Anspruch nehmen würden. In diesem Sinne würde es sich anbieten Dependancen psychiatrischer Kliniken in der Nähe von allgemeinen Krankenhäusern zu bilden, um so eine engere Zusammenarbeit zwischen Somatik und Psychiatrie herzustellen.

Als weitere Risikofaktoren wurden in hiesiger Studie das Vorliegen einer Schizophrenie (ICD-10: F2), einer organischen psychischen Störung (ICD-10: F0), einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6) sowie die Kombination einer Abhängigkeitserkrankung und einer Schizophrenie (ICD-10: F1/F2) identifiziert. Um Zwangsunterbringungen zu verhindern könnte eine intensiviertere Psychoedukation der Patient*innen sowie deren Angehörigen erfolgen. Durch die Vermittlung von Wissen und Skills könnte ggf. die Rate an unfreiwilligen stationären Behandlungen gesenkt werden. Neben diesen Angeboten könnten auch Selbsthilfegruppen für Patient*innen und/oder deren Angehörigen dazu beitragen, dass mehr Verständnis und Toleranz bzw. Akzeptanz für das Verhalten der Patient*innen in psychisch instabilen Phasen geschaffen und damit deeskaliert wird. Des Weiteren wären Angebote von frühzeitiger, niederschwelliger Krisenintervention und von Behandlungsvereinbarungen eine Möglichkeit die Patient*innen zu entlasten und die Rate an unfreiwilligen stationären Aufnahmen möglicherweise zu senken. Als ein protektiver Faktor konnte die vor der Unterbringung bestehende Anbindung an APP/BeWo ermittelt werden. Diese Dienste scheinen die Patient*innen zu erreichen und sollten möglichst ausgebaut werden. Zusätzlich könnte die Implementierung einer Stationsäquivalenten Behandlung (StäB), bei der die Patient*innen täglich oder mehrmals in der Woche in ihrem Zuhause aufgesucht werden, dazu beitragen, dass das soziale Umfeld des oder der Patient*in wirksam mit einbezogen wird und es damit seltener zu einer Zwangsunterbringung kommt.

5.1 Methodische Einschränkungen der vorliegenden Studie

Die vorliegende Promotionsarbeit umfasste eine große Stichprobe und basierte auf einer Vollerhebung der stationären Fälle aus einem Quartal. Dennoch bestehen bei der Studie auch einige Einschränkungen. Bei der Auswertung fiel insbesondere bei den soziodemographischen Faktoren ein hoher Prozentsatz auf, bei denen Daten fehlten oder unklar waren. Dies könnte möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass aufgrund der hohen Arbeitsbelastung der Kliniker nicht immer alle Bögen vollständig ausgefüllt und auch in der Nachkontrolle aufgrund von Zeitmangel diese auch nicht immer korrigiert und nachträglich ausgefüllt worden waren.

Problematisch erscheint auch die Zusammenfassung der außerhalb des Versorgungsgebiets der Klinik wohnenden Patient*innen und der Patient*innen o.f.W. Diese Gruppe zeigt sich inhomogen, da einerseits Menschen ohne Obdach repräsentiert wurden und es einen Zusammenhang zwischen psychischen Problemen und Abhängigkeitserkrankungen gibt (Hoell et al., 2017), sowie Menschen mit festem Wohnsitz, wenn auch außerhalb des Versorgungsgebiets. Andererseits wurden Patient*innen in diese Gruppe untergebracht, welche sich teils bewusst für eine Behandlung in der LVR-Klinik Langenfeld entschieden, teils auch auf unfreiwilliger Rechtsgrundlage Behandlung fanden, wie z.B. bei einer Verschlechterung des psychischen Zustandes (z.B. beim Auftreten einer Psychose, Konsum von Alkohol, Drogen), wenn sie per PsychKG Einweisung fanden und sich gegebenenfalls nur temporär in dem Einzugssektor der LVR-Klinik Langenfeld aufhielten. Diese in einer Kategorie zusammenfassten Gruppen sind damit unterschiedlich.

Zudem umfasst das Versorgungsgebiet der Klinik keine großen Großstädte und keine ländlichen, dünnbesiedelten Regionen. Somit ist die Variationsbreite hinsichtlich des Urbanitätsgrads der untersuchten Region begrenzt. Dies könnte einen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben. Ggf. würde es sich anbieten die Studie in einem Bereich, in welchem eine größere Varianz an urbanen und ländlichen Regionen besteht, durchzuführen.

5.2 Schlussfolgerung

Die in dieser Studie gefundenen Unterschiede im Anteil der unfreiwillig untergebrachten Patient*innen aus den verschiedenen Teilen des Versorgungsgebiets der Klinik konnten weder mit dem Urbanitätsgrad noch mit der sozioökonomischen Struktur der einzelnen Städte erklärt werden. In der Regressionsanalyse zeigten sich als bedeutsamste Risikofaktoren für eine unfreiwillige Unterbringung per PsychKG die Einweisung durch das Gesundheitsamt oder ein

anderes allgemeines KH und das Vorliegen einer Schizophrenie (ICD-10: F2), einer psychoorganischen Störung (ICD-10: F0) und einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6). Während die Diagnoseverteilung zwischen Städten mit niedriger und Städten mit hoher PsychKG-Quote ähnlich war, waren Einweisungen durch das Gesundheitsamt oder ein anderes allgemeines KH häufiger bei Patient*innen aus Städten mit hoher PsychKG-Quote. Obwohl eine Einweisung durch das Gesundheitsamt oder ein anderes allgemeines KH mit der Schwere der Erkrankung des individuellen Falles zusammenhängen könnte, ist es auch denkbar, dass dieser Befund systemische Unterschiede in der Versorgungsorganisation und -qualität zwischen den verschiedenen Städten des Versorgungsgebietes widerspiegelt. So könnte z.B. durch Schulungen des in allgemeinen Krankenhäusern tätigen klinischen Personals im Umgang mit akut psychisch Erkrankten die PsychKG-Quote ggf. gesenkt werden.

