

2. Stand der empirischen Forschung

2.1. Historischer Überblick

Anfang der 50er Jahre wurden in England und den USA zunehmend Stationen mit ständig geschlossenen Türen in offene psychiatrische Stationen umgewandelt. Cancro (1968) hielt dies für die Folge eines steigenden Bewusstseins für die Rechte der Patienten und die Verantwortung der Institutionen.

Muller schrieb 1962, dass dieses „System der offenen Türen“ und die neue Gesetzgebung durch den Mental Health Act in England 1959 eine neue Ära bezüglich der Akzeptanz und Behandlung psychisch gestörter Patienten in der Gesellschaft eingeläutet hatte. „Die Tage der geschlossenen Stationen und „Gummizellen“ waren vorbei. Bis dahin war die Gesellschaft vor den psychisch kranken Patienten fast ausschließlich durch maximale Bewachung geschützt worden. Diese Methode wurde zunehmend durch aktive medizinische Behandlung und eine offenere Klinikumgebung ersetzt“.

Lewis und Kohl (1962) gaben zu Bedenken, dass ein Jahrzehnt lang enthusiastische Berichte über die Politik der offenen Türen geschrieben worden waren, die Patienten und Personal gleichermaßen favorisierten. Die negativen Konsequenzen für Patienten und Gemeinschaft seien dabei jedoch übersehen worden. Milner (1966) betonte, dass es für die Patienten leichter wurde, das Krankenhaus ohne die Einwilligung oder das Wissen des Personals zu verlassen und auch die Behandlung gegen ärztlichen Rat abzubrechen. In Indien wurden in den 70er Jahren die geschlossenen psychiatrischen Anstalten allmählich durch psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken ersetzt mit der Folge steigender Entweichungsraten (Narottam Lal et al. 1977). Die Ergebnisse der drei indischen Studien (Narottam Lal et al. 1977, John et al. 1980, Mubarak Ali et al. 1989) werden im folgenden Kapitel nicht im Zusammenhang mit den übrigen Studien dargestellt, weil sich die dortigen Verhältnisse zu sehr von den europäischen und nordamerikanischen Verhältnissen unterscheiden. Dies gilt ebenso für eine taiwanesishe Studie, die auf einer geschlossenen Station mit hochsicherheitsähnlichen Verhältnissen durchgeführt wurde (Tsai 1998). Im Anhang werden jedoch die Ergebnisse aller Studien in Tabellenform dargestellt.

Es wird in frühen genauso wie in aktuellen angloamerikanischen Studien die Angst der psychiatrischen Institutionen vor Druck durch die Medien genannt. Die Befürchtungen betrafen Gewalttaten an Mitbürgern, die Opfer im Rahmen von Entweichungen werden könnten.

Befürchtet wurden ebenfalls mögliche Prozesse gegen das Klinikpersonal, sowie ein Vertrauensverlust der Angehörigen, welche die psychiatrische Station als „Ort der Sicherheit“ verstünden (Milner 1966, Molnar et al. 1985, Bowers et al. 1998, Meehan et al. 1999).

In den drei englischen Studien der 60er Jahre stand noch der Schutz der Öffentlichkeit vor den psychisch Kranken im Vordergrund (Muller 1962, Milner 1966 und Antebi 1967). Erst 22 Jahre später wurde erneut eine englische Studie zu dem Thema veröffentlicht (Tomison 1989). Hier, wie auch in allen darauffolgenden Studien wurden die Ängste betont, die durch Entweichungen bei Personal und Angehörigen ausgelöst wurden. Auch der große Zeitaufwand, den das Personal bei Entweichungen zum Nachteil der übrigen Patienten aufwenden musste, z.B. durch Suchaktionen, Aufsuchen zu Hause, Telefonieren und Dokumentieren, wurde thematisiert. Die Gefahr, die eine Entweichung für den Patienten selbst bedeuten kann, rückte ebenfalls in den Vordergrund. Entweichungen wurden erstmals auch als negatives Qualitätsmerkmal für die Klinik verstanden. Dazu gehört, dass Entweichungen als Unterbrechung der Behandlung die Genesung erschweren und verzögern und dass sich der Patient außerhalb der Klinik selbst gefährden oder gar suizidieren kann. Entwichen Patienten mehrfach, würden dadurch auch Versäumnisse in der Behandlung bloßgestellt (Tomison 1989, Falkowski et al. 1990, Short 1995).

Genau wie in Deutschland ist das Personal psychiatrischer Kliniken in England und den USA laut Gesetzgebung verpflichtet, einerseits für die Sicherheit und die Überwachung der Patienten zu sorgen, andererseits dem Patienten eine so gering wie möglich einschränkende Umgebung zu bieten. Dies bedeutet ein ständiges Ausbalancieren zwischen einerseits Restriktionen und andererseits Förderung der Unabhängigkeit und der Fähigkeit, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen (Molnar et al. 1985). Eine Entweichung kann als einen Versuch der Zerstörung dieser Balance gewertet werden, aber auch in manchen Fällen als Eigeninitiative, als Zeugnis selbstständigen Handelns (Andoh 1998, Meehan et al. 1999). Eine Entweichung kann dem Patienten möglicherweise das Gefühl vermitteln, Kontrolle und Macht über die psychiatrische Institution zu behalten (Meehan et al. 1999). Sie ist aber auf jedem Fall auch Ausdruck einer nicht gelungenen Compliance.

