

**FESA - TRANSFER**

*Beiträge zur Entwicklung der sozialen Arbeit*

**Band 12**

Wolf Crefeld

Gesundheitsberichterstattung  
zur  
Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts  
nach dem PsychKG NRW und dem  
Betreuungsrecht des Bundes

Im Auftrag des  
Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie  
des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf



Wolf Crefeld

Gesundheitsberichterstattung  
zur  
Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts  
nach dem PsychKG NRW und dem  
Betreuungsrecht des Bundes

Im Auftrag des  
Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie  
des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Institut für Forschung und Entwicklung der Sozialen Arbeit,  
Bochum

**FESA - Transfer**  
***Beiträge zur Entwicklung der sozialen Arbeit***

**Band 12**

**Herausgeber:**  
Norbert Wohlfahrt

***Impressum***

**FESA - Transfer,**  
Beiträge zur Entwicklung der sozialen Arbeit  
wird herausgegeben vom  
Institut Forschung und Entwicklung  
der sozialen Arbeit (FESA e.V.)  
Immanuel-Kant-Str. 18 - 20  
44803 Bochum

**Tel.: 0234/ 36901-0**  
Fax: 0234-36901-100  
E-Mail: crefeld@efh-bochum.de

**Bochum 2005**

ISSN 0948-2501

**Druck:**  
Hausdruckerei der EFH-RWL, Horst Gerszewski

# Inhalt

Vorbemerkungen	3
1. Hintergrund und Ziele des Projekts	9
Reformpsychiatrie und Zwangseinweisungen in Nordrhein-Westfalen	9
Kontrolle durch die Justiz und Verwaltung	12
Was kann die Psychiatrie dazu erklären?	16
Soziale Prozesse im kommunalen Raum	19
2. Durchführung des Projekts	21
Ziele und Anlage der Erhebung	21
Durchführung	24
Erfahrungen im Verlauf des Projekts	27
3. Ergebnisse der Erhebung	30
4. Was zeigen die Daten?	32
Interkommunale Differenzen bei der Häufigkeit der Anwendung des Unterbringungsrechts	32
Rechtlich betreute Personen und Unterbringungen	37
Veränderungen im zeitlichen Verlauf	40
Alter und Geschlecht der betroffenen Personen	43
Das ordnungsbehördliche Verfahren der sofortigen Unterbringung	48
Die Kategorien psychischer Störungen nach dem PsychKG	50
Herkunft der ärztlichen Unterbringungsatteste	53
5. Konsequenzen aus den Ergebnissen der Erhebung	59
Was bedeuten für die Kommunen die Daten zur Unterbringungspraxis?	59
Rechtspolitische Perspektiven	62
6. Literatur	69
7. Zusammenfassung	73



## Vorbemerkungen

Anfang der 90er-Jahre stellte die Arbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrische Dienste in Nordrhein-Westfalen e. V. kritisch fest, dass über die Praxis der Zwangseinweisungen (Unterbringungen) nach dem Landesgesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) trotz ihres vielerorts alltäglichen Vorkommens in der psychiatrischen Versorgung kaum Kenntnisse vorhanden sind. Eine Arbeitsgruppe des Vorstandes entwarf einen Fragebogen und bat die Ärztinnen und Sozialarbeiterinnen der bei den Gesundheitsämtern angesiedelten Sozialpsychiatrischen Dienste um dessen Beantwortung. Etwas später, mit dem nach der ersten Umfrage überarbeiteten Fragebogen konnte die Arbeitsgemeinschaft dann für 1993 immerhin von einem Drittel aller Kreise und kreisfreien Städte des Landes Daten zur PsychKG-Unterbringungspraxis vorlegen.

Die ersten Ergebnisse warfen reichlich Fragen auf; Antworten, welche das Geschehen, für das die Daten standen, plausibler hätte machen können, gaben sie nicht. Insbesondere die erheblichen interkommunalen Differenzen – unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten angesichts der überall gleichen Rechtslage bedenklich – ließen plausible Erklärungen aber dringlich erscheinen. Die gesundheits- und sozialpolitische Brisanz des Themas wurde noch markanter, als Vorstandsmitglieder der Arbeitsgemeinschaft auf den dramatischen Anstieg der Zahl der Unterbringungsverfahren in Nordrhein-Westfalen - ausweislich der Verfahrensstatistik der Justizverwaltung - wiesen (Crefeld und Gollmer 1994). Das an einer Klärung interessierte Gesundheitsministerium des Landes erwog zunächst ein Gutachten, schließlich eine qualitative sozialwissen-

schaftliche Untersuchung zwecks Klärung der Hintergründe für die offenbar gewordene Dynamik des Unterbringungspraxis. Eine als ersten Schritt konzipierte Sichtung der psychiatrischen und sozialwissenschaftlichen Literatur zur Zwangseinweisung in die Psychiatrie brachte interessante Details, aber insgesamt wenig Erhellendes (Crefeld, Franke, Trottenberg 1995). Zu lange war für die psychiatrische Wissenschaft Unterbringung allenfalls aus forensisch-psychiatrischer Sicht von Interesse gewesen. Erst nach 1970 wird im deutschsprachigen Raum ganz allmählich ein sich vorzugsweise in medizinischen Dissertationen zu Klinikdaten niederschlagendes Interesse bemerkbar.

Gedacht war, in ausgewählten Kommunen die Akteure in der örtlichen Unterbringungspraxis mittels standardisierter Interviews auszuforschen: Was sind die Umstände und Hintergründe eines Prozesses, an dessen Ende ein Arzt und ein kommunaler Verwaltungsbeamter über einen Zwangsaufenthalt in der Psychiatrie entscheiden?

Doch dieser Ansatz setzte voraus, dass die Interviewten zunächst mit Fakten der örtlichen Unterbringungspraxis konfrontiert würden. Vorhanden waren Daten zur Anwendungspraxis des PsychKG, nicht aber zum Unterbringungsgeschehen nach dem Betreuungsrecht (BtR) des Bundes. Insbesondere Marschner hatte seit den Vorbereitungsarbeiten für das Betreuungsgesetz von 1990 auf regional differierende Präferenzen in der Wahl von zivilrechtlicher und öffentlichrechtlicher Unterbringung hingewiesen (vgl. Saage-Göppinger –Marschner 1994: 13). Es musste davon ausgegangen werden, dass die vorliegenden Daten zur PsychKG-Unterbringungspraxis ein einseitiges, die Realitäten des örtlichen Geschehens möglicherweise verfälschend wiedergebendes Bild lieferten. Vielleicht waren die Unterbringungsquoten nach PsychKG nur deshalb in manchen Kommunen zehnmal höher als in anderen, weil die dortigen Akteure die bundesrechtliche Alternative bevor-



zugten. Tatsächlich belegten exemplarisch von den Sozial- und Gesundheitsverwaltungen der Städte München und Bochum erhobene Unterbringungsdaten, dass interkommunale Vergleiche nur sinnvoll sind, wenn sie gleichzeitig die Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts nach dem Betreuungsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (BtR) und nach dem öffentlich-rechtlichen Psychisch-Kranken-Gesetz im Blick haben.

Zu den PsychKG-Daten korrespondierende betreuungsrechtliche Unterbringungsdaten lagen aber nicht vor. Daran änderte sich zunächst auch wenig, als eine in der Evangelischen Fachhochschule in Bochum tagende Arbeitsgruppe aus westfälischen Betreuungsbehörden einen Erhebungsbogen für die Untersuchung der betreuungsrechtlichen Unterbringungspraxis ausgearbeitet hatte. Da die Amtsgerichte vielerorts ihren gesetzlichen Informationspflichten gegenüber den Betreuungsbehörden nicht oder nur lückenhaft nachkamen, konnten nur wenige Kommunen die entsprechenden Daten erheben. Allerdings fehlte vielen der offenbar unzureichend ausgestatteten Betreuungsbehörden auch die für eine solche Erhebung notwendige Infrastruktur.

Die vorliegende Studie soll dem Mangel an Basisdaten Abhilfe schaffen, indem sie Grundlagen für eine regelmäßige kommunale Gesundheitsberichterstattung zur Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts bei psychischer Krankheit erarbeitet. Es geht also nicht um hypothesengeleitete Forschung, sondern um einen administrativ praktikablen Weg, um Grunddaten zur alltäglichen Unterbringungspraxis im kommunalen Bereich bereit zu stellen. Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf eine erhebliche Dynamik in einem von Kommune zu Kommune qualitativ differierenden Geschehen hin, auf eine von Gesetzgeber und Justiz nur in einem geringen Maße kontrollierbaren Anwendungspraxis, die eher unter lokalpoli-

tischen Einflüssen ausufert oder wieder eingedämmt wird. Es zeigt sich ebenso die Erforderlichkeit einer regionalisierten Betrachtung, wie sie sozialwissenschaftlich sinnvoll nur im kommunalen Rahmen durchführbar ist, wie auch einer *regelmäßigen* Berichterstattung, welche Entwicklungen und Interventionsfolgen sichtbar macht.

Die Entscheidung, welche Daten erhoben würden, ergab sich, wie erwähnt, aus administrativ-pragmatischen Gesichtspunkten: Die Daten mussten sich aus den vorhandenen Verwaltungsakten bzw. aus den von den Gerichten an die kommunalen Betreuungsbehörden mitzuteilenden Angaben entnehmen lassen. Unsere eigene wissenschaftliche Neugier hätte uns stattdessen gern manche andere Frage stellen lassen. So bleibt die Hoffnung, dass die jetzt vorgelegten Daten zur sozialwissenschaftlichen Hypothesenbildung anregen und zu den eigentlich relevanten Forschungsfragen, die auch für die Politikberatung Bedeutung haben können, animieren.

Der vorliegende Bericht geht nur kurz auf die sehr unbefriedigende Forschungssituation hinsichtlich der Praxis legitimierter Freiheitsentziehungsverfahren bei psychiatrischen Patienten und der diese beeinflussenden Faktoren ein. Im Vordergrund steht das gesundheits- und sozialpolitische und hier insbesondere psychiatriepolitische Thema, was können und müssen Gesellschaft und Staat tun angesichts der ausufernden Tendenzen und den Eindrücken willkürlichen Handelns bei Eingriffen in die Freiheitsrechte von Mitbürgern, die vorübergehend oder ständig als psychisch krank bezeichnet werden?

Der Darstellung des Projektablaufs und einiger dabei gesammelter Erfahrungen mit diesem neuartigen Thema kommunaler Gesundheitsberichterstattung folgt ein Überblick über die vorliegenden Daten in Gestalt von Tabellen und grafischen Darstellungen. Dabei

zeigt sich, dass die Daten in der Tat insbesondere Frauen und Männer aus der Praxis der Unterbringungsverfahren und der psychiatrischen Versorgung zu Überlegungen und Interpretationen anregen – dies haben nicht zuletzt Diskussionsveranstaltungen gezeigt, zu denen aus Anlass der zwischenzeitlich einkommenden Daten von Kliniken und Verbänden nach Bonn, Bochum, Dortmund, Duisburg, Düsseldorf, Kerken, Langenfeld und Nürtingen eingeladen worden ist. Wir werden deshalb einige besonders naheliegende gesundheits- und forschungspolitisch relevante Konsequenzen als Ergebnisse zur Diskussion stellen.

Die vorliegende Studie wäre nicht ohne das große Engagement und sachkundige Interesse des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrische Dienste in Nordrhein-Westfalen e. V. zustande gekommen. Seinen Mitgliedern ist ebenso zu danken wie einer Reihe Psychiatriekoordinatoren und Leitern kommunaler Betreuungsstellen, die mit ihrem Interesse und ihren Anregungen der Sache gedient haben. Die Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe unterstützte die erste Phase des Projekts insbesondere durch die Gewährung eines Forschungsfreisemesters.



## 1. Hintergrund und Ziele des Projekts

*Wenn es richtig ist, dass der Gewaltanteil aus psychiatrischer Arbeit nicht herauszuhalten ist und diese Gewalt ethisch gesehen unter einem hohen Tabuisierungsdruck steht, dann ist Hinsehen und darüber Sprechen eine grundlegende Handlungsregel psychiatrischer Arbeit. Kritische Solidarität (einer informierten Öffentlichkeit) und öffentliche Kontrolle gehören zusammen. (Wienberg 1998)*

### **Reformpsychiatrie und Zwangseinweisungen in Nordrhein-Westfalen**

Die Reform der psychiatrischen Versorgung, die das Land Nordrhein-Westfalen in den 60er-Jahren begann, zielte auf Gemeindennähe und Offenheit der Hilfen. Damit freiwillige Behandlungen soweit wie möglich an die Stelle von Zwangseinweisungen träten, setzte man auf den Ausbau der Hilfen und gesetzlich festgeschriebene Barrieren gegen nicht notwendige Zwangseinweisungen. Deswegen schuf das Land noch vor Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete das erste Psychisch-Kranken-Gesetz in Deutschland (Landtag NRW 1968), veröffentlichte im Jahr 1972 einen Zielplan zur Versorgung psychisch Kranker und wirkt seither planmäßig und erfolgreich auf die Entstehung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern hin.

Umso erschrockener war man, als die Justizverwaltung Anfang der 90er-Jahre über eine steigende Zahl von gerichtlichen Verfahren

zur Unterbringung (Zwangseinweisung) psychisch Kranker berichtete (vgl. Crefeld und Gollmer 1994). Hatten doch gerade einige besonders reformengagierte Kliniken in Nordrhein-Westfalen den Anschein erweckt, als komme man beinahe ohne die Anwendung von Zwang aus, wenn man nur konsequent den von der Psychiatrie-Enquete 1975 gewiesenen Weg der Gemeindepsychiatrie zu Ende gehe.

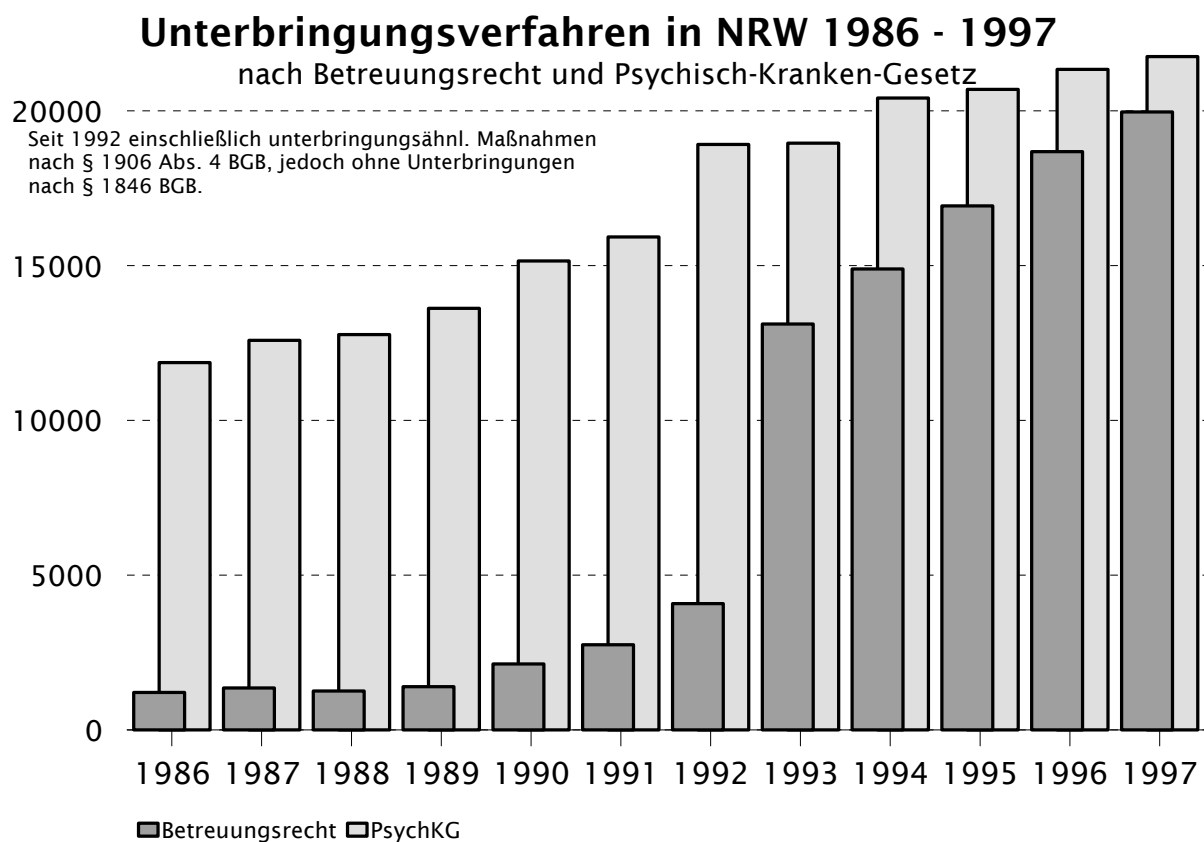
Aktuelle Zahlen ergeben heute noch mehr ein ernüchterndes Bild. Die Geschäftsübersicht der Justizverwaltung weist für 1997 nach Angaben des Justizministerium des Landes 21.747 Unterbringungsverfahren nach PsychKG, 9.080 Unterbringungsverfahren nach dem Betreuungsrecht, 10.882 Verfahren zur Genehmigung unterbringungsähnlicher Maßnahmen und 2.013 gerichtliche Eilentscheidungen nach § 1846 BGB aus. Das sind insgesamt 43.722 gerichtliche Verfahren, in denen die Anwendung von Zwang bei psychisch kranken Personen zu legitimieren waren. Bezogen auf die Bevölkerungszahl bedeutet dies rechnerisch, dass jährlich fast jede 400. Person in diesem Land von einer Unterbringung in eine psychiatrische Klinik oder von einem rechtlich dieser gleichzustellende erhebliche Eingriff in die persönliche Bewegungsfreiheit (z. B. in einem Heim) betroffen ist.

Wie die folgende Grafik zeigt, handelt es sich landesweit um einen kontinuierlichen Anstieg, dessen Ende offenbar nicht abzusehen ist<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Die Grafik umfasst seit 1992 auch die sogenannten unterbringungsähnlichen Maßnahmen (Fixierungen, Bettgitter ohne Zustimmung der Betroffenen usw.), da diese in den Justizmitteilungen zunächst nicht getrennt ausgewiesen wurden. Nach einer Sondererhebung in den Jahren 1994 und 1995 liegt der Anteil der unterbringungsähnlichen Maßnahmen bei etwa 50% der betreuungsrechtlichen Unterbringungsverfahren. Nicht in der Grafik berücksichtigt sind die dem Betreuungsrecht zuzurechnenden Eilverfahren nach § 1846 BGB, weil aus früheren Jahren keine Vergleichszahlen vorliegen. Auch sie sind in den letzten drei Jahren kontinuierlich gestiegen.

Auch ein Blick auf die entsprechende Verfahrensstatistik anderer Bundesländer kann auf das Land Nordrhein-Westfalen gewiss nicht beruhigend wirken. Hier nimmt das Land in der Quote der Verfahren je 1000 Einwohner die Spitzenposition ein. Das Risiko, dass in Zusammenhang mit einer psychischen Beeinträchtigung gerichtlich legitimierter Zwang angewandt wird, ist hier bis zu achtmal höher als in einigen anderen Bundesländern.



Wolf Crefeld 1999 nach Angaben des Justizministeriums =zw98-28

Das muss umso mehr verwundern, als die rechtlichen Bedingungen für eine solche Maßnahme nach dem Betreuungsgesetz des Bundes in allen Ländern gleich sind und die nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen bzw. Unterbringungsgesetzen der Länder sich wirklich substantiell nur in Baden-Württemberg unterscheiden.

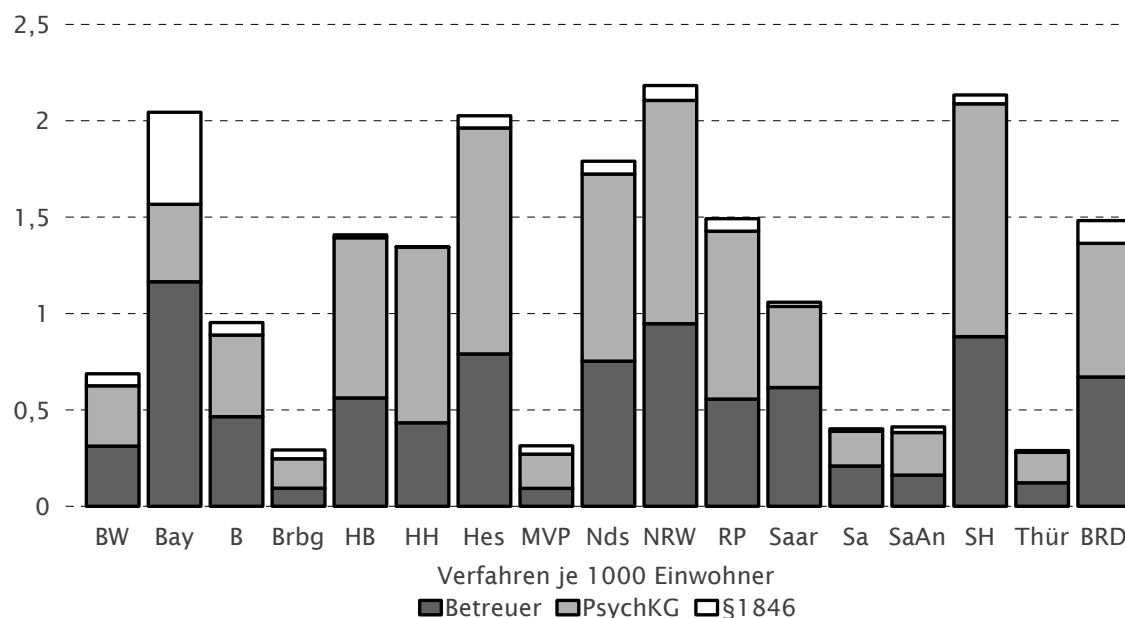
Zunehmende Häufigkeit von Unterbringungsverfahren und Spitzenposition im Ländervergleich: Landespolitisch scheint die Frage nahe zu liegen: Wer hat versagt, was muss anders oder besser gemacht werden? Die sich seither daraus entwickelnden psychiatrie-

politischen Erörterungen im Land brachten viele interessante Erfahrungen zur Praxis der Anwendung des Unterbringungsrechts zutage, aber keine kurze Antwort, wie das Problem denn nun anzugehen sei. Die vorliegende Untersuchung ist aus diesen Diskussionszusammenhängen erwachsen. Im Folgenden soll daher ihre Zielsetzung dargestellt und begründet werden.

## Kontrolle durch die Justiz und Verwaltung

Nach unserer Verfassung ist die Justiz zur Hüterin der Freiheit eines jeden Bürgers bestellt. Jede Freiheitsentziehung, also auch jede Anwendung von Zwang auf die körperliche Bewegungsfreiheit bedarf einer richterlichen Entscheidung. Es wäre demnach zu fragen, ob es also die Justiz ist, die in Nordrhein-Westfalen versagt?

# Unterbringungsverfahren 1995 in den einzelnen Bundesländern



Crefeld nach den Angaben der Justizverwaltungen =pk2-17

Es ist eine Aufgabe des Rechts, für Behandlungen nach gleichen Maßstäben zu sorgen. Deswegen ist in der Tat beunruhigend, dass sich die Verfahrensquoten in den Ländern trotz meist nahezu identischer Rechtslage so stark unterscheiden.



Über erhebliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Unterbringungen ist auch aus anderen Quellen berichtet. So befragten Lorenzen (1981) sowie Spengler und Böhme (1989) psychiatrische Kliniken und stellten nicht nur zwischen den Kliniken, sondern auch im Vergleich der Bundesländer extreme Unterschiede in der Häufigkeit landesrechtlicher Unterbringungen fest. So fand Lorenzen für die Landeskrankenhäuser in Baden-Württemberg, dass dort im Landesdurchschnitt nur 3,9% der Patientenaufnahmen als Unterbringungen nach Landesrecht erfolgen, während er für Berlin feststellte, dass dort 44,8% der Klinikaufnahmen über eine landesrechtliche Unterbringungen erfolgen. Spengler und Böhme bezogen die von ihnen ermittelten Klinikdaten auf die Wohnbevölkerung des Versorgungsgebiets und gelangten so zu einer Rate der Zwangseinweisungen und zwangsweisen Zurückhaltungen, die je nach Bundesland einen Wert zwischen 12,9 und 127,3 je 100.000 Einwohner und Jahr aufwies.

Bruns (1993) kam nach einer Befragung einer Reihe Ordnungsämter verschiedener bundesdeutscher Städte ebenfalls zur Feststellung extremer Unterschiede in der Anwendungspraxis der Landesgesetze: So berichtet er über 5 Zwangseinweisungen in Karlsruhe je 100.000 Einwohner, 14 in Nürnberg, dagegen 169 in Hannover und schließlich 199 in Frankfurt/M.

Riecher et al (1991) und Riecher-Rössler und Rössler (1992) haben Angaben auch aus der internationalen Literatur zusammengestellt und auch hier ähnliche starke Unterschiede festgestellt. Allerdings lassen die von ihnen festgestellten Unterschiede in einem sehr geringen Umfang Rückschlüsse zu, da bei dem sehr unterschiedlichen Charakter ihrer Quellen unklar bleiben muss, inwieweit abweichende Rechtsnormen und Regeln der statistischen Erfassung diese geografischen Unterschiede prägen. Das gilt ähnlich für eine Vielzahl publizierter Untersuchungen an örtlichen Klienteln (über

Akten einzelner bundesdeutscher Kliniken oder Gerichte), von denen die meisten kaum Annahmen zulassen, auf welche Population die daraus getroffenen Feststellungen denn verallgemeinerbar sind.

Marschner hat aus den Geschäftsübersichten der Amtsgerichte die Verfahrensdaten der Bundesländer verglichen (Marschner et al 1994). Im Hinblick auf die extremen regionalen Unterschiede formuliert er: „Betrachtet man die... empirischen Belege in ihrer Gesamtheit, kann nur der Eindruck einer völlig willkürlichen Handhabung der Unterbringung entstehen.“ (Marschner et al 1994, Seite 29). Der renommierte Autor u. a. des einschlägigen Kommentars und Herausgeber der wissenschaftlichen Zeitschrift „Recht & Psychiatrie“ stellt deshalb angesichts der Daten zur Unterbringungspraxis pointierend die Frage, ob Gesetze überhaupt in der Lage sind, Einfluss auf die Unterbringungspraxis zu nehmen und damit Standards im Sinn einer Unterbringung vorzugeben, die von der Praxis auch beachtet werden (Marschner 1998). Er kommt zu dem Ergebnis, dass es eher von der Versorgungsstruktur und der Organisation des Unterbringungsverfahrens vor Ort als von den Gesetzestexten abhängt, ob ein Betroffener gegen seinen Willen untergebracht wird.

In gleichem Sinne äußern sich Beiträge aus der Sicht vormundschaftsrichterlicher Praxis. Dodegge (1998) weist auf die verbreitete Praxis der sofortigen Unterbringungen im Rahmen des Landesrechts hin, wobei der Richter überhaupt erst nach erfolgter Zwangseinweisung durch die Ordnungsbehörde mit dem Einzelfall konfrontiert wird. In der Regel erfahre der Richter erst in der Klinik im Rahmen der Anhörung von der Art und Weise der Einweisung. Da dieser Vorgang aber abgeschlossen sei und das Verfahrensrecht keine nachträgliche Feststellung eventuell rechtswidrig verlaufener Verfahrensakte kenne, bestehe dann keine Gestaltungs- oder Eingriffsmöglichkeit für den Richter. Dieser habe in solchen Fällen auf eine Gewaltanwendung bei der Unterbringung überhaupt keinen

Einfluss. In den Fällen, in denen vor einer Unterbringung ein gerichtlicher Beschluss erfolge, könne es sein, dass der Richter damit eine „Gewaltspirale“ in Gang setze, deren weiterer Fortgang seiner Kontrolle entzogen bleibe. Wesentliche Chancen, Einfluss zu nehmen auf die Praxis, sieht Dodegge nur für den Richter, der über langfristige praktische Erfahrungen im Umgang mit den Akteuren im Unterbringungsverfahren verfügt. Hier ließen sich Kooperationsstrategien entwickeln. Ein Richter dagegen, der das soziale Netz in seinem Bezirk nicht kenne, könne keine Alternativen aufzeigen und bleibe letztlich auf den vorgetragenen Sachverhalten beschränkt.