Weiterführende Untersuchungen in anderen Regionen und mit zusätzlicher Erhebung weiterer (Nicht-Routine-) Daten sowie qualitative Untersuchungen wären wünschenswert, um der Frage nach den Ursachen der Variabilität der Unterbringungsquoten nachzugehen. Als Handlungsempfehlungen wären neben dem Ausbau von Konsiliardiensten, der Intensivierung der Angebote von niedrigschwelligen stationären Kriseninterventionen und Behandlungsvereinbarungen die Implementierung von StäB, sowie der Ausbau von APP/BeWO zu nennen.

6. Literaturverzeichnis

- Adebiyi MO, Mosaku SK, Irinoye OO, Oyelade O (2018). Socio-demographic and clinical factors associated with relapse in mental illness. *IJANS*. 2018; 8:149–53.
- Aguglia A, Moncalvo M, Solia F, Maina G (2016). Involuntary admissions in Italy: the impact of seasonality. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2016; 20:232-38.
- Aichberger MC, Schouler-Ocak M, Mundt A, et al. (2010). Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) *Eur Psychiatry*. 2010; 25:468–475.
- Amering M, Stastny P, Hopper K (2005). Psychiatric advance directives qualitative study of informed deliberations by mental health service. *Br J Psychiatry*. 2005; 186:247–252.
- Amr M, Volpe FM (2012). Seasonal influences on admissions for mood disorders and schizophrenia in a teaching psychiatric hospital in Egypt. *J Affect Disord*. 2012; 137:56–60.
- Arnold BD, Moeller J, Hochstrasser L, Schneeberger AR, Borgwardt S, Lang UE, Huber CG (2019). Compulsory Admission to Psychiatric Wards-Who Is Admitted, and Who Appeals Against Admission? *Front Psychiatry*. 2019 Aug; 10:544.
- Audini B, Lelliott P (2002). Age, gender and ethnicity of those detained under Part II of the Mental Health Act 1983. *British Journal of Psychiatry*. 2002 April; 180(3):222-6.
- Balducci PM; Bernardini F, Pauselli L, Tortorella A, Compton MT (2017). Correlates of involuntary admission: findings from an Italian inpatient psychiatric unit. *Psychiatr Danub*. 2017; 29: 490-96.
- Barnett P, Mackay E, Matthews H et al. (2019). Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6:305-317.
- Bilanakis N, Kalampokis G, Christou K, Peritogiannis V (2010). Use of coercive physical measures in a psychiatric ward of a general hospital in Greece. *Int J Soc Psychiatry*. 2010; 56:402–411.
- Bonnewyn A, Shah A, Demyttenaere K (2009). Suicidality and suicide in older people. *Rev Clin Gerontol*. 2009; 19(4):271-294.
- Braam AW, van Ommeren OW, van Buuren ML, Laan W, Smeets HM, Engelhard IM (2016). Local geographical distribution of acute involuntary psychiatric admissions in subdistricts in and around Utrecht, the Netherlands. *J Emergency Med*. 2016; 50(3):449–57.

- Bühning P (2001). Themen der Zeit. Geschichte der Psychiatrie: „Am Ende der sozialen Rangordnung“. Deutsches Arzteblatt 2001; 98(6): A-304/ B-243/ C-230.
- Buoli M, Grassi S, Caldiroli A, et al. (2018). Is there a link between air pollution and mental disorders? Environ Int. 2018; 118:154–68.
- Burns T, Greenwood N, Kendrick T, Garland C (2000). Attitudes of general practitioners and community mental health team staff towards the locus of care for people with chronic psychotic disorders. Prim Care Psychiatry. 2000; 6:67-71.
- Cann J, Barter R, Battle J, Schwenck J, Anakwer R (2022). Patients presenting to an acute general hospital with acute mental health needs: a retrospective observational cohort study. BMJ Open. 2022; 12(3): e059102.
- Canova Mosele PH, Chervenski Figueira G, Antonio Bertuol Filho A, Ferreira de Lima JAR, Calegro VC (2018). Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to psychopathology and aggression. Psychiatry Res. 2018; 265: 13-18.
- Cantor-Graae E, Selten JP (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. Am J Psychiatry. 2005 Jan; 162(1):12-24.
- Chang TM, Ferreira LK, Ferreira MP, Hirata ES (2013). Clinical and demographic differences between voluntary and involuntary psychiatric admissions in a university hospital in Brazil Cadernos de Saúde Pública. 2013; 29: 2347-2352.
- Chipi PY, Burton MC, Vijapura P, Lachner C, Vadeboncoeur TF, Pagali SR, Maniaci MJ (2021). Older adults on involuntary hold status in the emergency department. The American Journal of Emergency Medicine. 2021; 45: 242-247.
- Clark C, Caldwell T, Power C. et al (2010). Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. Ann Epidemiol. 2010; 20: 385-394.
- Cohen-Cline H, Turkheimer E, Duncan GE (2015). Access to green space, physical activity and mental health: a twin study. J Epidemiol Community Health. 2015; 69(6):523–9.
- Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R (2018). Suicide in older adults: current perspectives. Clin Interv Aging. 2018 Apr; 13:691-699.
- Crisanti AS, Love EJ (2001). Characteristics of psychiatric inpatients detained under civil commitment legislation: A Canadian study. Int J Law Psychiatry. 2001; 24: 399-410.

