

## **5. Diskussion**

### **5.1. Diskussion methodischer Aspekte**

#### **5.1.1. Auswahl der Stichprobe**

Das Ziel der Untersuchung bestand darin, Entweichungen aus der Klinik zu beschreiben und durch Befragen der entwichenen Patienten zusätzliche Erkenntnisse über die Entweichungen aus Sicht der Betroffenen zu gewinnen. Durch den Vergleich der entwichenen Patienten mit den übrigen Patienten des Untersuchungszeitraums sollten mögliche Unterschiede herausgearbeitet werden, um so Patienten mit „Entweichungspotential“ charakterisieren zu können. Alle gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu dienen, zukünftige Entweichungen besser verhindern zu können.

Dafür wurden alle entwichenen Patienten eines halben Jahres (09/2001 bis 02/2002) nachuntersucht, u.a. mittels eines halbstrukturierten Interviews. Um eine größere Fallzahl zu erreichen, wurde die Gesamtheit aller entwichenen Patienten zweier Jahre (2001 und 2002) mit den übrigen Patienten dieser Jahre verglichen. Vorher wurden die nachuntersuchten und die übrigen entwichenen Patienten beider Jahre und ihre Entweichungen untereinander verglichen, um die nachuntersuchte Teilgruppe auf ihre Repräsentativität zu prüfen.

Für den Vergleich der entwichenen Patienten mit den übrigen Patienten (untergebracht, aber nicht entwichen, freiwillig behandelt), wurde zwischen personengebundenen Merkmalen und aufenthaltsbezogenen Merkmalen unterschieden. Bei den personengebundenen Merkmalen wie Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Alter und stationäre Voraufenthalte in der Klinik zum Zeitpunkt des ersten Aufenthaltes im Untersuchungszeitraum wurde davon ausgegangen, dass sie sich während beider Jahre nicht verändert hatten. Bei den Merkmalen, die pro Aufenthalt betrachtet wurden, wurde dagegen der Möglichkeit Rechnung getragen, dass eine Veränderung, (z. B. der Wohnsituation, der Einkünfte, der Art der Aufnahme, des Rechtsstatus und auch der Diagnose) von Mal zu Mal stattfinden konnte. Alle aufenthaltsbezogenen Merkmale wurden zur Überprüfung auch pro Person berechnet.

Die Ergebnisse stimmten weitgehend überein, daher wurde das gewählte Verfahren beibehalten, da es die Realität besser abbildet.

Die Anzahl und Dauer der Aufenthalte entspricht nicht immer dem tatsächlichen Behandlungsverlauf. Wenn Patienten nach Verlassen der Station erst nach Mitternacht desselben Tages

zurückkehren, werden sie aus kassentechnischen Gründen entlassen. Erfolgt die Rückkehr am nächsten Tag, beginnt statistisch ein neuer Aufenthalt, obwohl therapeutisch betrachtet dieselbe Behandlung fortgeführt wird. Da dies auf alle Patienten zutrifft, wurden die aufenthaltsbezogenen Berechnungen anhand des bestehenden Datenmaterials vorgenommen.

Die Untersuchung hatte keinen experimentellen Charakter, sie war eine naturalistische begleitende Untersuchung, welche die Realität in der psychiatrischen Klinik abbildet. Es sollte ein Überblick über die Umstände von Entweichungen und charakteristische Merkmale von Entweichern gewonnen werden. Deshalb wurden die Fallzahlen der Vergleichsgruppen nicht der Indexgruppe angepasst. Die freiwilligen Patienten bzw. freiwilligen Aufenthalte waren zahlenmäßig mit Abstand am stärksten vertreten. Ergebnisse wurden in dieser Gruppe dadurch leichter statistisch signifikant. Dies wurde bei der Interpretation berücksichtigt. Da die Studie nicht hypothesengeleitet war, sondern einen explorativen Charakter hatte, wurden statistisch signifikante Ergebnisse nicht als „Beweise“ für die Richtigkeit einer Hypothese, sondern als Hinweise auf Unterschiede zwischen den Gruppen interpretiert. Dies entspricht auch der Art, wie der Chi – Quadrat - Mehrfeldertest (Pearsons Chi - Quadratstest für Mehrfeldertabellen), der hauptsächlich angewandt wurde, zu interpretieren ist. Die Beurteilung der signifikanten Ergebnisse nach dem 5 % und dem 1 % Signifikanzniveau sollte lediglich die Stärke der Abweichungen verdeutlichen.

Die untersuchte Stichprobe war repräsentativ für die im Klinikum Neukölln behandelten Patienten und damit wahrscheinlich für eine psychiatrische Klinik an einem Allgemeinkrankenhaus einer Großstadt mit einem Versorgungsauftrag für etwa 300.000 Einwohner. Die Patienten der Tageskliniken wurden von der Untersuchung ausgeschlossen, weil gerichtliche Unterbringungen hier nicht vorkommen.

Die Tatsache, dass der Versorgungsbezirk Berlin- Neukölln mit einer Arbeitslosenquote von über 20 %, einem hohen Ausländeranteil und einer Rate von Sozialhilfeempfängern von 135 pro 1000 Einwohnern (Mörchen et al. 2002) eine problematische Sozialstruktur aufweist, musste bei der Interpretation der Ergebnisse mit berücksichtigt werden.

### **5.1.2. Erhebungsinstrumente**

#### Das Interview

Nach 87 % der Entweichungen waren die Patienten bereit, am Interview teilzunehmen. Dies bestätigt die Beobachtung im Stationsalltag, dass es den Patienten ein Bedürfnis ist, über ihre Entweichung zu sprechen. Das Risiko, dass ein Interview aus einer momentanen Befindlichkeit

heraus abgelehnt wurde, sollte durch zwei weitere Angebote an verschiedenen Tagen reduziert werden. Obwohl Patienten, die nach ihrer Entweichung nicht in die Klinik zurückkehrten, nicht alle Fragen beantworten konnten, wurden sie interviewt (in 2 von 3 Fällen), um zumindest auf einige Fragen Antworten zu erhalten. Da das Interview nach jeder Entweichung geführt wurde, wurden einige Patienten mehrmals befragt. Es zeigte sich, dass dieselben Patienten bei mehreren Entweichungen durchaus verschiedene Angaben machten. Obwohl bei akut psychotischen Patienten mit dem Interview so lange gewartet wurde, bis ein etwa halbstündiges Gespräch möglich war, konnte eine psychopathologische Symptomatik Inhalt und Art der Antworten beeinflussen. Die halbstrukturierte Form des Interview ermöglichte es jedoch, dem Patienten Fragen zu erläutern, in der Reihenfolge und im Wortlaut dem Gesprächsverlauf anzupassen und so möglichst vollständige und der Realität entsprechende Antworten zu erhalten. Vollständige Antworten sollten dadurch erzielt werden, dass bei den offenen Fragen in Anlehnung an die qualitative strukturierende Inhaltsanalyse (Mayring 2001) vorgegangen wurde. Alle Antworten der Patienten konnten so in die Untersuchung aufgenommen werden, da neu aufgetretene Antworten zunächst wörtlich mitgeschrieben wurden und die Antwortkategorien dementsprechend in regelmäßigen Abständen erweitert und erst nach Abschluss der Untersuchung codiert wurden.