Dodegge kommt zu dem Fazit, dass die gesetzlichen Regelungen und die allgemeine gerichtliche Praxis dem einzelnen Richter wenig Spielraum zur Gewaltreduzierung im Unterbringungsbereich lasse. Entscheidend sei und bleibe sein persönliches Engagement. Ähnlich sieht Coeppicus (1997) die Chancen des Unterbringungsrichters zur Einflussnahme über ein praxisnahes, auf Lösung der Probleme ausgerichteten Selbstverständnis, das über die Arbeit der Rechtsanwendung hinausgeht. In diese Richtungen zielen auch Bemühungen, Sozialarbeiter stärker in das Unterbringungsverfahren einzubeziehen (Schröder et al 1993), wie dies in Österreich über das Rechtsinstitut der Patientenanwaltschaft geschieht (Forster 1988, Forster 1989). Letztlich unterstreichen solche Erfahrungen die Forderungen von Klie (1993) nach einem gewandelten Bild des Vormundschaftsrichters.

Wir müssen also aus der Rechtstatsachenforschung wie aus der richterlichen Praxis zur Kenntnis nehmen, dass die Justiz nur einen sehr begrenzten Einfluss auf die Unterbringungspraxis hat.

Wie Dodegge (1998) berichten übereinstimmend auch Marschner (1985), Spengler (1984), Bergener (1988), Spengler und Böhme (1989) (s. a. Marschner 1994), dass in aller Regel die *Ordnungsbe-*

*hörden* vermittels des Verfahrens der sofortigen Unterbringung (§ 17 PsychKG) bereits vollendete Tatsachen geschaffen haben, bevor der Richter überhaupt die Szene der Akteure betritt. Wenn dies so ist, sollten Ordnungsämter befragt werden, welche Faktoren und Bedingungen die Unterbringungspraxis beeinflussen. Hier trifft man allerdings auf ein völlig unbekanntes Feld. Berichte, Stellungnahmen oder andere schriftliche Äußerungen, welche rechtstat-sächliche Forschung zur Bedeutung der ordnungsbehördlichen Praxis ermöglichen, scheinen nicht zu existieren. Wie die dort befassten Verwaltungskräfte auf die Praxis Einfluss nehmen, ihren Handlungsspielraum sehen, scheint unbekannt und bisher nicht systematisch reflektiert oder gar wissenschaftlich aufgearbeitet worden zu sein.

## **Was kann die Psychiatrie dazu erklären?**

So bleibt schließlich der *psychiatrische* bzw. *ärztliche* Bereich. Unterbringungsentscheidungen sind vom Gesetz an das Vorhandensein und den Inhalt eines entsprechenden ärztlichen Zeugnisses gebunden, aus dem die Erforderlichkeit einer Unterbringung hervorgeht.

Unterbringung bedeutet den Entzug der körperlichen Bewegungsfreiheit, der Freiheit eines Menschen seinen Aufenthaltsort tatsächlich zu wechseln. Mehr als 120.000mal im Jahr werden in Deutschland Personen untergebracht, denen ärztlich eine psychische Krankheit attestiert wurde. Für die Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken stellt die Behandlung untergebrachter Personen einen Teil des Berufsalltags dar. Man sollte erwarten, dass ein so häufiger Vorgang mit einer so großen Bedeutung – für die Betroffenen, für den Alltag psychiatrischer Institutionen wie auch aus gesundheitspolitischer und rechtlicher Perspektive – in der psychiatrischen Wissenschaft besondere Aufmerksamkeit gefunden hätte.

Um so seltsamer muss erscheinen, dass die Unterbringung wie überhaupt die Tatsache, dass gegenüber psychisch kranken Personen Zwang angewandt wird, außerhalb der *juristischen* Befassung in der medizinischen bzw. sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Diskussion lange Zeit als ein marginales, fast tabuisiertes Thema erschien. In den Lehrbüchern der Psychiatrie finden wir über die Anwendung von Zwang entweder überhaupt nichts oder für die Praxis meist wenig hilfreiche Ausführungen. Bis 1970 gab es keine wissenschaftliche Untersuchung zu Fragen wie die, was denn da eigentlich abläuft, bevor der Wunsch, eine Person unterzubringen, an die zuständigen Behörden heran getragen wird, und wovon es abhängt, ob es dann tatsächlich zu einer Zwangseinweisung kommt.

Manche Psychiater tun auch heute noch so, als handele es sich um ein im Wesentlichen juristisches Thema. Dabei sind sie es doch, die nach psychiatrisch-wissenschaftlich wenig reflektierten, ja selbst in der beruflichen Fortbildung kaum erörterten Kriterien über die Anwendung von Zwang entscheiden. Man beruft sich bei diesen Entscheidungen auf unbestimmte Rechtsbegriffe, ohne deren rechtswissenschaftlichen Gehalt zu kennen, oder spricht von der „formal-juristischen Absicherung“ dessen, was zu tun außer Zweifel steht, weil es doch notwendig sei. Vor der „Gefahr einer Vernunftlosigkeit des Arztes über den Patienten“ hatte der Kommentator des Unterbringungsrechts Jürgen Baumann seinerzeit gewarnt und damit das Gebot einer rechtlichen Kontrolle begründet. Doch die Neigung vieler Ärzte und anderer Psychiatriemitarbeiter zu der paternalistischen Attitüde, selbst am besten zu wissen, was dem Patienten nutzt und frommt - mag er auch anderer Meinung sein -, lässt sie routinisierte Praktiken der Zwangsanwendung gegenüber Patienten unreflektiert zu aufopferungsvollen Fürsorgemaßnahmen deklarieren.

Nachdem psychiatrische Wissenschaftler – von Kompetenzstreitigkeiten mit Juristen abgesehen – über hundert Jahre lang zum Thema einfach geschwiegen haben, waren es sozialpsychiatrische Sichtweisen, die seit 1970 zu einer Reihe empirischer Untersuchungen geführt haben. Hier sind insbesondere die Arbeiten von Bosch, Bruns, von Eicken, Finzen, Forster, Müller, Rössler, Spengler und Waller zu nennen. Seither werden endlich auch Dissertationen und Diplomarbeiten zum Thema verfasst und auf der Basis psychiatrischer Berufspraxis oder meist in Kliniken gesammelter Daten Probleme des klinischen Alltags, Vorgehensweisen und deren Hintergründe erörtert. So ist inzwischen bekannt, welche Patienteneigenschaften zu einer Unterbringung prädisponieren (jüngerer Mann mit paranoiden Symptomen, unverheiratet, sozial isoliert oder desintegriert, in einer Großstadt wohnend).

Es gibt nur wenige Untersuchungen mit einer pragmatisch orientierten Fragestellung, womit zwangsläufig von einer psychiatrischen Verantwortung für die Unterbringungspraxis ausgegangen wird. Einige Beispiele seien erwähnt: Nicht die vom Gesetz geforderte und von den Gutachtern regelmäßig attestierte Gefährlichkeit oder Gefährdetheit sowie psychopathologische Befunde erwiesen sich bei einer umfangreichen empirisch-sozialwissenschaftlichen Untersuchung als real ausschlaggebendes Unterbringungskriterium, sondern eher die Mühe, zu der man sich im Umgang mit dem Kranken bereit fand (Bosch 1971, 1972). Auch Göttinger Autoren berichten über die Bedeutung der stationären Behandlungsbedingungen, darüber hinaus über Erfahrungen hinsichtlich der praktischen Organisation des Unterbringungsverfahrens (Venzlaff 1978, Müller und Völker 1988). Die Arbeiten von Bosch, Müller sowie von Eicken (Eicken 1990) lassen erkennbar werden, dass Unterbringung offensichtlich ein komplexes soziales Geschehen darstellt, bei dem medizinische Kriterien eher eine untergeordnete Rolle spielen.

Die psychiatrischen Kenntnisse über das, was vor, während und nach einer Unterbringung bei den Beteiligten und Betroffenen abläuft, wovon dies alles abhängt und welche Folgen es für die Betroffenen hat, sind demnach nicht allzu groß. Denn während es über Psychopharmaka eine Flut von Untersuchungen gibt, lassen die verfügbaren empirischen Daten über Unterbringungen bisher nur wenige verlässliche Aussagen zu. So muss sich das bereits zitierte Fazit von Marschner auch gegen die psychiatrische Praxis richten: „...kann nur der Eindruck einer völlig willkürlichen Handhabung der Unterbringung entstehen.“ (Marschner et al 1994:29)

## **Soziale Prozesse im kommunalen Raum**

Wir wissen wenig Verlässliches, insbesondere wenn man hinter die Fassade der sozialen Prozesse sehen will, die zu einer Unterbringung führen, oder Rat sucht, wie man der zahlenmäßig steigenden und anscheinend so willkürlich gehandhabten Unterbringungspraxis rechts- und sozialpolitisch Herr werden kann. Was wir wissen, verdeutlicht vor allem die Notwendigkeit und praktische Relevanz rechtstatsächlicher, insbesondere sozialwissenschaftlicher Befassung mit der Praxis der Unterbringung psychisch kranker und behinderter Personen.

Dennoch legen die regional so stark differierenden Daten zur Unterbringungspraxis mit ihrer offensichtlich geringen Abhängigkeit vom Gesetz und Justiz<sup>2</sup> zumindest die Vermutung nahe: Wer über die derzeitige Situation mit steigenden Unterbringungsquoten und extremen regionalen Unterschieden in der Rechtsanwendung Unbehagen empfindet und diese als änderungsbedürftig ansieht, muss in den überschaubareren sozialen Raum einer Kommune

---

<sup>2</sup> Klie 1993) spricht von einer Subkultur, die „sich als normativ sehr eigenständig“ gegenüber dem Recht ausweise.

blicken. Er muss die offensichtlich komplexen sozialen Prozesse im örtlichen Bereich, das Zusammenspiel und die wechselseitigen Widerstände der Akteure im Unterbringungsgeschehen, deren Einstellungen, Gewohnheiten, Denktraditionen, praktizierten organisatorischen Lösungen, Handlungsalternativen bei sozialem Handlungsdruck und Fähigkeiten zur Bewältigung sozialer Krisen und Konfliktsituationen beobachten und innerhalb dieser örtlichen Systeme Veränderungsimpulse setzen. Solche Systeme können nur aus sich selbst heraus lern- und veränderungsbereit werden.

Kommunale Gesundheitspolitik, auf die Belange psychiatrisch Betroffener bezogene Gemeinwesenarbeit und bürgerschaftliches Engagement sind also die Ansätze für eine Veränderung der Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts. Die unabdingbare Grundlage dafür ist eine regelmäßige Berichterstattung zur örtlichen Praxis der Anwendung von Zwang und der örtlich gegebenen Funktionsfähigkeit der darauf gerichteten Instrumente der Rechtsfürsorge für psychisch beeinträchtigte Menschen.

Die vorliegende Untersuchung soll deshalb Daten aus den Kommunen zur Praxis der Anwendung des Unterbringungsrechts zusammentragen und die Notwendigkeit regelmäßiger kommunaler Befassung mit dieser Praxis darstellen.



## **2. Durchführung des Projekts**

### **Ziele und Anlage der Erhebung**

Ziel des Projektes ist die Erhebung von Daten, die im Rahmen der Anwendung des Rechts der Unterbringung wegen psychischer Beeinträchtigungen in den kommunalen Verwaltungen anfallen. Sie sollen Orientierung geben können über die jeweilige örtliche Situation der Unterbringungspraxis, soweit wie möglich für interkommunale Vergleiche geeignet sein und politische Interventionen zur Beeinflussung dieser Praxis unterstützen. Darüber hinaus sollten sie sich als Datenbasis eignen für die Entwicklung von Forschungshypothesen hinsichtlich der offenbar komplexen sozialen Prozesse, die zu einer Unterbringung führen. Eine hypothesengeleitete analytisch orientierte Untersuchung ist jedoch mit dem Projekt, über das hier berichtet wird, nicht intendiert.

Für die Untersuchung konnte auf zwei in den letzten Jahren entwickelte und erprobte Erhebungsbögen zurückgegriffen werden. Sie betreffen die Unterbringungspraxis einerseits nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz des Landes NRW (PsychKG), andererseits nach dem materiell im Bürgerlichen Gesetzbuch (§§1896 ff. BGB) des Bundes kodifizierten Betreuungsrecht (BtR). Dem Erhebungsbogen zur PsychKG-Anwendung lag ein vom Projektleiter in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrische Dienste in NRW e. V. in den letzten Jahren entwickelter und nach mehrfachen Testungen überarbeiteter Bogen zugrunde. Der Bogen für die Erhebung zur betreuungsrechtlichen Unterbringungspraxis ist in den letzten Jahren aus der Zusammenarbeit des Projektleiters mit verschiedenen nordrhein-westfälischen Betreuungsbehörden entstanden und

mit Hilfe der Betreuungsstellen der Stadt Bochum, des Kreises Coesfeld, der Stadt Köln und des Kreises Steinfurt getestet und weiterentwickelt worden.

Bei der Anlage des Erhebungsbogens zur PsychKG-Anwendungspraxis gingen wir davon aus, dass in den Akten der kommunalen Ordnungsbehörden über die durchgeführten Unterbringungsverfahren das in Nordrhein-Westfalen verbreiteten Standardformular für ärztliche Gutachter vorhanden und die darin formulärmäßig erfassten Informationen verfügbar sind. Weiterhin war anzunehmen, dass der Kenntnisstand und die Erfahrungen der befassten Verwaltungskräfte äußerst unterschiedlich sind. In den größeren Städten dürften mit den Unterbringungen, die während der üblichen Dienstzeiten durchgeführt werden, in der Regel ordnungsbehördlich erfahrene Verwaltungsfachkräfte befasst sein. Dies ist schon anders beim nächtlichen Bereitschaftsdienst, in dessen Rahmen auch in Unterbringungsangelegenheiten wenig erfahrene Kräfte wie z. B. Beamte der Feuerwehr tätig. Besonders schwierig dürfte die Situation in kleineren kreisangehörigen Gemeinden sein, in denen ein Unterbringungsverfahren u. U. nur einmal in mehreren Jahren und dann vielleicht zufällig von einer Verwaltungsfachkraft z. B. des gemeindlichen Steueramtes durchgeführt wird. In der Tat erwies sich eine nicht unerhebliche Zahl von Erhebungsbögen aus kleineren Gemeinden in einer Weise als fehlerhaft ausgefüllt, die auf ungenaue Kenntnisse des angewandten Rechts schließen ließ.

Wir wollten mit dem Erhebungsbogen möglichst viele von den Ordnungsbehörden vollstreckte Freiheitsentziehungen bei Verdacht auf psychische Störungen erfassen. Deshalb mussten wir möglichst der Tatsache Rechnung tragen, dass in der Praxis großer Ordnungsämters divergierende Vorgehensweisen existieren, wenn Per-

sonen aus Gesichtspunkten der öffentlichen Sicherheit und Ordnung zwecks ärztlicher Untersuchung in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen werden. Die Behörde kann diesen Vorgang mit ihren Kompetenzen gemäß PsychKG, ebenso aber auch mit anderen ordnungs- und polizeirechtlichen Bestimmungen begründen. Wir fragten daher auch nach Unterbringung durch die Ordnungsbehörde, bei denen es gar nicht erst zu einem gerichtlichen Verfahren gekommen ist. Nach dem Wortlaut des PsychKG sollte es dies nicht geben. Doch wenn das Ergebnis der ärztlichen Untersuchung im Krankenhaus die Behörde zur Korrektur ihrer Unterbringungsentscheidung veranlasst (weil die Unterbringungs Voraussetzungen nicht oder nicht mehr gegeben sind bzw. die betroffene Person in eine Behandlung einwilligt) wird die Ordnungsbehörde ihren inzwischen gegenstandslos gewordenen Unterbringungsantrag gar nicht erst abschicken oder ihn telefonisch widerrufen. Hätten wir – wie in einer früheren Fassung des Erhebungsbogens – nur nach den Unterbringungsanträgen an das Amtsgericht gefragt, wären solche Unterbringungen bei einer Reihe Kommunen gar nicht erfasst worden.

Der Erhebungsbogen zur betreuungsrechtlichen Unterbringung ist auf alle die Informationen zur Unterbringungspraxis ausgerichtet, für die eine Mitteilungspflicht der Amtsgerichte besteht. Unsere Erhebung traf allerdings auf kommunale Betreuungsbehörden, die sich – das Betreuungsbehördengesetz ist erst 1992 in Kraft getreten – oft noch im Aufbau oder in einer grundlegenden Umstrukturierungsphase befinden und geeignete Verfahrensweisen für sich noch entwickeln. Vielen Betreuungsbehörden fehlt auch im Jahr 1999 immer noch die notwendige Ausstattung, um ihrer im Betreuungsrecht vorgesehenen sozialstaatlichen Verantwortung für die Funktionalität des örtlichen Betreuungswesens hinreichend entsprechen zu können. Obwohl es längst spezielle Datenbankpro-

gramme für Betreuungsbehörden gibt, verfügen viele nach eigenen Angaben nicht über eine PC-Ausstattung. Diese aber ist Voraussetzung, um die gerichtlichen Mitteilungen wirksam erfassen zu können. Darüber hinaus wurde von den Betreuungsbehörden vor allem zu Beginn der Erhebung immer wieder Beschwerde darüber geführt, dass die Vormundschaftsgerichte ihren gesetzlichen Mitteilungspflichten gegenüber den kommunalen Betreuungsstellen nicht oder nur unzuverlässig entsprechen. Den Betreuungsbehörden wurde deshalb in unserem Anschreiben telefonische Beratung im Hinblick auf die genannten Schwierigkeiten angeboten.

Bei den Amtsgerichten lässt sich eine solche Erhebung nicht durchführen. Sie zählen zwar für die Landesbehörde die von ihnen durchgeführten Unterbringungsverfahren, doch die Grenzen der Gerichtsbezirke stimmen nicht mit den der Kommunen überein, ein Teil der ordnungsbehördlichen Verfahren wird ihnen gar nicht bekannt und Angaben zu einer weitergehenden Kategorisierung der Unterbringungsfälle sind den Gerichten erfahrungsgemäß nicht möglich.

Mit den Dokumentationsbögen, welche die Kliniken über jeden Patienten anlegen, werden nicht alle Unterbringungen erfasst, da die Bögen meist bei der Aufnahme des Patienten ausgefüllt werden, sodass später veranlasste Unterbringungen (sog. „zwangsweise Zurückhaltungen“) nach unserer Kenntnis der statistischen Erfassung entgehen. Zudem entsprechen die tatsächlichen Versorgungs- und Einzugsgebiete in der Regel ebenfalls nicht der kommunalen Gliederung.

## **Durchführung**

Nachdem das Auftrag gebende Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes im März 1998 die Kreise und kreisfreien

Städte über die vorgesehene Untersuchung informiert und sie um Unterstützung der Erhebung gebeten hatte, wurden von der Projektleitung alle 54 Unteren Gesundheitsbehörden in Nordrhein-Westfalen angeschrieben (siehe Anlage). Dem Schreiben beigelegt waren die Erhebungsbögen entsprechend der Zahl der im Zuständigkeitsgebiet der jeweiligen Gesundheitsbehörde tätigen Ordnungs- und Betreuungsbehörden. Jeder Bogen war mit dem Namen der örtlichen Behörde, für die er bestimmt war, versehen. Insgesamt wurden 396 PsychKG-Bögen (entsprechend der Zahl der in Nordrhein-Westfalen vorhandenen Ordnungsämter) und 90 Bögen entsprechend der Zahl der örtlichen Betreuungsbehörden versandt.

Zusammen mit den Bögen erhielten die Unteren Gesundheitsbehörden Erläuterungsschreiben für die Sachbearbeiter in den Ordnungs- und den Betreuungsbehörden in der notwendigen Anzahl (siehe Anlage). Insgesamt wurden im Rahmen des Projekts über die 54 Gesundheitsämter 486 kommunale Ämter angesprochen, die als Ordnungs- oder als Betreuungsbehörden mit der Praxis des Unterbringungsrechts befasst sind.

Für die Erhebung der Daten des Jahres 1998 wurden die Unteren Gesundheitsbehörden im März 1999 erneut angeschrieben. Die beiden Erhebungsbögen sowie Erläuterungsschreiben wurden diesmal allerdings nur in einfacher Ausfertigung mit versandt. Um das Interesse der örtlichen Gesundheitsbehörden an der Erhebung zu fördern, wurde stattdessen ein Blatt mit Informationen aus der Vorjahrserhebung mitversandt. Es enthielt die Unterbringungsdaten der betreffenden Kommune aus dem Jahr 1997 mit den landesweiten Durchschnittsdaten zum Vergleich mit sowie zwei graphischen Darstellungen der bisher vorliegenden landesweiten Ergebnisse.

In beiden Jahren wurden die Gesundheitsämter, von denen keine oder nur unvollständige Angaben zur Unterbringungspraxis vorlagen, etwa acht Wochen nach dem Versand der Erhebungsbögen brieflich erinnert (siehe Anlage).

Insgesamt zog sich der Rücklauf der Bögen für das Jahr 1997 über zwölf Monate hin. Ähnliches ist für die Daten des Jahres 1998 zu erwarten. Jedenfalls liegen zur Zeit der Erstellung dieses Berichts von einer Reihe Kommunen lediglich Zusagen vor, die Daten noch nachzureichen.

Für die Unteren Gesundheitsbehörden der Kreise bedeutet die Erhebung eine nicht geringe Aufgabe, da manche von ihnen bis zu 25 Behörden in ihrem Kreisgebiet zur Ermittlung der Daten motivieren müssen.

Für 1997 haben 87% aller Kreise und kreisfreien Städte des Landes verwertbare Erhebungsbögen zur PsychKG-Anwendungspraxis abgegeben. Zur betreuungsrechtlichen Unterbringungspraxis kamen für den gleichen Zeitraum aus 24% der Kommunen zumindest teilweise ausgefüllte Bögen zurück. An der Erhebung für 1997 überhaupt nicht mitgewirkt haben lediglich einige Städte und Kreise im Regierungsbezirk Düsseldorf. In drei Fällen (Stadt Oberhausen und die Betreuungsstelle des Kreises Recklinghausen sowie der Stadt Neuss) ist die Mitwirkung am Projekt aus formellen Gründen abgelehnt worden (es bestehe keine gesetzliche Verpflichtung dazu bzw. die Erhebung sei nicht mit dem Landkreistag abgestimmt worden).

Zahlreiche Betreuungsstellen wiesen telefonisch oder schriftlich darauf hin, dass ihnen bisher die notwendige Datenbank fehle oder dass die Amtsgerichte sie nicht, wie im Gesetz vorgesehen, infor-

mieren. Manchen war die Erhebung Anlass, sich um die Anlage einer Datenbank zu bemühen.

Für das Jahr 1998 liegen derzeit verwertbare Daten zur PsychKG-Praxis von 70%, zur betreuungsrechtlichen Praxis von 19% der Kreise und kreisfreien Städte vor. Nach verschiedenen Rückmeldungen ist mit weiterem Zugängen zu rechnen.

Im Einzelnen geben die Tabellen am Ende dieses Kapitels einen Überblick über die Mitwirkung an der Erhebung.

Für die Erfassung der kommunalen Daten und die Erstellung der statistischen Berichte wurde auf der Basis von Microsoft Access eine Datenbank erstellt. Mit ihrer Hilfe können dem aktuellen Dateneingang entsprechend jederzeit statistische Berichte abgefasst werden.

## **Erfahrungen im Verlauf des Projekts**

Insbesondere in den ersten Wochen nach der Aussendung kam es häufiger zu Rückfragen aus den angesprochenen Ämtern. In der Regel ließ sich dabei eine konstruktive Einstellung der angesprochenen örtlichen Behörden gegenüber der Erhebung feststellen. Interesse an den Ergebnissen der Erhebung und auch an einer regelmäßigen Fortführung einer solchen Berichterstattung wurde öfter ausdrücklich bekundet.

Einige der angesprochenen Gesundheitsämter erweckten allerdings den Eindruck, dass sie sich ihrer Rolle noch nicht sicher sind, die das ÖGD-Gesetz im Hinblick auf die Aufgabe Gesundheitsberichterstattung für sie vorsieht. So gaben manche zwar, um unserer Bitte zu entsprechen, die Bögen an die Betreuungs- bzw. Ordnungsbehörden weiter, schienen aber in einer solchen Datenerhebung keine *Aufgabe in eigener Zuständigkeit* zu sehen. Oder sie

sahen ihre Zuständigkeit nur insoweit, als das PsychKG die Gesundheitsämter in Zusammenhang mit den Hilfen und Maßnahmen nach § 9 anspricht.- Eine Episode am Rande, geeignet, die Anfangsschwierigkeiten mit dem neuen ÖGD-Gesetz zu illustrieren: Unser vom Hauptamt an das städtische Gesundheitsamt weiter geleitetes Schreiben an die „Untere Gesundheitsbehörde“ der Stadt, wurde von dieser mit dem Vermerk „Irrläufer“ an die städtische Poststelle zurückgeschickt, so dass es mit dem Stempel „Empfänger nicht Stadt X“ wieder an den Absender zurückging. In zwei Fällen zeigten sich kommunale Ämter während der zweiten Erhebung erstaunt darüber, dass der Projektleitung die Daten des Jahres 1997 bekannt waren; sie baten um Mitteilung, wer bei ihnen diese Daten ermittelt habe.

Die Perspektive Gesundheitsberichterstattung kam vor allem in solchen Kommunen zum Tragen, in welchen die Funktion einer Koordinierungsstelle für die psychiatrische bzw. psychosoziale Versorgung mit besonderen Fachkräften wahrgenommen wird. Aus dem Kreis der Psychiatriekoordinatoren kam in der Regel eine recht konsequente Unterstützung der Erhebung. Sie setzten sich auch dafür ein, dass sich die Betreuungsstellen in der Lage sahen, eine geeignete Datenbank anzulegen.

Hinsichtlich der Erhebung zum Betreuungsrecht war, wie bereits dargestellt, aufgrund der Situation vieler Betreuungsbehörden von vornherein mit Problemen zu rechnen. Die Rückmeldungen zeigten dann auch, dass einem Teil der Betreuungsbehörden die notwendige Ausstattung fehlt, um ihre Aufgaben im Hinblick auf das örtliche Betreuungswesen hinreichend wahrnehmen zu können. Einem Teil scheint immer noch die notwendige EDV-Ausstattung zu fehlen. Manche Betreuungsbehörde ist in Gestalt einer Halbtagskraft tätig. Häufiger klagten Betreuungsstellen über ungenügende Unter-



stützung durch übergeordnete Dienststellen und die Amtsgerichte. Ein Teil der Vormundschaftsgerichte scheint seinen Berichtspflichten gegenüber den Betreuungsstellen gemäß dem Gesetz über die Freiwillige Gerichtsbarkeit (FGG) immer noch unzureichend nachzukommen. Die Ausstattungsprobleme scheinen insbesondere in Kreisen zu bestehen, in denen sich eine größere Zahl (bis zu *sieben!*) örtlicher Betreuungsstellen die für das Betreuungswesen im Kreis vorhandenen Ressourcen teilen.

Einige Betreuungsbehörden gaben Anregungen zur Weiterentwicklung einer landeseinheitlichen Datenerhebung oder bekundeten ihr Interesse an einer diesbezüglichen überörtlichen Zusammenarbeit. Nicht alle, aber doch ein wesentlicher Teil der Betreuungsstellen betrachtet eine solche Datenerhebung als eine Aufgabe im Rahmen ihrer eigenen Zuständigkeit gemäß Betreuungsbehördengesetz.

Zumindest in den Kreisen, in denen mehr als eine Betreuungsbehörde existiert, kann dennoch auf eine Mitwirkung der laut ÖGD-Gesetz des Landes für die Gesundheitsberichterstattung zuständigen Gesundheitsämter an einer solchen Datenerhebung nicht verzichtet werden. Denn die Betreuungsbehörden der Kreise sind nicht für solche Kommunen im Kreis zuständig, welche sich über eine eigene Betreuungsbehörde leisten. In diesen Fällen kommt für die Berichterstattung über die Situation im *gesamten* Kreis nur die Gesundheitsbehörde in Betracht.

### 3. Ergebnisse der Erhebung

Auf eine Wiedergabe der absoluten Zahlen, wie sie von den einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften mitgeteilt worden sind, wird hier überwiegend verzichtet, da sie in ihrer Fülle kaum lesbar sind. Sie stehen jedoch zur Verfügung. Stattdessen haben wir die meisten Daten in Anteile umgerechnet. Soweit die Bezugsgröße die Gesamteinwohnerzahl (nach den Angaben des Statistischen Landesamtes) ist, wird von Quoten je 1000 Einwohner gesprochen.

Eine synoptische Darstellung der Daten geben die Berichte 1997/A, 1997/B, 1997/C, 1998/A, 1998/B und 1998/C.