Einige Untersuchungen neueren Datums und zwei frühe US amerikanische Studien stellten das Erleben des Patienten und der beteiligten Berufsgruppen in den Vordergrund, um Entweichungen nicht nur retrospektiv zu beschreiben, sondern die Gründe, Umstände und Reaktionen verstehen zu können. Dafür wurden Interviews mit den Patienten und teilweise mit dem Personal und der Polizei nach der Entweichung durchgeführt (Muller 1962, Lewis und Kohl 1962, Mc Indoe 1986, Falkowski et al. 1990, Short 1995, Andoh 1999, Meehan et al. 1999, Bowers et al. 2000).

Falkowski et al. (1989) stellten fest, dass sich die Untersuchungsergebnisse der späten 80er Jahre nur wenig von denen der 60er Jahre unterscheiden, trotz Änderungen in der psychiatrischen Behandlungspraxis und dem 1983 neu gestalteten Mental Health Act.

Auch die Studien nach 1989 haben keine wesentlich neuen Erkenntnisse gebracht.

Zum Thema „Entweichungen aus Psychiatrischen Kliniken von offenen und / oder geschlossenen Stationen“ wurde keine deutschsprachige Literatur gefunden. Es gibt ausschließlich Studien über Entweichungen aus Kliniken des Massregelvollzuges (Gretenkord und Müller-Isberner, 1991, Mahler et al. 2000).

2.2. Ergebnisse bisheriger Untersuchungen

Es werden die Ergebnisse aus 21 Studien, geordnet nach inhaltlichen Schwerpunkten, dargestellt. 9 Studien stammen aus England, 2 aus Irland, eine aus Australien, 7 aus den USA und 2 Studien aus Kanada.

2.2.1. Soziodemographische und fallbezogene Merkmale

Ein Ziel aller Studien war, entwichene Patienten anhand typischer Merkmale zu charakterisieren, um potentielle Entweicher erkennen zu können, um dann bessere Strategien gegen Entweichungen entwickeln zu können.

Geschlechterverhältnis

Männliche Entweicher waren in 14 von 18 Studien in der Überzahl. Davon war in drei Studien der Männeranteil unter den entwichenen Patienten signifikant höher als in der Kontrollgruppe (Molnar et al. 1985, Tomison 1989 und Bowers et al. 2000). In 4 Studien war der Anteil der Männer höher, aber statistisch nicht signifikant (Milner 1966, Farragher et al. 1996, Walsh et al. 1998 und Dickens und Campbell 2001) und in 8 Studien gab es mehr männliche als weibliche entwichene Patienten (Muller 1962, Antebi 1967, Altman et al. 1972, Falkowski et al. 1990, Short 1995, Andoh 1999 und Meehan et al. 1999).

In einer frühen US amerikanischen Studien ist das Verhältnis allerdings ausgeglichen (Meyer 1967) in einer anderen überwiegt der Frauenanteil (Lewis und Kohl 1962), in zwei Studien wandelt sich das Verhältnis innerhalb von 8 bzw. 4 Jahren von einem Überwiegen der Männer zu einem Überwiegen der Frauen (Cancro 1968) bzw. zu einem ausgeglichenen Verhältnis (Bland und Parker 1974).

Altersverteilung

In 13 Untersuchungen waren die entwichenen Patienten jünger als die Patienten der Kontrollgruppe. Davon waren die Patienten in 5 Studien signifikant häufiger jünger als 35 Jahre, der Mittelwert lag zwischen 27 und 39 Jahren (Antebi 1967, Molnar et al. 1985, Tomison 1989, Bowers et al. 2000, Dickens und Campbell 2001). In drei Untersuchungen davon waren die Entweicher im Durchschnitt jünger als die Kontrollgruppe, der Mittelwert lag bei 28 Jahren (Farragher 1996), bei 35 Jahren (Short 1995) und bei 32 Jahren (Walsh et al. 1998). Bei einer weiteren Untersuchung waren 74 % (Meehan et al. 1999) und bei einer anderen Studie 64,5 % (Andoh 1999) der entwichenen Patienten jünger als 40 Jahre. Drei Untersuchungen fanden keinen signifikanten Unterschied zur Kontrollgruppe (Muller 1962, Milner 1966, Falkowski et al. 1990), bei letzterer waren die Entweicher im Durchschnitt etwa 37 Jahre alt.

Sonstige soziodemographische Merkmale

In 8 Studien wurde der Familienstand untersucht. 5 Studien prüften die Ergebnisse auf Signifikanz: In zwei Studien gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zur Kontrollgruppe (Milner 1966, Bowers et al. 2000), bei Tomison (1989) und Farragher et al. (1996) war der Unterschied ebenfalls nicht signifikant, Alleinstehende waren jedoch häufiger. Bei der Untersuchung von Walsh et al. (1998) waren die Entweicher signifikant häufiger alleinstehend. In drei Studien wurden entwichene Patienten häufiger als alleinstehend beschrieben (Altman et al. 1972, Short 1995, Dickens und Campbell 2001). Entweicher wurden demnach in 6 Studien häufiger als alleinstehend beschrieben.

Arbeitslosigkeit wurde in fünf Studien untersucht. In allen Fällen waren die Entweicher häufiger arbeitslos als in der Kontrollgruppe, die Prozentangaben reichten von 56 bis 98 % (Tomison 1989, Short 1995, Farragher et al. 1996, Andoh 1999, Bowers et al. 2000).

Weiterhin wurde beschrieben, daß Entweicher viel seltener Besuch als Nicht-Entweicher bekämen (Antebi 1967, Andoh 1999) oder von ihrer Familie eher abgelehnt wurden (Coleman 1966). Die Wohnsituation wurde lediglich in zwei Studien untersucht, die zum gleichen Ergebnis kamen. Entwichene Patienten lebten seltener alleine in einer Privatwohnung und häufiger in Einrichtungen verschiedener Art (Tomison 1989, Short 1995, hier war der Unterschied zur Kontrollgruppe signifikant).