- Curley A, Agada E, Emechebe A, Anamdi C, Ng XT, Duffy R, et al (2016). Exploring and explaining involuntary care: the relationship between psychiatric admission status, gender and other demographic and clinical variables. *Int J Law Psychiatry*. 2016; 47:53–59.
- Deutscher Bundestag 1975: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200, Bonn.
- Deutscher Bundestag 2017: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Ruffer, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Die Ausübung von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen. 18 Wahlperiode, Drucksache 18/11259, Berlin.
- De Girolamo G, Rucci P, Gaddini A, Picardi A, Santone G (2009). Compulsatory Admissions in Italy: Results of National Survey. *Int J Mental Health*. 2009; 37:46-60.
- Di Lorenzo R, Baraldi S, Ferrara M, Mimmi S, Rigatelli M (2012). Physical restraints in an Italian psychiatric ward: clinical reasons and staff organization problems. *Perspect Psychiatr Care*. 2012 Apr; 48(2):95-107.
- Di Lorenzo R, Vecchi L, Artoni C, Mongelli F, Ferri P (2018). Demographic and clinical characteristics of patients involuntarily hospitalized in an Italian psychiatric ward: a 1-year retrospective analysis. *Acta Biomed*. 2018; 89: 17-28.
- Donisi V, Tedeschi F, Salazzari D, Amaddeo F (2016). Differences in the use of involuntary admission across the Veneto Region: which role for individual and contextual variables? *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016; 25(1):49–57.
- Elbogen EB, Swartz MS, Van Dorn R et al (2006). Clinical decision making and views about psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv*. 2006; 57:350–355.
- Emons B, Haussleiter IS, Kalthoff J. et al (2014). Impact of social-psychiatric services and psychiatric clinics on involuntary admissions. *Int J Soc Psychiatry*. 2014; 60: 672-80.
- Evans N, Bausewein C, Meñaca A, Andrew EV, Higginson IJ, Harding R, project PRISMA et al. (2012). A critical review of advance directives in Germany: attitudes, use and healthcare professionals' compliance. *Patient Educ Couns*. 2012; 87:277–288.
- Eytan A, Chatton A, Safran E, Khazaal Y (2013). Impact of psychiatrists' qualifications on the rate of compulsory admissions. *Psychiatry Quarterly*. 2013; 84: 73-80.
- Faulstich H (1998). Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949: mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Freiburg/Br: Lambertus.

- Ferracuti S, Parmigiani G, Catanesi R, Ventriglio A, Napoli C, Mandarelli G (2021). Involuntary psychiatric hospitalization in Italy: critical issues in the application of the provisions of law. *Int Rev Psychiatry*. 2021 Feb-Mar; 33(1-2):119-125.
- Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet* 366. 2005; 2112–2117.
- Ferri P, Solvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R. (2016). Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag*. 2016; 9:263-275.
- Foggin E, McDonnell S, Cordingley L et al (2016). GPs' experiences of dealing with parents bereaved by suicide: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2016; 66:e737-46.
- Fone D, White J, Farewell D, et al. (2014). Effect of neighbourhood deprivation and social cohesion on mental health inequality: a multilevel population-based longitudinal study. *Psychol Med*. 2014; 44:2449–2460.
- Frick U, Frick H, Langguth B, Landgrebe M, Hubner-Liebermann B, Hajak G (2013). The revolving door phenomenon revisited: time to readmission in 17“145 [corrected] patients with 37“697 hospitalisations at a German psychiatric hospital. *PLoS ONE*. 2013; 8 e75612.
- Frühinsfeld, M (1991): Anton Müller. Erster Irrenarzt am Juliusspital zu Würzburg: Leben und Werk. Kurzer Abriß der Geschichte der Psychiatrie bsin Aton Müller. Medizinische Dissertation Würzburg 1991, S.9-80.
- Gascon M, Triguero-Mas M, Martinez D, Dadvand P, Fornis J, Plasencia A, Nieuwenhuijsen MJ (2015). Mental health benefits of long-term exposure to residential green and blue spaces: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2015; 12(4):4354–79.
- Gou L, Zhou JS, Xiang YT, Zhu XM, Correll CU, Ungvari GS, et al (2014). Frequency of involuntary admissions and its associations with demographic and clinical characteristics in China. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2014; 28: 272-276.
- Gruebner O, Rapp MA, Adli M, Kluge U, Galea S, Heinz A (2017). Cities and mental health. *Deutsches Arzteblatt Int*. 2017; 114(8):121–7.
- Gültekin BK, Celik S, Thian A, Beskaderes AF, Sezer U (2013). Sociodemographic and Clinical Characteristics of Psychiatric Inpatients Hospitalized Involuntarily and Voluntarily in a Mental Health Hospital. *Noro Psikiyatrs Ars*. 2013 Sep; 50(3): 216–221.
- Heinz A, Deserno L, Reininghaus U (2013). Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry*. 2013; 12:187–197.