Bei den Daten zur PsychKG-Anwendung wird neben der Quote *aller* Unterbringungen nach PsychKG als eine weitere Rechengröße eine Quote mitgeteilt, die nur die Personen berücksichtigt, die in der gleichen Gebietskörperschaft leben („Gebietspersonen“, siehe Spalte 9 der Berichtsbögen A). Der Sinn dieser Rechengröße ist folgender: Wenn psychiatrische Krankenhäuser, zu deren Versorgungsgebiet noch benachbarte Kreise und Städte gehören, Unterbringungszeugnisse für Patienten aus diesen Gebieten ausstellen, ist das Ordnungsamt des Krankenhausortes zuständig. Dies hat zur Folge, dass Kommunen, in denen sich diese psychiatrischen Krankenhäuser befinden, zwangsläufig eine höhere Unterbringungsquote nach PsychKG aufweisen. Mit Hilfe der Unterbringungsquote der „Gebietspersonen“ wird dieser verzerrende Effekt teilweise aufgehoben. Bei den betreuungsrechtlichen Unterbringungen ist eine solche rechnerische Korrektur nicht erforderlich, da immer die Betreuungsbehörde des Heimatortes der betroffenen Person zuständig bleibt. Allerdings weisen Kommunen, in denen sich große Behin-

derteneinrichtungen mit überregionalem Einzugsgebiet befinden, zurecht darauf hin, dass die Bewohner dieser Einrichtungen dort ihren Wohnsitz erhalten, sodass sich hieraus höhere Quoten rechtlich betreuter Personen und betreuungsrechtlicher Unterbringungen für diese Kommune ergeben können. Allerdings ist der psychiatriepolitische Grundsatz der stationären Versorgung auf dem Gebiet des eigenen Kreises oder der eigenen Stadt in Nordrhein-Westfalen inzwischen soweit verwirklicht, dass „gemeindeferne“ Versorgung für die Erklärung der gefundenen interkommunalen Differenzen insgesamt keine maßgebende Rolle spielen dürfte.

Einen Überblick über die PsychKG-Anwendungspraxis im Verlauf der letzten Jahre gibt eine Tabelle, die mit Daten für die Jahre 1995 und 1996 angereichert sind, welche für die Arbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrische Dienste in NRW e. V. ermittelt wurden.

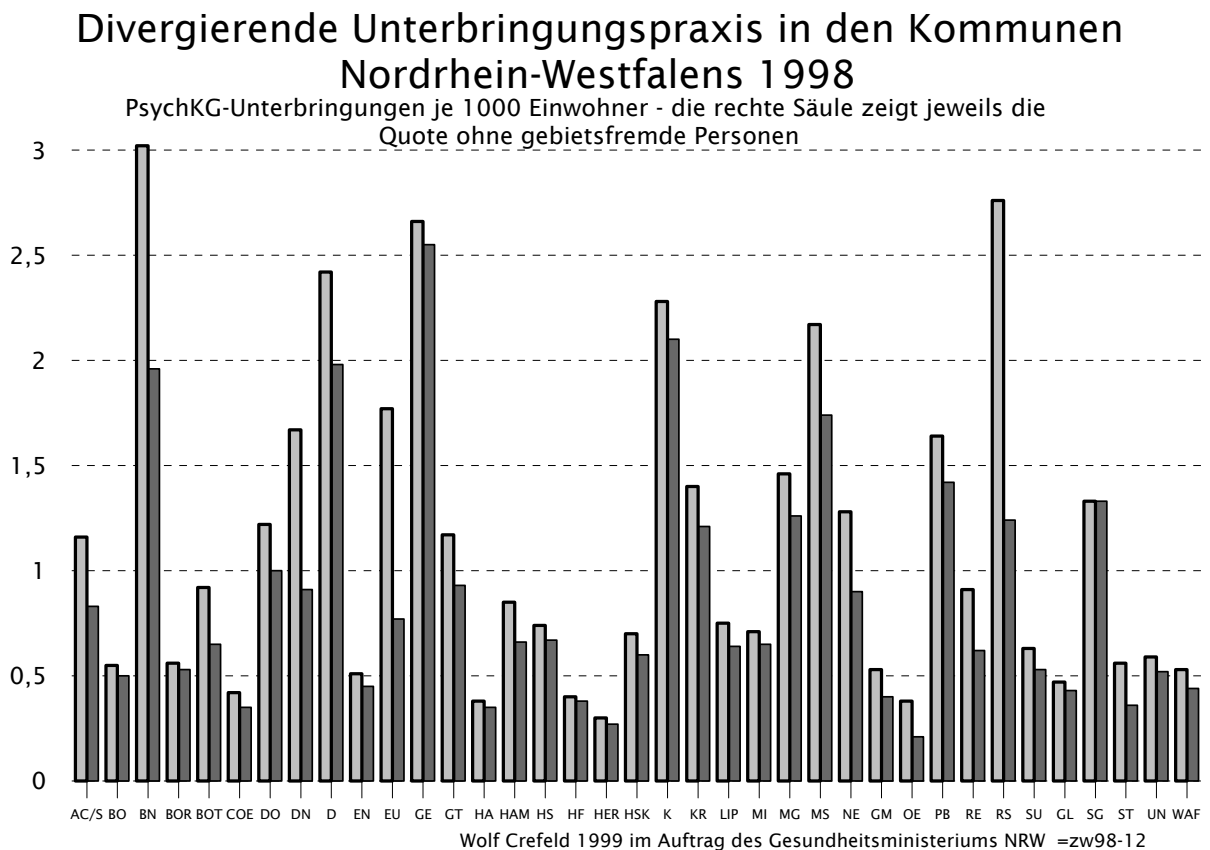
Datenblätter über die einzelnen Kreise und kreisfreie Städte sind aus Gründen der Handhabbarkeit des Berichts im Anhang zusammengefasst.

## 4. Was zeigen die Daten?

Im Folgenden sollen einige Beobachtungen an den Daten näher betrachtet werden.

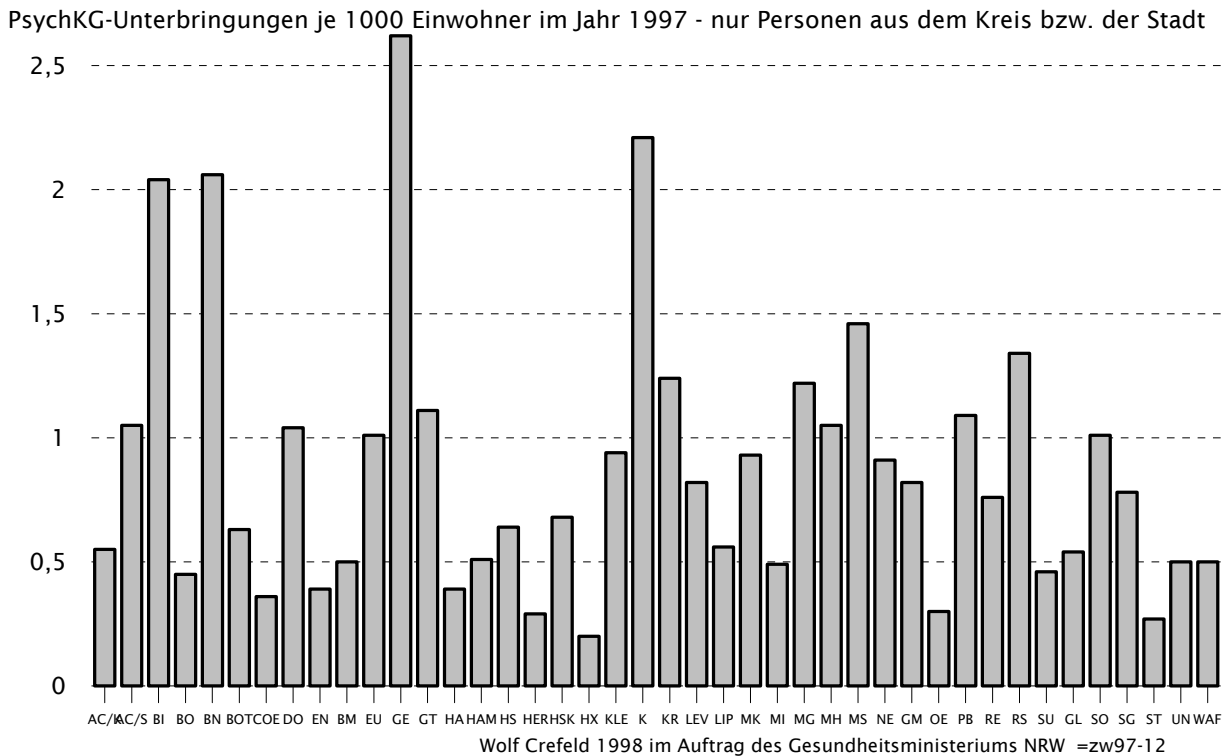
### Interkommunale Differenzen bei der Häufigkeit der Anwendung des Unterbringungsrechts

Die Quoten der PsychKG-Unterbringungen (Unterbringungen je 1000 Einwohner) differieren zwischen den Kommunen außerordentlich: 1997 zwischen 0,27 % und 3,41 %. 1998 zwischen 0,30 % und 3,02 %. Eine gewisse Verzerrung des Bildes ergibt sich dadurch, dass Kommunen, in denen psychiatrische Kliniken die stationäre Versorgung für die Bevölkerung benachbarter Gebietskörper-



schaften wahrnehmen, aufgrund zwangsweiser Zurückhaltungen<sup>3</sup> von Patienten durch die Klinik eine höhere Unterbringungsquote aufweisen. Denn PsychKG-Unterbringungen, welche durch die Kli-

### Divergierende Unterbringungspraxis in den Kommunen Nordrhein-Westfalens 1997

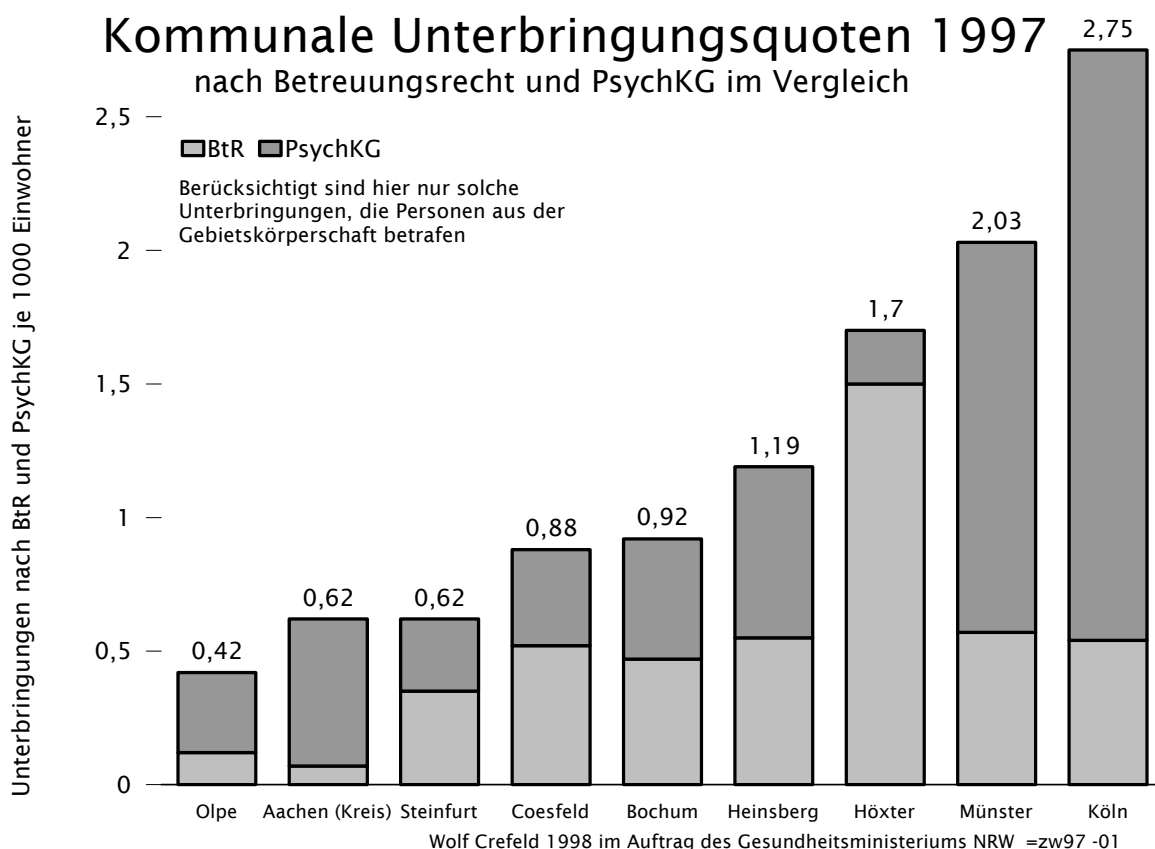


nik selbst initiiert werden, fallen in die Zuständigkeit der Ordnungsbehörde des Klinikortes, sodass zwangsläufig hier höhere Unterbringungsquoten entstehen, wenn in der örtlichen Klinik relativ viele Patienten von außerhalb der Gebietskörperschaft des Klinikortes behandelt werden. Aber auch wenn die nicht zur Kommune gehörenden Personen abgezogen werden („Quote der Gebietspersonen“), ergeben sich beträchtliche interkommunale Unterschiede. So schwanken die Unterbringungsquoten nach Abzug der gebietsfremden Personen 1997 immer noch zwischen 0,2 ‰ und

<sup>3</sup> Als zwangsweise Zurückhaltungen bezeichnet man solche Unterbringungen, die erst während des Krankenhausaufenthaltes in die Wege geleitet werden; in diesen Fällen ist stets die Ordnungsbehörde des Krankenhauses für die Unterbringung zuständig; hier wird dann auch die Unterbringung gezählt.

2,62 ‰, 1998 zwischen 0,12 ‰ und 2,55 ‰, d. h. in einigen Kommunen wird mehr als zehnmals häufiger nach PsychKG untergebracht als an anderen.

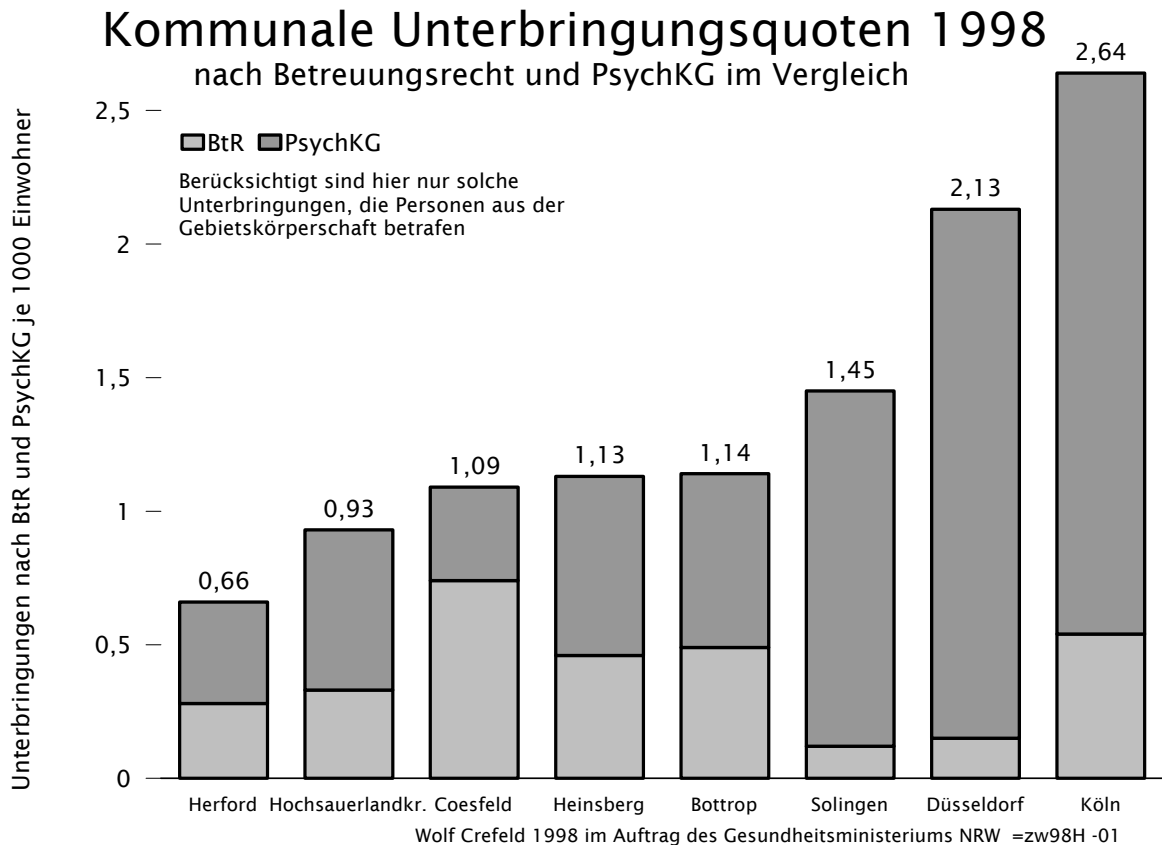
Mit den hier vorgelegten Daten kann erstmals gezeigt, dass die betreuungsrechtlichen Unterbringungen örtlich ähnlich stark diffe-



rieren wie die nach dem PsychKG. Für das Jahr 1997 ergibt sich eine Spannweite von 0,07 ‰ bis 1,50 ‰ und für 1998 von 0,12 ‰ und 0,74 ‰, wobei von der Kommune mit der Quote von 1,5 ‰ im Vorjahr noch keine Daten für 1998 vorliegen.

Fasst man die Unterbringungsquoten nach Bundes- und Landesrecht zusammen, so führt dies keineswegs zu einer Nivellierung der interkommunalen Differenzen. Es ergeben sich vielmehr Gesamtunterbringungsquoten (ohne Berücksichtigung der nicht im Gebiet wohnenden Personen) von 0,43 ‰ bis 2,75 ‰ im Jahr 1997 und von 0,66 ‰ bis 2,65 ‰ im 1998. Die Gesamtunterbringungs-

quoten für die Gebietspersonen unterscheiden sich demnach um den Faktor sieben im Jahr 1997 bzw. vier für das folgende Jahr.



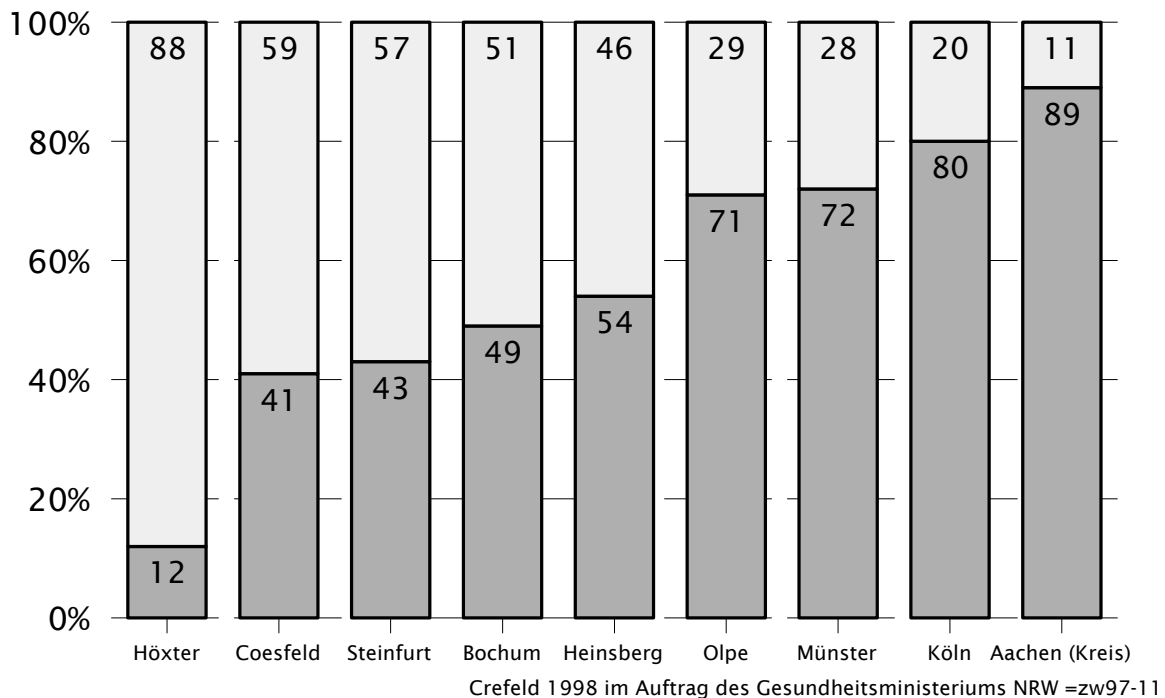
Obwohl die vorhandenen betreuungsrechtlichen Daten bisher nur eine Minderheit der nordrhein-westfälischen Kommunen repräsentieren, kann man sie als Beleg dafür nehmen, dass eine angemessene Einschätzung der örtlichen Unterbringungspraxis ohne Kenntnis der örtlichen betreuungsrechtlichen Unterbringungsdaten nicht möglich ist. Es gibt Kommunen, in denen wesentlich häufiger nach dem Betreuungsrecht, andere in denen vorzugsweise oder fast ausschließlich nach PsychKG untergebracht wird.

Wie sehr das Bild bei einem interkommunalen Vergleich verzerrt wird, wenn die betreuungsrechtlichen Unterbringungsdaten fehlen, kann ein Blick auf die Daten des Kreises Höxter veranschaulichen. Dieser Kreis fällt in der PsychKG-Statistik von 1997 durch eine be-

sonders niedrige Unterbringungsquote im landesweiten Vergleich auf (Quote der Gebietspersonen 0,20 ‰ gegenüber z. B. Köln mit 2,21 ‰). Dem steht aber eine besonders hohe Zahl betreuungsrechtlicher Unterbringungen gegenüber, die zu einer Gesamtunterbringungsquote von 1,70 ‰ führt, d. h. einer Quote, die deutlich über dem Landesdurchschnitt von 1,15 ‰ liegt.

### Prozentuale Anteile der Unterbringungen nach PsychKG und Betreuungsrecht im Vergleich

Berücksichtigt sind nur PsychKG-Unterbringungen von Personen aus dem Kreis bzw. der kreisfreien Stadt



Auch die örtlichen Quoten so genannter unterbringungsähnlicher Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB (Fesselungen, Bettgitter ohne Einwilligung der betroffenen Person u. ä.), die leider nur von wenigen Kommunen vorliegen, offenbaren mit einer Spannweite von 1,2 bis 0,08 ‰ aus gesundheitspolitischer wie auch rechtsstaatlicher Perspektive fragwürdige Unterschiede. Demnach werden im Kreis Heinsberg unterbringungsähnliche Maßnahmen – bezogen auf 1000 Einwohner – fünfzehnmal häufiger genehmigt als im Kreis Aachen. Ob dort tatsächlich solche eingreifende Maßnahmen häufiger an-



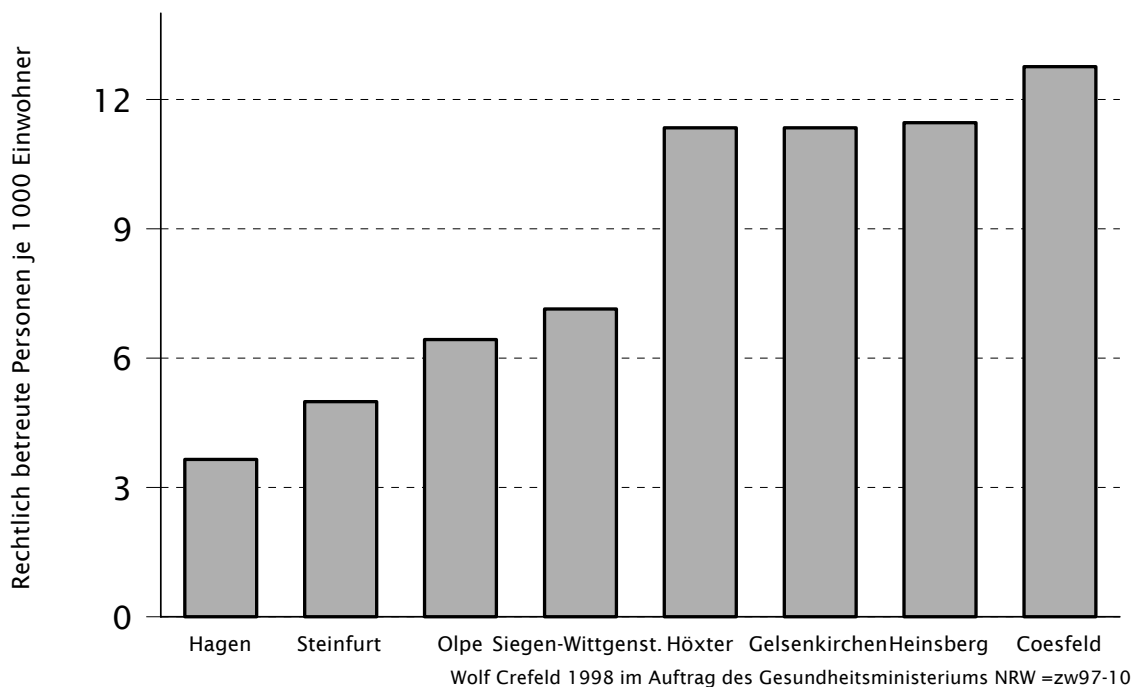
gewandt werden oder ob dort z. B. eine andere Gesetzesinterpretation vorherrscht, sollte aus der Ferne nicht beurteilt werden.

## Rechtlich betreute Personen und Unterbringungen

Von 13 Kreisen und kreisfreien Städten lässt sich für 1997 die Quote rechtlich betreuter Personen angeben. Sie schwankt zwischen 3,7 % (Hagen) und 12,8 % (Kreis Coesfeld), also um den Fak-

### Quote rechtlich betreuter Personen in verschiedenen Kreisen und kreisfreien Städten

Auswahl (größte und kleinste Werte) aus 18 Kommunen, die entsprechende Angaben machen konnten



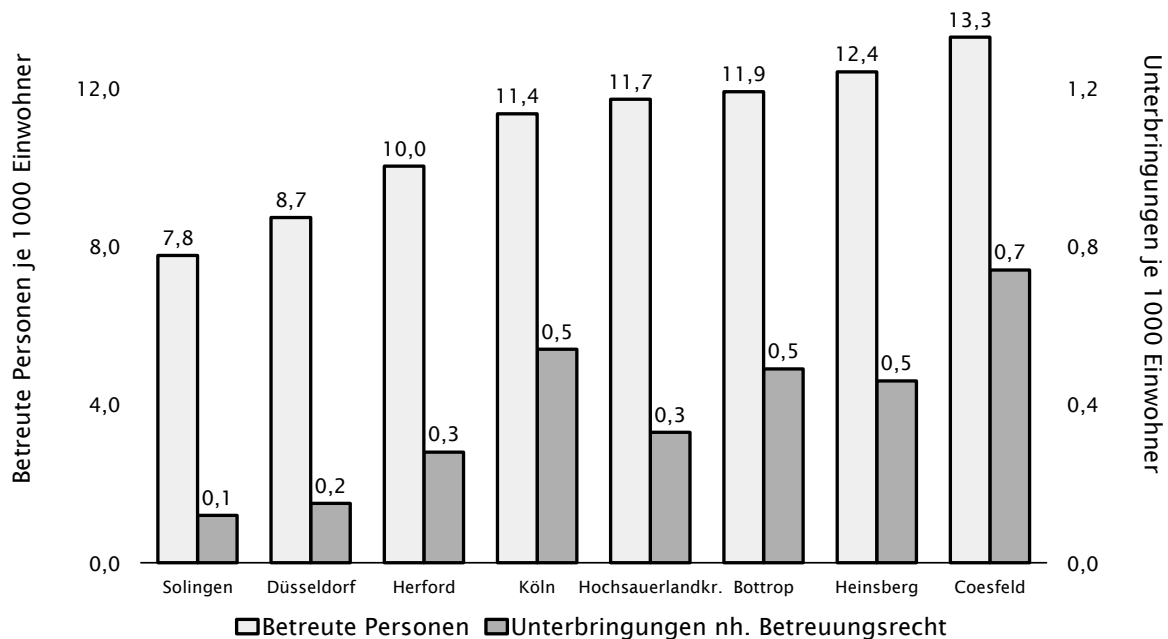
tor 3,5. Das ist zwar ein Nebenergebnis dieser auf die Unterbringungspraxis ausgerichteten Erhebung. Es zeigt aber, dass über die Unterbringungspraxis hinaus eine landesweite Berichterstattung zur Anwendungspraxis *des gesamten Betreuungsrechts von erheblicher psychiatriepolitischer Bedeutung ist.*<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Die Justizstatistik berichtet über einen starken bundesweiten Anstieg der Betreuungsfälle in den letzten Jahren, für den ein Ende noch nicht abzusehen ist. Dieser

Man sollte erwarten, dass in Gebietskörperschaften mit einer großen Zahl rechtlich betreuter Personen die Quote an Unterbringungen nach Betreuungsrecht besonders hoch ist. Wie die folgende Abbildung zeigt, ist der Zusammenhang zwischen der Höhe der Quote betreuter Personen und der Quote betreuungsrechtlicher Unterbringungen nach den vorliegenden Daten offenbar nur mäßig ausgeprägt.