In einer Studie (Tomison 1989) waren entwichene Patienten nach Einschätzung des Autors eher gewalttätig, neigten eher zu Selbstverletzung bei geringerer Behandlungseinsicht. Entweicher würden zu Impulsivität und suizidalem Verhalten neigen, zur Missachtung von Regeln und Anordnungen bzw. zur Unfähigkeit, diese zu befolgen mit der Tendenz, unter Stress „auszurasten“ (Altman et al. 1972). Die Neigung zu inkompliantem Verhalten (Ablehnung der

Medikation, gewalttätiges Verhalten auf der Station) wurde in einer weiteren Studie bestätigt (Bowers et al. 2000). In zwei Studien wurde berichtet, dass die Patienten die Entweichung vorher angekündigt hatten: In der ersten in 58 % der Fälle, davon waren nur 15 % als entweichungsgefährdet im Pflegeplan aufgeführt und 15 % wurden regelmäßig vom Personal überwacht (Bowers et al. 1999b) und in der zweiten Studie in 36 % der Fälle, durch konkrete verbale Ankündigung oder durch „nonverbale Anzeichen“ wie Zunahme motorischer Unruhe, Reizbarkeit und Ablehnung der Medikation (Richmond et al. 1991). Alle fünf in einer Studie interviewten Patienten hatten eine mangelhafte oder gar keine Krankheitseinsicht (Mc Indoe 1986).

Es gibt wenige Ergebnisse zur Staatsangehörigkeit bzw. dem kulturellen und religiösen Hintergrund der entwichenen Patienten; es wurde nur nach der ethnischen und religiösen Zugehörigkeit unterschieden, z.B. in England: afro-karibische und afrikanische Patienten signifikant häufiger entwichen (Falkowski et al. 1990), häufiger „ethnischer Minderheit zugehörig und nicht- christlich“ (Bowers et al. 2000), kein Unterschied bezüglich ethnischer Zugehörigkeit (Dickens und Campbell 2001). In den USA entwichen weiße Katholiken häufiger als schwarze Patienten (Coleman 1966, Altman et al. 1972).

Diagnosen

Die Diagnose einer Schizophrenie, paranoiden Psychose oder psychotischen Störung wurde unter Entweichern in 10 Studien mit 32 bis 73% am häufigsten gestellt. In 5 Studien war der Unterschied bezüglich der ICD- F2- Diagnosen im Vergleich mit der Kontrollgruppe signifikant (Meyer et al. 1967, Molnar et al. 1985, Tomison 1989, Walsh et al. 1998, Bowers et al. 2000). In 4 Untersuchungen waren Schizophrenien am häufigsten vertreten, ohne Prüfung auf Signifikanz (Lewis und Kohl 1962, Falkowski et al. 1990, Richmond et al. 1991, Meehan et al. 1999). Bei Farragher et al. (1996) hatten die Entweicher am häufigsten eine Schizophrenie, der Unterschied zur Kontrollgruppe war jedoch nicht signifikant.

Die Diagnosen wurden teilweise personenbezogen, teilweise fallbezogen in die Untersuchungen mit aufgenommen.

In 5 weiteren Studien standen 3 andere Diagnosegruppen an erster Stelle: „Psychopathische Persönlichkeiten“ (Muller, 1962 und Antebi, 1967) bzw. „Persönlichkeitsstörungen“ (Bland und Parker 1974, „Affektive Psychosen“ (Short 1995), und „akute organische Störung“ (Altman et al. 1972).

An zweiter Stelle wurden Persönlichkeitsstörungen in 6 Studien am häufigsten diagnostiziert, gefolgt von „manischer Episode“ und „manisch-depressiver Störung“ in jeweils 3 Studien. Die Häufigkeit einer stoffgebundenen Abhängigkeit wurde nur in wenigen Studien beschrieben und

lag zwischen 7 und 17 % bei Entweichern und war geringer als bei den nicht entwichenen Patienten (Muller 1962, Molnar et al. 1985, Short 1995, Farragher et al. 1996, Walsh et al. 1998). In 6 Untersuchungen wurden keine Diagnosehäufigkeiten beschrieben.

Bei allen Diagnosen müssen die unterschiedliche Benennung und Klassifikation psychischer Erkrankungen im Wandel der Zeit mitberücksichtigt werden.

Einmaliges / mehrfaches Entweichen

In einem Großteil der Studien wurden die Entweichungen einzelnen Patienten zugeordnet. Dadurch konnten einmalige von mehrfachen Entweichungen unterschieden werden. In all diesen Studien ist die Anzahl der Entweichungen deutlich höher als die Anzahl der dafür verantwortlichen Patienten, meist um das Doppelte oder mehr. Der Anteil der Patienten, die während eines Aufenthaltes mehrfach entweichen, lag bei 20 – 95 % aller Entweicher.

Stationäre psychiatrische Voraufenthalte und frühere Entweichungen

Die Anzahl früherer psychiatrischer stationärer Aufenthalte wurde nicht untersucht. Allerdings wird über frühere stationäre Voraufenthalte berichtet. In den Untersuchungen von Tomison (1989), Falkowski et al. (1990) und Short (1995) hatten 80 % der Entweicher frühere stationäre Aufenthalte, in der Untersuchung von Meehan et al. (1999) waren es 39 %. In zwei Untersuchungen gab es bezüglich der Voraufenthalte keinen Unterschied zur Kontrollgruppe (Farragher et al. 1996 und Bowers et al. 2000). In 6 Untersuchungen wurde übereinstimmend beschrieben, daß entwichene Patienten häufig schon während Voraufenthalten entwichen waren (Lewis und Kohl 1962, Coleman 1966, Falkowski et al. 1990, Richmond et al. 1991, Farragher et al. 1996, Bowers et al. 2000).