#### Weitere Erhebungsinstrumente

Mit dem seit Jahren in der Klinik verwendeten Instrument der Basisdokumentation werden kontinuierlich soziodemographische und aufenthaltsbezogene Daten aller Patienten erfasst und codiert. Die Ausprägungen der meisten Merkmale wurden für die vorliegende Untersuchung zusammengefasst (z.B. Diagnosen, Wohnsituation) und umcodiert. Dadurch sind die Häufigkeiten der ursprünglichen Ausprägungen nicht mehr ersichtlich. Für die Untersuchung relevante Punkte konnten jedoch besser hervorgehoben werden und durch größere Zellenbesetzungen konnten signifikante Unterschiede eher erfasst werden.

### **5.1.3. Gründe dafür, dass die bisherigen Studien nur bedingt untereinander und mit der vorliegenden Untersuchung vergleichbar sind**

#### Unterschiedliche Definitionen von Entweichungen

Die betreffenden Patienten werden im nordamerikanischen / indischen / asiatischen Sprachraum als „elopers“ = Entlaufene, im angelsächsischen Sprachraum als „absconders“ = Geflüchtete bezeichnet. „Going AWOL“ = „going absent without leave“ ist ein anderer Ausdruck für Entweichung und ist gleichzusetzen mit „absconding“. Die genannten Bezeichnungen lassen

jedoch keinen Rückschluss auf den Rechtsstatus zu. „Elopers“ bzw. „absconders“ umfassen sowohl Patienten, die sich freiwillig in psychiatrischer Behandlung befinden, als auch diejenigen, die gesetzlich untergebracht sind. Entweichungen aus dem Maßregelvollzug werden in der Literatur üblicherweise gesondert behandelt und mit dem Begriff „escape“, also Flucht, bezeichnet. In einer Studie wurden jedoch Entweichungen aus regionalen forensischen Einheiten (RSU), die zwei psychiatrischen Fachkliniken angegliedert waren, mit in die Untersuchung aufgenommen und als „abscondence“ bezeichnet (Andoh 1999).

In Deutschland kann per definitionem nur ein gerichtlich untergebrachter Patient entweichen.

In diesem Punkt unterscheidet sich die deutsche Definition wesentlich von der in Ländern des angloamerikanischen Sprachraums üblichen. Wenn sich Patienten, die freiwillig in Behandlung sind, ohne Absprache und / oder Genehmigung von der Station entfernen, gibt es dafür keinen allgemein verbindlichen Fachbegriff. Wenn wegen der unerlaubten Entfernung eine polizeiliche Fahndung eingeleitet wird (z.B. wegen Suizidalität), wird in der Klinik, an der die vorliegende Untersuchung durchgeführt wurde, die Fahndung auf einem Dokumentationsbeleg für „Besondere Vorkommnisse“ (zu denen auch Entweichungen gehören) festgehalten.

Trotz der Unterschiede ist das übliche Procedere nach einer „Entweichung“ / „Entfernung“ in den englischsprachigen Ländern dem deutschen sehr ähnlich: Das Pflegepersonal sucht die Gegend um die Abteilung ab oder begleitet die Patienten, wenn möglich, sofort auf die Station zurück. Der diensthabende Arzt wird informiert, ggf. die Familie und der amtliche Betreuer des Patienten. Bei der Gefahr einer Selbst- und / oder Fremdgefährdung wird die Polizei um Mithilfe (in der Regel durch eine Fahndung) gebeten.

Der Vergleich der englischsprachigen Studien untereinander wird erschwert durch teilweise sehr unterschiedliche Definitionen einer „Entweichung“:

In drei Studien wurde die Entweichung gar nicht definiert (Lewis und Kohl 1962, Cancro 1968, Mc Indoe 1986). Eine einzige Studie griff nicht auf den üblichen offiziellen, gesonderten Bericht der Entweichung zurück, sondern untersuchte „jede unerlaubte Abwesenheit länger als eine Stunde“. Dadurch sollte einem den anderen Studien unterstellten Artefakt vorgebeugt werden, nämlich dass auf diese Weise falsch zu wenige freiwillig sich in Behandlung befindende Patienten in die Untersuchung aufgenommen werden würden, da das Personal bei untergebrachten Patienten eher einen offiziellen Bericht anfertigen würde (Bowers et al. 2000). Einige Studien definierten eine Entweichung sehr weitgefasst als „unerlaubte Abwesenheit von der Station / dem Klinikgelände“ (Muller 1962, Milner 1966, Coleman 1966, Altman et al. 1972, Bland und Parker 1974, Molnar et al. 1985, Richmond et al. 1991, Walsh et al. 1998). Andere Studien legten zusätzlich ein Zeitfenster fest ( Andoh 1999, Meehan et al. 1999, Bowers et al.

2000). Zwei Studien schlossen Patienten, die aus einem genehmigten Ausgang nicht / zu spät zurückkehrten, in die Untersuchung explizit mit ein (Antebi 1967, Andoh 1999). Andere Studien hingegen schlossen diese Patienten aus (Tomison 1989, Short 1995, Farragher et al. 1996). Bei allen anderen Studie blieb der Aspekt einer unerlaubten Ausdehnung eines Ausganges unerwähnt. Zwei Studien machten zur Bedingung, dass die Entweichung bei dem Personal „ernste Sorgen“ ausgelöst haben musste und untersuchten ausschließlich zurückgekehrte Patienten ( Tomison 1989, Short 1995). In einer weiteren Studie musste zusätzlich das Gelände abgesucht und Polizei sowie Angehörige verständigt worden sein (Falkowski et al. 1990). In einer anderen Studie musste eine Entweichung „personelle Interventionen“ erfordert haben (Meyer 1967).