### Quoten betreuungsrechtlicher Unterbringungen und betreuter Personen im Vergleich

Alle Kreise und kreisfreien Städte in NRW, die für 1998 entsprechende Angaben machen konnten



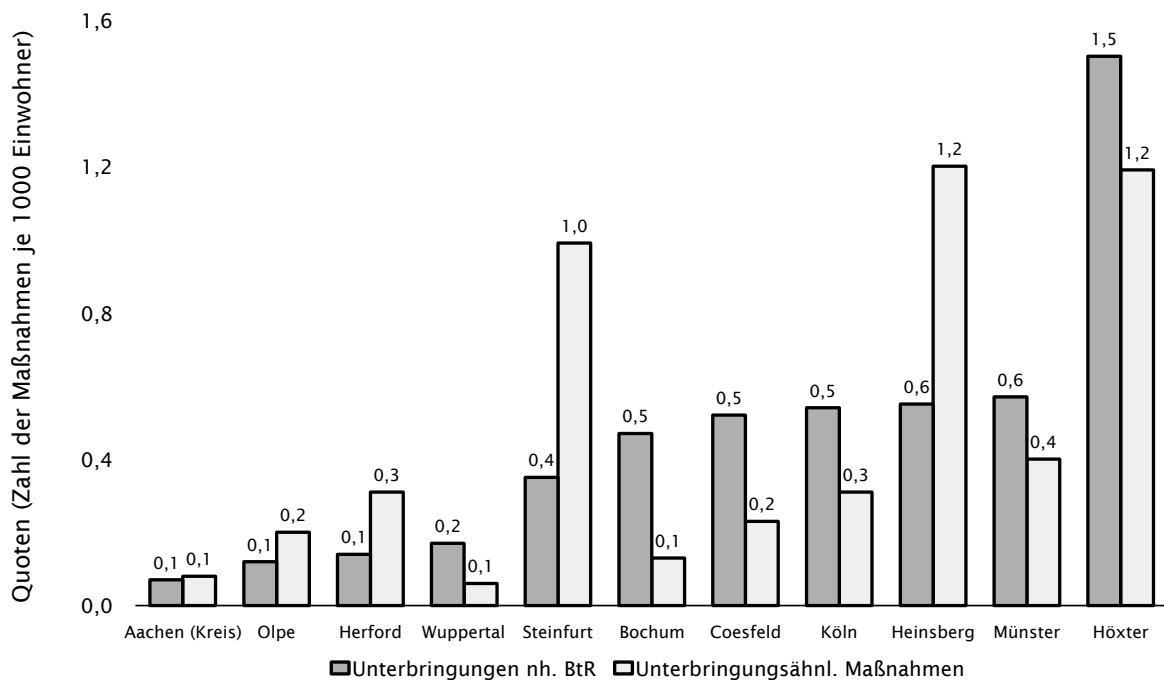
Wolf Crefeld 1999 im Auftrag des Gesundheitsministeriums NRW =zw98-03

Anstieg hat beträchtliche sozial- und gesundheitspolitische Bedeutung: Derzeit werden bereits etwa  $\frac{3}{4}$  Millionen Bundesbürger rechtlich betreut. Wenn deren Zahl weiter so stark steigt (in den 80er-Jahren berichtete die Bundesregierung noch von rund 250.000 betroffenen Personen), hätte dies erhebliche Auswirkungen auf die Infrastruktur des Betreuungswesens und letztlich auch erhebliche fiskalische Bedeutung.

Das Recht der Unterbringung durch gesetzliche Betreuer sieht die Genehmigung von Fesselungen und anderen die Bewegungsfreiheit weiter einschränkenden Maßnahmen vor; die Praxis spricht hier von „unterbringungsähnlichen Maßnahmen“. Die nachfolgende Grafik zeigt, dass zwischen beiden freiheitsentziehenden Maßnahmen kaum oder gar keine Korrelation zu bestehen scheint. Offensichtlich gibt es Regionen, in denen unterbringungsähnliche Maßnahmen häufig gerichtlich genehmigt werden. Diese sind aber nicht identisch mit den Regionen, in denen besonders häufig Unterbringungen nach dem BtR erfolgen.

### Quoten betreuungsrechtlicher Unterbringungen und unterbringungsähnlicher Maßnahmen im Vergleich

Alle Kreise und kreisfreien Städte in NRW, die für 1997 entsprechende Angaben machen konnten



Wolf Crefeld 1998 im Auftrag des Gesundheitsministeriums NRW =zw97-02

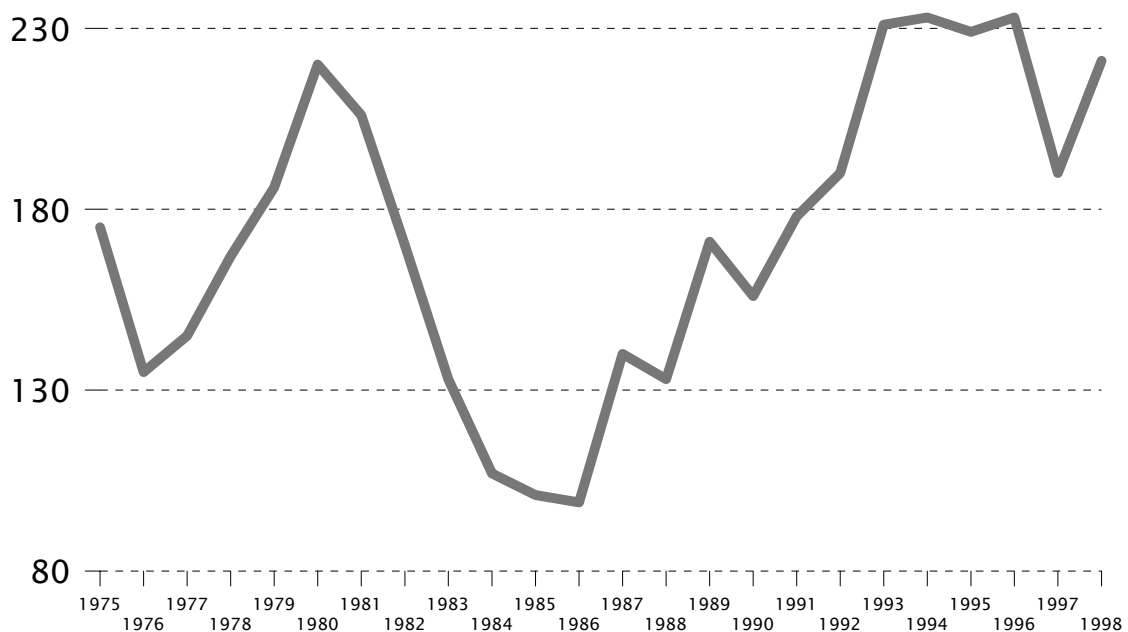
■ Betreute Personen ■ Unterbringungen nh. Betreuungsrecht

Wolf Crefeld 1999 im Auftrag des Gesundheitsministeriums NRW =zw97-03

## Veränderungen im zeitlichen Verlauf

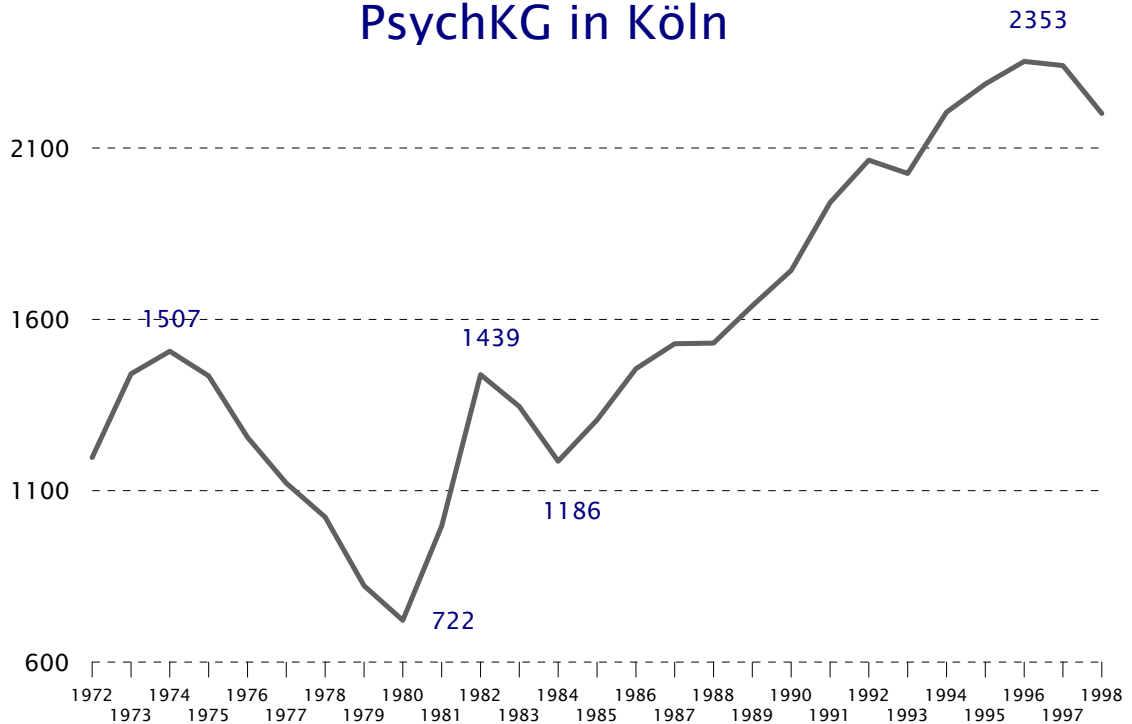
Einige kommunale Gebietskörperschaften haben freundlicherweise ihre PsychKG-Unterbringungszahlen aus früheren Jahren mitgeteilt. Die Abbildungen zeigen ein starkes Schwanken im zeitlichen Verlauf. So hatte sich in Bochum die Zahl der Unterbringungen in fünf Jahren halbiert und dann in sieben Jahren wieder verdoppelt. In Köln ist es über eine Zeitspanne von 15 Jahren zu einer Verdreifachung der Unterbringungen gekommen.

### Die Veränderlichkeit der Unterbringungen nach PsychKG von 1975 bis 1998 in Bochum



Wolf Crefeld nach Angaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes Bochum =zw98-14

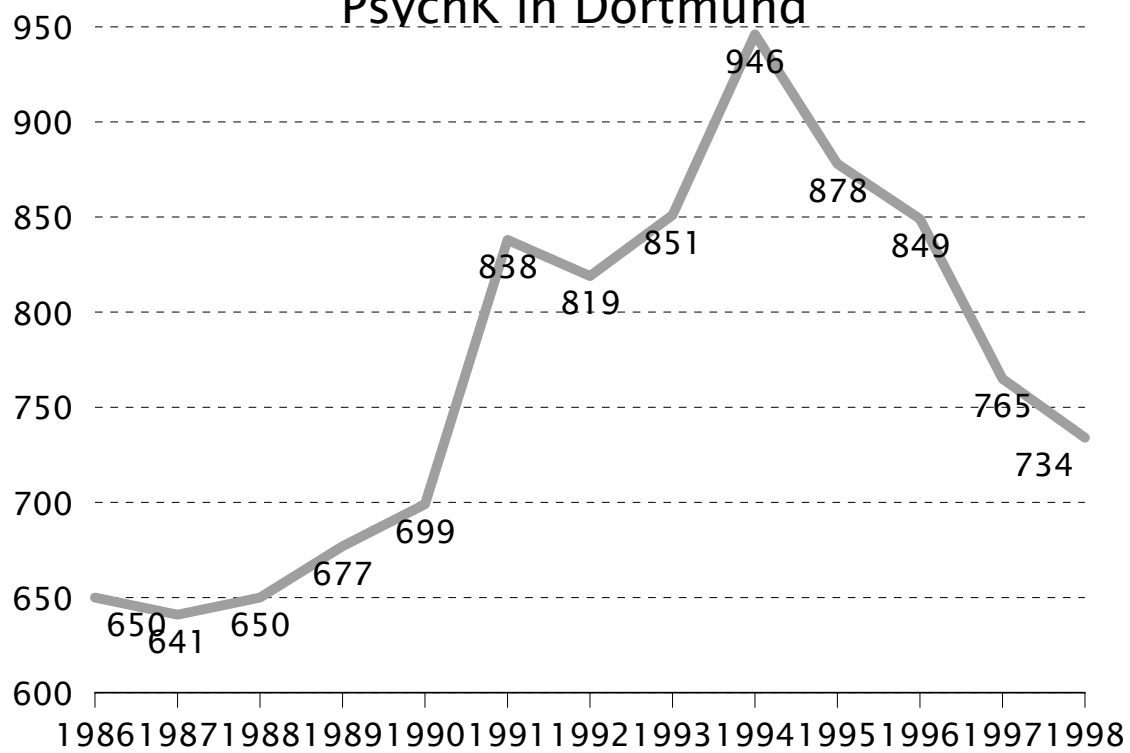
## Veränderungen der Unterbringungszahlen nach PsychKG in Köln



Crefeld nach Angaben des Gesundheitsamtes der Stadt Köln =zw98-15

Die Daten der Stadt Dortmund scheinen dabei ein eindrucksvolles Phänomen politischer Wirksamkeit von Gesundheitsberichterstattung zu offenbaren. Hier stiegen die Unterbringungszahlen bis 1994 kontinuierlich an. Damals wurde dieser Anstieg vom Gesundheitsamt der Stadt sehr offensiv und auf unterschiedlichen politischen und behördlichen Ebenen in die Diskussion gebracht. Seitdem und noch bevor es zu irgendwelchen konkreten Maßnahmen kam, sinken die Unterbringungszahlen nach PsychKG ebenso kontinuierlich.

## Veränderungen der Unterbringungshäufigkeit nach PsychK in Dortmund

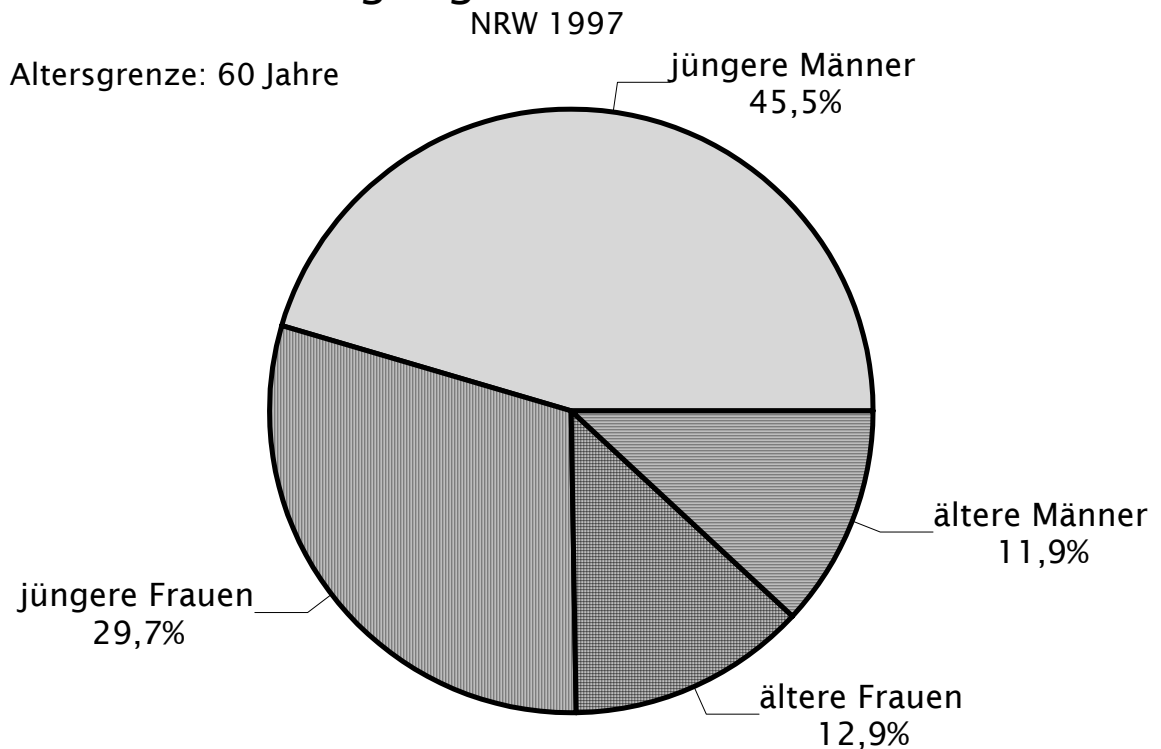


Crefeld nach Angaben des Gesundheitsamts Dortmund =zw98-13

## Alter und Geschlecht der betroffenen Personen

Betroffen von Unterbringungen nach PsychKG sind landesweit insbesondere jüngere Männer - ein auch aus der Literatur bekanntes Phänomen.

### PsychKG-Unterbringungen nach Alter und Geschlecht

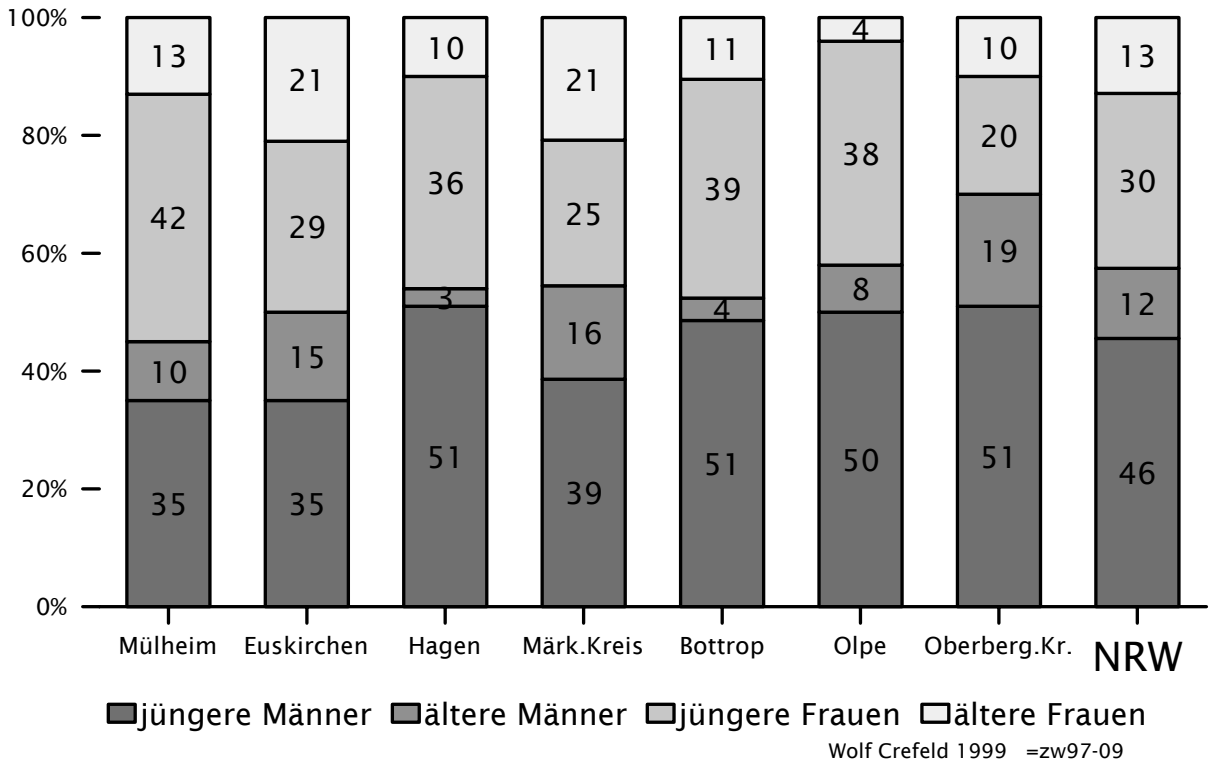


Wolf Crefeld 1999 =zw97-08

Bemerkenswert ist aber, dass sich einzelne Kommunen bezüglich Alter und Geschlecht der untergebrachten Personen vom Landesdurchschnitt deutlich unterscheiden. So zeigt die Abbildung, dass der Anteil der über 60jährigen an den nach PsychKG untergebrachten Personen zwischen 11% und 37%, bei den von einer BtR-Unterbringung Betroffenen sogar zwischen 15% und 71% schwankt. Erklärungen könnten sich hier aus den örtlichen Besonderheiten in der Versorgungsinfrastruktur ergeben.

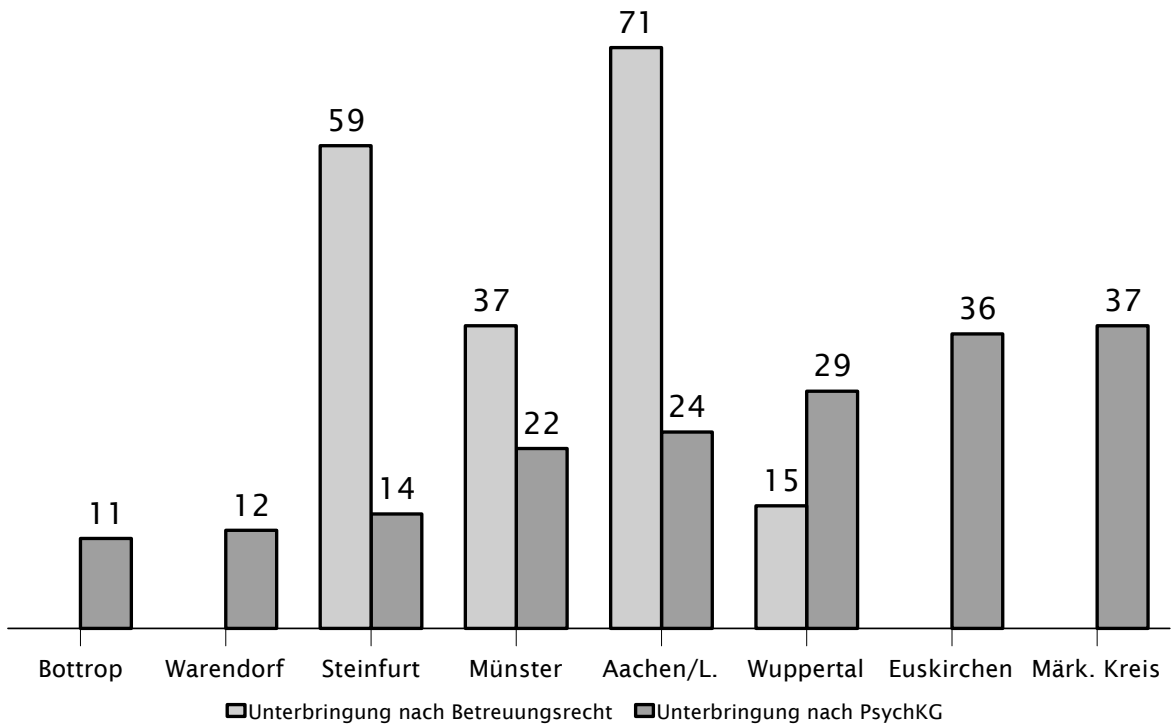
### PsychKG-Unterbringungen nach Alter und Geschlecht

Ausgewählte Gebietskörperschaften und Landesdurchschnitt 1997



### Anteil Menschen ab 60 Jahre an den untergebrachten Personen im Vergleich

Angaben in Prozent aller nach BtR bzw. PsychKG untergebrachten Personen

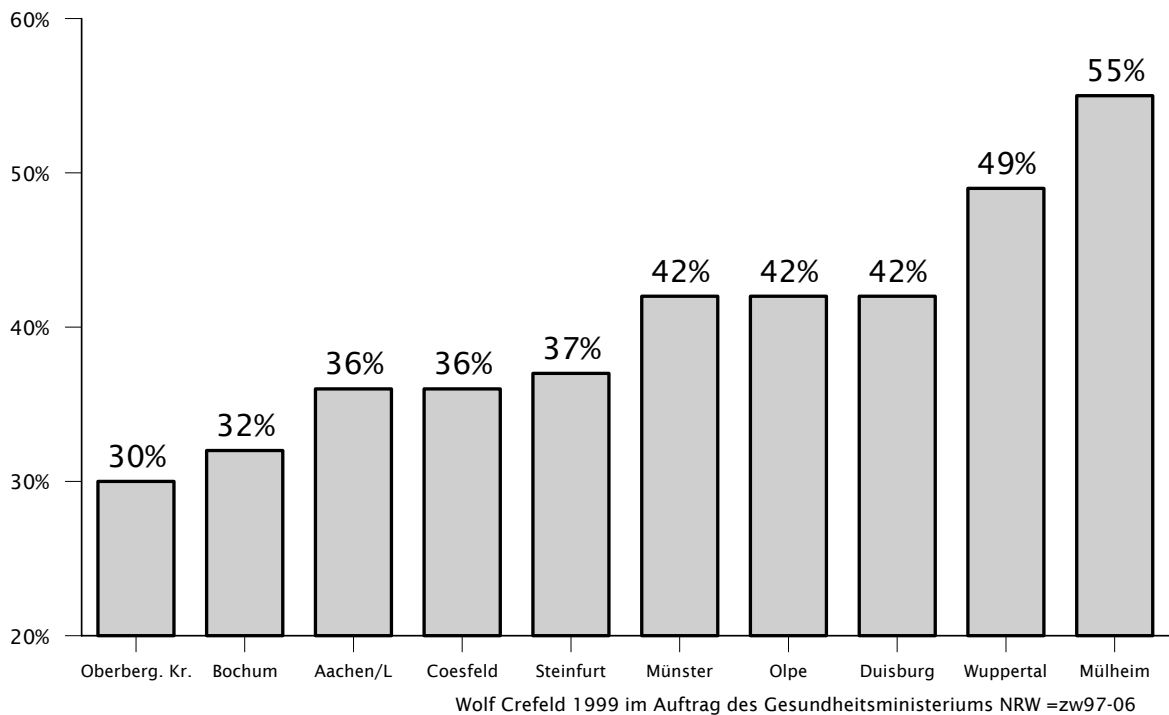




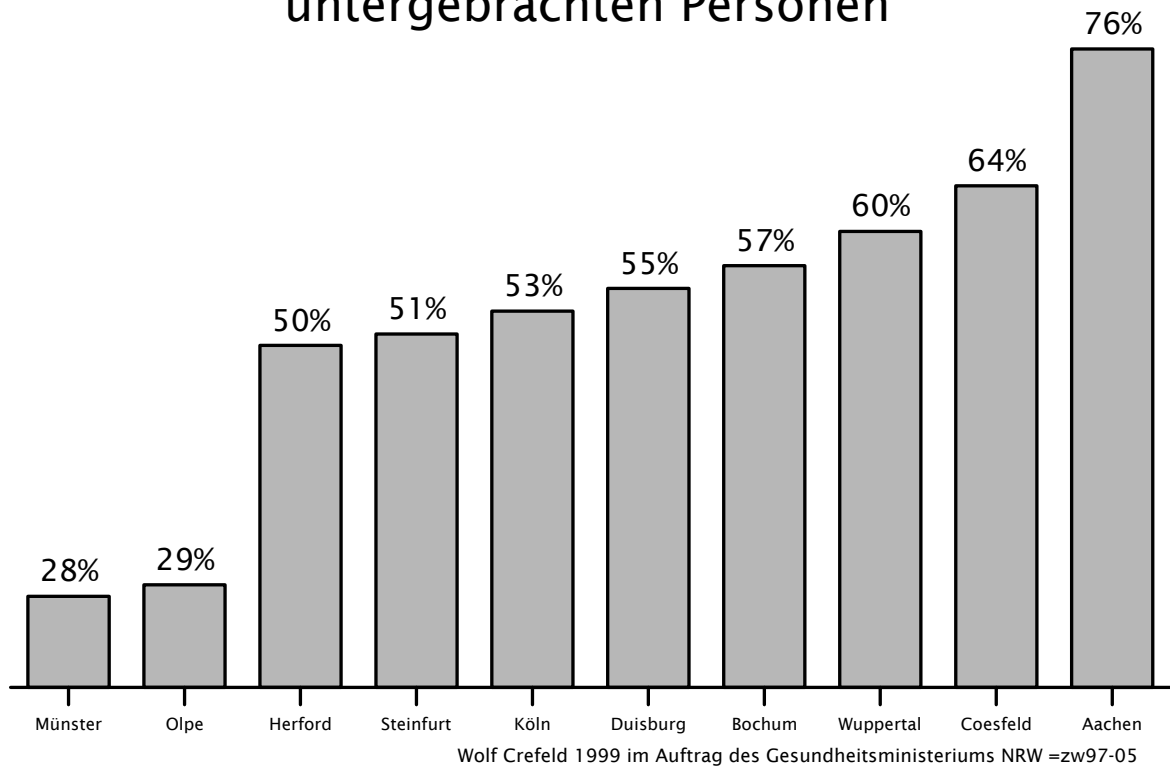
Noch stärker sind die interkommunalen Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts der untergebrachten Personen. Bei den BtR-Unterbringungen schwankt der Anteil der Frauen zwischen 28 % und 76 %, bei den PsychKG-Unterbringungen zwischen 30 % und 55 %. Für diese Differenzen gibt es bisher keine plausible Erklärung.