Dauer der stationären Aufenthalte

Zur Dauer des stationären Aufenthaltes wurden Ergebnisse in sechs Studien vorgelegt. Entweicher insgesamt hatten eine etwa doppelt so lange Aufenthaltsdauer wie die Kontrollgruppe. In zwei Untersuchungen war diese statistisch signifikant länger, im Mittel 64 Tage (Meyer et al. 1967, Short 1995). In einer weiteren Studie hatten 83 % der entwichenen Patienten eine stationäre Aufenthaltsdauer von 30 Tagen und mehr (Molnar et al. 1985). Mehrfachentweicher hatten dabei eine längere Aufenthaltsdauer als die als die restlichen Entweicher und als die Kontrollgruppe (Meyer et al. 1967, Tomison 1989). Lediglich in einer Studie gab es keinen signifikanten Unterschied zur Kontrollgruppe (Dickens und Campbell 2001).

Rechtsstatus

Der Rechtsstatus entwichener Patienten wurde in vielen Studien untersucht, da „Entweichungen“ im Gegensatz zur vorliegenden Untersuchung in den englischsprachigen Ländern bei gesetzlich

untergebrachten, aber auch bei freiwillig in Behandlung befindlichen Patienten vorkommen konnten (siehe Diskussionsteil, Kap.5.1.3.). Insgesamt „entwichen“ gerade gesetzlich untergebrachte Patienten häufiger als freiwillig Behandelte. In 7 Untersuchungen betrug der Anteil gesetzlich untergebrachter Entweicher bis zu 77,9% (Muller 1962, Antebi 1967, Bland und Parker 1974, Falkowski et al. 1990, Richmond et al. 1991, Meehan et al. 1999, Bowers et al. 2000). In einer Studie sind von allen gesetzlich untergebrachten Patienten 72,4% entwichen (Andoh 1999).

In sieben weiteren Studien wurde der Anteil der gesetzlich untergebrachten Entweicher mit den entsprechenden Patienten der Kontrollgruppe verglichen. Mit einer Ausnahme (Milner 1966) war der Anteil der Untergebrachten bei den Entweichern mindestens doppelt so hoch wie in der Kontrollgruppe der Nichtentweicher (Molnar et al. 1985, Tomison 1989, Short 1995, Farragher et al. 1996, Walsh et al. 1998, Dickens und Campbell 2001).

2.2.2. Wann und wie entwichen die Patienten?

In welchem Zeitraum nach Beginn der Behandlung fand die Entweichung statt?

In der Regel fanden Entweichungen zu Beginn des Klinikaufenthaltes statt. Innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme in die Klinik fanden in 2 Studien 50 % Entweichungen statt (Short 1995, Dickens und Campbell 2001), in einer Studie 30% der Entweichungen (Farragher et al. 1996) und in 3 Studien entwichen in diesem Zeitraum „besonders viele Patienten“ (Milner 1966, Altman et al. 1972, Bowers et al. 1999b). In einer weiteren Studie wurde ein anderes Zeitfenster gewählt, hier entwichen 30% der Patienten innerhalb der ersten 3 Tage nach der Aufnahme (Molnar et al. 1985). Zwei Untersuchungen nahmen die ersten beiden Wochen nach der Aufnahme als Zeitfenster, in denen in einer Studie 50 % (Tomison 1989), in einer zweiten 66% (Bowers et al. 1999b) der Entweichungen stattfanden.

Bei Mehrfachentweichern wurden Episoden von Entweichungen innerhalb kurzer Zeit beschrieben (Meyer et al. 1967).

Jahreszeit

Was die Jahreszeit betrifft, lässt sich kein Trend feststellen. Es gab Häufungen zu allen Jahreszeiten. In einer Studie wurde die tägliche Entweichungsrate mit dem jeweiligen Wetterbericht für die Region verglichen, dabei wurde keine Korrelation zu einer bestimmten Wetterlage gefunden (Bowers et al. 2000).

Tageszeit

Zur Tageszeit liegen acht Untersuchungen vor. Dabei fand sich eine Häufung in den

Nachmittags- und Abendstunden (Cancro 1968, Richmond et al. 1991, Short 1995, Walsh et al. 1998, Dickens und Campbell 2001), wobei eine Untersuchung jeweils eine Häufung um 13:00 und um 21:00 Uhr, d.h. zu den Übergabezeiten des Pflegepersonals beschrieb (Bowers et al. 1999b). Einmalig wurde eine Häufung von 34,1% der Entweichungen zwischen 7:00 - 11:00 Uhr beschrieben (Meehan et al. 1999), in einer weiteren Studie wurde keine tageszeitliche Häufung festgestellt (Tomison 1989). In den Nachtstunden (21:00 – 6:00 Uhr) fanden fast nie Entweichungen statt.

Wochentag

Bezüglich der Wochentage war in drei Studien der Samstag überrepräsentiert (Cancro 1968, Molnar et al. 1985, Bowers et al. 1999b), einmal der Beginn der Woche (Walsh et al. 1998) und in einer Studie wurde keine Häufung bestimmter Wochentage festgestellt (Dickens und Campbell 2001).

Art der Entweichung

- Kliniken mit offenen und geschlossenen Stationen

Die meisten Untersuchungen wurden in Kliniken durchgeführt, die über offene und geschlossene Stationen verfügen. Die Ergebnisse variierten beträchtlich:

Coleman (1966) berichtet, dass 20 % der Entweichungen von geschlossenen Stationen stattfanden und 80 % von offenen Stationen. In der Studie von Antebi (1967) fanden 48 % der Entweichungen von geschlossenen Stationen im Rahmen eines genehmigten Ausgangs statt.