#### Weitere Gründe

In drei Studien waren Jugendliche im Patientenkollektiv miteingeschlossen, in der vorliegenden Arbeit werden hingegen ausschließlich erwachsene Patienten untersucht. In 11 Studien wurden Entweichungen sowohl von offenen als auch von geschlossenen Stationen untersucht. Die psychiatrische Klinik, in der diese Studie angefertigt wurde, behandelt dagegen alle Patienten auf offenen Stationen.

Schließlich gibt es zwischen den Gesundheitssystemen der verschiedenen Länder große Differenzen. Die rechtlichen Grundlagen für die stationäre Aufnahme psychisch Kranker gegen ihren Willen sind andere als die hiesigen.

Aus all den genannten Gründen sind die Ergebnisse der bisherigen Untersuchungen nur bedingt auf die Situation in Deutschland übertragbar. Hierauf wird beim folgenden Vergleich mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung nicht mehr erneut hingewiesen.

## 5.2. Diskussion der Ergebnisse und Vergleich mit der Literatur

### 5.2.1. Wie viele Entweichungen durch wie viele Patienten fanden statt?

Es gab 72 Patienten im Beobachtungszeitraum der Jahre 2001 und 2002, die bei einem oder mehreren ihrer insgesamt 97 Aufenthalte entwichen sind. Es fanden 148 Entweichungen statt.

Im gesamten Untersuchungszeitraum entwichen 38 Patienten einmalig (52,8 %). 34 Patienten entwichen mehrfach, davon 18 Patienten 2mal (25 %), 7 Patienten 3mal (9,7 %), 2 Patienten 6mal (2,8 %) und jeweils ein Patient (jeweils 1,4 %) entwich 4mal, 7mal, 8mal und 11mal. Es kamen Serien von 2-3 Entweichungen innerhalb von 2-5 Tagen vor, genauso häufig waren die Abstände allerdings auch größer. Es entwichen demnach etwa 50 % der Patienten nur einmalig und 50 % mehrmalig. In der Literatur liegt der Anteil der „Mehrfachentweicher“ zwischen 20 und 95 %. In allen Studien war die Zahl der Entweichungen deutlich höher als die der dafür verantwortlichen Patienten.

In den 8 Monaten vor Beginn der Nachuntersuchung (Jan. 2001 bis Aug. 2001, 243 Tage) wurden lediglich 32 Entweichungen dokumentiert. Während der Nachuntersuchung (Sept. 2001 bis Februar 2002, 181 Tage) wurden 56 Entweichungen dokumentiert und in den 10 Folgemonaten (März 2002 bis Dez. 2002, 306 Tage) wurden 60 Entweichungen dokumentiert.

Im Vergleich zu den Vormonaten kam es demnach im Zeitraum der Nachuntersuchung zu einer Steigerung der Entweichungsrate um 135 %. Möglicherweise wurden im Nachuntersuchungszeitraum durch die laufende Thematisierung häufiger „harmlose“ Entweichungen dokumentiert. Wenn ein Ausgang unabgesprochen verlängert wird, z. B. wegen eines Besuches zu Hause oder um einzukaufen, wird dies vermutlich in der alltäglichen Praxis gar nicht als „Entweichung“ gewertet und dokumentiert. Die Dokumentationsweise während der prospektiven Datenerhebung wurde wahrscheinlich ab März 2002 zunächst weitergeführt, was die um 49 % höhere Entweichungsrate in den Monaten März bis Dez 2002 im Vergleich zu den ersten 8 Monaten des Jahres 2001 erklären würde. Die Entweichungsraten der englischsprachigen Studien sind meist deutlich höher, weil eine „Entweichung“ dort nicht über den Rechtsstatus definiert wird, sondern über das unerlaubte Weggehen / -bleiben. Weiterhin wird nur der Anteil der untergebrachten Patienten beschrieben, jedoch nicht, wie viele Entweichungen durch die untergebrachten Patienten erfolgten. Ein Vergleich bezüglich dieser Fragestellung wird daher nicht unternommen. Auffällig ist jedoch, dass in 14 von 15 Studien aus dem angloamerikanischen Sprachraum der Anteil von „Entweichungen“ durch gerichtlich untergebrachte Patienten meist mehr als doppelt so hoch ist (bis zu knapp 80 %) wie der durch freiwillig behandelte Patienten. Möglicherweise

werden Entweichungen provoziert durch den Freiheitsentzug der Unterbringung (Andoh 1999). Bowers et al. (2000) nahmen an, dass Entweichungen untergebrachter Patienten eher dokumentiert werden. Wahrscheinlich kommt hinzu, dass untergebrachte Patienten oft schwerer krank und weniger behandlungseinsichtig sind als freiwillige Patienten und sich daher eher nicht verpflichtet fühlen, nur in Absprache mit dem Personal die Station zu verlassen.

### **5.2.2. Umstände der Entweichungen**

#### Der Zeitpunkt

Die erste Entweichung fand im Durchschnitt nach 14,9 Tagen (Median 10 Tage) statt, 38 % innerhalb der ersten Woche nach der Aufnahme. Unter Berücksichtigung, dass die Dauer der Aufenthalte mit Entweichung im Mittelwert knapp 40 Tage betrug (länger als bei allen anderen Aufenthalten), lagen die Entweichungen eher zu Beginn der Behandlung. Das Ergebnis entspricht denen der bisherigen Untersuchungen. Die Entweichungen fanden zwar etwas häufiger während der Frühschicht statt. Insgesamt fanden sie jedoch eher gleichmäßig über den ganzen Tag verteilt statt. Tomison (1989) fand ebenfalls keine tageszeitliche Häufung. Bowers et al. (1999b) fanden dagegen eine Häufung zu den Übergabezeiten und in 5 Studien entwichen die Patienten eher in den Nachmittags- und Abendstunden. (Cancro 1968, Richmond et al. 1991, Short 1995, Walsh et al. 1998, Dickens und Campbell 2001). Übereinstimmend mit der Literatur entwichen die Patienten nur in Ausnahmefällen in den Nachtstunden. Bezüglich einer jahreszeitlichen Häufung ließ sich in der Literatur kein Trend feststellen. Die vorliegende Untersuchung kam neben einem Peak im Juli und September zu dem gleichen Ergebnis. Der September 2001 war allerdings der erste Monat im Nachuntersuchungszeitraum, hier wurden überdurchschnittlich viele Entweichungen dokumentiert, wodurch sich der Peak erklären läßt. Was die Wochentage betrifft, wurde eine Häufung zu Beginn bis Mitte der Woche gefunden, so auch bei Walsh et al. (1998). In drei anderen Studien war dagegen der Samstag überrepräsentiert.

Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass am häufigsten mit Entweichungen innerhalb der ersten beiden Wochen nach der Aufnahme zu rechnen ist. Entweichungen finden unabhängig von bestimmten Tageszeiten, Monaten und Jahreszeiten statt, in der Klinik, an der diese Untersuchung durchgeführt wurde, möglicherweise eher seltener am Wochenende.

#### Die Art der Entweichung

Obwohl die Stationstür in 91 % der Fälle offen war, entwichen in der vorliegenden Untersuchung etwa gleich viele Patienten durch die (offene) Stationstür (44,6 %) wie während Therapien von außerhalb der Station (39,3 %), einschließlich Ausgang. In ca. 9 % (5 Entweichungen) umgingen

die Patienten die zu diesem Zeitpunkt geschlossene Tür durch Anwendung körperlicher Gewalt, Flucht aus dem Fenster oder eine versehentlich offene andere Tür. In der Literatur entweichen die Patienten noch häufiger, nämlich zu etwa 80 %, während einer Therapie außerhalb der Station, dies trifft besonders für die geschlossenen Stationen zu (Antebi 1967, Meyer et. al. 1967, Richmond et al. 1991, Dickens und Campbell 2001). In einer Studie fanden dagegen 82 % der Entweichungen direkt durch die offene Tür und nur 14 % während therapeutischer Aktivitäten statt (Bowers 1999b). Entweichungen trotz geschlossener Tür kamen unabhängig von offenen oder geschlossenen Stationen auf die gleichen Arten wie in der vorliegenden Untersuchung zwischen 1 und 21 % vor. Entweichungen können demnach durch Schließen der Tür nicht komplett verhindert werden. Therapien außerhalb der Station, einschließlich Ausgang, werden am häufigsten zur Entweichung genutzt. In der vorliegenden Untersuchung bedeutete die offene Tür zwar in 23 % eine Versuchung zu entweichen, in ca. 40 % der Entweichungen wären die Patienten allerdings „in jedem Fall“ entwichen. Die Gründe für die Entweichungen und die Ereignisse während der Abwesenheit (s.u.) stützen eher die Annahme, dass eine dauernd geschlossene Tür das Befinden der Patienten eher zusätzlich beeinträchtigt und möglicherweise Behandlungserfolge erschwert.

### **5.2.3. Gründe für die Entweichungen und Ereignisse während der Abwesenheit**

Insgesamt entsprachen das Spektrum und die Häufigkeiten der in der vorliegenden Studie genannten Gründe denen der bisherigen Untersuchungen. Wie auch in der Literatur beschrieben, wurde meist mehr als ein Grund für die Entweichung angegeben. Die Patienten wollten hauptsächlich nach Hause. Sie wollten Alltagsaktivitäten verrichten, ihnen bekannte Menschen aufsuchen, sich frei fühlen, etwas erledigen, ihre Ruhe haben oder spazieren gehen (67 % der Gründe) und kamen diesen Bedürfnissen entsprechend nach. Immerhin wurde bei 14,6 % der Entweichungen der Wunsch nach Alkohol / Cannabiskonsum als Grund angegeben und etwa doppelt so häufig (bei 31,2 % der Entweichungen) konsumiert. In der Literatur wurde viermal von einem Alkohol- / Cannabiskonsum berichtet, ebenfalls bei etwa 30 % der Entweichungen (Muller 1962, Walsh et al., Bowers et al. 1999b, Dickens und Campbell 2001). In 5 Studien machten die Autoren in 5-55 % der Fälle psychotisches Erleben für die Entweichungen (mit-) verantwortlich. In der vorliegenden Untersuchung berichteten lediglich zwei Patienten (4,2 %), durch ihre Stimmen zur Entweichung aufgefordert worden zu sein. Übereinstimmend mit Bowers



et al. (2000) gab es zusätzlich zum psychotischen Erleben mindestens einen rationalen Grund für die Entweichungen. Lediglich in einer Untersuchung wurde Stimmenhören in Zusammenhang mit einer Entweichung gebracht (Bowers et al. 1999c). Eine ärztliche Beurteilung der psychotischen Symptomatik im Hinblick auf die Motivation zur Entweichung erschien der Untersucherin zu unsicher, da die Patienten erst nach der Entweichung befragt wurden, außerdem sollte das Erleben der Patienten im Vordergrund stehen. Suizidversuche und / oder Suizide wurden in 13 von 17 Studien beschrieben. Die Anzahl variierte zwischen 1 bis 5 pro Studie, unabhängig von der Entweichungsrate. Auch in der vorliegenden Studie kam es zu zwei Suizidversuchen (in einem Fall nicht abschließend geklärt). Beide Patienten waren akut krank, psychotisches Erleben spielte mit Sicherheit eine Rolle, die Patienten wollten dazu keine Angaben machen. Selbstgefährdendes Verhalten fand in der vorliegenden Untersuchung in 5 Fällen statt, ohne das die Patienten ernsthaften Schaden davongetragen hatten und wurde in 7 Studien in ähnlicher Häufigkeit beschrieben, teilweise mit größerem Schaden (schwerer Sonnenbrand, Unterkühlung, Unfall bei „train surfing“).

Im Halbjahr der nachuntersuchten Entweichungen kam es weder zu selbstverletzendem noch zu fremdgefährdendem Verhalten oder Straftaten. Dies steht im Gegensatz zur Literatur. Fremd-aggressives Verhalten wurde nur in Einzelfällen in 4 Studien beschrieben, darunter Angriffe auf Angehörige und Überfälle auf Mitbürger. Straftaten wurden etwas häufiger verübt und ebenfalls in 4 Studien erwähnt (Diebstahl, Sachbeschädigung, Waffenbesitz, Gewalttätigkeit, Ruhestörung, Scheckbetrug, Reisen ohne Fahrkarte). Eine Gefährdung durch andere trat in der vorliegenden Untersuchung bei einer Patientin auf, die von ihrem Sohn geschlagen wurde. In der Literatur wurde von einem Überfall auf einen Patienten berichtet, drei Patienten – unklar welchen Geschlechts - wurden Opfer sexueller Gewalt (Andoh 1999, Dickens und Campbell 2001). In 3 Studien wurde von Selbstverletzungen berichtet (Walsh et al. 1998, Bowers et al. 1999c, Dickens und Campbell 2001).