### Anteil Frauen an den untergebrachten Personen im Vergleich

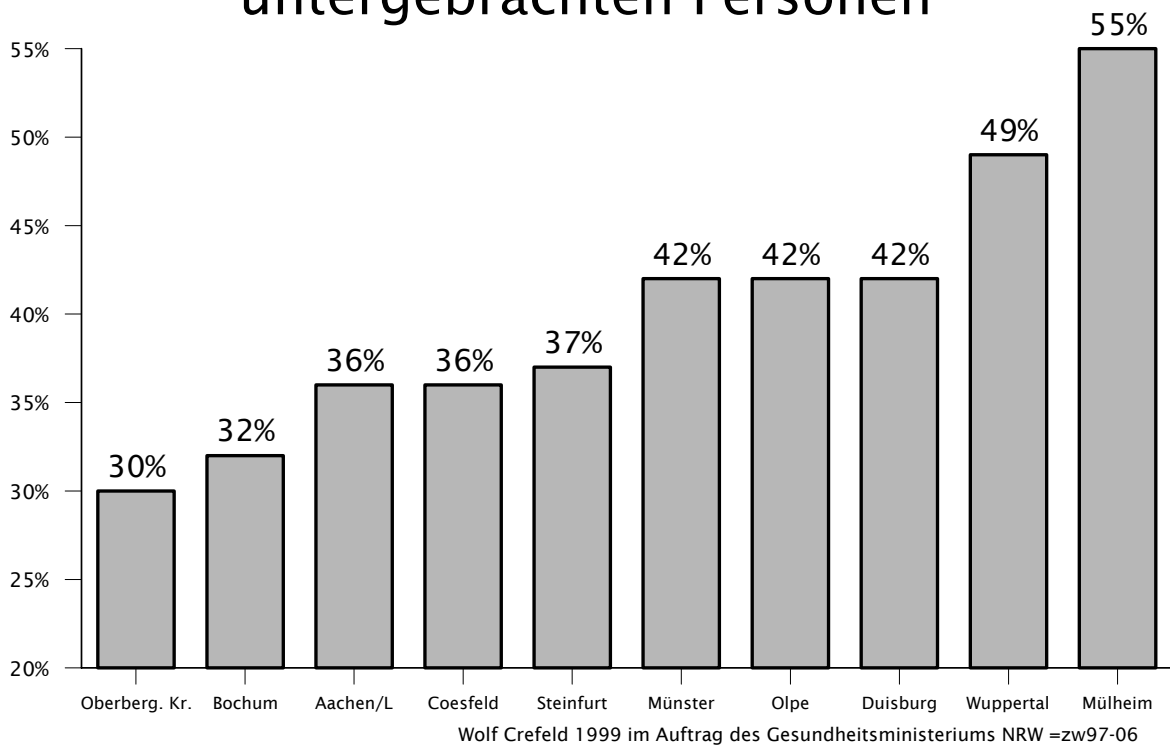
Angaben in Prozent aller nach PsychKG untergebrachten Personen



## Anteil Frauen an den nach Betreuungsrecht untergebrachten Personen



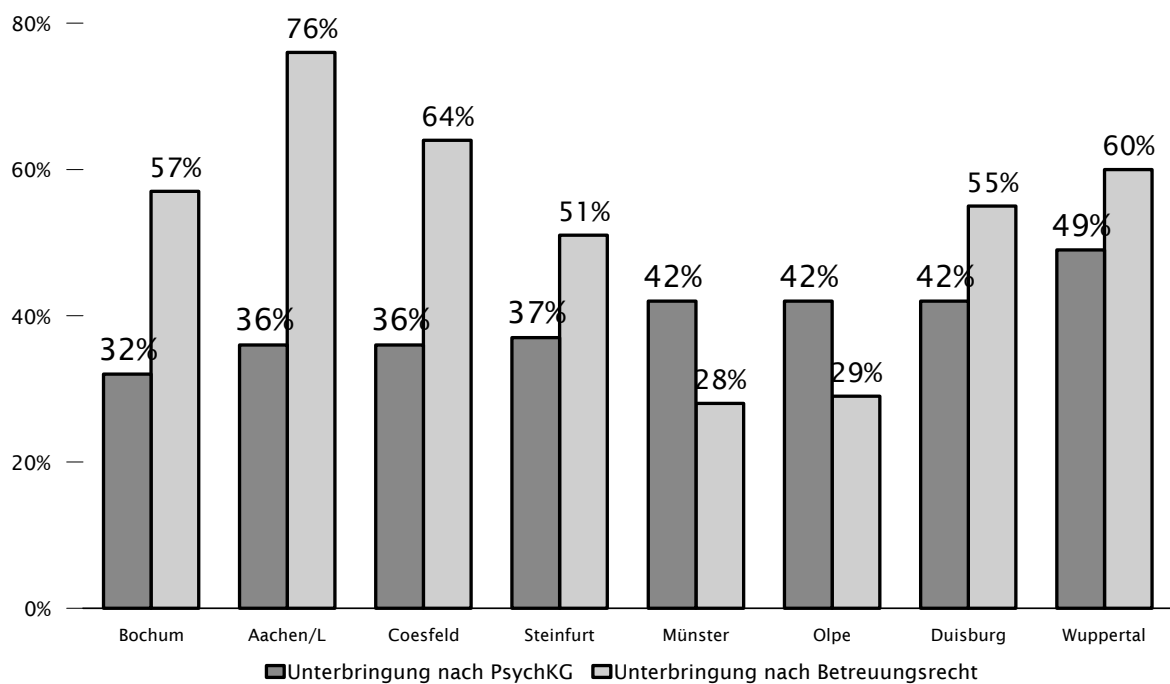
## Anteil Frauen an den nach PsychKG untergebrachten Personen



Wie die nächste Abbildung zeigt, scheint zwischen den BtR- und den PsychKG-Unterbringungen allerdings zumindest kein ausgeprägter korrelativer Zusammenhang zu bestehen. Man kann nicht sagen, dass generell in manchen Kommunen Frauen (bzw. Männer) häufiger untergebracht werden.

### Anteil Frauen an den untergebrachten Personen im Vergleich

Angaben in Prozent aller nach BtR bzw. PsychKG untergebrachten Personen

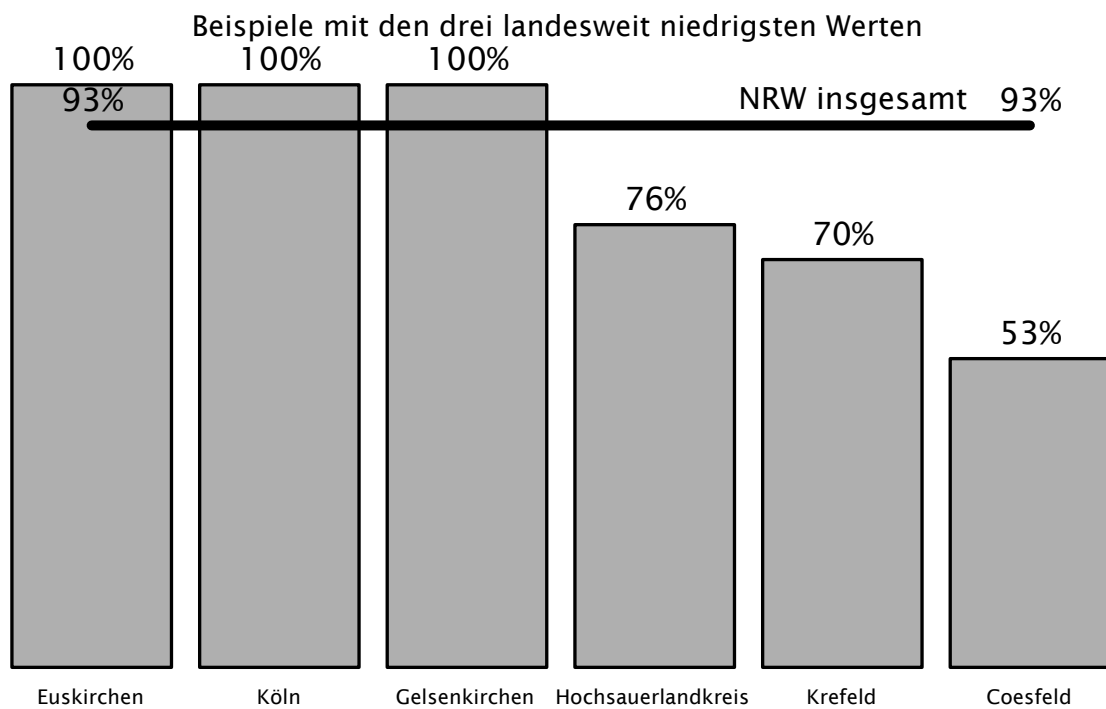


Wolf Crefeld 1999 im Auftrag des Gesundheitsministeriums NRW =zw97-04

## Das ordnungsbehördliche Verfahren der sofortigen Unterbringung

Nach dem PsychKG soll über eine Unterbringung der zuständige Richter des Amtsgerichts entscheiden. Die Unterbringung über eine Entscheidung der Ordnungsbehörde ist dagegen vom Gesetzgeber als Ausnahmefall gedacht. Tatsächlich werden aber in NRW 93 % aller PsychKG-Unterbringungen aufgrund einer Entscheidung der Ordnungsbehörde vollstreckt – in vielen Kommunen kennt man offenbar nur noch dieses Verfahren der sofortigen Unterbringung gemäß § 17 PsychKG. Die in der Grafik genannten Kreise Coesfeld

93% aller PsychKG-Unterbringungen erfolgten 1997 durch ordnungsbehördliche Entscheidung

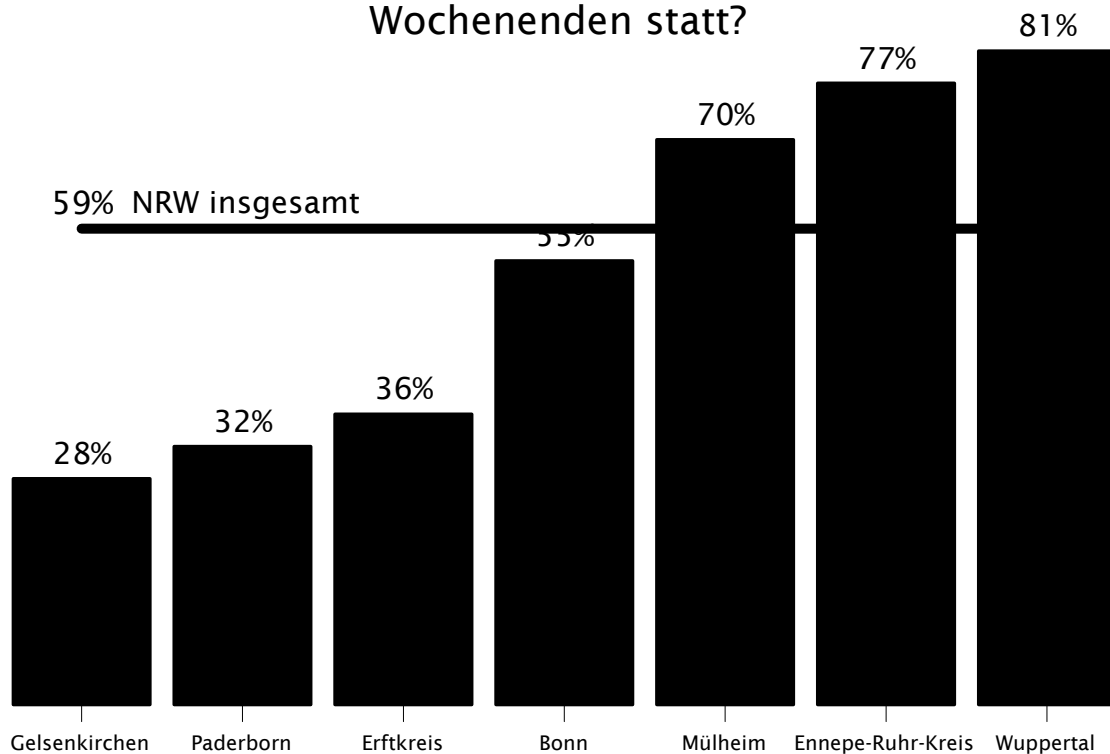


Wolf Crefeld 1999 =zw97-17

und Hochsauerlandkreis sowie die Stadt Krefeld stellen mit ihrem relativ niedrigen Anteil sofortiger Unterbringungen Ausnahmen im Lande dar.

Die meisten, nämlich 59% der PsychKG-Unterbringungen finden nachts und an Wochenenden statt – mit allerdings starken Unterschieden zwischen den Kommunen. Dies ist auch deshalb bemerkenswert, weil im Rahmen des ordnungsbehördlichen Bereitschaftsdienstes auch Verwaltungskräfte zu entscheiden haben, die in Unterbringungssituationen unerfahren sind. Gerade zu diesen Zeiten trifft der Bereitschaftsdienst dann auf Ärzte des kassenärztlichen Notfalldienstes, die in der Regel über keine psychiatrischen Erfahrungen verfügen und insofern ebenfalls wenig Problemlösekompetenz in die Situation einzubringen vermögen.

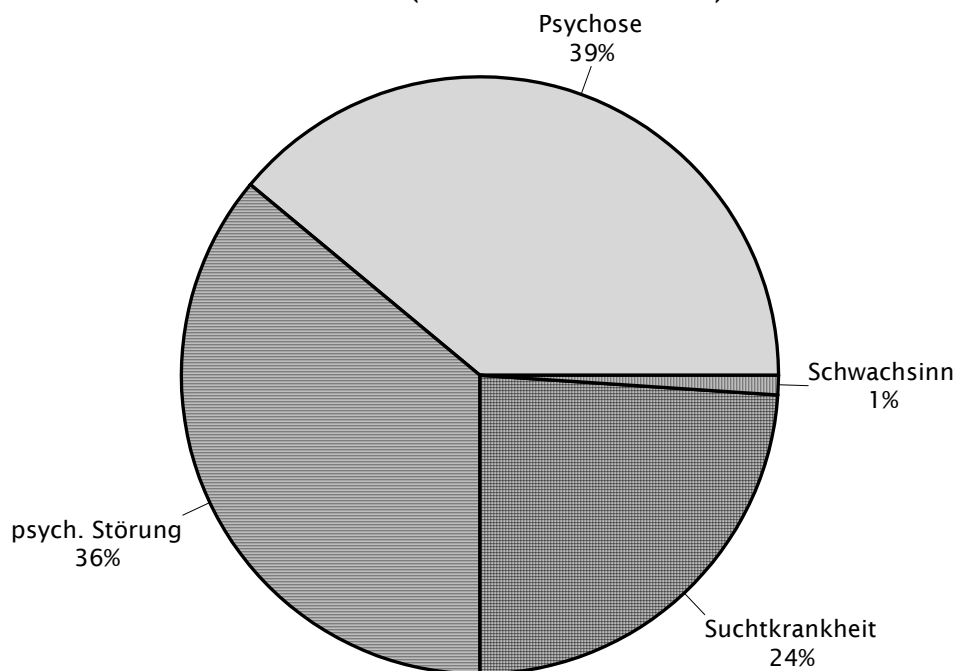
### Wieviele PsychKG-Unterbringungen finden nachts und an Wochenenden statt?



## Die Kategorien psychischer Störungen nach dem PsychKG

Das PsychKG nennt in den Unterbringungsvoraussetzungen eine Typologie psychischer Störungen: Psychose, psychische Störung mit den Auswirkungen einer Psychose, Schwachsinn und Suchtkrankheit.

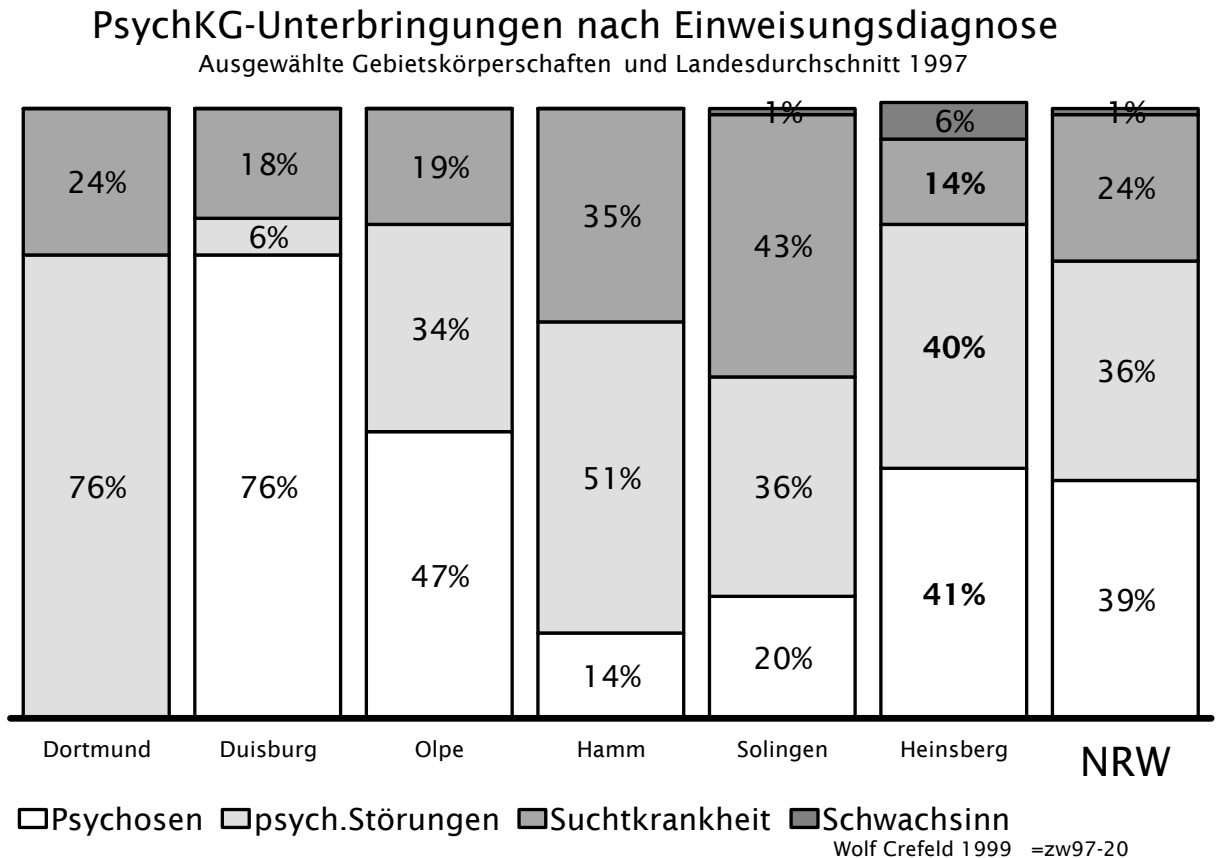
Bezeichnung der gesundheitlichen Störung im Einweisungsattest  
Nordrhein-Westfalen (85% der Kommunen) 1997



Wolf Crefeld 1999 =zw97-21

Landesweit werden die ersten beiden Kategorien etwa gleich häufig genannt, örtlich finden sie dagegen eine recht unterschiedliche Resonanz. Man kann der Auffassung sein, dass der im Gesetz vorgesehene Unterscheidung zwischen einer Psychose und einer psychischen Störung, die einer Psychose gleich steht, kein Unterschied entspricht, der juristisch relevant wäre. Insofern mögen hier interkommunale Differenzen eher unterschiedliche psychiatrische „Philosophien“ bzw. nosologische Konzepte bezüglich des Begriffs Psychose widerspiegeln. Für einzelne Kommunen scheint auch die

praktische Relevanz dieser Unterscheidung zweifelhaft zu sein, jedenfalls fällt auf, dass in einer Stadt wie Dortmund nur noch zwei Kategorien, nämlich „psychische Störung“ und Suchtkrankheit benutzt werden.

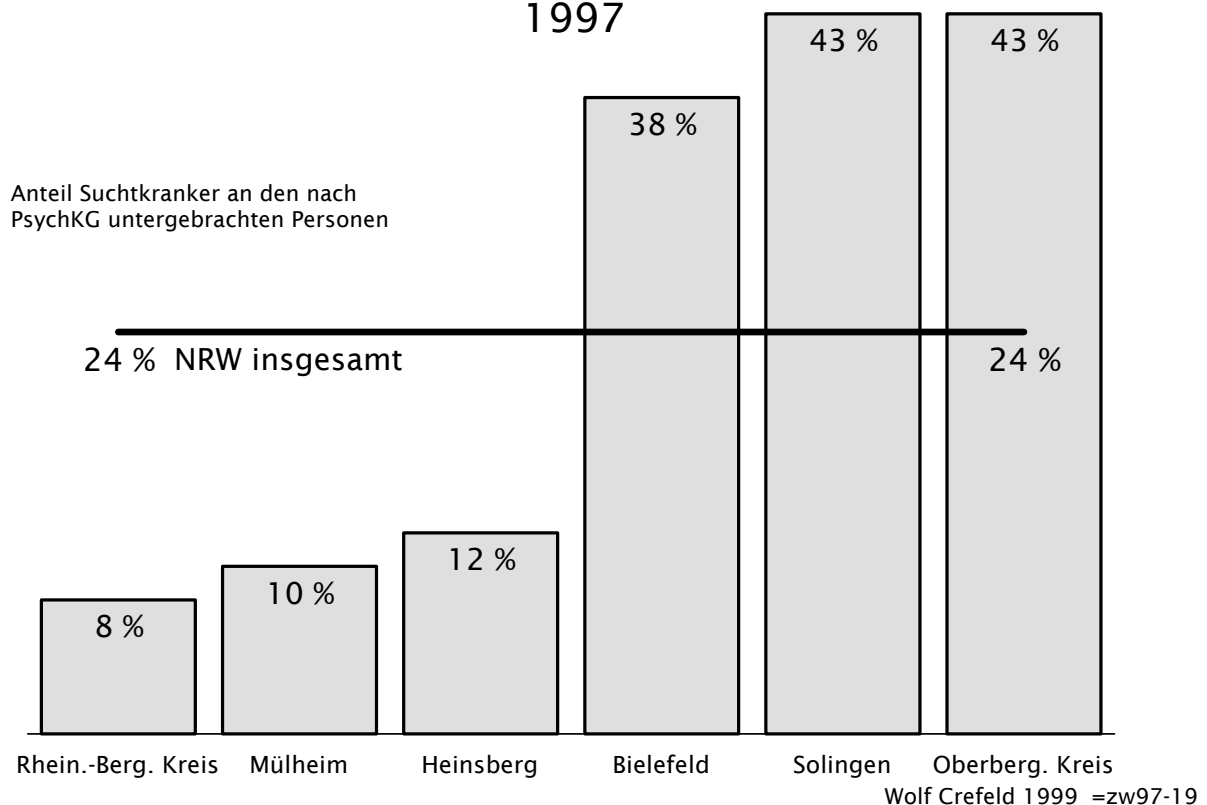


„Schwachsinn“ kommt bei einer Reihe Kommunen gar nicht mehr vor, sachlich sicher angemessen, denn eine geistige Behinderung – im Allgemeinen als Dauerzustand angesehen – kann für sich keine Begründung für die (vorübergehende) Unterbringung in einem Krankenhaus darstellen.

Bemerkenswert erscheint vor allem der stark divergierende Anteil Suchtkranker an den nach PsychKG untergebrachten Personen. Vordergründig gibt es dafür keine plausible Erklärung. Sie schwanken für 1997 zwischen 8 % und 43 %, für 1998 sogar zwischen 0 % und 47 %, ohne dass epidemiologische Gesichtspunkte oder Unterschiede in der Versorgungsinfrastruktur erkennbar wären, die sol-

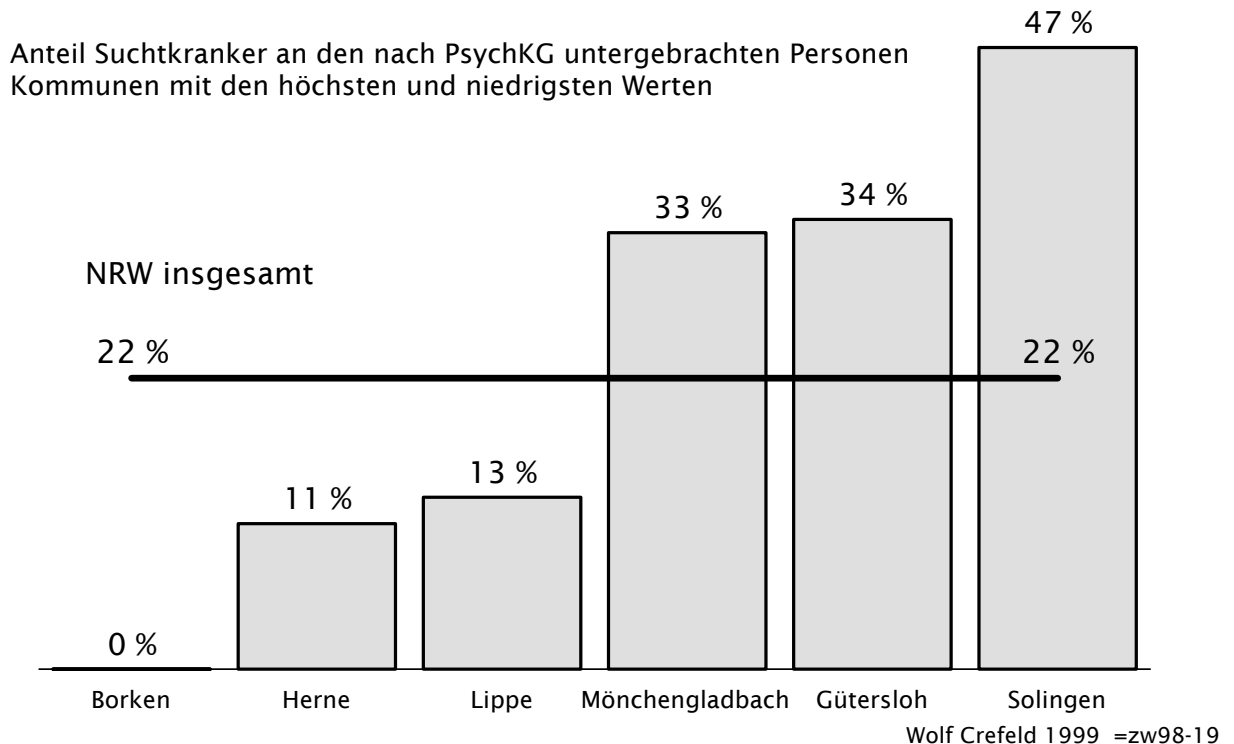
che Unterschiede erklären könnten. Interessant sind diese Befunde nicht zu letzt deshalb, weil Suchtkranke emotional stark polarisierend wirken und recht unterschiedliche Einstellungen ihnen gegenüber – auch bei Ärzten, Sozialarbeitern und Verwaltungsfachkräften - oft mit beträchtlichem Engagement in Aktionen umgesetzt werden. Die Auswirkungen solcher Einstellungsphänomene sind wohl nur einem begrenzten Maße über die Normen des Rechts und die Verfahren der Rechtsanwendung steuerbar.