Bei Farragher et al. (1996) lag der Prozentsatz der Entweichungen von offenen Stationen bei 65 % und von geschlossenen Stationen bei 35 %.

Dickens und Campbell (2001) beschrieben sogar eine Entweichungsrate von 62,2 % von geschlossenen Stationen (davon 31,8 % im Rahmen eines genehmigten Ausgangs, 12,2 % während personalbegleitetem Ausgang, 6,1 % im Sinne einer Flucht - Klettern über einen Zaun / aus dem Fenster, Stehlen eines Schlüssels, der Rest während anderen Therapien, einschließlich Ausgang mit Angehörigen). Nur 37,8 % der Entweichungen fanden hier von offenen Stationen statt, davon 80,4 % im Rahmen eines genehmigten Ausgangs.

- Kliniken mit offenen Stationen, Tür wird nur nachts und „wenn es die Situation erfordert“, geschlossen

In der Studie von Bowers et al. (1999b) fanden 1 % aller Entweichungen „trotz geschlossener Tür“ statt, d.h. die Patienten überlisteten das Personal oder drängten gewaltsam durch die eigentlich verschlossene Tür. 11 % der Entweichungen waren möglich, obwohl das Personal zu diesem Zeitpunkt die Tür überwachte. Die übrigen 88 % der Entweichungen erfolgten, während

die Tür offen und unbewacht war. Insgesamt erfolgten 82 % der Entweichungen direkt von der Station und 14% während therapeutischer Aktivitäten.

Bei Richmond et al. (1991) war die Tür bei 21 % der Entweichungen geschlossen und bei 79 % offen. 57 % der Entweichungen fanden während Therapien außerhalb der Station statt. In der Studie von Meyer et al. (1967) lag der Prozentsatz der Entweichungen im Rahmen eines genehmigten Ausgangs bei 79 %.

2.2.3. Warum entwichen die Patienten?

In neun Studien wurden die Patienten nach ihrer Rückkehr auf die Station über die Gründe für ihre Entweichungen befragt (Muller 1962, Lewis und Kohl 1962, Meyer et al. 1967, Mc Indoe 1986, Falkowski et al. 1990, Short 1995, Andoh 1999, Meehan et al. 1999, Bowers et al. 1999a).

In fast allen Studien gaben die Patienten mehrere Gründe gleichzeitig an.

Meist genannt wurden die Sorge um die Zustände zu Hause (Familie / Haustiere / Wohnung) bzw. die Sehnsucht nach Hause oder das Bedürfnis, etwas von zu Hause zu holen (Lewis und Kohl 1962, Muller 1962, Falkowski et al. 1990, Short 1995, Meehan et al. 1999, Bowers et al. 1999a).

Weiterhin wurde die Unzufriedenheit mit bzw. Ablehnung der Behandlung genannt: Bevormundung durch Personal, „Inkompetenz“ oder mangelhaftes Einfühlungsvermögen des Personals, rigide Stationsregeln, bedrohliche, unruhige Stationsatmosphäre, keine Privatsphäre, zu hohe bzw. falsche Medikation, schlechtes Essen, Langeweile durch mangelhaftes therapeutisches Angebot (Lewis und Kohl 1962, Muller 1962, Meyer et al. 1967, Mc Indoe 1986, Falkowski et al. 1990, Short 1995, Andoh 1999, Meehan et al. 1999, Bowers et al. 1999a).

58 % der entwichenen Patienten fühlten sich eingesperrt (Bowers et al. 1999a), in einer weiteren Arbeit war der Wunsch „frei entscheiden zu können, was man unternimmt“, Hauptgrund für die Entweichung (Mc Indoe 1986).

Der Großteil der Patienten gab an, vor der Entweichung das Bedürfnis nach mehr Aufmerksamkeit durch das Personal gehabt zu haben, bzw. durch die Entweichung mehr Aufmerksamkeit bekommen zu haben (Meyer et al. 1967, Meehan et al. 1999).

Psychotisches Erleben wie Wahnsymptomatik, Hören imperativer Stimmen und andere Halluzinationen, Störungen der Impulskontrolle, formale Denkstörungen, Unruhe und verstärkter sozialer Rückzug (Reihenfolge nach abnehmender Häufigkeit) wurden in fünf Untersuchungen als ausschlaggebender Grund für die Entweichungen beschrieben (Lewis und Kohl 1962, Meyer et al. 1967, Falkowski et al. 1990, Meehan et al. 1999, Bowers et al. 1999a). Allerdings wurde

auch betont, dass es trotz psychiatrischer Symptomatik bei fast allen Patienten zusätzlich rationale Gründe für ihre Entweichungen gab (Bowers et al. 2000).

Lediglich von einem Patient war vor der Entweichung bekannt, dass er sich umbringen wollte (Falkowski et al. 1990). In keiner Studie wurde „Suchtdruck“ als Entweichungsgrund erwähnt – in einer Studie wurde alkoholabhängigen Patienten Alkohol regelmäßig verabreicht, bei den übrigen Patienten wurde Alkohol in der Klinik nach Ansicht des Autors als „Mutmacher“ für die Entweichung konsumiert (Muller 1962).

Mehrfach wurde beschrieben, daß sich die Patienten durch Mitpatienten beeinträchtigt fühlten, z.B. durch deren Unruhe, „Verrücktheit“, Schreien, Angefasst - werden, nächtliche Störungen (Andoh 1999, Meehan et al. 1999, Bowers et al. 1999a).

Angst vor einer Verlegung auf eine geschlossene Station wurde ebenfalls genannt (Lewis und Kohl 1962).