Ein weiterer Grund für Entweichungen war die Unzufriedenheit mit der Behandlung (unfreundliches Personal, abgelehnte Bitten, mangelndes Verständnis, zu wenig Gespräche, zu hohe / falsche Medikation), dem Stationsleben (Regeln, Unruhe, störende oder beängstigende Mitpatienten, fehlende Privatsphäre), die ebenfalls in allen 9 Studien, in denen Patienten befragt wurden, geäußert wurde. In der vorliegenden Studie war Ärger mit Mitpatienten / Personal direkter Auslöser für 12,5 % der Entweichungen, allerdings kommt hinzu, dass Patienten bei 16,7 % der Entweichungen die Behandlung abbrechen wollten ohne die Gründe weiter erläutert zu haben.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Patienten zusätzlich nach ihrem Befinden kurz vor

der Entweichung befragt. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit den angegebenen Gründen für die Entweichungen. Am häufigsten fühlten sich die Patienten „wütend“ (33,3 %) und „eingesperrt“ (27,1 %), oft beides. Es gibt lediglich eine Untersuchung zu dieser Frage, durchgeführt an 5 psychiatrischen Kliniken Londons (Bowers et al. 1999a). Hier wurden die Patienten ebenfalls anhand eines halbstrukturierten Interviews befragt. Auch hier waren die Patienten bei 25 % der Entweichungen „angry leaver“ und es waren ebenfalls Konflikte im Stationsleben, die sie wütend machten. Noch deutlich häufiger fühlten sie sich „eingesperrt“ (58 %), gelangweilt, ängstlich und hatten Heimweh / sorgten sich um das Zuhause (jeweils ca. 40 %), in der vorliegenden Untersuchung wurden diese Empfindungen in Einzelfällen genannt.

(Psychomotorische) Unruhe wurde ähnlich häufig genannt, in dieser Studie bei 16,7 % der Entweichungen. Im Gegensatz zur Literatur äußerten die Patienten der vorliegenden Untersuchung in ebenfalls 16,7 % der Fälle sogar eine positive Stimmungslage vor der Entweichung.

Ausschließlich in der vorliegenden Untersuchung wurden die Patienten zu ihrer Krankheits- und Behandlungseinsicht befragt. Nur bei etwa der Hälfte der Interviews (56,3 %) hielten sich die Patienten für krank und ebenso häufig (bzw. selten) hielten die Patienten eine psychiatrische Klinik für den richtigen Behandlungsort. Daraus lässt sich schließen, dass in vielen Fällen keine oder nur eine mangelhafte Einsicht dafür besteht, im Krankenhaus sein zu müssen und möglichst vollständig die Behandlungsangebote, einschließlich der Medikation, zu nutzen. Dementsprechend hielten bei 66,7 % der Interviews die Patienten ihre gerichtliche Unterbringung für nicht gerechtfertigt.

Bei allen nachuntersuchten Patienten wurde die Medikation bis zu drei Tage vor der Entweichung untersucht. Bei 35 Entweichungen (62,5 %) gab es Hinweise, dass die Patienten nicht optimal mediziert waren. Jeweils bei etwa einem Drittel dieser Entweichungen war innerhalb der genannten Zeitspanne eine Dosisreduktion eines oder mehrerer Psychopharmaka vorgenommen worden, hatten die Patienten eine „Notfallmedikation“ zusätzlich zur Dauermedikation erhalten und / oder die Patienten hatten sich in der Aufdosierungsphase kurz nach der Aufnahme befunden. In weiteren Fällen waren die Medikamente gar nicht eingenommen worden oder eine Depotmedikation wäre etwa zum Zeitpunkt der Entweichung fällig gewesen. Die Ergebnisse zeigen, dass möglicherweise eine nicht optimale Medikation zu einer Aufrechterhaltung psychotischer Symptome, zu unerwünschten Wirkungen sowie indirekt zu einer verminderten Krankheits- und Behandlungseinsicht geführt und damit Entweichungen begünstigt hat.

Die Befunde bezüglich der Medikation müssten allerdings durch eine Untersuchung mit einer Kontrollgruppe überprüft werden

Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass die meisten Patienten entweichen, um für eine

kurze Zeit ihr gewohntes Leben leben zu können. Sie unternehmen meist ihrem Befinden zuträgliche Aktivitäten des Alltags. Das, was die Patienten suchen, kann die Station in dem Maße nicht bieten. Das eigene Zuhause mit frei wählbarem Kontakt zu Bezugspersonen kann nicht ersetzt werden. In einer Untersuchung (Bowers 1999a) wird darauf hingewiesen, dass die Aufnahme in die psychiatrische Abteilung zudem oft ungeplant und in Eile geschieht. Oft bleiben alltägliche, für den Patienten jedoch wichtige Dinge unerledigt. Wer holt die Post / versorgt das Haustier / gießt Blumen / bezahlt Rechnungen / sind alle Fenster geschlossen? Dies sind in der Regel alles Gründe für Entweichungen, besonders bei fehlender Möglichkeit, den Patienten nach Hause zu begleiten.

Hinzu kommt in vielen Fällen eine unzureichende Medikation sowie eine mangelhafte Krankheits- und Behandlungseinsicht, die eine Eingewöhnung in das Stationsleben erschweren können. Auch Suchtdruck als Grund für eine Entweichung darf nicht außer Acht gelassen werden. Diese Faktoren führen insgesamt dazu, dass sich die Patienten durch das Stationsleben eher beeinträchtigt fühlen. Die Unterbringung scheint bei vielen Patienten mit „Wegsperren“ assoziiert zu werden. In einer Studie (Andoh 1999) wurde spekuliert, dass eine gesetzliche Unterbringung den Wunsch, ausbrechen und flüchten zu wollen, provozieren könne.

Die Entweichung kann hier kurzfristig eine Lösung darstellen. Trotz der meist gefahrlos verlaufenden Entweichungen muss jedoch betont werden, dass es selten, aber in allen Studien zu schwerwiegenden Ereignissen kam, wobei die Patienten deutlich häufiger sich selbst-, als andere gefährdeten und im schlimmsten Fall auch suizidierten oder dieses versuchten.

#### **5.2.4. Fahndungen durch die Polizei und Einschätzung einer Selbst- und / oder Fremdgefährdung**

Die Polizei war bei den Entweichungen beider Jahre viel häufiger benachrichtigt worden, um nach den Patienten zu fahnden (44 %), als sie diese später zurückbrachte (siehe unter „Rückkehr“). In 5 englischen Studien lag der Anteil mit im Durchschnitt 62 % sogar noch höher als bei der vorliegenden Untersuchung und auch dort kamen die Patienten nach der Entweichung deutlich seltener in Begleitung der Polizei zurück (Muller 1962, Milner 1966, Tomison 1989, Falkowski et al. 1990, Short 1995).

Im Halbjahr der nachuntersuchten Entweichungen war statistisch signifikant seltener gefahndet worden und die Patienten waren ärztlicherseits ebenfalls seltener als selbst- und / oder fremdgefährdend eingeschätzt worden als in den übrigen 18 Monaten des Untersuchungszeitraumes. Dies läßt sich möglicherweise mit den während der Zeit der Datenerhebung vermehrt dokumentierten

„harmlosen“ Entweichungen (z.B. durch Überschreiten der vereinbarten Zeit bei therapeutischer Beurlaubung) erklären. Dementsprechend wurde in dieser Zeit ärztlicherseits seltener eine Gefahr angenommen und folgerichtig seltener die Polizei informiert. Möglicherweise entsprechen die Daten der übrigen 18 Monate des Untersuchungszeitraumes bezüglich dieser Fragestellung eher der Realität des Klinikalltags. Hier wurde bei 49 % der Entweichungen eine Fahndung veranlasst und sogar in 73 % der Fälle eine Selbst- und / oder Fremdgefährdung angenommen. In der Literatur wurde die Einschätzung einer Gefahr seitens der Ärzte in drei Studien mit in die Untersuchung aufgenommen (Tomison 1989, Falkowski et al. 1990 und Short .1995). Es war bei allen Entweichungen eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung angenommen worden, allerdings war die Entweichung u.a. dadurch definiert worden, dass sie dem Personal „ernste Sorge“ bereitet haben musste.

Im Interview der vorliegenden Studie schätzten sich die Patienten selbst mehr als doppelt so häufig als selbstgefährdend ein, als die Ärzte es taten. Dies ist bemerkenswert, da sich die Patienten erst im Nachhinein einschätzten, die Zeit der möglichen Gefährdung also schon hinter ihnen lag. Möglicherweise wollten die Patienten hiermit darauf aufmerksam machen, dass ihre Entweichungen zum Anlass genommen werden sollten, sich mehr Zeit für sie zu nehmen. Die Ärzte hatten in 9 % eine Fremdgefährdung angenommen, obwohl es in keinem Fall dazu kam. In allen Fällen, in denen es zur einer Selbstgefährdung gekommen war, hatten die Verantwortlichen eine Fahndung veranlasst. Häufiger als bei allen anderen Fragen (17 %) lehnten es die Patienten ab, die Frage nach möglicher Selbst- und/oder Fremdgefährdung zu beantworten. Diese Ergebnisse könnten zum Anlass genommen werden, nach einer Entweichung das Thema „Selbstgefährdung“ gezielt anzusprechen. Dies besonders im Hinblick auf mögliche noch folgende Entweichungen innerhalb eines Aufenthaltes und die erwiesene größere Gefahr der Selbst- als der Fremdgefährdung bei Entweichern.

In der Literatur liegen dazu keine Daten vor.

### **5.2.5. Umstände der Rückkehr**

Die Rückkehr nach den 56 nachuntersuchten Entweichungen erfolgte in 83 % der Fälle innerhalb von 24 h, bei 64 % sogar innerhalb von 8 h nach der Entweichung. Dies stimmt mit der Literatur überein. 95 % der entwichenen Patienten kehrten zurück. Der Anteil der abgebrochenen Behandlungen war mit bis zu 35 % in den englischsprachigen Ländern deutlich größer. Dabei muss berücksichtigt werden, dass sich ein unterschiedlich großer Teil der Patienten freiwillig in Behandlung befand, eine Rückkehr also nicht erzwungen werden konnte.

Obwohl alle Patienten untergebracht waren, kamen sie in der vorliegenden Untersuchung nur etwas häufiger mit der Polizei zurück (28,3 %) als in der Literatur beschrieben (MW 22 %).

Die Frage, warum die Patienten zurückkehrten, wurde bisher in keiner Untersuchung behandelt. Bei knapp 40 % der Entweichungen dieser Studie kehrten die Patienten nach eigener Angabe zurück, um die Behandlung fortzusetzen. Bei über 40 % der Entweichungen war die Tatsache, von der Polizei abgeholt, von Angehörigen o.a. Personen zur Rückkehr gedrängt oder vom Personal zurück-gebracht worden zu sein, der Grund für die Rückkehr. Nach Angaben der Patienten erfolgte die Rückkehr zu 62,5 % freiwillig, in den übrigen Fällen wären die Patienten aus eigener Initiative nicht zurückgekehrt.

Obwohl die Behandlung in fast allen Fällen fortgeführt wurde, geschah dies demnach zum größeren Teil nicht im klaren Einvernehmen mit den Patienten. Fremde Initiative (durch Polizei, Personal, andere professionelle Helfer, Angehörige und Freunde) war ein wichtiger Faktor, um die Weiterbehandlung zu ermöglichen.

### **5.2.6. Hätten Entweichungen verhindert werden können?**

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Patienten gefragt, ob ihre Entweichung hätte verhindert werden können und wenn ja, wie. Nach über 40 % der Entweichungen gaben die Patienten die spontane Antwort, dass keine Maßnahme ihre Entweichung hätte verhindern können. Zudem wären die Patienten nach eigenen Angaben in etwas über 40 % „auf jeden Fall entweichen“, unabhängig von einer offenen oder geschlossenen Stationstür (s.o.).

Dies könnte das Bedürfnis der Patienten widerspiegeln, selbstbestimmt handeln und frei entscheiden zu können. Die meisten Patienten berichteten spontan, sich nach Verlassen der Station, im Gegensatz zu vorher, gut gefühlt zu haben. Coleman (1966) meinte dazu: „Die Bewegungsfreiheit, die in unserer Gesellschaft als selbstverständlich angesehen wird, scheint umso wünschenswerter, wenn man sie verloren habe. Der Patient hat drei Möglichkeiten: Er kann die Einschränkungen akzeptieren, offen dagegen revoltieren oder die Institution verlassen – also entweichen“.

Die Überlegungen der Patienten in der vorliegenden Arbeit, wie Entweichungen hätten verhindert werden können, deckten sich größtenteils mit denen, die die Autoren verschiedener bisheriger Studien angestellt hatten. Nach 25 % der Entweichungen meinten die Patienten, mehr genehmigter Ausgang hätte ihre Entweichung überflüssig gemacht. In einer Studie (Richmond et al 1991), wurde zu dieser Frage allerdings der gegenteilige Vorschlag gemacht. Die Autoren hielten es für sinnvoller, den Ausgang bei entweichungsgefährdeten Patienten einzuschränken oder

aufzuheben und stattdessen Behandlungsvereinbarungen zu treffen, den Behandlungsplan transparenter zu machen und den Patienten mehr dabei einzubinden. In der vorliegenden Untersuchung hielten sich die Patienten bei knapp 50 % der Interviews nicht für krank und / oder in einer psychiatrischen Klinik am falschen Ort. Die besonders geringe Krankheits- und Behandlungseinsicht bei Entweichern wurde in mehreren Untersuchungen beschrieben (Coleman 1966, Altman et al. 1972, Tomison 1989, Mc Indoe 1986, Bowers 2000). Dies bestätigt die Wichtigkeit, mit den Patienten eine bessere Krankheits- und Behandlungseinsicht zu entwickeln. Die Frage, ob mehr oder weniger Ausgang Entweichungen verhindern kann, hängt wahrscheinlich von individuellen Faktoren der einzelnen Patienten ab. Ist der Patient überhaupt in der Lage, Vereinbarungen einzuhalten, sich nicht zu gefährden oder lehnt das Personal einen berechtigten Wunsch nach Ausgang aus Bequemlichkeit, Unwissenheit, Zeitnot ab? Wäre ein Gespräch zur Klärung eines Konfliktes jetzt wichtiger, als dem Patienten einfach Ausgang zu gewähren? In der australischen Untersuchung von Meehan et al. (1999) hatten Patienten unerfüllten Gesprächsbedarf als Grund für die Entweichung angegeben. Die Autoren wollten diesem Bedarf durch regelmäßige Ermutigungen zur Weiterführung der Behandlung und eine bessere Kommunikation, was die Erledigung persönlicher Angelegenheiten angeht, nachkommen. In der vorliegenden Untersuchung hatten zwei Patienten nach 5 Entweichungen um mehr Gespräche gebeten. Von einzelnen Patienten wurden verschiedene konkrete Wünsche geäußert, deren Erfüllung die Entweichungen verhindert hätten (siehe Kapitel 4.4.9.). Bowers et al. (1999c) forderten allgemein, die Ängste und Bedürfnisse der Patienten ernster zu nehmen sowie eine Bereitschaft zu entwickeln, Lösungen finden zu wollen. In zwei weiteren Studien (2003 und 2005) wendeten Bowers et al. ein „Anti-Entweichungs-Manual“ an, wodurch die Entweichungsraten um jeweils 25 % gesenkt werden konnten. Hierbei nahm sich das Personal u.a. täglich gezielt Zeit für Patienten mit „hohem Entweichungsrisiko“, achtete auf eine behutsame Übermittlung „schlechter“ Nachrichten und es erfolgte eine Nachbesprechung jeder (besonders nächtlicher) Lärmbelästigung und jedes aggressiven Verhaltens aller Patienten auf der Station. Meehan et al. (1999) betonten, dass das Personal ein spezielles Training benötigte, um die individuellen Bedürfnisse der Patienten verstehen zu lernen, um dann besser darauf eingehen zu können. Dieselben Autoren erachteten allerdings zusätzlich eine kleine geschlossene Einheit auf der offenen Station für sinnvoll, um Patienten mit „hohem Entweichungsrisiko“ besser überwachen zu können, ohne die Freiheit der anderen Patienten einschränken zu müssen. Die Autoren einer US-amerikanischen Studie (Molnar et al. 1985) sahen die Lösung ausschließlich in einer besseren Überwachung: Anbringen von Bewegungsmeldern, Reduzierung der Ausgänge, stündliche Patientenkontrollen. Lediglich ein Patient der vorliegenden Arbeit meinte, eine bessere

Überwachung und geschlossene Türen hätten seine beiden Entweichungen verhindert.

In zwei Studien wurde die Wichtigkeit einer ausreichenden Medikation erwähnt (Richmond et al., 1991 und Muller, 1962). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie diesbezüglich (siehe Kapitel 4.3.3.), bestätigen diese Überlegung.

## **5.2.7. Soziodemographische Merkmale der Entweicher**

### Geschlechterverhältnis

In der Indexgruppe waren mit 62,5 % tendenziell mehr Männer als in den Vergleichsgruppen der Untergebrachten ohne Entweichung (55,6 %) und der Freiwilligen (52,2 %).

In 15 von 19 der bisherigen Studien, die das Geschlechterverhältnis untersucht hatten, gab es ebenfalls mehr männliche Entweicher.

### Altersverteilung

Auch bezüglich des Alters entsprach das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung dem bisheriger Studien. Die entwichenen Patienten waren mit 56,9 % signifikant jünger als 35 Jahre und nur 4,2 % der Entweicher waren über 65 Jahre alt. Bei den untergebrachten Nichtentweichern lag der Anteil der unter 35 - Jährigen bei 32,7 % und bei den Freiwilligen bei 26,8 %. Auch durchschnittlich waren die Indexpatienten mit 36,5 Jahren jünger als die Patienten der beiden Vergleichsgruppen, die durchschnittlich etwa 46 Jahre alt waren.

Insgesamt waren die entwichenen Patienten in den bisherigen Studien noch jünger, der Mittelwert lag meist unter 35 Jahren.

### Staatsbürgerschaft

Die Indexgruppe hatte mit 30,6 % signifikant häufiger als die Vergleichsgruppen eine andere Staatsbürgerschaft als die deutsche (untergebrachte Nichtentweicher 17,2 %, Freiwillige 15,0 %). Zum Zeitpunkt der Untersuchung wurde nur die Staatsbürgerschaft, nicht der Migrationshintergrund dokumentiert. Wahrscheinlich war der Anteil der entwichenen Patienten mit Migrationshintergrund noch größer.

Die Ergebnisse der Literatur sind uneinheitlich und lassen sich aufgrund der unterschiedlichen Merkmalseigenschaften nur schlecht vergleichen.

In fünf Studien wurde die ethnische und / oder die Religionszugehörigkeit untersucht (Coleman 1966 und Altman et al. 1972, Falkowski et al. 1990, Bowers et al. 2000, Dickens und Campbell 2001).

### Familienstand

Die Entweicher waren mit 10 % signifikant seltener verheiratet o.ä. als die freiwilligen Patienten

(31,0 %). Sechs von acht Studien, die den Familienstand untersucht hatten, kamen zu dem gleichen Ergebnis. Dass die Patienten der Indexgruppe signifikant jünger waren, erklärt u.a., dass sie häufiger alleinstehend waren.

#### Wohnsituation

In diesem Punkt weichen die Ergebnisse, die in zwei bisherigen Studien beschrieben wurden, von denen der vorliegenden Untersuchung ab. In den Untersuchungen von Tomison (1989) und Short (1995) lebten die entwichenen Patienten seltener in einer Privatwohnung und häufiger in Einrichtungen verschiedener Art, einschließlich Obdachlosenunterkünfte. In der vorliegenden Arbeit wohnten die Patienten der Untersuchungs- und Vergleichsgruppen bei 84,3 % aller Aufenthalte in ihrer Privatwohnung. Die entwichenen Patienten unterschieden sich darin, dass sie häufiger obdachlos waren. Untergebrachte nicht entwichene und die entwichenen Patienten wohnten seltener in Einrichtungen als die freiwillig behandelten Patienten.

#### Einkünfte

Übereinstimmend mit der Literatur bezogen die entwichenen Patienten selten ein eigenes Einkommen. Die Arbeitslosenquote wurde in 5 Studien mit 56 bis 98 % angegeben. In der vorliegenden Studie bezogen die Indexpatienten pro Aufenthalt berechnet mit 65 % signifikant häufiger Sozialhilfe und mit 6,4 % nur halb so oft ein eigenes Einkommen wie die Vergleichsgruppen.

### **5.2.8. Stationäre Voraufenthalte in der Klinik, Dauer der Aufenthalte und Aufnahmemodus**

#### Stationäre Voraufenthalte (VA)

Die entwichenen Patienten der vorliegenden Untersuchung hatten mit ca. 43 % signifikant häufiger stationäre Voraufenthalte im Klinikum Neukölln als die Patienten beider Vergleichsgruppen.

Die Literatur bestätigt dieses Ergebnis. In drei Studien hatten etwa 80 % der entwichenen Patienten stationäre VA (Tomison 1989, Falkowski et al. 1990 und Short 1995). Bei Meehan et al. lag der Anteil dagegen bei knapp 40 %. Farragher et al. (1996) und Bowers et al. (2000) fanden keinen Unterschied zur Kontrollgruppe.

#### Dauer der Aufenthalte

Die Aufenthalte mit Entweichung dauerten mit im Durchschnitt 39,4 Tagen deutlich länger als die der Vergleichsgruppen, doppelt so lange wie der Durchschnitt der freiwilligen Aufenthalte. In vier von sechs Studien dauerten die Aufenthalte der entwichenen Patienten ebenfalls etwa



doppelt so lange wie die der Kontrollgruppe, bis zu 68 Tagen im Durchschnitt.

Die Tatsache, dass die entwichenen Patienten der vorliegenden Studie häufigere stationäre Voraufenthalte hatten und die Aufenthalte im Untersuchungszeitraum länger dauerten als die der Vergleichsgruppen, spricht für einen schwereren und schon länger bestehenden Krankheitsverlauf, kann jedoch auch für eine größere Vertrautheit mit der Klinik und einen größeren Bekanntheitsgrad der Patienten beim Personal sprechen. Für eine schon länger bestehende Erkrankung mit eher schwerem Verlauf spricht zusätzlich der hohe Prozentsatz an Sozialhilfeempfängern trotz des eher jüngeren Alters. Die häufigere Obdachlosigkeit und das seltenere Wohnen in komplementären Einrichtungen könnten darauf hindeuten, dass die entwichenen Patienten nur in geringem Umfang Zugang zu psychiatrischen Versorgungssystemen wie z. B. betreuten Wohngruppen gefunden haben.

#### Aufnahmemodus

Die entwichenen Patienten kamen pro Aufenthalt mit ca. 50 % nicht häufiger in Begleitung der Polizei zur Aufnahme als die untergebrachten Patienten ohne Entweichung. Lediglich die freiwilligen Patienten kamen erwartungsgemäß signifikant seltener mit der Polizei. Bei Aufnahme gegen den Willen unterschieden sich die untergebrachten Patienten, ob mit oder ohne Entweichung, ebenfalls kaum untereinander (jeweils ca. 50 %), sondern nur von den freiwilligen Patienten. Auf fremde Initiative kamen die Patienten mit freiwilligen Aufenthalten bemerkenswerter Weise ebenso häufig wie die Patienten mit Unterbringung. Die Aufnahme in Begleitung der Polizei und die Art der Initiative für die Aufnahme sind also keine Faktoren, die einen Hinweis auf spätere Entweichungen geben.

Die Aufnahme in die Klinik erfolgte in zwei Studien signifikant häufiger als Einweisung durch die Polizei oder das Gericht als in der Kontrollgruppe (Tomison 1989, Short 1995).

#### **5.2.9. Diagnosen**

In der Indexgruppe wurde mit 79,4 % signifikant häufiger eine Schizophrenie diagnostiziert als in den Vergleichsgruppen. Mit nur 8,2 % folgten die akuten Belastungsreaktionen, Angst- und Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und somatoformen Störungen, mit 6,2 % die stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen. Die Gruppe der Aufenthalte mit Unterbringung lag mit den Diagnosehäufigkeiten zwischen der Indexgruppe und den freiwilligen Aufenthalten, nur der Anteil der ICD - F0- und F7 – Diagnosen war hier signifikant höher als in den beiden anderen Gruppen. In beiden Vergleichsgruppen waren die Diagnosen eher gleichmäßig verteilt als in der

Indexgruppe. Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie können als besonders entweichungsgefährdet angesehen werden. Dies gilt besonders, wenn zusätzlich zur Schizophrenie eine stoffgebundene Abhängigkeit vorliegt.

Dieser Befund wird durch 10 von 15 Studien bestätigt. In 5 dieser Studien war die Diagnose einer Schizophrenie, wie in der vorliegenden Untersuchung, signifikant häufiger als bei den nicht entwichenen Patienten. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung stand bei Entweichern in 6 Studien prozentual an zweiter Stelle, der Anteil war mit bis zu 23 % insgesamt höher als in der vorliegenden Untersuchung. In drei frühen Studien stand diese Diagnose sogar an erster Stelle.

In der Indexgruppe gab es lediglich eine Patientin mit einer Demenz, die entwichen ist. Patienten mit einer dementiellen Erkrankung oder auch anderer organischer Störung sind potenziell gefährdet, die Station aufgrund ihrer Desorientiertheit ohne Absprache mit dem Personal zu verlassen. Dennoch zählen diese Patienten offensichtlich nicht zu den „typischen Entweichern“. Auch in der Literatur wurde dieses Problem kaum thematisiert. Von Peatfield et al. (2002) existiert eine Literaturübersicht zu dem als „wandering“ bezeichneten Phänomen des ziellosen Umherwanderns dementer Patienten, in der auch Entweichungen thematisiert werden. Aspinall (1994) beschrieb einen Fall, bei dem ein dementer Patient erst nach Tagen des Umherirrens nach der Entweichung wieder zurück zur Station gebracht wurde.