### Örtlich divergierende Unterbringungspraxis bei Suchtkranken 1997





## Örtlich divergierende Unterbringungspraxis bei Suchtkranken 1998



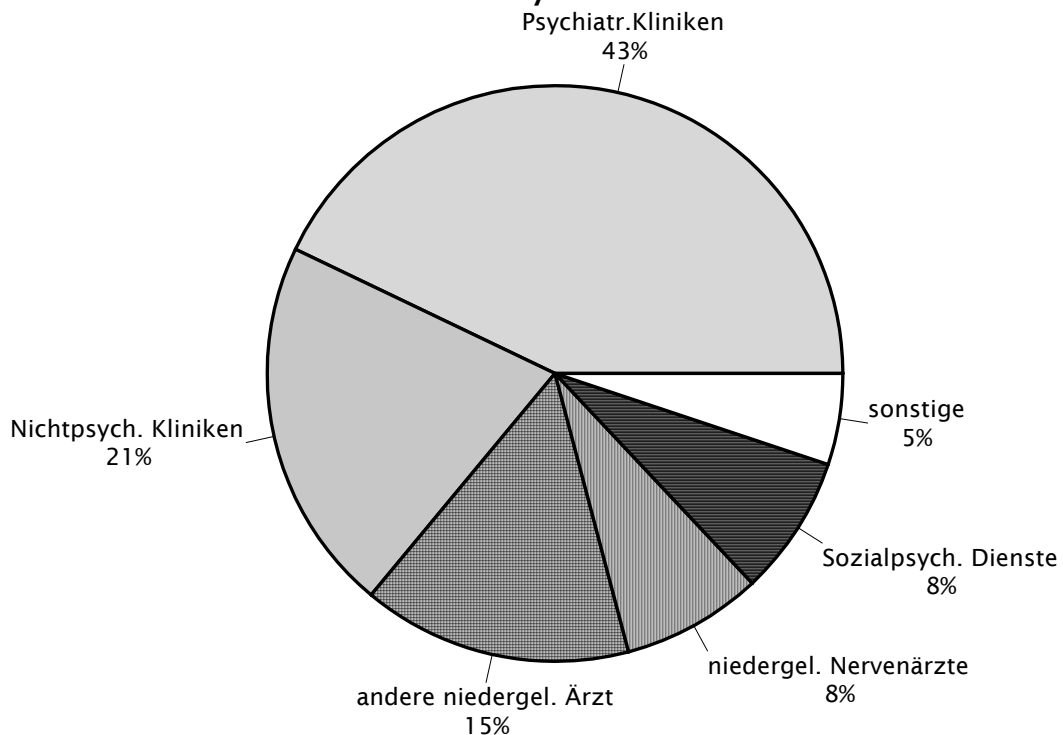
### Herkunft der ärztlichen Unterbringungsatteste

Die psychiatrische Versorgungsinfrastruktur hat sich in den letzten dreißig Jahren in Nordrhein-Westfalen grundlegend gewandelt. In der Mehrzahl aller Kommunen existiert eine psychiatrische Klinik (als Fachkrankenhaus oder Krankenhausabteilung) mit örtlichen Versorgungspflichten. Die Behandlungsdauern sind kurz, in der Regel von wenigen Tagen bis durchschnittlich vier bis sechs Wochen. Als eine Folge dieser Entwicklung hat das PsychKG im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Versorgung in erster Linie der Bewältigung von akuten Krisensituationen außerhalb psychiatrischer Krankenhäuser zu dienen.

Umso bemerkenswerter ist, dass ärztliche Atteste, die ein PsychKG-Unterbringungsverfahren in Gang setzen, in zwei Drittel aller Fälle von Krankenhausärzten ausgestellt werden. Niedergelassene Psy-

chiater – den Vorgaben des Sozialgesetzbuches V zufolge diejenigen, welche die ambulante psychiatrische Versorgung sicherzustellen haben – spielen eine insgesamt geringe Rolle.

### Welche Ärzte attestieren die Unterbringungsnotwendigkeit nach PsychKG?



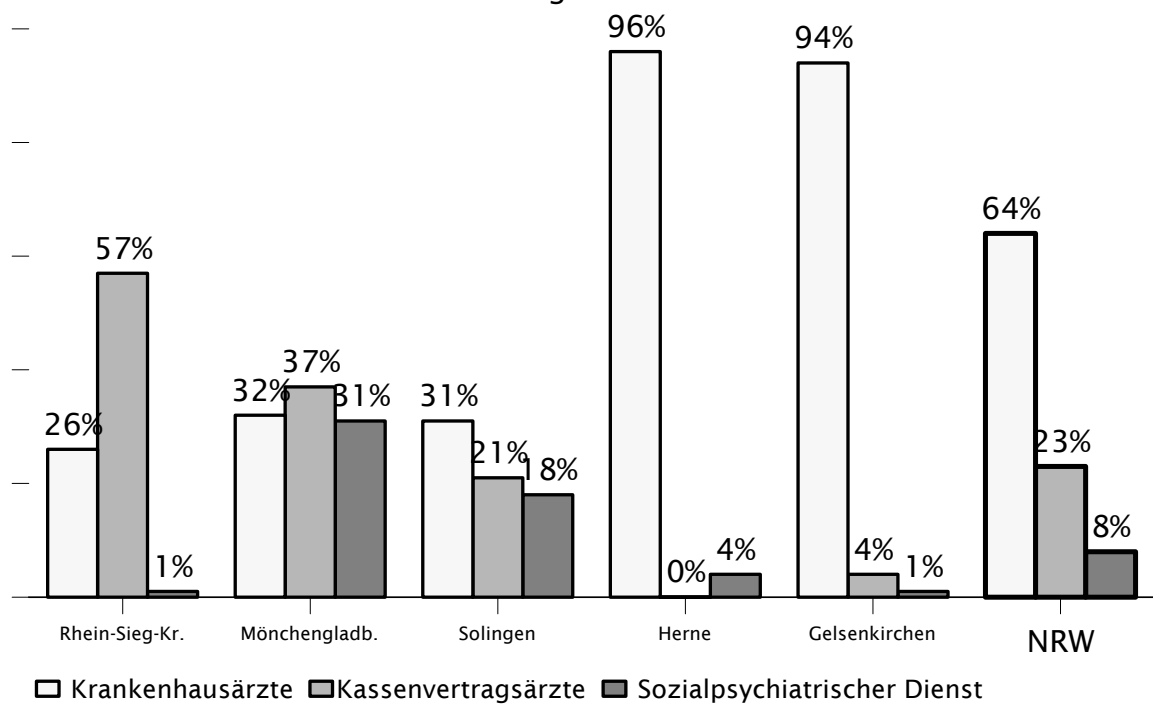
Ergebnis aus 85% der Kommunen Nordrhein-Westfalens 1997 Wolf Crefeld 1999 =zw97-22

Das Kreisdiagramm zeigt, dass es in erster Linie die Krankenhäuser sind, die im Falle solcher Krisensituationen als erste psychiatrisch intervenieren und für den ambulanten Bereich offenbar die bevorzugte Hilfeinstanz in akuten Krisensituationen darstellen. Die folgenden Grafiken zeigen, dass es allerdings eine Minderheit von Kommunen gibt, in denen ein anderes institutionelles Muster für die Reaktionen auf schwere psychosoziale Krisen festzustellen ist. Sie fallen aus dem Rahmen, wie die folgende Abbildung zeigt, sei es, dass die Mitwirkung der Kliniken deutlich geringer oder noch höher ausfällt.

Vor allem sind es psychiatrische Kliniken, welche ein Unterbringungsverfahren in Gang setzen, sei es weil die Klinik einen bereits aufgenommenen Patienten zwangsweise zurückhält oder weil sie aus dem ambulanten Bereich mangels anderer geeignet erscheinender Dienste als eine Art Kriseninterventionsinstanz in Anspruch genommen wird.

### PsychKG-Unterbringungen - meist aus Krankenhäusern?

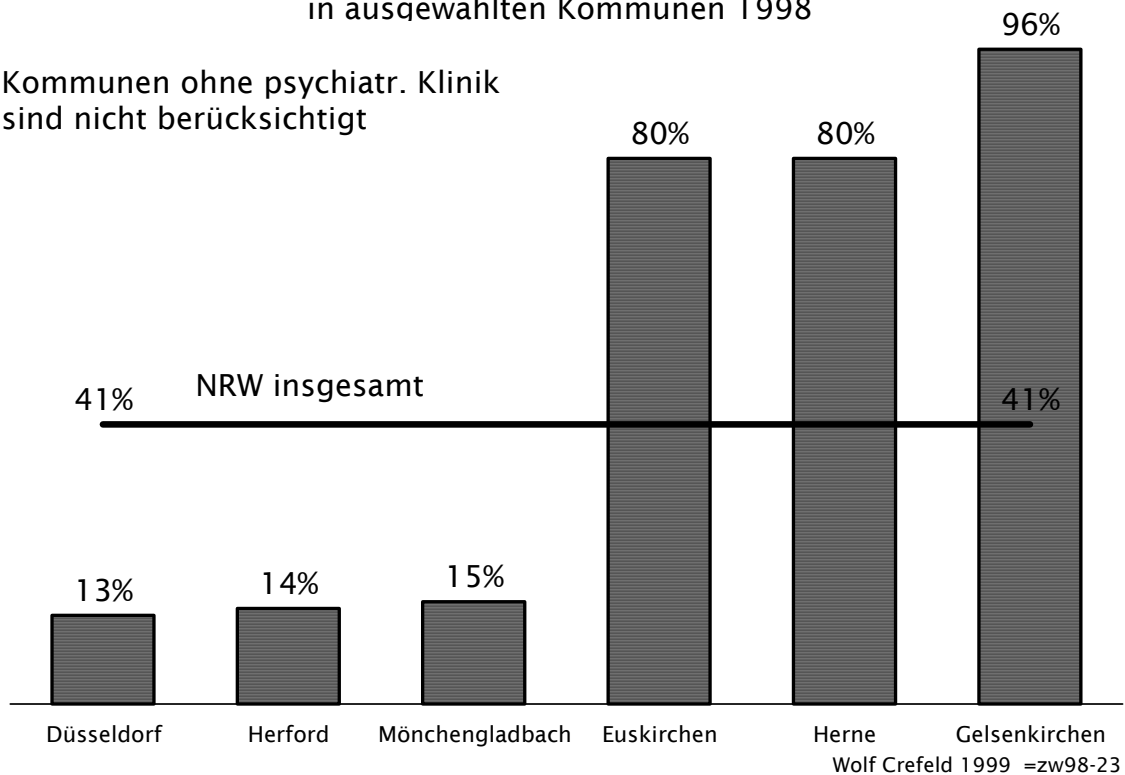
Herkunft der ärztlichen Zeugnisse in Gebietskörperschaften mit wesentl. Abweichungen vom Landesdurchschnitt



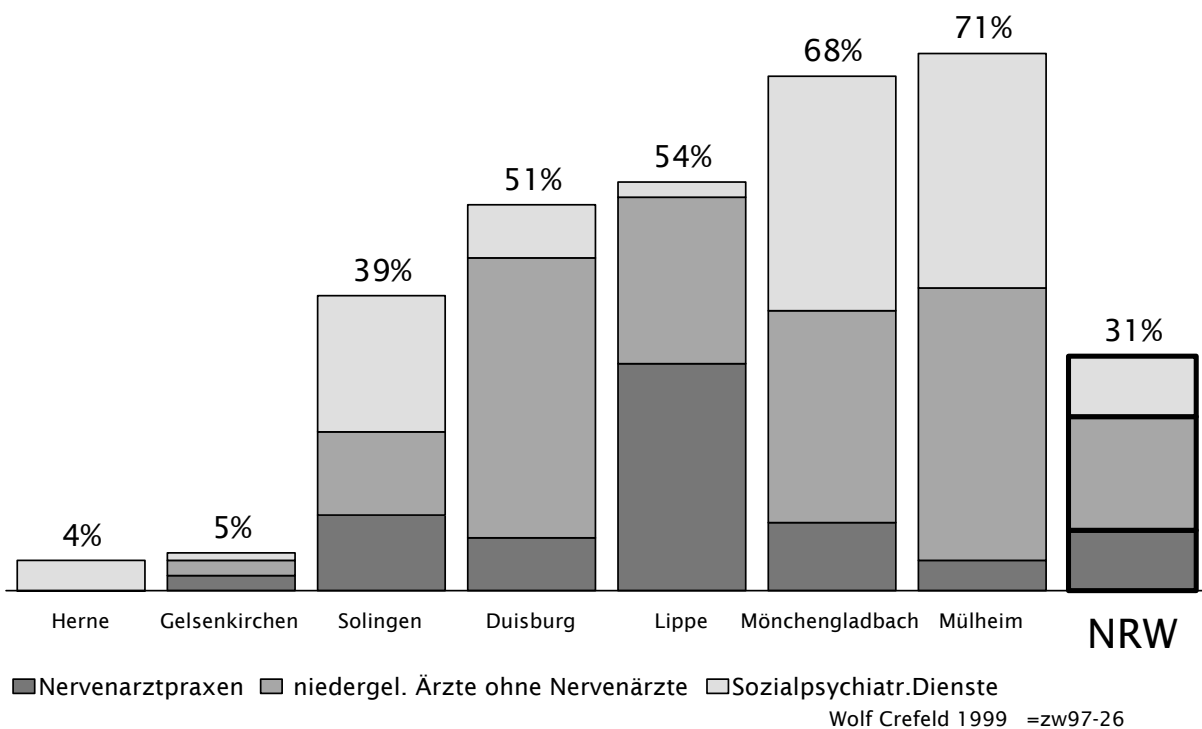
Wolf Crefeld 1999 =zw97-24

## PsychKG-Unterbringungen durch psychiatrische Kliniken in ausgewählten Kommunen 1998

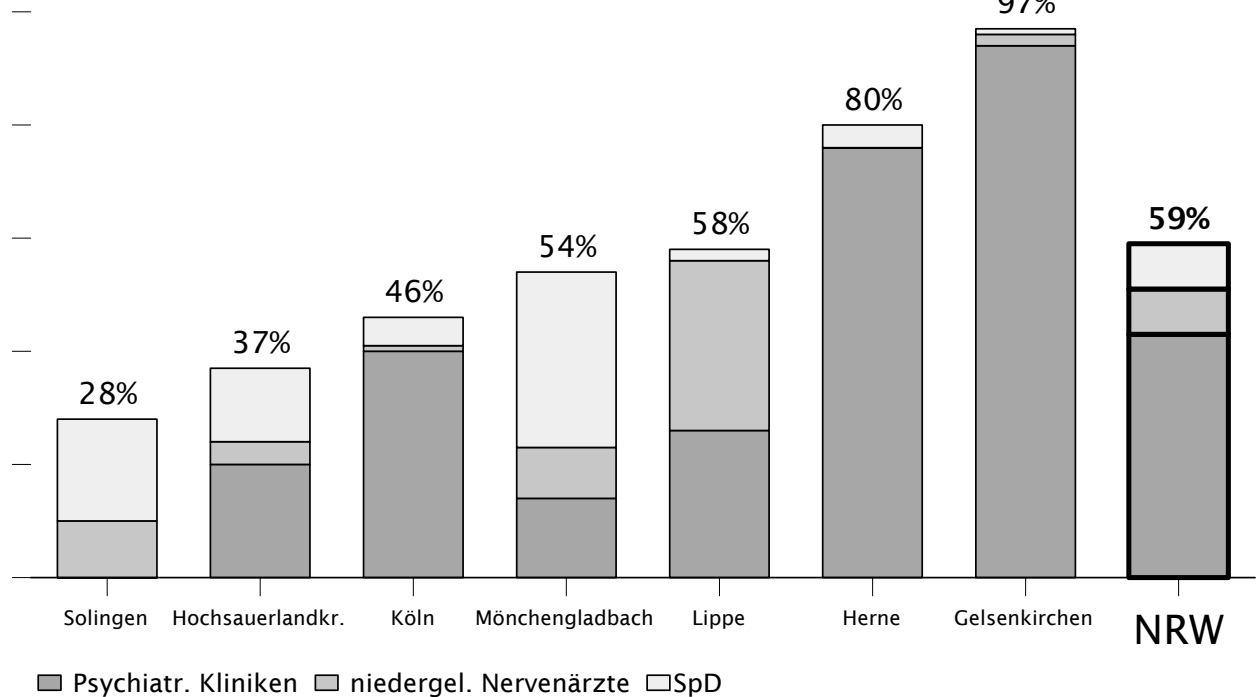
Kommunen ohne psychiatr. Klinik  
sind nicht berücksichtigt



## PsychKG-Unterbringungen durch ambulante Dienste Herkunft der ärztlichen Zeugnisse in ausgewählten Gebietskörperschaften und im Landesdurchschnitt 1996



## PsychKG-Unterbringungen durch psychiatrische Institutionen Herkunft der ärztlichen Zeugnisse in ausgewählten Gebietskörperschaften und im Landesdurchschnitt 1995

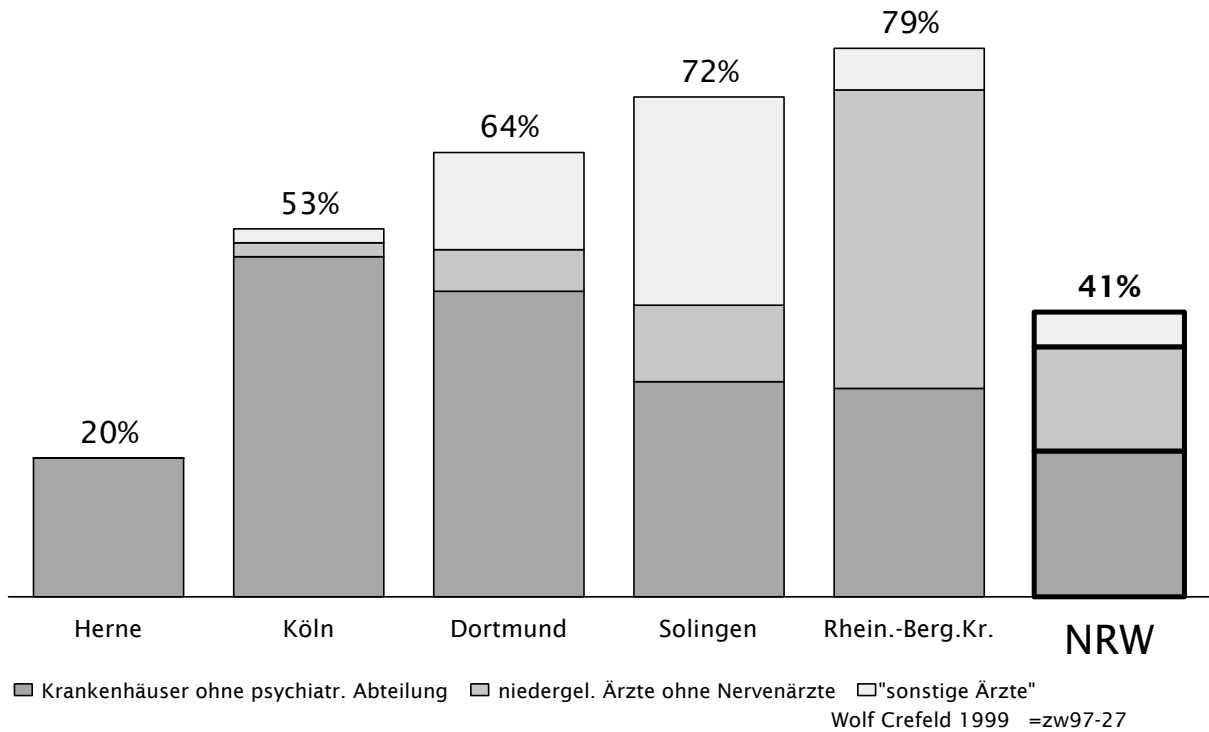


Wolf Crefeld 1997 =zw97-25

Insgesamt ist nur in 59% der Fälle aufgrund der institutionellen Herkunft des ärztlichen Attestes anzunehmen, dass der Arzt über psychiatrische Erfahrungen verfügt. Jedenfalls stammen 41% der Atteste weder aus psychiatrischen Krankenhäusern, noch von niedergelassenen Psychiatern oder Sozialpsychiatrischen Diensten.

## PsychKG-Unterbringungen durch nicht-psychiatrische Institutionen

Herkunft der ärztlichen Zeugnisse in ausgewählten Gebietskörperschaften  
und im Landesdurchschnitt 1996



In manchen Kommunen sind es sogar über zwei Drittel aller Atteste, die nicht aus psychiatrischen Institutionen stammen.

## **5. Konsequenzen aus den Ergebnissen der Erhebung**

### **Was bedeuten für die Kommunen die Daten zur Unterbringungspraxis?**

Die vorliegenden Daten wurden nicht zur Überprüfung von Forschungshypothesen erhoben. Sie legen allerdings die Formulierung von Hypothesen zu dem, was unter der rechtlichen Bezeichnung Unterbringung als soziale Realität geschieht, nahe. Doch vor allem sollen sie zu gesundheits- und sozialpolitischen Erörterungen im jeweiligen örtlichen Rahmen herausfordern. Eine Reihe Kommunen, Verbände und Klinikleitungen – so in Bochum, Bonn, Dortmund, Duisburg, Düsseldorf, Kerken/Kreis Kleve und Langenfeld/Kreis Mettmann - haben in letzter Zeit bereits entsprechende Initiativen ergriffen und anhand der bisher bekannt gewordenen Daten aus der Erhebung von 1997 mit der Diskussion der örtlichen Situation begonnen.

Sicher verfehlt wäre die Auffassung, Kommunen anhand der Daten in „gute“ und „schlechte“ einteilen zu wollen, wie dies in Verken- nung der komplexen Problematik gelegentlich geschehen ist.

Niedrige Unterbringungsquoten können Ausdruck sein für eine besonders qualifizierte und von Engagement getragene örtliche psychiatrische Praxis, aber auch für mangelnde Sensibilität dieser Praxis hinsichtlich der Notwendigkeit rechtsstaatlicher Funktionen bei Eingriffen in Grundrechte. In manchen Kommunen mag die psychiatrische bzw. psychosoziale Infrastruktur derart unterentwickelt sein, dass hilfsbedürftige Menschen normalerweise gar nicht

erst mit ihr in Berührung kommen und Unterbringungen nur gelegentlich als „ultima ratio“ ratloser Polizisten und Feuerwehrleute manifest werden.

Hohe Unterbringungsquoten können Ausdruck eines besonderen Engagements der örtlichen Justiz sein, ihren rechtsstaatlichen Kontrollfunktionen zum Schutze der Persönlichkeitsrechte psychisch beeinträchtigter Bürger gerecht zu werden. Sie können aber auch darauf hinweisen, dass sich örtlich eine Verfahrensroutine bei der Anwendung des Unterbringungsrechts eingeschliessen hat, die dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit angesichts eines so schwerwiegenden Eingriffs in die Freiheitsrechte eines Menschen nicht gerecht wird. Manche Kommunen haben eine historisch gewachsene Last an Aufgaben für kranke und behinderte Bürger anderer Kreise und Städte zusätzlich zu bewältigen, was sich in einer größeren Häufigkeit von Unterbringung niederschlagen kann. Hohe Unterbringungsquoten können eine örtliche Häufung unbewältigter sozialpolitischer Problembereiche widerspiegeln – während anderenorts Nachbarschaftsstrukturen und soziale Netzwerke manche Krisensituation aufzufangen vermögen und Unterbringungen sich erübrigen. Ebenso mögen hohe Unterbringungsquoten Ausdruck erheblicher Defizite im ambulanten Versorgungsbereich sein, wenn dieser nämlich aufgrund qualitativer und quantitativer Ausstattungsmängel seine Aufgaben, sobald sie schwierig werden, per Unterbringungsverfahren an die Klinik zu delegieren pflegt. Unterbringungsquoten können dokumentieren, welche Priorität in der örtlichen Klinik die rechtliche Absicherung der eigenen Praxis genießt. Sie können aber auch ein Beleg dafür sein, für wie attraktiv oder auch abschreckend die von der Klinik gebotenen Behandlungsmodalitäten von den Betroffenen angesehen werden.



Dies alles sind nur Beispiele für Erklärungen, die zu weiteren Überlegungen, fachpolitischen Diskussionen und kommunalpolitischen Maßnahmen im örtlichen Bereich anregen sollen. Unsere Daten lassen vermuten, dass die maßgebenden Hintergründe, ausschlaggebenden Verfahrensroutinen und praktizierten Einstellungen im Hinblick auf die Unterbringung psychisch kranker Personen in jeder kommunalen Gebietskörperschaft anders geartet sind. Dabei dürfte eine eindimensionale, linear-mechanistische Deutung der örtlichen Daten angesichts der Interdependenzen in einem so komplexen sozialen System, wie es für die Unterbringungspraxis relevant ist, stets verfehlt sein.

Zur Aufgabe einer jeden Kommune gehört die Daseinsvorsorge für ihre Bürger – besonders auch in gesundheitlichen Fragen. Unterbringungen sind – dies ist inzwischen hinreichend belegt (vgl. z.B. verschiedene Beiträge in Keibel et al 1998) – für die Betroffenen traumatisierende Vorgänge. Die vorliegenden Daten sollen das Interesse für die vielerorts alltäglich ablaufende Unterbringungspraxis wecken und deren Veränderbarkeit zum Thema im kommunalen Rahmen werden lassen. Daraus mögen sich örtliche Initiativen ergeben – von Ratsmitgliedern, Betroffenen, Angehörigen, Psychiatriekoordinatoren oder Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften.

Am Beispiel dreier Städte wurde gezeigt, wie sehr sich Unterbringungszahlen im langfristigen Verlauf nach oben wie auch nach unten verändern können. Zumindest bei einem dieser Fälle wird deutlich, dass die örtliche Praxis durchaus sozial- und gesundheitspolitisch beeinflussbar ist. Verzichten die psychiatriepolitischen Akteure im örtlichen Bereich auf eine Einflussnahme und bewusste Steuerung, entwickelt diese Praxis eine eigene Dynamik, eine Dynamik, die in der „psychosozialen Subkultur des Rechts“ (Klie) nicht immer den Grundsätzen unseres Rechtsstaates gerecht

wird. Bereits daraus ergibt sich, dass Daten zur örtlichen Unterbringungspraxis auch in Zukunft erhoben und zu einem Bestandteil einer regelmäßigen kommunalen Gesundheitsberichterstattung werden müssen.

## **Rechtspolitische Perspektiven**

Die vorliegenden Daten lassen die Erörterung einer Reihe Thesen angeraten erscheinen. Sie sollen hier argumentativ sehr verkürzt dargestellt zu weiteren Diskussionen anregen.

### **1. Das Unterbringungsverfahren als ein Instrument der Justiz ist für sich allein kein hinreichend wirksames Mittel zur Steuerung der Unterbringungspraxis.**

Um Zwangsanwendung gegenüber psychisch beeinträchtigte Personen auf das vom Grundgesetz gebotene Maß der Erforderlichkeit zu begrenzen, bedarf es weiterer Instrumente der Kontrolle von Zwangseinweisungen und zwangsweisen Zurückhaltungen. In Unterbringungsverfahren erfahrene Vormundschaftsrichter haben ihren begrenzten Einfluss in den letzten Jahren dargestellt (so Dogdege 1998). Notwendig sind auf praktische Problemlösung ausgerichtete Ansätze, die Alternativen zur Unterbringung eröffnen. Als ein Beispiel kann hier das vom österreichischen Gesetzgeber entwickelte Institut der Patientenanwaltschaft genannt werden. Ein anderer Ansatz ist, die Häufigkeit und die Umstände der Anwendung von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen als Kriterien des Qualitätsmanagements zu behandeln (Pörksen 1998). In diesen Zusammenhang gehören u. a. die Bemühungen von Kliniken um Behandlungsvereinbarungen mit Patienten, die auch künftig mit einer vorübergehenden klinischen Behandlungsbedürftigkeit rechnen müssen.

**2. Da Unterbringung nach PsychKG fast ausschließlich in Gestalt der eigentlich für Ausnahmefälle gedachten sofortigen Unterbringung nach § 17 erfolgen, sind die Entwicklung eigener Verfahrensstandards und eine fachliche Qualifizierung der unmittelbar beteiligten Personen unbedingt notwendig.**

Während das *gerichtliche* Verfahren weitgehend geregelt ist, existieren für das die Praxis in wesentlich stärkerem Maß bestimmende *Verwaltungsverfahren* kaum mehr als die allgemeinen Verfahrensnormen, wie sie auch für die Anwendung etwa einer Baumsatzung gelten. Der aus den Daten deutlich gewordene hohe Anteil der Unterbringungen durch ordnungsbehördliche Bereitschaftsdienste gibt zu der Annahme Anlass, dass die Entscheidung über eine Unterbringung und deren Vollzug in weitem Umfang in der Verantwortung von Verwaltungsfachkräften und Notfallärzten liegen, die in ihrer Ausbildung überhaupt nicht auf die praktische Bewältigung einer solchen Aufgabe vorbereitet sind.

Die ordnungsbehördliche Zuständigkeit für den Vollzug und die Vollstreckung von Unterbringungen stammt aus einer Zeit, in der „Geistesranke“ als Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung galten, weshalb auch die kleinste Gemeinde die Aufgaben der Unterbringung als Angelegenheit der öffentlichen Ordnung selbst wahrzunehmen hat – mag ein solches Ereignis in kleinen Kommunen auch nur alle paar Jahre vorkommen und dann zufällig eine Verwaltungskraft treffen, die auf diesem Gebiet überhaupt keine praktischen Erfahrungen hat. In Zeiten, in denen selbst Gemeindekassen zweckverbandlich zusammengefasst werden, sollte die Notwendigkeit der bisherigen Praxis der PsychKG-Unterbringung durch jede der 396 Ordnungsbehörden des Landes überdacht werden.