2.2.4. Was geschah während der Abwesenheit von der Station?

Dieser Frage wurde in 18 Studien nachgegangen. Am häufigsten suchten die Patienten ihre eigene Wohnung, die Familie oder Freunde auf. 20 – 63 % gingen nach Hause, 13 – 32 % besuchten Freunde oder Angehörige (Antebi 1967, Farragher et al. 1996, Walsh et al. 1998, Bowers et al. 1999b, Dickens und Campbell 2001). Zu Hause gingen die Entweicher Alltagsaktivitäten nach wie Saubermachen, Aufräumen, Fernsehen u.ä. (Mc Indoe 1986). 16 bis 50 % der Patienten gingen spazieren ohne Ziel (Antebi 1967, Falkowski et al. 1990, Bowers et al. 1999b). 19 bis 29 % suchten andere bestimmte Orte auf wie Geschäfte, einen Friedhof o.ä. (Tomison 1989, Falkowski et al. 1990, Short 1995).

In 13 Studien wurde von mindestens einem Suizidversuch oder Suizid berichtet. In vier weiteren Studien war es zu keinem Vorfall dieser Art gekommen (Antebi 1967, Meyer et al. 1967, McIndoe 1986, Short 1995). In nochmals vier Studien wurde der Punkt Suizid / Suizidversuch nicht behandelt (Coleman 1966, Cancro 1968, Altman et al. 1972, Richmond et al. 1991).

In zwei Studien suizidierte sich jeweils ein Patient, dagegen wurde kein Suizidversuch beschrieben: ein Suizid bei 95 Entweichungen / Jahr (Tomison 1989), ein Suizid bei 231 Entweichungen / Jahr (Falkowski et al. 1990). In einer Studie mit großer Fallzahl (812 Entweichungen / Jahr in drei Kliniken) kam es zusätzlich zu einem Suizid zu drei Verkehrsunfällen mit unbekanntem Motiv, wobei zwei tödlich endeten sowie einem Suizidversuch (Andoh 1999). In einer Untersuchung wurde berichtet, dass ein Patient durch Erfrieren starb (Bland und Parker 1974). Die Anzahl der Suizidversuche (SV) variierte zwischen einem und fünf

pro Studie, unabhängig von der Rate der Entweichungen (E):

(2 SV / 210 E, Muller 1962, 1 SV / 11 E, Lewis und Kohl 1962, 5 SV / 109 E, Milner 1966, 1 SV / 268 E, Bland und Parker 1974, 1 SV / 109 E, Molnar et al. 1985, 3 SV / 48 E, Farragher et al. 1996, 9 mal selbstverletzendes Verhalten inclusive SV / 156 E, Walsh et al. 1998, 2 SV / 77 E, Meehan et al. 1999, 2 SV und einige Selbstverletzungen / 498 E, Bowers et al. 1999B, 16 mal selbstverletzendes Verhalten / SV / 148 E, Dickens und Campbell 2001). In einer Untersuchung folgte der Patient seinen imperativen Stimmen, als er den Suizidversuch unternahm (Bowers et al. 1999c), ein Patient schoss sich in den Kopf mit folgender Schwerbehinderung (Lewis und Kohl 1962). Andere Patienten versuchten, sich zu vergiften (Bland und Parker 1974, Molnar et al. 1985, Walsh et al. 1998). Zusätzlich wurde selbstgefährdendes Verhalten und Gefährdungen durch andere beschrieben, explizit Umherwandern als hilflose Person (Milner 1966), eine Erfrierung an den Füßen (Molnar et al. 1985), fehlende Einnahme lebenswichtiger Medikamente. Ein Patient wurde Opfer eines Überfalls (Andoh 1999), drei Patienten wurden Opfer sexueller Gewalt, ein Patient erlitt seinen ersten epileptischen Anfall unklarer Ursache, ein anderer einen Kollaps (Dickens und Campbell 2001), es kam zu einer Unterkühlung (Walsh et al. 1998), einem Unfall bei „train surfing“, einem schwerer Sonnenbrand (Meehan et al. 1999), ein Patient wanderte auf Gleisen (Dickens und Campbell 2001).

Fremdgefährdendes Verhalten wurde seltener beschrieben. Patienten waren aggressiv gegenüber Angehörigen (Milner 1966, Andoh 1999), ein Patient versuchte, seinen Vater zu erdrosseln (Andoh 1999), es kam zu „Gewalttätigkeiten“ (Dickens und Campbell 2001), drei Patienten überfielen Mitbürger (Bland und Parker 1974, Walsh et al. 1998), ein Patient zerstörte die Wohnungseinrichtung seiner Mutter (Meehan et al. 1999). Straftaten wurden etwas häufiger verübt. Es kam zu einem Autodiebstahl, einem Scheckbetrug (Bland und Parker 1974), sechs Sachbeschädigungen, vier Diebstählen, drei Ruhestörungen (Andoh 1999), vier Straftaten ohne nähere Beschreibung (Farragher et al. 1996), sechs Straftaten, darunter Reisen ohne Fahrkarte, Sachbeschädigung, Waffenbesitz, Gewalttätigkeit (Dickens und Campbell 2001).

Von Drogenkonsum wurde erstaunlicherweise nur in 4 Studien berichtet: bei 19 % bis 28,4 % der Entweichungen wurde Alkohol konsumiert (Bowers et al. 1999b, Walsh et al. 1998, Dickens und Campbell 2001), bei Muller (1962) wurde hierzu keine Prozentangabe gemacht. Bowers et al (1999b) beschrieben zusätzlich den Gebrauch von Cannabis bei 11 % der Entweichungen.

Ein größerer Teil der Patienten (12 - 35 %) blieb innerhalb des Klinikgeländes (Tomison 1989, Short 1995, Dickens und Campbell 2001). In drei Studien wurde erwähnt, dass der Aufenthaltsort bei bis zu 41 % der Entweichungen unbekannt war (Tomison 1989, Short 1995, Walsh et al. 1998).