- Helbich M, Blüml V, de Jong T, Plener PL, Kwan MP, Kapusta ND (2017). Urban-rural inequalities in suicide mortality: a comparison of urbanicity indicators. *Int J Health Geogr.* 2017; 16:39.
- Henderson C, Flood C, Leese M et al (2009). Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009; 44:369–376.
- Hoell A, Franz M, Salize HJ (2017). Healthcare for homeless people with mental illness A review of results of current interventions. *Die Psychiatrie* 2017; 14(02): 75-85.
- Hoffmann K, Haussleiter IS, Illes F, Jendreyeschak J, Diehl A, Emons B, Armgart C, Schramm A, Juckel G (2017). Preventing involuntary admissions: special needs for distinct patient groups. *Ann Gen Psychiatry.* 2017; 16:3.
- Honold J, Wippert PM, van der Meer E (2014). Urban health resources: physical and social constitutes of neighborhood social capital. *Procedia Soc Behav Sci.* 2014; 131:491–496.
- Hustoft K, Larsen TK, Auestad B, Joa I, Johannessen JO, Ruud T (2013). Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry* 36. 2013 March-April; 136-143.
- Huxley P, Kerfoot M (1993). Variation in requests to social services departments for assessment for compulsory psychiatric admission. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 1993; 28, 71–76.
- Ielmini M, Caselli I, Poloni N et al (2018). Compulsory versus voluntary admission in psychiatry: an observational study. *Minerva Psichiatr.* 2018; 59: 129-134.
- Indu NV, Vidhukumar K, Sarma PS (2018). Determinants of compulsory admissions in a state psychiatric hospital: case control study. *Asian J Psychiatr.* 2018; 35: 141-145.
- Jackson K, Roberts R, McKay R (2019). Older people`s mental health in rural areas: Converting policy into service development, service access and a sustainable workforce. *Aust J Rural Health.* 2019 Aug; 27(4):358-365.
- Jacobi F, Höfler M, Siegert J, et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH) *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014; 23:304–319.
- Jepsen B, Lomborg K, Engberg M (2010). GPs and involuntary admission: a qualitative study. *British Journal of General Practice.* 2010 Aug; 60(577):604-6.

- Jetter, D (1981). Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses. Darmstadt 1981, S. 10-12.
- Juckel G, Haußleiter I (2015). Involuntary admissions in accordance to the Mental Health Act (PsychKG) - what are the strongest predictors?. *Psychiatr Prax.* 2015 Apr; 42(3):133-9.
- Kallert TW, Glöckner M, Schützwohl M (2008). Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008; 258:195–209.
- Kallert TW (2011). Involuntary psychiatric hospitalization: current status and future prospects. *Srp Arh Celok Lek.* 2011 Dec; 139 Suppl 1():14-20.
- Karasch, O, Schmitz-Buhl, M, Mennicken, R et al (2020). Identification of risk factors for involuntary psychiatric hospitalization: using environmental socioeconomic data and methods of machine learning to improve prediction. *BMC Psychiatry.* 2020, 401.
- Kegler SR, Stone DM, Holland KM (2017). Trends in suicide by level of urbanization—United States, 1999–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2017; 66:270.
- Kelly B, Clarke M, Browne S, McTigue O, Kamali M, Gervin M, et al (2004). Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 2004; 19(2):67–71.
- Kelly BD, O'Callaghan E, Waddington JL, Feeney L, Browne S, Scully PJ, Clarke M, Quinn JF, McTigue O, Morgan MG, et al (2010). Schizophrenia and the city: a review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophr Res.* 2010; 116(1):75–89.
- Kelly BD, Curley A, Duffy RM (2018). Involuntary psychiatric admission based on risk rather than need for treatment: report from the Dublin involuntary admission study (DIAS). *Irish Med J.* 2018; 111: 736.
- Keown P, McBride O, Twigg L, Crepaz-Keay D, Cyhlarova E, Parsons H, Scott J, Bhui K, Weich S (2016). Rates of voluntary and compulsory psychiatric in-patient treatment in England: an ecological study investigating associations with deprivation and demographics. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2016; 209(2):157–61.
- Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu Ch, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, Gasquet I, Younes N, Hardy-Bayle M-Ch (2007). What makes people decide who to turn to when faced with mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health.* 2007; 7:188.
- Kropp S, Blanke U, Meiners Emrich H (2005). Involuntary hospitalizations in 2000 according to German “PsychKG” in the city of Hannover. *Psychiatr Prax.* 2005; 32:18–22.

- Lay B, Nordt C, Rössler W (2011). Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *Eur Psychiatry*. 2011; 26:244–51.
- Lebenbaum M, Chiu M, Vigod S, Kurdyak P (2018). Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study. *BJPsych Open*. 2018; 4:31–38.
- Luck T, Rodriguez FS, Wiese B, van der Leeden C, Hesel K, Bickel H, in der Schmitt J, Koenig HH, Weyereer S, Mamone S, Mallon T, Wagner M, Riedel-Heller SG (2017). Advance directives and power of attorney for health care in the oldest-old – results of the AgeQualiDe study. *BMC Geriatr*. 2017;17:85.
- Lyketsos G, Lopez O, Jones B, et al. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: Results from the cardiovascular health study. *JAMA*. 2002; 288:1475–1483.
- Ma HJ, Xie B, Shao Y, Huang JJ, Xiao ZP (2019). Changing patterns and influencing factors of involuntary admissions following the implementation of China’s mental health law: A 4-year longitudinal investigation. *Sci Rep*. 2019; 9(1):15252.
- Ma HJ, Zhen YC, Shao Y, Xie B (2022). Status and clinical influencing factors of involuntary admission in Chinese patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2022; 21(1):818.
- Mandarelli G, Tarsitani L, Parmigiani G, Polselli GM., Frati P, Biondi M, Ferracuti S (2014). Mental capacity in patients involuntarily or voluntarily receiving psychiatric treatment for an acute mental disorder. *Journal of Forensic Sciences*. 2014; 59(4), 1002–1007.
- Martin LJ, Hathaway G, Isbester K et al (2015). Reducing social stress elicits emotional contagion of pain in mouse and human strangers. *Curr Biol*. 2015; 25:326–332.
- Mazda A, Schöndorf J (2020). Does the city make us ill? The effect of urban stress on emotions, behavior, and mental health. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2020; 63: 979–986.
- Melis G, Gelormino E, Marra G, Ferracin E, Costa G (2015). The effects of the urban built environment on mental health: a cohort study in a large northern Italian City. *Int J Environ Res Public Health*. 2015; 12(11):14898–915.
- Milleret G, Benradia I, Guicerd W, Roelandt J-L (2014). États des lieux. Recherche action nationale ‘Place de la santé mentale en médecine générale’, National Action Research “The place of mental health in general practice.” *Inf Psychiatr*. 2014; 90:311–7.
- Moetteli S, Heinrich R, Jaeger M, Amodio C, Roehmer J, Maatz A, Seifritz E, Theodoridou A, Hotzy F (2021). Psychiatric Emergencies in the Community: Characteristics and Outcome in Switzerland. *Adm Policy Ment Health*. 2021 Nov; 48(6):1055-1064.

- Montpetit MA, Tiberio SS (2016). Probing resilience: daily environmental mastery, self-esteem, and stress appraisal. *Int J Aging Hum Dev.* 2016; 83:311–332.
- Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM (2010). Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophr Bull.* 2010; 36:655–664.
- Mosele PHC, Figueira GC, Filho AAB, Feirreira de Lima JAR, Calegato VC (2018). Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to psychopathology and aggression. *Psychiatry Research.* 2018; 265: 13-18
- Myklebust LH, Sørgaard K, Røtvold K, Wynn R (2012). Factors of importance to involuntary admission. *Nord J Psychiatry.* 2012; 66:178–82
- Ng XT, Kelly BD (2012). Voluntary and involuntary care: three-year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit. *Int J Law Psychiatry.* 2012; 35: 317-326.
- O`Callaghan AK, Plunkett R, Kelly BD (2022). The association between objective necessity for involuntary treatment as measured during admission, legal admission status and clinical factors in an inpatient psychiatry setting. *Int J Law Psychiatry.* 2022; 81, 101777.
- Oliva F, Ostacoli L, Versino E, Portigliatti Pomeri A., Furlan PM, Carletto S, Picci R.L (2019). Compulsory psychiatric admissions in an Italian urban setting: Are they actually compliant to the need for treatment criteria or arranged for dangerous not clinical condition? *Frontiers in Psychiatry.* 2019; 9, 740.
- Olzen D, Uzonovic H (2009). Die Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention auf die Unterbringung und Zwangsbehandlung nach § 1906 BGB und §§ 10 ff. *PsychKG NRW. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.* Berlin 2009; S. 2-16.
- Opsal A, Clausen T, Kristensen Ø, Elvik I, Joa I, Larsen TK (2011). Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand.* 2011; 124:198–204.
- Oschmiansky F. et al (2017). Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung, IAB-Forschungsbericht, No. 14/2017, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Nürnberg.
- Ose SO, Kalseth J, Adnanes M, Tveit T, Lilleeng SE (2018). Unplanned admissions to inpatient psychiatric treatment and services received prior to admission. *Health Policy.* 2018; 122:359-366.

- Oyffe I, Kurs R, Gelkopf M, Melamed Y, Bleich A (2009). Revolving-door patients in a public psychiatric hospital in Israel: cross sectional study. *Croat Med J.* 2009; 50:575–582.
- Pateman, T (2011). Rural and urban areas: comparing lives using rural/urban classifications. *Regional Trends* 2011; 43: 62–3.
- Peen J, Schoevers RA, Beekman AT, Dekker J (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2010; 121:84–93
- Pedersen CB, Mortensen PB (2001). Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58:1039–1046
- Petro T, Srebnik D, Zick E, Russo J (2004). Support needed to create psychiatric advance directives. *Admin Policy Ment Health.* 2004; 31:409–419.
- Pope D, Tisdall R, Middleton J et al (2015) Quality of and access to green space in relation to psychological distress: results from a population-based cross-sectional study as part of the EURO-URHIS 2 project. *Eur J Public Health.* 2015; 28:35–38.
- Potkonjak J, Karlovic D (2008). Sociodemographic and medical characteristics of involuntary psychiatric inpatients—retrospective study of five-year experience with Croatian Act on Mental Health. *Acta Clin Croat.* 2008; 47:141–147.
- Potochnick SR, Perreira KM (2010). Depression and anxiety among first-generation immigrant Latino youth: key correlates and implications for future research. *J Nerv Ment Dis.* 2010; 198:470–477.
- Preti A, Rucci P, Santone G, Picardi A, Miglio R, Bracco R, Norcio B, de Girolamo G (2009). Patterns of admission to acute psychiatric in-patient facilities: A national survey in Italy. *Psychological Medicine.* 2009; 39(3), 485–496.
- Priebe S, Katsakou C, Amos T, Leese M, Morriss R, Rose D, Wykes T, Yeeles K (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalization. *Br J Psychiatry.* 2009; 194:49–54.
- Prince M, Bryce R, Albanese E, et al. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimers Dement* 9: 63–75.
- Rapp MA, Kluge U, Penka S, et al. (2015). When local poverty is more important than your income: Mental health in minorities in inner cities. *World Psychiatry.* 2015; 14:249–250.
- Rehm J, Shield KD (2019). Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep.* (2019) 21:10–7.

- Riecher A, Rössler W, Löffler W, Fätkenheuer B (1991). Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients *Psychological Medicine*. 1991; 21: 197-208.
- Ritsner M, Kurs R, Grinshpoon A (2015). Short-term hospitalization underlies the similarity between involuntarily and voluntarily admitted patients: a one-year cohort study. *Int J Ment Health*. 2015; 43:20–35.
- Rodrigues R, Mac Dougall AG, Zou G, et al (2019). Involuntary hospitalization among young people with early psychosis: a population-based study using health administrative data. *Schizophr Res*. 2019; 208:276-84.
- Rosca P, Bauer A, Grinshpoon A, Khawaled R, Mester R, Ponizovsky AM (2006). Rehospitalizations among psychiatric patients whose first admission was involuntary: a 10-year follow-up. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2006; 43(1):57–64.
- Salize HJ, Dressing H (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry*. 2004; 184:63-168.
- Schmitz-Buhl M, Gairing SK, Rietz C, Häussermann P, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E (2019). A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric in-patient treatment. *BMC Psychiatry*. 2019; 19:127.
- Schubert M, Parthier K, Kupka P, Krüger U, Holke J, Fuchs P (2013). Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (Hrsg). IAB-Forschungsbericht, 12/2013, Nürnberg.
- Schuepbach D, Novice D, Haro JM, Reed C, Booker H Noda S, Angst J, Hell D (2008). EMBLEM advisory board. 2008. Determinants of voluntary vs. involuntary admission in bipolar disorder and the impact of adherence. *Pharmacopsychiatry*. 2008; 41:29–36.
- Seifert J, Ihlefeld C, Zindler T, Eberlein CK, Deest M, Bleich S, Toto S, Meissner C (2021). Sociodemographic, Circumstantial, and Psychopathological Predictors of Involuntary Admission of Patients with Acute Psychosis. *Psych Int*. 2021; 2(3):310-324.
- Shah A, Bhat R, Zarate-Escudero S, DeLeo D, Erlangsen A (2016). Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: the international landscape. *Aging Ment Health*. 2016; 20(2):131-8.
- Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, et al. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey 2011. *Arch Iran Med*. 2015; 18:76–84.
- Sheridan Rains L, Zenina T, Dias MC, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S, Lloyd-Evans B, Johnson S (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6(5):403–17.

- Silove D, Ivancic L, Rees S, Bateman-Steel C, Steel Z (2014). Clustering of symptoms of mental disorder in the medium-term following conflict: an epidemiological study in Timor-Leste. *Psychiatry Research*. 2014; 219:341–346.
- Silva B, Gholam M, Golay P, Bonsack C, Morandi S (2021). Predictin involuntary hospitalization in psychiatry: A machine learning investigation. *Eur Psychiatry*. 2021; 64(1): e48.
- Srebnik DS, Rutherford LT, Peto T et al (2005). The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv*. 2005; 56:592–598.
- Statistisches Bundesamt (2012) Alleinlebende in Deutschland: Wichtigste Eckdaten und Entwicklung. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg). Alleinlebende in Deutschland – Ergebnisse des Mikrozensus 2011. DeStatis, Wiesbaden.
- Stylianidis S, Peppou LE, Drakonakis N, Douzenis A, Panagou A, Tsikou K, Pantazi A, Rizavas Y, Saraceno B (2017). Mental health care in Athens: Are compulsory admissions in Greece a one-way road? *International Journal of Law and Psychiatry*. 2017; 52 (2017) 28-34.
- Sundquist K, Frank G, Sundquist J (2004). Urbanisation and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *Br J Psychiatry*. 2004; 184:293–298.
- Swanson J, Swartz M, Ferron J et al (2006). Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five U.S. cities: prevalence, demand and correlates. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2006; 34:43–57.
- Tarsitani L, Della Rocca B, Pancheri C, Biondi M, Pasquini M, Ferracuti S, Ventriglio A, Mandarelli G (2021). Involuntary psychiatric hospitalization among migrants in Italy: A matched sample study. *Int J Soc Psychiatry*. 2021 Mar 14; 207640211001903.
- Thomsen C, Starkopf L, Hastrup LH, Andersen PK, Nordentoft M, Benros ME (2017). Risk factors of coercion among psychiatric inpatients: a nationwide register-based cohort study. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2017; 52:979-987.
- Umama-Agada E, Asghar M, Curley A, Gilhooley J, Duffy RM, Kelly BD (2018). Variations in involuntary admission rates at three psychiatry centres in the Dublin Involuntary Admission Study (DIAS): Can the differences be explained? *Int J Psychiatry*. 2018; 57:17-23.
- van Os J, Kenis G, Rutten BPF (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*. 2010; 468:203–212.

- van Veen M, Wierdsma AI, van Boeijen C, Dekker J, Zoeteman J, Koekkoek B, Mulder CL (2019). Suicide risk, personality disorder and hospital admission after assessment by psychiatric emergency services. *BMC Psychiatry*. 2019 May 23; 19(1):157.
- Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA, Lewis CM (2012). Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2012; 38(6):1118–23.
- Vollmann J (2012). Patientenverfügung von Menschen mit psychischen Störungen. Gültigkeit, Reichweite, Wirksamkeitsvoraussetzung und klinische Umsetzung. *Der Nervenarzt*. 83:25-30.
- Walker S, Mackay E, Barnett P, Sheridan Rains L, Leverton M, Dalton-Locke C, Trevillion K, Lloyd-Evans B, Johnson S (2019). Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalization: a systemic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6:1039-53.
- Wang JP, Chiu CC, Yang TH, Liu TH, Wu CY, Chou P (2015). The low proportion and associated factors of involuntary admission in the psychiatric emergency service in Taiwan. *PLoS One*. 2015; 10: e0129204.
- Wang J, Lloyd-Evans B, Giacco D, Forsyth R, Nebo C, Mann F, Johnson S (2017). Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017; 52(12):1451–61.
- Weich S, McBride O, Twigg L, et al (2017). Variation in compulsory psychiatric inpatient admission in England: a cross-classified, multilevel analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4: 619-26.
- Wilder CM, Elbogen EB, Moser LL et al (2010). Medication preferences and adherence among individuals with severe mental illness and psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv*. 2010; 61:380–385.
- Wynn R (2018). Involuntary admission in Norwegian adult psychiatric hospitals: a systematic review. *Int J Ment Health Syst*. 2018; 12:10.
- Younès N, Hardy-Bayle MC, Falissard B et al (2005). Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health*. 2005; 5:104.
- Zeppegno P, Airoidi P, Manzetti E, Panella M, Renna M, Torre E (2005). Involuntary psychiatric admissions: A retrospective study of 460 cases. *Eur J Psychiatr*. 2005; 19:133–14.
- Zhang S, Mellsop G, Brink J, Wang X (2015). Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neurosci Bull*. 2015 Feb; 31(1):99-112.

Zhou JS, Xiang YT, Zhu XM, Liang W, Li H, Yi J, Liu F, Zhao N, Chen G, Shi S, et al (2015). Voluntary and Involuntary Psychiatric Admissions in China. *Psychiatr Serv.* 2015; 66:1341–1346.

Zinkler M, Priebe S (2002). Detention of the mentally ill in Europe—a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2002; 106(1), 3–8.

Online-Quellen und Weblinks

Bertelsmann Stiftung: Wegweiser Kommune. <https://www.wegweiser-kommune.de> (Zuletzt abgerufen am 09.07.2022)

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Laufende Stadtbeobachtung – Raumabgrenzungen.

<https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp.html> (Zuletzt abgerufen am 19.01.2022)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (Hrsg.). S3-Leitlinie Demenz. AWMF-Register Nr. 038-013. Langfassung. Stand: Januar 2016 <https://dggpp.de/leitlinien/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf>. (Zuletzt abgerufen am 19.03.2023)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (Hrsg.). S3-Leitlinie Schizophrenie. AWMF-Register Nr. 038-009. Langfassung. Stand: 15.03.2019. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-009I_S3_Schizophrenie_2019-03. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-009I_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (Zuletzt abgerufen am 19.03.2023)

Jahresbericht der Friedrich-Ebert-Stiftung e.V. Jahresbericht 2019 / Perspektiven 2020. Bonn, 2020. <https://www.fes.de/stiftung/jahresberichte-zahlen-fakten/jahresbericht-2019/-perspektiven-2020> (Zuletzt abgerufen am 20.11.2022)

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen. An den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Bericht über die Rahmendaten der Unterbringung nach § 32 Abs. 2 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 30.01.2019. Aktenzeichen IV A 4- G 0517.01. <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-1629.pdf> (Zuletzt abgerufen am 14.01.2022)

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen. An den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Bericht über die Rahmendaten der Unterbringung nach § 32 Abs. 2 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 13.01.2021. Aktenzeichen IV 4- G 0517.01. <http://docplayer.org/209725190-Bericht-ueber-die-rahmendaten-der-unterbringung-nach-32-abs-2-des-gesetzes-ueber-hilfen-und-schutzmassnahmen-bei-psychischen-krankheiten-psychkg.html> (Zuletzt abgerufen am 14.01.2022)

Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021. Pressemitteilung. Deutsche Großstädte im Jahr 2020 nicht mehr gewachsen. 14.10.2021.

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/inhalt.html> (Zuletzt abgerufen am 19.01.2022).

Statistisches Bundesamt (Destatis) 2021. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=2&step=1&titel=Tabellenaufbau&levelid=1690403007372&levelid=1690402962753#abreadcrumb> (Zuletzt abgerufen am 19.01.2022).

The Information Centre. Inpatients Formally Detained in Hospitals under the Mental Health Act 1983 and Other Legislation. Government Statistical Service, 2011. <https://scholar.google.com/scholar?q=5+The+Information+Centre.+Inpatients+Formally+Detained+in+Hospitals+under+the+Mental+Health+Act+1983+and+Other+Legislation.+Government+Statistical+Service,+2011> (Zuletzt abgerufen am 18.03.2023)

The National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (2017) 'Treat as One. Bridging the gap between mental and physical healthcare in general hospitals'. https://www.ncepod.org.uk/2017report1/downloads/TreatAsOne_FullReport.pdf (Zuletzt abgerufen am 24.03.2023)

Wegweiser Kommune. Demographische Entwicklung. Daten. <https://www.wegweiser-kommune.de/daten/demografische-entwicklung+leverkusen+leichlingen-rheinland+burscheid+langenfeld-rheinland+erkrath+monheim-am-rhein+mettmann-me+hilden+haan+solingen+2016+tabelle> (Zuletzt abgerufen am 01.11.2021)

Wegweiser Kommune. Integration. Daten. <https://www.wegweiser-kommune.de/daten/integration+leverkusen+leichlingen-rheinland+burscheid+langenfeld-rheinland+erkrath+monheim-am-rhein+mettmann-me+hilden+haan+solingen+2016+tabelle> (Zuletzt abgerufen am 20.11.2021)

World Health Organization. Ten Basic Principles. Geneva: World Health Organization; 1996. Mental Health Care Law. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63624> (Zuletzt abgerufen am 16.01.2022).

7. Anhang

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 3.1.: Standortkarte des Einzugsgebiets der LVR-Klinik Langenfeld (hellgrau) und benachbarter Gebiete (dunkelgrau) (Quelle: https://www.klinik-langenfeld.lvr.de/de/nav_main/ueber_uns/standortkarte/standortkarte_1.html, zuletzt abgerufen am 08.10.2021)

Abb. 3.2.: Standortkarte des Amtsgerichtsbezirks Langenfeld (Quelle: <https://www.ag-langenfeld.nrw.de/aufgaben/gerichtsbezirk/index.php>, zuletzt abgerufen am 07.08.2022).

Abb. 3.3.: Standortkarte des Amtsgerichtsbezirks Leverkusen (Quelle: <https://www.lg-koeln.nrw.de/aufgaben/gerichtsbezirk/index.php>, zuletzt abgerufen am 07.08.2022).

Abb. 3.4.: Standortkarte des Amtsgerichtsbezirks Mettmann und Solingen (Quelle: <https://www.ag-mettmann.nrw.de/aufgaben/gerichtsbezirk/index.php>, zuletzt abgerufen am 07.08.2022).

Abb. 4.1.: Verteilung der Rechtsgrundlage in der Gesamtstichprobe

Abb. 4.2.: Rechtsgrundlage und Wohnort

7.2 Tabellenverzeichnis

- Tab. 3.1.:** Indikatoren der Wohnorte im Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Langenfeld (Teil 1)
(Quellen: Wegweiser Kommune, 2022)
- Tab. 3.2.:** Indikatoren der Wohnorte im Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Langenfeld (Teil 2)
(Quellen: Wegweiser Kommune, 2022)
- Tab. 3.3.:** erhobene Parameter
- Tab. 4.1.:** Rechtsgrundlage nach Einzugsgebiet
- Tab. 4.2.:** Rechtsgrundlage nach Wohnort; *: jeweils gegen alle anderen Wohnorte getestet
- Tab. 4.3.:** Indikatoren der Städte mit hoher und mit niedriger PsychKG-Quote unter den stationären Fällen (Quellen: Wegweiser Kommune, 2022)
- Tab. 4.4.:** Rechtsgrundlage nach Amtsgericht
- Tab. 4.5.:** Rechtsgrundlage der Gesamtstichprobe nach Altersgruppe und Geschlecht
- Tab. 4.6.:** Rechtsgrundlage der Gesamtstichprobe und Diagnose
- Tab. 4.7.:** Rechtsgrundlage der Gesamtstichprobe nach soziodemographischen und sozioökologischen Daten (Teil 1)
- Tab. 4.8.:** Rechtsgrundlage der Gesamtstichprobe nach soziodemographischen und sozioökologischen Daten (Teil 2)
- Tab. 4.9.:** Rechtsgrundlage der Gesamtstichprobe nach Veranlassung der Aufnahme, früheren Suizidversuchen und Klinikaufenthalten
- Tab. 4.10.:** Rechtsgrundlage der Gesamtstichprobe nach Informationen zu Vorbehandlungen
- Tab. 4.11.:** logistisches Regressionsmodell der patient*innenseitigen Risikofaktoren für eine unfreiwillige Unterbringung
- Tab. 4.12.:** Altersgruppen der Patient*innen aus den Wohnorten mit den drei niedrigsten und höchsten PsychKG-Quoten
- Tab. 4.13.:** Diagnosen der Patient*innen aus den Wohnorten mit den drei niedrigsten und höchsten PsychKG-Quoten
- Tab. 4.14.:** Soziodemographische und sozioökologische Merkmale der Patient*innen aus den Wohnorten mit den drei niedrigsten und höchsten PsychKG-Quoten
- Tab. 4.15.:** Veranlassung der Aufnahme bei den Patient*innen aus den Wohnorten mit den drei niedrigsten und höchsten PsychKG-Quoten
- Tab. 4.16.:** Frühere Suizidversuche und Vorsorgevollmacht bei den Patient*innen aus den drei Wohnorten mit der niedrigsten und der höchsten PsychKG-Quote