Darüber hinaus ist nicht einzusehen, dass zwar der Unterbringungs-vollzug im Krankenhaus selbstverständlich die Aufgabe von Fachkräften mit medizinischen und psychosozialen Qualifikationen ist, wohingegen für die fachlich nicht weniger anspruchsvolle, Sensibilität und Erfahrung erfordernde Betreuung und Begleitung der von einer Unterbringung Betroffenen bis zur Krankenhauspforte nicht einmal die Ausbildung zum Rettungssanitäter als erforderlich gilt.

### **3. Das Psychisch-Kranken-Gesetz muss noch konsequenter von seinem polizeirechtlichen Charakter befreit werden.**

Das PsychKG ist ein unabdingbar notwendiges *Element der psychiatrischen Versorgung*. Es dient der psychiatrischen Hilfe und Behandlung in besonders schweren Krisensituationen und bei verwirrten Personen, die keine Einwilligung geben können. Die Kommentatoren des Unterbringungsrechts Saage-Göppinger (vgl. Marschner 1998.) betonen, dass das PsychKG heute in diesem Sinne als *Gesundheitsstrukturrecht* verstanden werden muss. Dennoch werden Anordnung, Vollzug und Vollstreckung einer Unterbringung in den meisten Bundesländern weiterhin als ordnungsbehördliche Aufgabe behandelt. So sollen die Ordnungsbehörden zur Entlassung einer untergebrachten Person Stellung nehmen. Immer noch bestehen manche Gerichte darauf, dass jeder Patient, dessen Unterbringung sie angeordnet haben, tatsächlich eingesperrt wird – mag dies auch in der Sache dank des fachlichen Geschicks der Klinikmitarbeiter überhaupt nicht erforderlich sein. Und nach wie vor werden nach PsychKG untergebrachte psychiatrische Patienten Straftätern gleich im Strafrecht (§ 120 StGB) als „Gefangene“ angesehen.

#### **4. Im ambulanten Bereich fehlen kompetente Krisenhilfen.**

Dass nach unseren Daten ärztliche Unterbringungszeugnisse überwiegend von Krankenhausärzten ausgestellt werden, erscheint vor allem als ein Zeichen für die Defizite im ambulanten Bereich. Niedergelassene Nervenärzte spielen bei der Anwendung des Unterbringungsrechts eine geradezu marginale Rolle, obwohl sie als Kassenvertragsärzte nach den Normen des Sozialgesetzbuches V für die Sicherstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung zuständig sind und auf dieses Behandlungsmonopol in anderen Zusammenhängen auch großen Wert legen. Sozialpsychiatrischen Dienste scheinen für die Bewältigung von Krisensituationen – dem Wortlaut des PsychKG zur kommunalen Hilfe bei psychischen Störungen entgegen – ebenfalls von untergeordneter Bedeutung zu sein.

Zu dem verbreiteten Phänomen, dass ambulante Krisensituationen als Aufgabe der Polizei behandelt werden, fragte Kebbel kürzlich: „Warum fällt es der Psychiatrie so schwer, zuerst am Ort des Geschehens zu sein? ...zuerst die Polizei? Warum nicht zumindest gleichzeitig auch der Psychiater bzw. die Psychiaterin? Könnten dadurch nicht Krisensituationen fachgerechter beurteilt und eventuell erforderliche Zwangsmaßnahmen in einem geringeren Ausmaß erforderlich werden? Schützt sich da nicht die Psychiatrie vor ihrer eigenen Klientel?“ (Kebbel 1998). Die Bewältigung schwerer psychosozialer Krisen wird hierfür nicht ausgebildeten Polizisten und Polizistinnen und den für technische Hilfen ausgebildeten Feuerwehrleuten überlassen. Neben Ausstattungsdefiziten der ambulanten Dienste – für die das Sozialgesetzbuch V nicht zuständig sein soll – dürften insbesondere Ausbildungsdefizite hinsichtlich der Arbeit in Krisensituationen unter ambulanten Gegebenheiten diese Abstinenz der beteiligten Fachberufe erklären.

**5. Offensichtlich muss zumindest ein Teil der psychiatrischen Kliniken auf ihre Klientel hinsichtlich der Qualität der eigenen Arbeit überzeugender werden.**

Ein weiterer Grund für den hohen Anteil der von Krankenhausärzten veranlassten Unterbringungen hängt mutmaßlich mit der Häufigkeit „zwangsweiser Zurückhaltungen“ zusammen. Das lässt der hohe Anteil Unterbringungen gebietsfremder Personen in Kliniken vermuten, die für ein Versorgungsgebiet außerhalb ihrer Kommune zuständig sind. Für „zwangsweise Zurückhaltungen“ gibt es viele und auch unabdingbare Gründe; dennoch können sie – Bosch (1972) hat das empirisch belegt – auch eine Folge unzureichender Orientierung des Klinikbetriebes an den Bedürfnissen ihrer Patienten sein. (Siehe auch Pörksen 1998).

**6. „Gemeindepsychiatrie“ bedeutet auch, dass die Gemeinden sich mitverantwortlich fühlen für die Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts gegenüber den Bürgern ihrer Gemeinde.**

Die vorliegenden Daten legen die Annahme nahe, dass die Unterbringungspraxis von einer Vielzahl spezifischer örtlicher Gegebenheiten abhängt, die zu einem erheblichen Teil auch nur örtlich zu beeinflussen sind. Das gilt für die kommunale Praxis der Gestaltung des örtlichen Betreuungswesens und der verfügbaren psychosozialen und medizinischen Hilfen bei Krisenfällen ebenso wie auch für die mögliche Einflussnahme auf die Einstellung der für das örtliche Unterbringungsgeschehen relevanten Akteure. Ein erster Schritt zur Verbesserung wäre eine regelmäßige Berichterstattung über die örtliche Unterbringungspraxis wie vielleicht überhaupt zur örtlichen Situation des Betreuungswesens.

Es sollte daher erwogen werden, den hier benutzten Erhebungsbogen zur PsychKG-Anwendungspraxis den beteiligten Behörden als *Standard für künftige Berichterstattung* zu empfehlen.

Die Datenerhebung zur betreuungsrechtlichen Unterbringungspraxis kann nur über die örtlichen Betreuungsstellen erfolgen. Auch die Gerichte sind dazu – über die übliche Verfahrensstatistik der Justiz hinaus – nicht in der Lage und hinsichtlich der gesundheitspolitischen Zielsetzung der Erhebung auch nicht zuständig. Der Erhebungsbogen zum Betreuungsrecht sollte den Anregungen einiger Betreuungsbehörden folgend weiterentwickelt und in die allgemeine Dokumentation der Praxis des örtlichen Betreuungswesens integriert werden. Dazu wäre eine Zusammenarbeit der zuständigen Landesministerien und der beiden Landesbetreuungsämter mit den kommunalen Betreuungsstellen sinnvoll und notwendig. Nicht zuletzt im Hinblick auf die Kreise, in denen mehrere Betreuungsstellen tätig sind, müssten in das kommunale Berichtswesen zur Anwendungspraxis des Betreuungsrechts auch die für die Gesundheitsberichterstattung zuständigen Unteren Gesundheitsbehörden einbezogen werden..





## 6. Literatur

- Bergener M et al (1988) Problematik des Freiheitsentzugs bei psychisch Kranken. Springer, Berlin usw
- Bosch G (1971a) Zur Frage des Abbaus von Zwangseinweisungen. *Nervenarzt* 42:65-74
- Bosch G (1971b) Zwangseinweisungen psychisch Kranker. *Sozialpsychiat Informationen* 4:70-83
- Bosch G (1972) Zwangseinweisungen psychisch Kranker. *Nachrichtendienst Deutschen Vereins öff priv Fürsorge* 52:258-262
- Bruns G (1986) Zwangseinweisung und ambulante Dienste. *Nervenarzt* 57:119-122
- Bruns G (1990) Gefahrenabwehr? Fürsorge? Kontrolle? Empirisch-kritische Bemerkungen zu den Rechtsgrundlagen der Unterbringung psychisch Kranker. *Mschr Krim* 73:25-39
- Bruns G (1993) *Ordnungsmacht Psychiatrie?* Westdeutscher Verlag, Opladen
- Coeppecus R (1997) Die wichtige Sachkunde. *Betreuungsrechtl Praxis* 1/97:9-14
- Crefeld W (1997) Zwangseinweisungen nehmen weiter zu. *Psychosoziale Umschau* 1/97:14-15
- Crefeld W, Gollmer E (1994) Zahl der Zwangseinweisungen ist dramatisch gestiegen *Psychosoz. Umschau* 9:28-30
- Dodegge G (1998) Die Gestaltung der Einweisungspraxis aus der Perspektive eines Unterbringungsrichters. In: Keibel J et al (Hg) *Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie*. Rheinland, Köln
- Eicken B v et al (1990) *Fürsorglicher Zwang*. Bundesanzeiger, Bonn
- Finzen A (1990) Psychiatrie zwischen Hilfe und Gewalt. *Sozialpsychiat Informationen* 4/90:2934
- Finzen A et al (1993) *Hilfe wider Willen - Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag*. Psychiatrie, Bonn

- Forster R (1988) Die Praxis des Anhalteverfahrens. Österr Juristen-Zeitung
- Forster R (1989) Patientenanwälte in der Psychiatrie. In: Forster R, Froschauer U, Pelikan JM (Hg) Gesunde Projekte. Jugend & Volk, Wien München
- Kebbel J (1998) Zwischen Gewalt und Zwang und der Unantastbarkeit der Person in der Psychiatrie. In: Kebbel J et al (Hg) Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Rheinland, Köln
- Klie T (1993) Welches Richterbild entspricht dem Betreuungsgesetz? In: 3. Vormundschaftsgerichtstag, Materialien und Ergebnisse. Bundesanzeiger, Bonn
- Landtag Nordrhein-Westfalen (1968) Entwurf des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten. Drucksache VI/725
- Lorenzen D (1981) Zur Problematik der Unterbringung psychisch Kranker in psychiatrischen Krankenhäusern. In: Bergener M (Hg) Psychiatrie und Rechtsstaat. Luchterhand, Neuwied usw
- Marschner R (1998) Gesetzestexte und Rechtswirklichkeit - Möglichkeiten humaner Unterbringung im Ländervergleich der PsychKGs und ihrer Anwendung. In: Kebbel J et al (Hg) Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Rheinland, Köln
- Marschner R et al (1994) Saage - Göppinger Freiheitsentziehung und Unterbringung Kurzkommentar 3. Aufl. Beck, München
- Meißner A, Müller P (1989) Führen unterschiedliche Gesetze zu Veränderungen bei der Zwangseinweisung? Sozialpsychiat In-formationen 19:19-22
- Müller P, Völker B (1988) Werden Zwangseinweisungen durch Erschwerung des Verfahrens seltener? Öff Gesundheitswesen 50:27-30
- Pörksen N (1998) Die Bedeutung von internem Qualitätsmanagement für das Klima einer psychiatrischen Klinik und den Umgang mit Zwangsmaßnahmen. In: Kebbel J et al (Hg) Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Rheinland, Köln

- Riecher-Rössler A, Rössler W (1992) Die Zwangseinweisung psychiatrischer Patienten im nationalen und internationalen Vergleich - Häufigkeiten und Einflußfaktoren. Fortschr Neurol Psychiat 60:375-382
- Schröder St et al (1993) Der Sozialarbeiter im Unterbringungsverfahren. Psychiat Prax 20:188-190
- Spengler A, Böhme K (1989) Versorgungsepidemiologische Aspekte der sofortigen Unterbringung. Nervenarzt 60:226-232
- Spengler A (1994) Sofortige zwangsweise Unterbringungen in der Bundesrepublik Deutschland 1991,1992: Erste Ergebnisse. Psychiat Prax 21:118-120
- Venzlaff U (1978) Der psychisch Kranke im Spannungsfeld zwischen Behandlungsauftrag und Rechtsnorm. In: Lauter H, Schreiber HL (Hg) Rechtsprobleme in der Psychiatrie. Rheinland, Köln
- Waller H (1982) Zwangseinweisung in der Psychiatrie. Huber, Bern
- Wienberg G (1998) Gewaltfreie Psychiatrie - eine Fiktion. Begriffliches und Grundsätzliches zum Thema Gewalt in der Psychiatrie. In: Keibel J et al (Hg) Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Rheinland, Köln



## 7. Zusammenfassung

Die gerichtlichen Verfahren zur Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz des Landes (PsychKG) und dem Betreuungsrecht des Bundes nehmen in Nordrhein-Westfalen von Jahr zu Jahr zu. Gemäß der Quote der Verfahren je 1000 Einwohner besteht im Vergleich zu andere Bundesländern hier die höchste Unterbringungshäufigkeit.

In der vorliegenden Untersuchung werden mit Hilfe der Unteren Gesundheitsbehörden der Kreise und kreisfreien Städte des Landes Daten zur örtlichen Unterbringungspraxis in den Jahren 1997 und 1998 erhoben. Sie beruhen auf den Akten der kommunalen Ordnungsämter und Betreuungsbehörden. Für 1997 können von 87% der Gebietskörperschaften in Nordrhein-Westfalen die Daten zur PsychKG-Anwendung und von 24% die zur betreuungsrechtlichen Praxis vorgelegt werden. Der Datenrücklauf für 1998 ist zur Zeit der Fertigung des Berichts noch nicht abgeschlossen.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass die Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts zwischen den Kommunen erheblich differiert. Dabei erweist sich die Einbeziehung der betreuungsrechtlichen Praxis als unverzichtbar, da das Fehlen diesbezüglicher Daten zu erheblichen Verzerrungen im interkommunalen Vergleich führt.

Die Daten machen ferner evident, dass stärker als das geschriebene Recht und die Anwendungspraxis der Gerichte die Unterbringungspraxis von einem komplexen örtlichen System sozialer Faktoren geprägt wird, die in den einzelnen Kommunen jeweils eine sehr unterschiedliche Bedeutung bzw. Gewichtung erhalten.

Gesundheitspolitische Interventionen, deren Ziel die Gestaltung der Unterbringungspraxis ist, haben daher insbesondere die örtlichen Bedingungen und Verfahrensweisen in den Blick zu nehmen und hier Veränderungswillen und Veränderungsmöglichkeiten zu fördern. Eine unbedingt notwendige Voraussetzung dafür ist eine regelmäßige kommunale Berichterstattung zur Praxis der Unterbringung und der Anwendung von Zwang gegenüber psychisch beeinträchtigten Personen sowie zu den sich daraus ergebenden Aufgaben der Rechtsfürsorge und deren kommunalpolitischen Ausgestaltung.

## Datenübersicht

Die nachfolgenden Tabellen enthalten eine Zusammenfassung der über die Kreise und kreisfreien Städte des Landes erhobenen Daten.

Die Datenerhebung wird als Teil der Gesundheitsberichterstattung des Landes seit 1999 fortgeführt durch das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bielefeld ([www.loegd.de](http://www.loegd.de)).

**Gesundheitsberichterstattung zur Unterbringungspraxis nach Betreuungsgesetz und PsychKG**  
**im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend und Gesundheit NRW Projektleitung Prof. Dr. Wolf Crefeld Bochum**  
**Bericht 1997/A Stand der Datenerhebung vom 28.08.99 Unberücksichtigt sind Datenanteile, die nur einzelne Orte eines Kreises betreffen**

Kommune	Unterbringungen							Quoten, bezogen auf jeweils 1000 Einwohner										Anteile		
	nach PsychKG	nach BtR	3	4	5	6	7	Unter- PsychKG	Unterbr. PsychKG Gebietsp.	Unterbr. PsychKG Geb. + BtR	Unterbr. PsychKG/ ähnl. Maßnahm. Personen	Nach BtR untergebr. Personen	Betreute Personen	Vorführg. durch BtBehörde	PsychKG (nur Gebiet ) / alle U.	PsychKG / alle PsychKG BtR	17	18	19	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
Aachen Kreis	189	22	1	27			0,63	0,55	0,07	0,70	0,63	0,09			0,007	88%	97%	5%		
Aachen Stadt	318						1,29	1,05									95%			
Bielefeld	662						2,04	2,04									98%			
Bochum	190	203	15		219	2886	0,47	0,45	0,51	0,98	0,95		0,55	7,19	0,030	47%	94%	84%		
Bonn	998						3,41	2,06									100%			
Borken	202					3296	0,60							9,74			100%			
Bottrop	108						0,90	0,63												
Coesfeld	86	104	0	46	80	2537	0,43	0,36	0,52	0,96	0,88	0,23	0,40	12,76	0,010	41%	53%	20%		
Dortmund	765						1,27	1,04									95%			
Duisburg	486	294	0			4855	0,91		0,55	1,45				9,06			100%			
Düren	440						1,72										100%			
Düsseldorf	keine Angaben																			
Ennepe-Ruhr-Kreis	169						0,48	0,39									96%			
Eftkreis	250						0,57	0,50									97%			
Essen	keine Angaben																			
Euskirchen	273						1,51	1,01									100%			
Gelsenkirchen	799					3330	2,72	2,62						11,34	0,014		100%			
Gütersloh	439						1,35	1,11									97%			
Hagen	91					780	0,43	0,39						3,65			98%			
Hamm	124						0,67	0,51									100%			
Heinsberg	186	130	0			2696	0,79	0,64	0,55	1,34	1,19			11,46	0,009	54%	94%			
Herford	82	38	4	82	19	2544	0,33	0,33	0,15	0,48	0,48	0,33	0,08	10,24	0,036	68%	59%	79%		
Herne	54						0,30	0,29									87%			
Hochsauerlandkreis	222						0,79	0,68									76%			
Höxter	42	230	0	182		1740	0,27	0,20	1,50	1,77	1,70	1,19		11,34	0,020	12%	95%			
Kleve	314						1,10	0,94									98%			
Köln	2341	519	0	303		9965	2,43	2,21	0,54	2,97	2,75	0,31		10,34	0,031	80%	100%	68%		
Krefeld	365					2193	1,46	1,24						8,78			70%			
Leverkusen	150					1752	0,93	0,82						10,83			100%			
Lippe	240						0,67	0,56									83%			
Märkischer Kreis	609						1,34	0,93									99%			
Mettmann	keine Angaben																			



Kommune	Unterbringungen			Unterbringungen		Gesamtzahl betreuer Personen	Quoten, bezogen auf jeweils 1000 Einwohner										Anteile		
	nach PsychKG	nach BTR	davon \$ 1846	Unterbringungs-ähnliche Massn.	Nh. BTR untergebrauchte Personen		Unterbr. PsychKG Gebietsp.	Unterbr. BTR	Unterbr. PsychKG und BTR	Unterbr. PsychKG/ Geb.+BTR	Unterbr. PsychKG/ ähnl. Massnahm. Personen	Nach BTR untergebr. Personen	Betreute Personen	Vorföhr. durch BtBehörde	PsychKG (nurGebiet) ) / .alle U.	\$ 17 PsychKG	\$ 18 / .alle PsychKG	Einstw. Anordg. BTR	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Minden-Lübbecke	181						0,58	0,49										82%	
Mönchengladbach	355						1,33	1,22										100%	
Mülheim/Ruhr	201					1671	1,14	1,05										91%	
Münster	472	150	0		150	2127	1,78	1,46	0,57	2,35	2,02	0,57	0,57	8,03	0,076	72%	96%		
Neuss	579						1,34	0,91										98%	
Obergischer Kre	286						1,03	0,82										94%	
Oberhausen	keine Angaben																		
Olpe	48	17	0	28	35	881	0,35	0,30	0,12	0,47	0,43	0,20	0,26	6,43	0,015	71%	88%	47%	
Paderborn	344						1,26	1,09										100%	
Recklinghausen	572						0,86	0,76										94%	
Remscheid	342						2,78	1,34										100%	
Rhein-Sieg-Kreis	359						0,67	0,58										99%	
Rhein.-Berg.Kreis	162						0,60	0,54										100%	
Siegen-Wittgenstei	keine Angaben					2132													
Soest	463						1,57	1,01						7,14				100%	
Sollingen	214	19	3	4	3	1050	1,29	0,78	0,11	1,40	0,89	0,02	0,02	6,33	0,000	87%	66%	26%	
Steinfurt	206	146	3	452	25	2051	0,50	0,27	0,36	0,86	0,62	1,10	0,06	4,99	0,007	43%	90%	64%	
Unna	290						0,69	0,50										91%	
Viersen	keine Angaben																		
Warendorf	152						0,56	0,50										95%	
Wesel	keine Angaben																		
Wuppertal	401	65	0	22	65	3523	1,04	0,50	0,17	1,21	0,06	0,06	0,17	9,18		100%	69%		
<b>Alle</b>	<b>16.821</b>	<b>1.937</b>	<b>26</b>	<b>1.146</b>	<b>596</b>	<b>52.009</b>													
Kleinsten Wert:	42	17	0	4	3	780	0,27	0,20	0,07	0,47	0,43	0,02	0,02	3,65	0,00	12%	53%	5%	
Größten Wert:	2.341	519	15	452	219	9965	3,41	2,62	1,50	2,97	2,75	1,19	0,57	12,76	0,08	88%	100%	84%	

# Gesundheitsberichterstattung zur Unterbringungspraxis nach PsychKG

im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW Projektleitung Prof. Dr. Wolf Crefeld

Bericht 1997/B Stand der Datenerhebung vom 20.09.99 - Erfasster Anteil des Landes NRW nach Bevölkerungsza 83,3% nach Gebietskörperschaften 87,0%

Kommun	Einwohner	Unterbringung außerhalb der Dienstzeit	niedrigel. andere Nerven ärzte				Unterbringungszeugnis dur Ärzte SpD andere Ärzte				alle Ärzte in Praxis	alle Klinik	jüngere Männer	Anteile nach Alter und Geschlech älterere jüngere Frauen ältere Fraue Menschen				Fraue in jeden	Psychose Sucht- krank- heit	Schwach- sinn	U-Quote Gebiets- persone
			15%	37%	1%	38%	2%	7%	54%	39%				ältere Männer	jüngere Frauen	ältere Fraue	Menschen				
Aachen Kreis	301.352	61%	15%	37%	1%	38%	2%	7%	54%	39%	49%	14%	26%	10%	24%	37%	42%	21%	2%	0,55	
Aachen Stadt	247.113	61%	9%	6%	70%	8%	4%	2%	19%	79%	44%	9%	31%	16%	26%	47%	41%	18%	2%	1,05	
Bielefeld	324.067	48%	16%	0%	58%	5%	17%	4%	33%	63%	56%	12%	24%	7%	19%	32%	52%	38%	0%	2,04	
Bochum	401.129	68%	4%	7%	60%	11%	16%	1%	28%	71%	41%	12%	33%	13%	25%	47%	51%	21%	3%	0,45	
Bonn	293.072	55%	8%	10%	59%	10%	8%	5%	27%	69%	56%	12%	33%	13%	25%	47%	42%	22%	0%	2,06	
Borken	338.350	63%	10%	26%	31%	30%	4%	0%	39%	61%	41%	12%	33%	13%	25%	47%	46%	22%	0%	0,6	
Bottrop	119.669		5%	7%	59%	15%	11%	4%	23%	73%	51%	4%	39%	7%	11%	45%	48%	28%	1%	0,63	
Coesfeld	198.996	51%	10%	30%	27%	12%	15%	6%	56%	38%	53%	10%	31%	5%	15%	36%	45%	27%	0%	0,36	
Dortmund	600.918	61%	3%	6%	32%	44%	14%	1%	23%	76%	48%	7%	32%	12%	20%	44%	0%	24%	0%	1,04	
Duisburg	536.106		7%	37%	49%	0%	7%	1%	51%	49%	48%	10%	32%	10%	20%	42%	76%	18%	0%	0,91	
Düren	256.310	64%	3%	28%	32%	23%	2%	13%	32%	55%	50%	12%	22%	17%	29%	38%	39%	28%	7%	1,72	
Ennepe-Ruhr-Kreis	352.622	77%	19%	38%	15%	27%	1%	1%	58%	41%	51%	8%	31%	11%	18%	41%	43%	22%	1%	0,39	
Erftkreis	438.760	36%	19%	22%	8%	38%	10%	3%	51%	46%	52%	14%	21%	14%	27%	34%	40%	17%	1%	0,5	
Euskirchen	180.447	50%	4%	8%	75%	9%	1%	3%	13%	84%	35%	15%	29%	21%	36%	50%	35%	19%	1%	1,01	
Gelsenkirchen	293.542	28%	2%	2%	94%	0%	1%	0%	6%	94%	43%	18%	22%	17%	34%	39%	42%	18%	1%	2,62	
Gütersloh	324.333	48%	5%	13%	70%	4%	7%	2%	24%	74%	52%	7%	35%	6%	13%	41%	30%	34%	0%	1,11	
Hagen	213.747	56%	1%	5%	60%	15%	15%	2%	22%	76%	51%	3%	36%	10%	13%	46%	52%	25%	0%	0,39	
Hamm	184.020	67%	3%	5%	20%	29%	14%	29%	22%	49%	54%	10%	34%	2%	12%	35%	14%	35%	0%	0,51	
Heinsberg	235.241	61%	15%	23%	42%	12%	1%	7%	39%	54%	42%	13%	31%	14%	27%	45%	49%	12%	4%	0,64	
Herford	248.334	59%	11%	22%	17%	11%	34%	4%	68%	28%	54%	13%	29%	4%	18%	33%	39%	39%	0%	0,33	
Herne	180.029	52%	0%	0%	76%	20%	4%	0%	4%	96%	52%	6%	33%	9%	15%	43%	54%	22%	0%	0,29	
Hochsauerlandkreis	281.304	46%	4%	37%	20%	22%	13%	4%	54%	42%	49%	15%	27%	9%	24%	36%	31%	25%	2%	0,68	
Höxter	153.379	51%	14%	35%	33%	16%	0%	2%	49%	49%	53%	2%	33%	12%	14%	44%	50%	27%	0%	0,20	
Kleve	284.448	54%	11%	22%	35%	15%	5%	12%	38%	50%	53%	9%	32%	6%	16%	38%	43%	25%	2%	0,94	
Köln	963.817	67%	1%	2%	40%	49%	5%	2%	9%	89%	43%	10%	33%	14%	24%	46%	38%	18%	1%	2,21	
Krefeld	249.662	61%	8%	13%	39%	18%	7%	16%	28%	57%	43%	10%	33%	14%	24%	46%	38%	18%	1%	1,24	
Leverkusen	161.832	65%									53%	13%	23%	10%	23%	33%	44%	28%	0%	0,82	
Lippe	356.427	56%	30%	22%	26%	12%	2%	9%	54%	37%	41%	13%	29%	16%	30%	45%	53%	17%	0%	0,56	