2.2.5. Wann kehrten die Patienten zurück?

Der Großteil der Patienten kehrte nach kurzer Zeit in die Klinik zurück.

8 Untersuchungen wählten das Zeitfenster „Rückkehr innerhalb von 24 h“. Dabei lag die Quote in 7 Studien zwischen 60 und 90 % (Cancro 1968, Muller 1962, Antebi 1967, Short 1995, Walsh et al. 1998, Dickens und Campbell 2001, Tomison 1989). In einer Studie kehrten nur 46 % der Entweicher innerhalb von 24 h zurück (Farragher et al. 1996). In einer anderen Arbeit wird über eine Rückkehr von über 80 % innerhalb von 48 h berichtet, wobei 40 % schon innerhalb von 6 h zurück waren (Bowers et al. 1999b). Bei einer weiteren Studie lag der Mittelwert bei 23,1 h, 40 % kehrten innerhalb von 12 h zurück (Falkowski et al. 1990), ein weiteres Zeitfenster war „Rückkehr bis Mitternacht des Entweichungstages“, bis dahin kehrten 51,4 % zurück (Molnar et al. 1985).

Der Anteil der Patienten, die nicht zurückkehrten und in Abwesenheit entlassen wurden, lag zwischen 8 und 35 %. In den beiden irischen und der australischen Studie kehrten besonders viele Patienten (26 – 35 %) nicht zurück (Farragher et al. 1996, Walsh et al. 1998, Meehan et al. 1999).

2.2.6. Wie kehrten die Patienten zurück?

Es werden 5 Arten der Rückkehr beschrieben: 1. eine Rückkehr alleine, 2. in Begleitung der Polizei oder 3. der Angehörigen / Freunde, 4. des Klinikpersonals oder 5. des ambulant arbeitenden Personals („Mental Welfare Officer“, Krankenwagen). In England, Irland, Australien und den USA gehört es zu den Aufgaben des Klinikpersonals, entwichene Patienten auch ggf. mit einem Pkw wieder zurück zur Klinik zu bringen. Diese Arbeit geschieht zusammen mit der Polizei. Die Ergebnisse fallen wiederum unabhängig vom Rechtsstatus und der Unterbringungsart der Patienten auf der Station recht unterschiedlich aus. In 10 Studien wurde die Art der Rückkehr nicht untersucht.

In acht Studien wurde der Anteil der alleine zurückgekehrten Patienten untersucht, er lag im Mittel bei 34 % (Antebi 1967, Tomison 1989, Falkowski et al. 1990, Short 1995, Farragher et al. 1996, Walsh et al. 1998, Meehan et al. 1999, Bowers et al. 1999c). Elf Studien untersuchten, wie oft die Polizei bei der Rückführung der Patienten in Anspruch genommen wurde (Milner 1966, Bland und Parker 1974, Tomison 1989, Falkowski et al. 1990, Short 1995, Farragher et al. 1996, Walsh et al. 1998, Andoh 1999, Meehan et al. 1999, Bowers et al. 1999c, Dickens und Campbell 2001). Der Mittelwert lag bei 22 %.

Sechs Arbeiten beschrieben den Anteil der Rückkehrer in Begleitung des Klinikpersonals. Der Mittelwert lag bei 16,6 % (Antebi 1967, Walsh et al. 1998, Andoh 1999, Meehan et al. 1999, Bowers et al. 1999c, Dickens und Campbell 2001). In einer weiteren Arbeit kehrten 87 % in Begleitung von ambulant arbeitenden „Mental Welfare Officers“ zurück (Milner 1966). Der Anteil der Patienten, die in Begleitung ihrer Angehörigen oder Freunde kamen, wurde in 7 Studien beschrieben. Er lag im Mittelwert bei 13,8 % (Milner 1966, Bland und Parker 1974, Falkowski et al. 1990, Farragher et al. 1996, Walsh et al. 1998, Meehan et al. 1999, Bowers et al. 1999c). In zwei Untersuchungen wurde der Anteil der von Personal oder Angehörigen oder Freunden begleiteten Patienten zusammengefasst. Er lag bei 35 % (Tomison 1989) bzw. 33 % (Short 1995). In einer weiteren Studie lag der Anteil der Rückkehrer alleine oder mit Personal bei 50 % (Bland und Parker 1974).

2.2.7. Wie hätten Entweichungen verhindert werden können?

Die Überlegungen zu dieser Frage reichen von Maßnahmen, die bei einer verständnisvolleren Zusammenarbeit zwischen Personal und Patient ansetzen, wobei die individuellen Bedürfnisse der Patienten besser berücksichtigt werden sollen, bis zu Vorschlägen, die auf eine stärkere Überwachung der Patienten abzielten.

Häufig wurde die Ansicht geäußert: Wenn Patienten entweichen wollten, würden sie es trotz Sicherheitsmaßnahmen schaffen. Sicher seien verschlossene Türen ein Mittel zur Erschwerung einer Entweichung, jedoch auf Kosten des Wohlbefindens aller Patienten auf der Station, welche dadurch wie ein Gefängnis empfunden würde. Mindestens so wichtig wie die Überwachung gefährdeter Patienten sei der Aufbau tragfähiger Beziehungen zwischen Patienten und Personal. Das Personal müsse sich in die Situation eines von der Außenwelt weitgehend isolierten Menschen einfühlen und seine Ängste und Bedürfnisse ernst nehmen und versuchen, Lösungen dafür zu finden (Bowers et al. 1999c).

In der einzigen australischen Studie wurde vorgeschlagen, besser auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten bezüglich Behandlung und Aktivitäten auf der Station einzugehen und die Bedürfnisse besser verstehen zu lernen, was spezielles Training erfordere. Weiter müsse die Kommunikation zwischen Personal und Patienten verbessert werden, was die Erledigung persönlicher Dinge wie der Zahlung von Rechnungen u.a. außerhalb der Klinik angehe. Regelmäßige Ermutigungen gerade der entweichungsgefährdeten Patienten, die Behandlung fortzuführen und auf der Station zu bleiben, könnten sinnvoll sein. So könne auch deren gesteigertem Bedürfnis nach Aufmerksamkeit nachgekommen werden (Meehan et al. 1999). Auf

eine Entweichung hindeutendes Verhalten müsse besser wahrgenommen und interpretiert werden (Ruhelosigkeit, Beobachten / Stehen neben der Stationstür, unerklärliches Wechseln der Kleidung, wiederholte Bekundungen einer Unzufriedenheit mit der Behandlung und mangelnde Einsicht in dieselbe). Daraufhin müsse mit Interventionen reagiert werden wie: Hilfe anbieten, das Gespräch suchen, den Ausgang einschränken oder aufheben, die Medikation ggf. anpassen, Behandlungsvereinbarungen schließen, versuchen, dem Patienten den Behandlungsplan transparenter zu machen und ihn mehr in die Behandlungsplanung einzubinden (Richmond et al. 1991). In einer psychiatrischen Klinik sei die Entweichungsrate um 50% gesenkt worden, nachdem folgende Therapiemöglichkeiten besser genutzt worden waren: Eine ausreichend hohe Medikation gewährleisten, kaum Geld aushändigen, den Alkoholkonsum auf der Station vermeiden, Angehörigenbesuche nachbesprechen, Hilfe bei der Lösung familiärer Probleme anbieten, einflussreiche Patienten besser beaufsichtigen, Supervision der professionellen Arbeit bezüglich logischer Behandlungskontinuität anbieten, Stabilität der Persönlichkeit der Mitarbeiter fördern, eine stabile Personalstruktur und eine einheitlichere Dokumentation schaffen (Muller 1962).

Zwei Überlegungen waren darauf ausgerichtet, die Patienten besser zu überwachen. Die Einrichtung einer geschlossenen Einheit von 2 - 4 Betten auf der offenen Station wurde als sinnvoll erachtet, um bei Patienten mit hohem Entweichungsrisiko die Überwachung gewährleisten zu können, ohne die Freiheit der anderen Patienten einschränken zu müssen. Dies führe außerdem zur Beruhigung der übrigen Patienten (Meehan et al. 1999).

Eine weitere Möglichkeit wurde in der Installierung von Bewegungsmeldern an schlecht zu überwachenden Ausgängen gesehen. Die Entweichungsrate ließ sich von 7 % im Jahr 1981 auf 5,5 % im Jahr 1983 senken, nachdem die Patienten durch eine mindestens stündliche Kontrolle des Aufenthaltsortes und ihrer Aktivitäten intensiver überwacht wurden. Weiterhin wurden die möglichen Ausgänge von drei auf einen reduziert. Nach einer Entweichung wurden mehr Möglichkeiten ausgeschöpft, den Patienten zurückzuholen oder ihn einer außerklinischen Behandlung zuzuführen (Molnar et al. 1985).

Die beiden aktuellsten Untersuchungen widmeten sich ausschließlich der Frage, wie die Rate der Entweichungen gesenkt werden könnte (Bowers et al. 2003 und Bowers et al. 2005).

Im Rahmen dieser Studien wurde ein „Anti-Entweichungs-Manual“ angewandt, welches aus 4 Teilen bestand:

1. Einem Handbuch zur Durchführung der Studie für die Stationsleitung,
2. Einem Entweichungshandbuch für das Pflegepersonal, bestehend aus 6 Elementen:
 1. Einheitliche Regeln für die Dokumentation im Ausgangsbuch der Station,
 2. Erkennungsmerkmale von Patienten mit hohem Entweichungsrisiko,
 3. Tägliches gezieltes Zeitnehmen des Pflegepersonal für diese Patienten,
 4. behutsame Übermittlung von Nachrichten, die die Patienten verärgern oder erschrecken könnten (Ausgangskürzung, Verlängerung der Unterbringung u.ä.),
 5. Nachbesprechung jeder (besonders nächtlicher) Lärmbelästigung oder jedes aggressiven Verhaltens auf der Station,
 6. Multidisziplinäres Teamtreffen nach zweimaliger Entweichung durch einen Patienten.
3. DIN A 4 Farbposter auf der Station mit o.g. 6 Elementen als Erinnerung für das Personal
4. Laminierte Karten im Taschenformat mit Kurzfassung der o.g. Inhalte für jede Pflegeperson.

Von Juni 2001 bis April 2002 wurde dieses Programm mit einer Datenerhebung über jeweils 3 Monate vor und nach Beginn der Intervention auf 5 Stationen eines Londoner Klinikums mit überwiegend offenen Stationstüren zeitlich gestaffelt durchgeführt. Es gab statistisch signifikante Unterschiede: Die Entweichungsrate sank um 25 %. Die Stationstür war trotzdem häufiger offen. Es entwichen seltener Männer und seltener Patienten mit einer Schizophrenie. Allerdings stieg auf einer Station die Zahl der Gewalttaten (Bowers et al. 2003).

Dieses Interventionsprogramm wurde danach englandweit auf 15 Stationen unterschiedlicher Kliniken mit demselben Prinzip der „offenen Stationstür“ durchgeführt. Auch hier sank die Entweichungsrate insgesamt um 25 % (Bowers et al. 2005).