Kommun	Einwohner	Unterbringung außerhalb der Dienstzeit		Unterbringungszeugnis dur						Anteile nach Alter und Geschlecht				Anteil der "Diagnosen"		U-Quote Gabiets- persone Alle Personne					
		niedergel. Nerven ärzte	andere Kassen ärzte	psych. Klinike	and. KHAbt.	Ärzte in Praxis	alle Ärzte in Praxis	alle Klinike	jüngere Männer	ältere Männer	jüngere Frauen	ältere Frauen	ältere Menschen	Fraue n jeden	Psychose		Sucht- krank- heit	Schwach- sinn			
Märkischer Kreis	455.310	64%	7%	11%	72%	8%	1%	0%	20%	80%	39%	16%	25%	21%	37%	46%	46%	13%	3%	0,93	1,34
Minden-Lübbecke	311.963	65%	7%	23%	34%	25%	10%	1%	40%	59%	43%	11%	34%	13%	24%	46%	46%	24%	1%	0,49	0,58
Mönchengladbach	266.073	54%	9%	28%	14%	17%	31%	0%	68%	32%	43%	15%	23%	19%	34%	42%	32%	28%	2%	1,22	1,33
Mülheim/Ruhr	176.513	70%	4%	36%	29%	0%	31%	0%	71%	29%	35%	10%	42%	13%	23%	55%	90%	10%	0%	1,05	1,14
Münster	264.887	60%	2%	10%	64%	15%	7%	1%	19%	79%	48%	10%	30%	12%	22%	42%	34%	24%	1%	1,46	1,78
Neuss	432.932	59%	13%	27%	41%	8%	1%	9%	41%	49%	34%	15%	32%	18%	34%	50%	35%	21%	1%	0,91	1,34
Oberbergischer Kreis	277.444	62%	4%	11%	49%	11%	12%	14%	27%	59%	53%	6%	31%	10%	16%	41%	30%	43%	3%	0,82	1,03
Olpe	136.927	52%	6%	15%	46%	13%	10%	10%	31%	60%	50%	8%	38%	4%	12%	42%	47%	19%	0%	0,30	0,35
Paderborn	272.571	32%	17%	18%	45%	13%	4%	2%	39%	58%	42%	9%	37%	12%	21%	49%	38%	25%	1%	1,09	1,26
Recklinghausen	661.915	62%	7%	16%	49%	15%	10%	3%	33%	64%	51%	9%	32%	8%	17%	40%	43%	25%	1%	0,76	0,86
Remscheid	123.069	63%									37%	10%	37%	16%	26%	53%				1,34	2,78
Rhein-Sieg-Kreis	538.610	63%	15%	42%	2%	25%	1%	15%	59%	26%	41%	13%	28%	17%	31%	46%	47%	24%	1%	0,58	0,67
Rhein-Berg-Kreis	268.042	51%	12%	43%	3%	30%	7%	6%	61%	32%	51%	13%	24%	12%	24%	36%	47%	8%	1%	0,54	0,60
Soest	294.826	42%	12%	20%	38%	22%	5%	3%	37%	60%	50%	11%	27%	12%	23%	39%	32%	36%	1%	1,01	1,57
Sollingen	165.973	66%	10%	11%	0%	31%	18%	30%	39%	31%	55%	15%	20%	11%	25%	31%	20%	43%	1%	0,78	1,29
Steinfurt	410.975	47%	11%	17%	43%	12%	7%	11%	34%	55%	54%	9%	32%	5%	14%	37%	42%	24%	1%	0,27	0,50
Unna	417.899	57%	25%	19%	34%	17%	1%	4%	45%	51%	44%	13%	29%	14%	27%	43%	32%	21%	0%	0,50	0,69
Warendorf	270.043	63%	23%	23%	19%	14%	14%	7%	61%	32%	52%	6%	36%	6%	12%	42%	39%	34%	1%	0,50	0,56
Wuppertal	383.776	81%	14%	11%	55%	16%	2%	2%	28%	70%	38%	13%	33%	16%	29%	49%	45%	28%	4%		1,04
Insges. NRW	4.848.674	59%	8%	15%	43%	21%	8%	5%	32%	64%	46%	11%	30%	13%	24%	43%	39%	24%	1%	0,86	1,13
kleinster bzw. größter Wert:	14.848.674 81%	28%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	26%	34%	2%	20%	2%	11%	31%	0%	8%	0%	0,20	0,27
		81%	30%	43%	94%	49%	34%	30%	71%	96%	56%	18%	42%	21%	37%	55%	90%	43%	7%	2,62	3,41

# Gesundheitsberichterstattung zur Unterbringungspraxis nach dem Betreuungsrecht

im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW Projektleitung Prof. Dr. Wolf Crefeld Bochum  
 Bericht 1997/C Stand der Datenerhebung vo 10.08.99 - Erfasster Anteil des Landes NRW nach Bevölkerungszahl 24,7% nach Gebietskörperschaften 24,1%

Kommun	Anteil Alter und Geschlecht										Anteil Aufenthaltsort			Quoten je 1000 Einwohner			Eilver-fahren	Anteil Eilver-fahren				
	Männer					Frauen					Klinik	Heim	Woh-nung	ohne Wohnung	Betreute	BR-Unter-bringunge			Alle V. f.Sachv. f.Richter-rungen	Zufüh-rungen		
	bis 24	Männer 24-59	ab 60	Frauen bis 24	Frauen 25-59	Frauen ab 60	Alle < 25J	Alle > 59	Alle Frauen													
Aachen Kreis	0,0%	14,3%	9,5%	0,0%	14,3%	61,9%	0,0%	71,4%	76,2%	0,0%	28,6%	71,4%	0,0%	0,0%	0,07	0,007	0,007	0,000	0,000	1	4,5%	
Bochum	5,5%	23,3%	14,2%	1,4%	27,9%	27,9%	6,8%	42,0%	57,1%	1,5%	32,7%	64,9%	1,0%	7,2	0,51	0,030	0,020	0,010	0,132	170	83,7%	
Coesfeld	0,0%	31,3%	5,0%	1,3%	42,5%	20,0%	1,3%	25,0%	63,7%	1,3%	92,5%	6,3%	0,0%	12,8	0,52	0,010	0,005	0,005	0,025	21	20,2%	
Duisburg	1,5%	24,2%	19,7%	2,3%	24,2%	28,0%	3,8%	47,7%	54,5%					9,1	0,55				0,054			
Heinsberg	235.241													11,5	0,55	0,009	0,004	0,004	0,051			
Herford	248.334	0,0%	34,2%	15,8%	0,0%	23,7%	26,3%	0,0%	42,1%	50,0%	2,6%	21,1%	76,3%	0,0%	10,2	0,15	0,036	0,016	0,020	0,085	30	78,9%
Höxter	153.379													11,3	1,50	0,020	0,020	0,000	0,072			
Köln	963.817	2,7%	27,4%	16,8%	0,8%	17,3%	35,1%	3,5%	51,8%	53,2%	12,9%	23,9%	56,1%	7,1%	10,3	0,54	0,031	0,020	0,011	0,040	354	68,2%
Münster	264.887	1,3%	48,0%	22,7%	2,7%	10,7%	14,7%	4,0%	37,3%	28,0%				8,0	0,57							
Olpe	136.927	17,6%	41,2%	11,8%	0,0%	29,4%	0,0%	17,6%	11,8%	29,4%	23,5%	23,5%	47,1%	5,9%	6,4	0,12	0,015	0,000	0,015	0,029	8	47,1%
Solingen	165.973	0,0%	43,8%	6,3%	0,0%	43,8%	6,3%	0,0%	12,5%	50,0%	18,8%	25,0%	50,0%	6,3%	6,3	0,11	0,000	0,000	0,000	0,018	5	26,3%
Steinfurt	410.975	3,5%	24,5%	21,0%	0,7%	12,6%	37,8%	4,2%	58,7%	51,0%	21,0%	30,1%	49,0%	0,0%	5,0	0,36	0,007	0,007	0,000	0,005	94	64,4%
Wuppertal	383.776	6,2%	30,8%	3,1%	4,6%	43,1%	12,3%	10,8%	15,4%	60,0%				9,2	0,17					45	69,2%	
NRW	4.400.792	3,0%	29,1%	16,1%	1,4%	21,6%	28,9%	4,4%	44,9%	51,9%	10,5%	31,8%	53,8%	4,0%	8,4	0,50	0,019	0,009	0,005	0,041	728	37,6%
Schwankungs-breiten:		0,0%	14,3%	3,1%	0,0%	10,7%	61,9%	0,0%	11,8%	28,0%	0,0%	21,1%	6,3%	0,0%	5,0	0,07	0,000	0,000	0,000	0,000	1	4,5%
		17,6%	48,0%	22,7%	4,6%	43,8%	0,0%	17,6%	71,4%	76,2%	23,5%	92,5%	76,3%	7,1%	12,8	1,50	0,076	0,020	0,020	0,132	354	83,7%

**Gesundheitsberichterstattung zur Unterbringungspraxis nach Betreuungsgesetz und PsychKG**  
 im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW Projektleitung Prof. Dr. Wolf Crefeld Bochum  
 Bericht 1998/A Stand der Datenerhebung vom 28.08.99 Unberücksichtigt sind Datenmitteilungen, die nur Teile eines Kreises betrafen

Kommune	Unterbringungen				Unterbringungen ähnlich Massn.	NH. BTR unter- gebracht Personen	Gesamt- zahl betreuer Personen	Quoten, bezogen auf jeweils 1000 Einwohner										PsychKG (nur Gebiet) / alle U.	Anteile §17 PsychKG Btr
	nach PsychKG	nach BTR	davon § 1846	Unter- bringungen ähnlich Massn.				Unterbr. PsychKG/ Geb.+BTR	Unterbr. BTR	Unterbr. PsychKG Geb. + BTR	Unterbr.- ähnlich Maßnahm.	Nach BTR untergebr. Personen	Betreute Personen	Vorföhr. durch BtBehörde	PsychKG Btr	Einstw. Anordg. Btr			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Aachen Kreis	keine Angaben																		
Aachen Stadt	287						1,16	0,83							0,073		94%		
Bielefeld	keine Angaben																		
Bochum	221						0,55	0,50									98%		
Bonn	886						3,02	1,96									100%		
Borken	191						0,56	0,53									92%		
Bottrop	110	59	8	134		1425	0,92	0,65	0,49	1,41	1,14	1,12		11,91	0,025	57%	100%	63%	
Coesfeld	83	148	0	455	92	2644	0,42	0,35	0,74	1,16	1,09	2,29	0,46	13,29	0,010	32%	95%	21%	
Dortmund	734						1,22	1,00									95%		
Duisburg	471					4268	0,88						0,36	7,96	0,103		99%		
Düren	429					5001	1,67	0,91						8,73			100%		85%
Düsseldorf	1383	87	55				2,42	1,98	0,15	2,57	2,13					93%	100%		
Düsseldorf-Kreis	180						0,51	0,45									100%		
Eftkreis	keine Angaben																		
Essen	keine Angaben																		
Essen	320						1,77	0,77									97%		
Euskirchen	781					3330	2,66	2,55						11,34	0,017		95%		
Gelsenkirchen	378						1,17	0,93									98%		
Gütersloh	82						0,38	0,35									100%		
Hagen	156						0,85	0,66									99%		
Hamm	173	109	18	163		2919	0,74	0,67	0,46	1,20	1,14	0,69		12,41	0,000	59%	100%	63%	
Heinsberg	100	69	3	119	24	2491	0,40	0,38	0,28	0,68	0,66	0,48	0,10	10,03	0,346	58%	64%	72%	
Herford	54						0,30	0,27									80%		
Herne	198	93	8	18		3297	0,70	0,60	0,33	1,03	0,93	0,06		11,72	0,018	65%	75%	85%	
Hochsauerlandkreis	keine Angaben																		
Höxter	keine Angaben																		
Kleve	keine Angaben																		
Köln	2201	525	0	353		10936	2,28	2,10	0,54	2,83	2,65	0,37		11,35	0,020	79%	100%	63%	
Krefeld	350					2243	1,40	1,21						8,98			70%		
Krefeld	keine Angaben																		
Leverkusen	keine Angaben																		
Lippe	266						0,75	0,64							0,039		92%		
Märkischer Kreis	keine Angaben																		
Mettmann	keine Angaben																		
Minden-Lübbecke	220						0,71	0,65									76%		
Mönchengladbach	389						1,46	1,26									100%		
Mülheim/Ruhr	keine Angaben																		
Münster	576						2,17	1,74									95%		
Neuss	556						1,28	0,90									100%		
Oberbergischer Kreis	148						0,53	0,40									100%		

Kommune	Unterbringungen				Unterbringungen ähnliche Massn.	Mh. BtR unter- gebracht Personen	Gesamt- zahl betreuer Personen	Quoten, bezogen auf jeweils 1000 Einwohner										Anteile	
	nach PsychKG	nach BtR	davon § 1846					8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Oberhausen	keine Angaben																		
Olpe	52						0,38	0,21									88%		
Paderborn	448						1,64	1,42									100%		
Recklinghausen	605						0,91	0,62									95%		
Remscheid	340						2,76	1,24									100%		
Rhein-Sieg-Kreis	337						0,63	0,53									100%		
Rhein-Berg-Kreis	127						0,47	0,43									100%		
Siegen-Wittgenstein	keine Angaben																		
Soest	keine Angaben																		
Solingen	220	20	0	1	5	1290	1,33	1,33	0,12	1,45	1,45	0,01	0,03	7,77	0,006	92%	68%	100%	
Steinfurt	229	207	6	700	39	2535	0,56	0,36	0,50	1,06	0,86	1,70	0,09	6,17	0,002	42%	97%	74%	
Unna	245						0,59	0,52									85%		
Viersen	keine Angaben																		
Warendorf	144						0,53	0,44						9,71			99%		
Wesel	keine Angaben																		
Wuppertal	324	74	0		4	3824	0,84		0,19	1,04			0,01	9,96		100%	69%		
<b>Alle</b>	<b>14.994</b>	<b>1.391</b>	<b>98</b>	<b>1.943</b>	<b>359</b>	<b>48.825</b>	<b>1,13</b>	<b>0,89</b>	<b>0,38</b>	<b>1,49</b>	<b>1,40</b>	<b>0,84</b>	<b>0,18</b>	<b>10,10</b>	<b>0,055</b>	<b>67%</b>	<b>94%</b>	<b>70%</b>	
Kleinster Wert:	52	20	0	1	4	1290	0,30	0,21	0,12	0,68	0,66	0,01	0,01	6,17	0,000	32%	64%	21%	
Größter Wert:	2.201	525	55	700	195	10936	3,02	2,55	0,74	2,83	2,65	2,29	0,46	13,29	0,346	93%	100%	100%	

# Gesundheitsberichterstattung zur Unterbringungspraxis nach PsychKG

im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW Projektleitung Prof. Dr. Wolf Crefeld

Bericht 1998/B Stand der Datenerhebung vom 20.09.99 - Erfasster Anteil des Landes NRW nach Bevölkerungsz 72,0% nach Gebietskörperschaften: 72,2%

Kommun	Einwohner	Unterbringung außerhalb der Dienstzeit	Unterbringungszeugnis dur										Anteile nach Alter und Geschlecht				Anteil der "Diagnosen		U-Quote		
			niedrigel. Nervenärzte	andere Ärzte	Ärzte in Praxis	alle Ärzte	alle Kliniken	jüngere Männer	ältere Männer	jüngere Frauen	ältere Frauen	ältere Menschen	Frauen j. Alters	Psychose	Sucht-krankheit	Schwachsinn	Gebiets-persone	Alle persone			
Aachen Stadt	247.113	62%	6%	4%	75%	9%	5%	2%	14%	84%	45%	10%	34%	12%	22%	45%	43%	18%	0%	0,83	1,16
Bochum	401.129	71%	7%	8%	56%	13%	15%	2%	29%	69%	51%	9%	30%	10%	19%	41%	46%	15%	2%	0,50	0,55
Bonn	293.072	60%	9%	12%	60%	5%	10%	5%	30%	65%	40%	13%	30%	17%	30%	47%	45%	19%	1%	1,96	3,02
Borken	338.350	71%	22%	15%	29%	20%	11%	3%	48%	49%	57%	8%	30%	6%	14%	36%	58%	0%	0%	0,53	0,56
Bottrop	119.669		0%	6%	62%	13%	12%	8%	18%	74%	53%	6%	32%	9%	15%	41%	50%	14%	4%	0,65	0,92
Coesfeld	198.896	49%	10%	30%	34%	8%	13%	5%	53%	42%	55%	11%	27%	7%	18%	34%	46%	22%	2%	0,35	0,42
Dortmund	600.918	63%	3%	4%	36%	41%	15%	1%	22%	77%	48%	8%	32%	12%	19%	44%	0%	29%	0%	1	1,22
Duisburg	536.106		6%	35%	53%	0%	4%	1%	46%	53%	58%	4%	30%	8%	12%	38%	77%	17%	0%	0,88	0,88
Düren	256.310	65%	2%	27%	38%	24%	5%	3%	34%	63%	47%	16%	26%	11%	27%	37%	40%	27%	2%	0,91	1,67
Düsseldorf	572.638	50%	2%	37%	13%	39%	8%	0%	48%	52%	45%	9%	32%	13%	22%	45%	30%	22%	1%	1,98	2,42
Ennepe-Ruhr-Kreis	352.622	72%	15%	28%	26%	24%	2%	4%	45%	51%	45%	17%	28%	10%	27%	39%	42%	25%	1%	0,45	0,51
Euskirchen	180.447	62%	0%	9%	80%	7%	2%	2%	11%	87%	41%	14%	22%	23%	37%	45%	36%	17%	0%	0,77	1,77
Geisenkirchen	293.542	19%	1%	0%	96%	1%	2%	0%	3%	97%	43%	11%	28%	18%	29%	46%	48%	14%	1%	2,55	2,66
Gütersloh	324.333	52%	2%	32%	60%	2%	3%	1%	37%	62%	52%	9%	32%	7%	16%	39%	37%	34%	1%	0,93	1,17
Hagen	213.747	59%	2%	4%	59%	12%	23%	0%	29%	71%	39%	10%	27%	24%	34%	51%	48%	20%	1%	0,35	0,38
Hamm	184.020	63%	23%	19%	36%	18%	4%	0%	46%	54%	56%	10%	21%	13%	23%	34%	33%	33%	0%	0,66	0,85
Heinsberg	235.241	60%	14%	26%	35%	13%	1%	10%	42%	48%	47%	12%	29%	12%	23%	41%	47%	14%	6%	0,67	0,74
Herford	248.334	56%	12%	23%	14%	18%	32%	1%	67%	32%	45%	13%	31%	11%	24%	42%	39%	29%	1%	0,38	0,40
Herne	180.029	46%	0%	0%	80%	15%	6%	0%	6%	94%	48%	9%	31%	11%	20%	43%	72%	11%	0%	0,27	0,3
Hochsauerlandkreis	281.304	50%	8%	34%	21%	17%	14%	8%	55%	37%	49%	17%	22%	12%	29%	34%	38%	19%	1%	0,60	0,70
Köln	963.817	68%	3%	3%	38%	48%	4%	5%	10%	85%	51%	9%	28%	12%	21%	39%	33%	19%	2%	2,10	2,28
Krefeld	249.662	57%	7%	13%	39%	15%	10%	15%	31%	54%	52%	7%	31%	10%	17%	40%	45%	15%	0%	1,21	1,40
Lippe	356.427	64%	39%	14%	17%	19%	3%	8%	56%	36%	48%	11%	27%	14%	26%	41%	47%	13%	1%	0,64	0,75
Minden-Lübbecke	311.963	59%	5%	24%	42%	11%	9%	9%	39%	52%	48%	11%	27%	14%	26%	41%	45%	19%	8%	0,65	0,71
Mönchengladbach	266.073	64%	7%	38%	15%	19%	21%	1%	66%	33%	54%	9%	27%	10%	18%	37%	23%	33%	1%	1,26	1,46
Münster	264.887	64%	2%	10%	58%	21%	7%	2%	19%	79%	48%	11%	32%	10%	21%	42%	32%	31%	1%	1,74	2,17
Neuss	432.932	56%	16%	27%	41%	6%	1%	10%	43%	47%	33%	14%	36%	17%	31%	53%	40%	21%	2%	0,9	1,28
Oberbergischer Kreis	277.444	50%	5%	16%	58%	9%	10%	3%	31%	67%	51%	12%	21%	17%	29%	38%	38%	25%	1%	0,4	0,53

Kommun	Einwohner	Unterbringung außerhalb der Dienstzeit		Unterbringungszeugnis dur										Anteile nach Alter und Geschlecht			Anteil der "Diagnosen"		U-Quote Gebiets- persone			
		niedergel. Nervenärzte	andere Kasserärzte	Arzte in psych. Kliniken	Arzte KH/Abt.	andere Ärzte	SpD Ärzte	alle Ärzte in Praxis	alle Kliniken	jüngere Männer	ältere Männer	jüngere Frauen	ältere Frauen	ältere Männer	ältere Frauen	Psychose	Sucht-krankheit	Schwachsinn				
Olpe	136.927	62%	12%	12%	60%	12%	4%	0%	28%	72%	56%	4%	31%	10%	13%	40%	44%	29%	0%	0,21	0,38	
Paderborn	272.571	24%	21%	21%	42%	12%	2%	2%	44%	54%	45%	13%	27%	15%	28%	42%	39%	24%	0%	1,42	1,64	
Recklinghausen	661.915	60%	5%	14%	56%	13%	9%	5%	27%	68%	42%	17%	26%	14%	31%	41%	37%	16%	5%	0,62	0,91	
Remscheid	123.069	61%	19%	33%	2%	29%	2%	15%	54%	31%	36%	11%	38%	14%	25%	52%	49%	25%	3%	1,24	2,76	
Rhein-Sieg-Kreis	538.610	25%	13%	61%	0%	26%	0%	0%	74%	26%	46%	13%	25%	15%	29%	61%	72%	16%	0%	0,53	0,63	
Rhein.-Berg-Kreis	268.042	54%	7%	19%	2%	27%	17%	28%	43%	29%	53%	14%	21%	11%	25%	40%	20%	47%	1%	0,43	0,47	
Solingen	165.973	68%	18%	22%	31%	11%	10%	8%	50%	42%	55%	8%	29%	9%	16%	33%	41%	29%	0%	1,33	1,33	
Steinfurt	410.975	43%	21%	20%	32%	20%	1%	7%	42%	52%	53%	11%	26%	11%	21%	36%	31%	26%	1%	0,36	0,56	
Unna	417.899	49%	13%	44%	20%	15%	4%	4%	61%	35%	60%	7%	28%	5%	12%	33%	47%	21%	0%	0,52	0,59	
Warendorf	270.043	72%	12%	9%	49%	24%	2%	5%	23%	73%	32%	13%	39%	17%	29%	56%	42%	30%	0%	0,44	0,53	
Wuppertal	383.776																					0,84
Insges. NRW	2.830.825	58%	8%	18%	40%	22%	7%	4%	33%	63%	46%	11%	29%	13%	24%	42%	37%	22%	1%	0,90	1,17	
kleinster bzw. größter Wert:	12.830.825	19%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	26%	16%	4%	21%	5%	12%	33%	0%	0%	0%	0,21	0,30	
		72%	39%	61%	96%	48%	32%	28%	74%	97%	60%	23%	39%	35%	58%	61%	77%	47%	8%	2,55	3,02	



# Gesundheitsberichterstattung zur Unterbringungspraxis nach dem Betreuungsrecht

im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW Projektleitung Prof. Dr. Wolf Crefeld Bochum  
 Bericht 1998/C Stand der Datenerhebung vom 20.09.99 - Erfasster Anteil des Landes NRW nach Bevölkerungszahl 20,1% nach Gebietskörperschaften 18,5

Kommun	Anteil Alter und Geschlecht										Anteil Aufenthaltsort					Quoten je 1000 Einwohner			Eilverfahren	Anteil Eilverfahren												
	Männer					Frauen					Heim	Wohnung	Klinik	Alle	Alle > 59	Alle < 25j	Alle ab 60	Frauen ab 60			Männer ab 60	Frauen bis 24	Männer bis 24	Einwohner	Eilverfahren	Zuführungen	f. Richterungen	Alle V. f. Sachv.	Vorfürungen	Einwohner	BR-Unterbringung	Betreute
	24-59	24-59	24-59	24-59	24-59	24-59	24-59	24-59	24-59	24-59																						
Bottrop	3,9%	52,9%	3,9%	5,9%	27,5%	5,9%	9,8%	9,8%	39,2%	31,4%	25,5%	33,3%	9,8%	11,9	0,49	0,025	0,008	0,017	0,033	37	62,7%											
Coesfeld	2,2%	32,6%	7,6%	0,0%	38,0%	19,6%	2,2%	27,2%	57,6%	0,0%	83,7%	16,3%	0,0%	13,3	0,74	0,010	0,000	0,010	0,050	31	20,9%											
Düsseldorf	3,4%	25,3%	16,1%	1,1%	39,1%	14,9%	4,6%	31,0%	55,2%	33,8%	28,2%	36,6%	1,4%	8,7	0,15					74	85,1%											
Heinsberg	1,8%	21,1%	15,6%	2,8%	26,6%	32,1%	4,6%	47,7%	61,5%	32,1%	33,0%	34,9%	0,0%	12,4	0,46	0,000	0,000	0,026	69	63,3%												
Herford	7,6%	39,4%	12,1%	3,0%	24,2%	13,6%	10,6%	25,8%	40,9%	12,1%	12,1%	75,8%	0,0%	10,0	0,28	0,346	0,012	0,012	0,129	50	72,5%											
Hochsauerlandkreis	3,5%	43,5%	17,6%	0,0%	24,7%	10,6%	3,5%	28,2%	35,3%	8,3%	35,8%	55,8%	0,0%	11,7	0,33	0,018	0,011	0,007	0,057	79	84,9%											
Köln	963.817	2,9%	32,8%	14,5%	0,8%	21,5%	27,6%	3,6%	42,1%	4,0%	22,9%	65,1%	8,0%	11,3	0,54	0,020	0,008	0,011	0,048	331	63,0%											
Solingen	165.973	5,0%	45,0%	5,0%	15,0%	30,0%	5,0%	35,0%	45,0%	5,0%	20,0%	75,0%	0,0%	7,8	0,12	0,006	0,006	0,000	0,000	20	100,0%											
Steinfurt	410.975	3,4%	21,7%	21,7%	1,0%	12,6%	39,6%	4,3%	61,4%	21,3%	30,9%	47,8%	0,0%	6,2	0,50	0,002	0,002	0,000	0,012	154	74,4%											
Wuppertal	383.776	13,5%	37,8%	5,4%	2,7%	20,3%	20,3%	16,2%	25,7%	43,2%				10,0	0,19					51	68,9%											
<b>NRW</b>	<b>3.580.623</b>	<b>3,8%</b>	<b>31,8%</b>	<b>14,4%</b>	<b>1,3%</b>	<b>23,3%</b>	<b>25,5%</b>	<b>5,1%</b>	<b>39,8%</b>	<b>13,7%</b>	<b>30,4%</b>	<b>52,2%</b>	<b>3,7%</b>	<b>10,2</b>	<b>0,41</b>	<b>0,033</b>	<b>0,005</b>	<b>0,006</b>	<b>0,033</b>	<b>896</b>	<b>64,4%</b>											
Schwankungsbreiten:	kleinster Wert	1,8%	21,1%	3,9%	0,0%	12,6%	39,6%	2,2%	9,8%	0,0%	12,1%	16,3%	0,0%	6,2	0,12	0,000	0,000	0,000	0,000	20	20,9%											
	größter Wert	13,5%	52,9%	21,7%	5,9%	39,1%	5,9%	16,2%	61,4%	33,8%	83,7%	75,8%	9,8%	13,3	0,74	0,346	0,012	0,017	0,129	331	100,0%											

## **Angaben zum Autor**

Crefeld, Wolf, Dr. med., Professor für Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe Bochum. Arbeitsschwerpunkte: Anwendungspraxis des Betreuungsrechts (BGB), Qualifikationsstandards für rechtliche Betreuer, Beratung zur Novellierung des Psychisch-Kranken-Rechts, kommunale Psychiatrie-Koordination, Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts in NRW, Klinische Sozialarbeit, psychiatrische Sozialarbeit.

## **Bisher in der Reihe FESA - Transfer erschienene Schriften:**

Band 1 : N. Wohlfahrt, R. Kulbach (Hg.): Auf dem Weg zum Unternehmen Stadt ? Konsequenzen kommunaler Neuorientierung für die Gestaltung sozialer Dienste, Tagungsdokumentation

Band 2 : H. Sessar: Lokale Beschäftigungsförderung, Programme - Strategien – Handlungspotentiale

Band 3 : H. – D. Kantel, R. Kulbach, W. Maaser, H. Mogge – Grotjahn, W. Stankewitz, F. – R. Volz, N. Wohlfahrt: Werteorientierung in der Sozialen Arbeit, Dokumentation einer Ringvorlesung der Fbe Sozialarbeit und Sozialpädagogik der EFH RWL

Band 4 : B. Erbslöh, M. Krummacher: Wohnen im Überfluß. Fakten – Gesellschaftliche Folgen – Zielkonflikte – Handlungsebenen

Band 5 : Verein der Förderer und Freunde der EFH RWL (Hg.) : Vorwärts zum Ehrenamt – Konkurrenz und/oder Kooperation, Dokumentation einer Fachtagung des Fördervereins an der EFH RWL

Band 6 : B. Benz, J. Schuy : Soziale Sicherung im Prozeß der wirtschaftlichen Integration Westeuropas. Bestandsaufnahme – Zuordnung – Perspektiven. Ein Vergleich der Mindestsicherung und der Alterssicherungssysteme in den Ländern der Europäischen Union

Band 7 : M. Krummacher, Agenda Interkulturelle Stadtpolitik – Das Essener Modell zur Konzeptentwicklung und Empfehlungen zur Übertragung

Band 8 : M. Krummacher, V. Waltz : Best Practice Modelle: Interkulturelles Gesamtkonzept Stadt Solingen – „Vision Zusammenleben 2010“ – Konzeptentwicklung, Ergebnisse, Empfehlungen zur Übertragung

Band 9 : J. Becker, H.J. Dahme, N. Wohlfahrt : Neues Versorgungsangebot für komorbide Problemstellungen : Das Haus ALIA in Wesel – Ergebnisse einer wissenschaftlichen Begleitung

Band 10: A. Frenzke-Kulbach (Hg.): Soziale Arbeit mit Migrantinnen und Migranten – Beiträge zu theoretischen Konstrukten und praktischen Handlungsfeldern

Band 11: H.-P. Olm (Hg.) Ausgewählte Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe