



Todesfälle in der stationären Psychiatrie

E. H. A. Hoffmann¹ · P. Massing² · F. Veit³ · R. Dettmeyer¹ · C. G. Birngruber³

¹ Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Gießen & Marburg, Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Deutschland

² Arbeitsgruppe Autonomie, Zwang und aggressives Verhalten, Uni Ulm, Ulm, Deutschland

³ Institut für Rechtsmedizin, Goethe-Universität Frankfurt a.M., Frankfurt a.M., Deutschland

Zusammenfassung

Todesfälle in stationärer psychiatrischer Behandlung sind wesentlich seltener als in nichtpsychiatrischen Kliniken. In dieser Arbeit wurden 44 Obduktionsfälle des Instituts für Rechtsmedizin Gießen von Verstorbenen in der stationären Psychiatrie aus einem Zeitraum von 7 Jahren zusammengetragen und ausgewertet. In knapp der Hälfte der Fälle lag eine nichtnatürliche Todesart vor. Affektive Störungen, Schizophrenien und Psychosen waren häufige Grunderkrankungen und Ursache eines Suizids. Im Rahmen der Begutachtung zeigte sich, dass im Einzelfall in den Krankenunterlagen eine lückenlose Dokumentation fehlte. Um Todesfälle im stationären Bereich der Psychiatrie aufzuarbeiten, sind eine vollständig geführte Dokumentation des Aufenthalts des Patienten sowie eine Obduktion mit weiterführenden toxikologischen Untersuchungen unumgänglich.

Schlüsselwörter

Nichtnatürlicher Tod · Suizide · Fixierung · Dokumentation · Prävention

Im Jahr 2018 litten mehr als 58.000 Verstorbene in Deutschland an einer im Leichenschauschein vermerkten psychiatrischen Erkrankung, im Sinne einer sog. F-Diagnose nach ICD-10 [25]. Diese Erkrankungen stellen nicht die unmittelbare Todesursache dar, dennoch bestehen bei schweren psychiatrischen Erkrankungen nicht selten somatische Komorbiditäten [23]. Vor allem Menschen mit Erkrankungen wie Depressionen, bipolaren Störungen oder Schizophrenien weisen eine 2- bis 3-mal höhere Mortalität auf als der Durchschnitt der Bevölkerung [20].

Einleitung

Dass es im stationären Umfeld der Therapie psychiatrisch kranker Menschen zu Todesfällen kommt, ist im Vergleich zu somatisch erkrankten Patienten relativ selten. In Abhängigkeit von somatischen Vorerkrankungen und den Todesumständen kann eine natürliche Todesart, eine ungeklärte oder der Verdacht auf eine nichtna-

türliche Todesart vorliegen. Insbesondere wenn Patienten während einer stationären Unterbringung oder im Rahmen von Fixierungsmaßnahmen versterben, sollte eine Klärung der Todesursache und der Todesumstände durch die Rechtsmedizin als unabhängige Instanz erfolgen.

Material und Methoden

Im Rahmen einer retrospektiven Auswertung wurden die Sektionsprotokolle des Instituts für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU Gießen) der Jahre 2011–2017 dahingehend untersucht, ob bei den Verstorbenen eine zu Lebzeiten diagnostizierte psychiatrische Erkrankung vorlag, und ob die Patienten in einer Klinik für Psychiatrie verstorben waren. Die stationäre Art der Unterbringung wurde in „offene Station“ und „geschützte Station“ (geschlossene Station) untergliedert.

Mithilfe des Tabellenkalkulationsprogramms Excel[®] 2010 (Microsoft Corporation) und des Statistikprogramms SPSS[®] Version 25 (IBM Statistics) wurden die



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

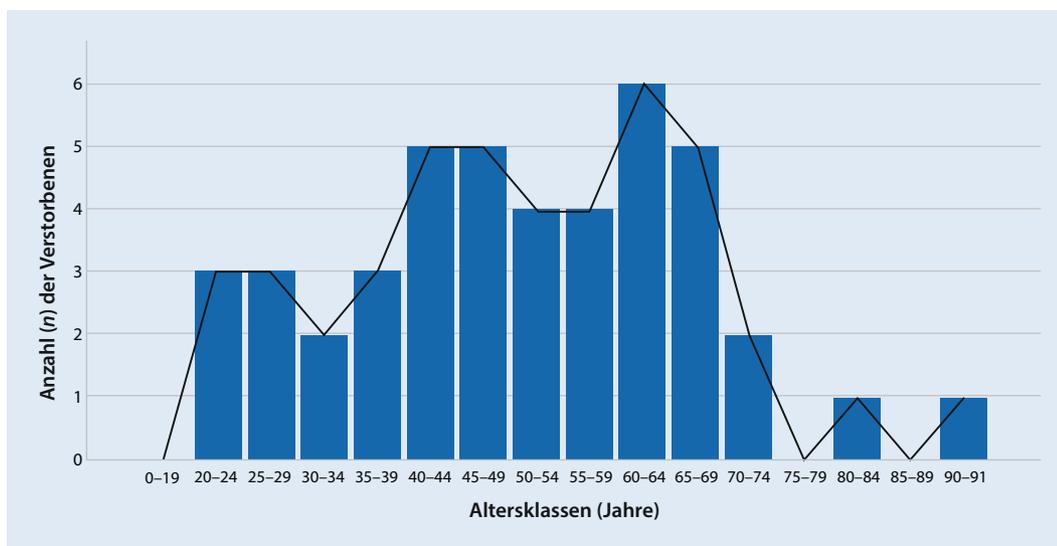


Abb. 1 ◀ Verteilung der Altersklassen der verstorbenen Psychiatriepatienten ($n = 44$)

Daten dieser Fälle im Hinblick auf Geschlecht, Alter, Todesart, Todesursache sowie Todesumstände erfasst und ausgewertet. Das Alter der Patienten wurde in Altersklassen von jeweils 5 Jahren eingeteilt.

Die psychiatrischen Diagnosen wurden unterteilt in: „Depression“ (ICD-10 F32–F33), „bipolare affektive Störung“ (ICD-10 F31), „Wahn“ (ICD-10 F22), „Schizophrenie“ (ICD-10 F20), „Borderline“-Störung (ICD-10 F60.31) und „Demenz“ (ICD-10 F00–F03), wobei unter „Depression“ die Major Depression zu verstehen ist. Zusätzlich wurden Suizidversuche oder Suizidgefahr miteingefasst. Fälle, in denen keine klare Diagnose dokumentiert wurde oder durch dokumentierte verschriebene Medikation auf eine psychiatrische Erkrankung geschlossen werden konnte, wurden unter dem Begriff „psychiatrisch erkrankt“ zusammengefasst.

Die Todesursachen wurden nach erfolgter Obduktion und in einigen Fällen nach zusätzlich durchgeführter toxikologischer Untersuchung kategorisiert: Differenziert wurden Polytrauma, Strangulation, Ertrinken, Verbluten, Verbrennen, Intoxikation, Ersticken, Luftembolie, Multiorganversagen, Schädel-Hirn-Trauma, intrakranielle Blutung und Bolustod. Trat der Tod im Rahmen eines Erhängens ein, wurde weiter nach der Art der Suspension in „frei hängend“, „nicht frei hängend“ und „unklar“ unterteilt.

Todesursachen aus innerer Ursache wurden zur besseren Übersicht gemäß

den ICD-10-Kapiteln zusammengefasst. Folgende Kapitel haben sich ergeben: ICD 10 Kap. I („Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten“), ICD 10 Kap. II („Neubildungen“), ICD 10 Kap. IX (Krankheiten des Kreislaufsystems), ICD 10 Kap. X (Krankheiten des Atmungssystems; [10]).

Für die Unterteilung von Todesfällen unter einer Fixierung wurden die „2-Punkt-“, die „5-Punkt-“ und die „7-Punkt-Fixierung“ sowie die Kategorie „keine Fixierung“ für die Todesfälle, in denen keine Fixierung dokumentiert wurde, herangezogen.

Die Ergebnisse durchgeführter forensisch-toxikologischer Untersuchungen wurden hinsichtlich des Vorliegens einer todesursächlichen Vergiftung zunächst in „Monointoxikation“, „Mischintoxikation“ (2 oder mehr Fremdstoffen) und „keine“ sowie dann im Einzelfall nach der todesursächlich führenden Substanz eingeteilt.

Fälle, bei denen durch die Obduktion und durch toxikologische und/oder histologische Untersuchungen – sofern durchgeführt – keine eindeutige Todesursache festzustellen war, wurden als „unklar“ beschrieben.

Die Todesfälle wurden den Todesarten „natürlich“, „nichtnatürlich“ und „ungeklärt“ zugeordnet.

Aufgrund der geringen Fallzahl von $n = 44$ wurde die Auswertung auf eine deskriptive Darstellung beschränkt.

Ergebnisse

Im Zeitraum 2011–2017 wurden im Institut für Rechtsmedizin der JLU Gießen 3643 Verstorbene obduziert. Davon hatten 471 an psychiatrischen Erkrankungen gelitten, die in 44 Fällen zum Todeszeitpunkt stationär therapiert worden waren.

Altersklassen und Art der Unterbringung

Von den 44 Patienten in stationärer Therapie waren 3 auf einer offenen Station und 13 auf einer geschützten Station untergebracht. In den übrigen Fällen ließen sich in den Unterlagen keine weiteren Informationen bezüglich der Art der stationären Unterbringung finden. Es wurde eine deutlich größere Anzahl männlicher ($n = 27$) als weiblicher ($n = 17$) Patienten festgestellt. Das Alter betrug im Mittel 51 Jahre, mit Häufung in der 5. und 7. Lebensdekade (▣ **Abb. 1**).

Todesarten und Todesursachen

Die Todesart wurde in 52,3% der Fälle als „nichtnatürlich“ ($n = 23$), in 43,2% der Fälle als „natürlich“ ($n = 19$) und in 4,5% der Fälle als „ungeklärt“ ($n = 2$) klassifiziert (▣ **Abb. 2**).

Als nichtnatürliche Todesursachen zeigten sich insbesondere Strangulationen ($n = 13$), bei denen es sich ausnahmslos um Suizide handelte, sowie Intoxikationen ($n = 5$). Den natürlichen Todesfällen lagen

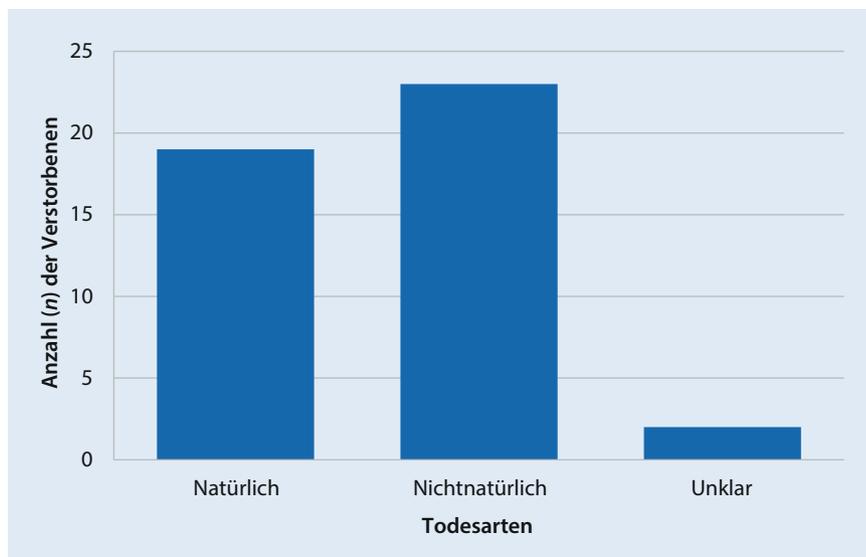


Abb. 2 ▲ Verteilung der Todesarten nach dem Ergebnis der Obduktion und aller weiteren Untersuchungen ($n = 44$)

vornehmlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit z.B. Myokardinfarkt oder Lungenembolie zugrunde ($n = 11$). In 2 dieser Fälle war eine 2-Punkt-Fixierung dokumentiert worden.

In 2 Fällen blieb die Todesursache auch nach der Obduktion unklar. Hier wurden durch die Obduzenten toxikologische und histologische Untersuchungen empfohlen, diese wurden jedoch nicht angeordnet (■ Abb. 3).

Suizide

Insgesamt verstarben 16 der 44 Patienten (10 Männer, 6 Frauen) durch Suizid; in 5 Fällen konnte ein Suizid nicht sicher von einem Unfallgeschehen abgegrenzt, eine Fremdeinwirkung ermittlungsseitig aber ausgeschlossen werden. In 3 dieser 5 Fälle bestand eine todesursächliche Intoxikation, wobei anhand der Ermittlungsakten nicht zu differenzieren war, ob diese suizidal oder akzidentell war. In den 2 weiteren Fällen wurde nach der Obduktion eine todesursächliche Intoxikation vermutet, jedoch keine toxikologische Untersuchung angeordnet.

Dreizehn der Suizidenten verstarben durch Erhängen. In 2 dieser Fälle wurde eine freie Suspension beschrieben, in 5 Fällen hatten die Körper der Verstorbenen Kontakt mit dem Boden oder mit Mobiliar, in 6 Fällen wurde keine Information zur Suspension dokumentiert. Das

Strangwerkzeug war in den meisten Fällen ($n = 10$) ein Bekleidungsstück, das in seiner Beschaffenheit direkt als solches diente (z.B. Gürtel, Schnürsenkel) oder das zu einem Strick umfunktioniert wurde (z.B. Schlafanzug hose oder T-Shirt). In einem Fall wurde als Strangwerkzeug ein Kofferspanngurt unklarer Herkunft verwendet, in einem Fall ein aus einem zusammengerollten Kopfkissenbezug und einer Plastiktüte bestehendes Strangwerkzeug und in einem Fall ein Nylonseil, mit dem Sauerstoffflaschen in den Patientenzimmern an der Wand fixiert wurden.

Ein Patient verstarb an einem in suizidaler Absicht erfolgten Sturz aus großer Höhe, ein Patient an einem Verbluten nach außen nach mehrfachen selbstbeigebrachten Schnitt- und Stichverletzungen und ein weiterer Patient an einer Intoxikation mit Medikamenten. Im letztgenannten Fall wurden zwar keine toxikologischen Untersuchungen vonseiten der Staatsanwaltschaft angeordnet, allerdings fanden sich bei der Obduktion zahlreiche Tablettenreste in Magen und Duodenum. Ermittlungen hatten ergeben, dass der Verstorbene vor seinem stationären Aufenthalt Medikamente (Amisulprid, Quetiapin, Promethazin und Valproinsäure) in einer Größenordnung, die für einen Monat ausreichen sollte, verschrieben bekommen hatte. Vier der Suizidenten hatten in der Vergangenheit bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen.

Psychiatrische Diagnosen

Der Blick auf die psychiatrischen Diagnosen ergab eine Häufung von Schizophrenien (8 Fälle), Depressionen (7 Fälle), bipolaren affektiven Störungen (2 Fälle) und sonstigen Psychosen (7 Fälle). In 5 Fällen waren die später Verstorbenen nach einem Suizidversuch in eine psychiatrische Klinik eingewiesen worden.

In 6 Fällen wurden Therapie und Verlauf der Patienten ermittlungsseitig zwar mitgeteilt, jedoch keine Diagnosen genannt. Diese 6 Fälle wurden in der Kategorie „psychiatrisch erkrankt“ zusammengefasst. In 3 Fällen wurden keine Diagnosen oder Hinweise für eine psychiatrische Erkrankung dokumentiert (■ Abb. 4).

Die 7 Patienten mit bekannter Depression begingen Suizid, von den 5 Patienten mit vorhergehenden Suizidversuchen verstarben 4, ebenfalls durch Suizid. Von den 8 Patienten mit einer Schizophrenie suizidierten sich 2.

Fixierung

Bei den verstorbenen Psychatriepatienten wurde in keinem Fall eine 7-Punkt-Fixierung dokumentiert, in einem Fall eine 5-Punkt-Fixierung und in 3 Fällen eine 2-Punkt-Fixierung. In den restlichen 40 Fällen wurde keine Fixierung dokumentiert.

Von den 3 Fällen der 2-Punkt-Fixierung verstarben ein Patient an einem Myokardinfarkt, einer an einer Lungenembolie und einer an einer Pneumonie bei stark vorgeschädigtem Herzen. Im Fall der 5-Punkt-Fixierung trat der Tod durch Ersticken im Rahmen einer sog. positionellen Asphyxie ein.

Toxikologie

In 19 der 44 Fälle ($n = 43,2\%$) wurden toxikologische Untersuchungen durchgeführt. Diese ergaben 2 Monointoxikationen und 2 Mischintoxikationen. Bei den beiden Monointoxikationen hatte einer der beiden Verstorbenen eine, aus toxikologischer Sicht, potenziell letale Dosis Lithium im Blut, der andere eine letale Dosis Promethazin, beide verstarben jedoch an einer Strangulation. Die Mischintoxikationen wiesen eine Kombination von Codein, Diazepam und Lorazepam auf sowie eine

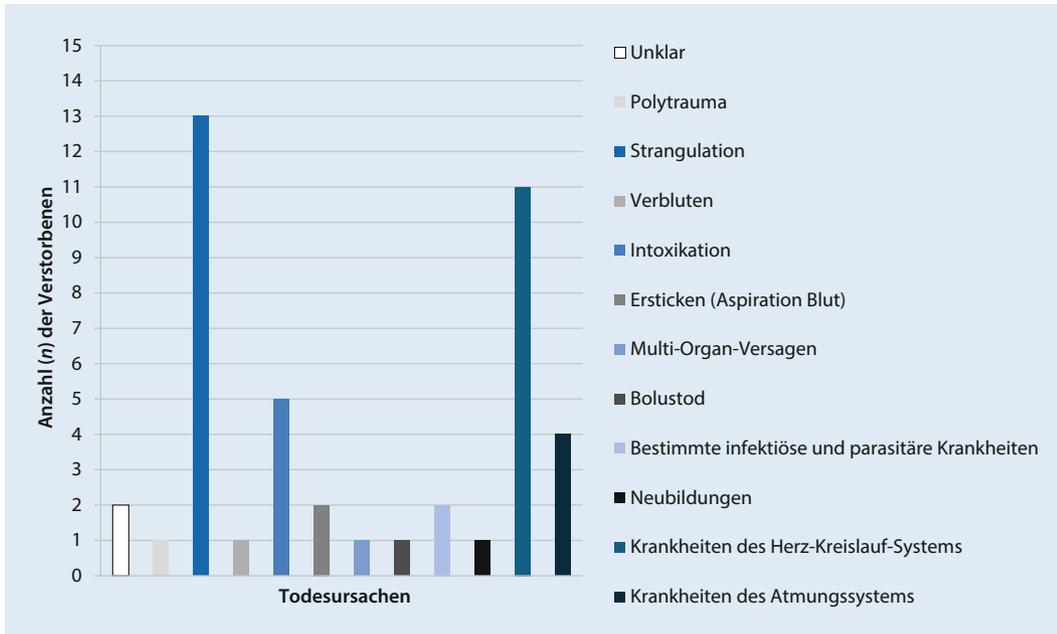


Abb. 3 ◀ Verteilung der autoptisch bzw. im Nachgang zur Obduktion festgestellten Todesursachen ($n = 44$)

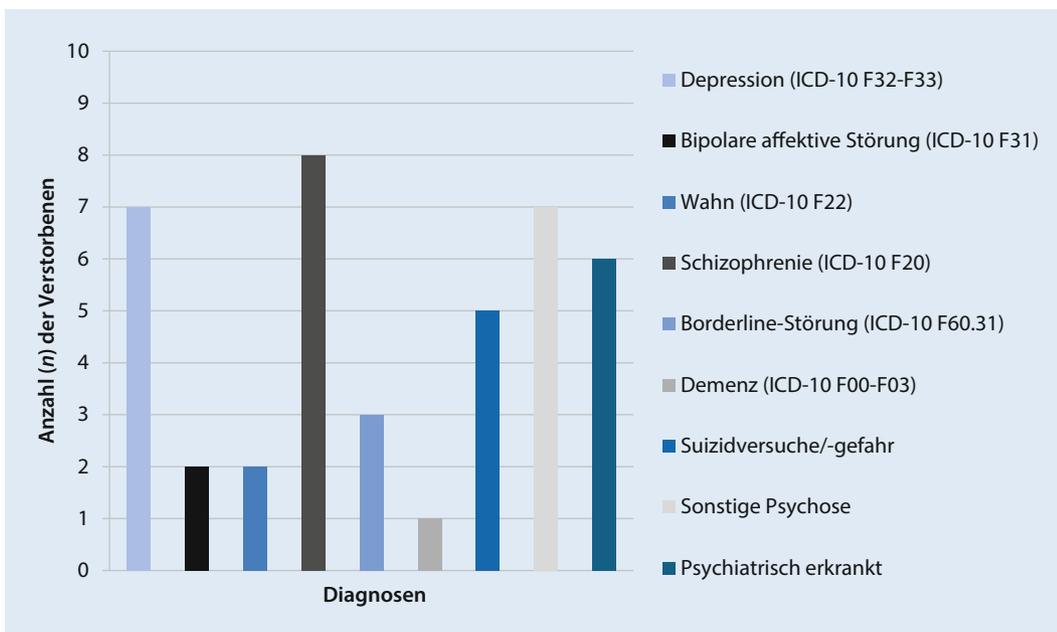


Abb. 4 ◀ In den Krankenunterlagen genannte bzw. mitgeteilte psychiatrische Diagnosen sowie weitere Einweisungsgründe ($n = 41$; 3 Fälle ohne mitgeteilte Diagnose)

Kombination von Cocain, Methadon und Zopiclon. In diesen beiden Fällen konnte keine eindeutige Aussage über die Einstufung als suizidale oder akzidentelle Intoxikation getroffen werden.

Diskussion

Todesfälle stationär untergebrachter Psychiatriepatienten sind seltener als in der Somatik, doch wirft ein solcher Todesfall nicht selten die Frage einer möglichen Sorgfaltspflichtverletzung auf.

Alter und Geschlechterverhältnis der untersuchten Stichprobe

In der vorliegenden Untersuchung zu Todesfällen in der stationären Psychiatrie betrug das Geschlechterverhältnis von männlich zu weiblich 3:2.

Im Gegensatz dazu ist den Daten des Statistischen Landesamtes Hessen (SLA) des Jahres 2017, die auf einer Aufbereitung aller Leichenschaucheine beruhen, zu entnehmen, dass bei der Verteilung von Todesfällen aufgrund psychiatrischer

Grunderkrankungen ein Geschlechterverhältnis männlich zu weiblich von etwa 1:2 besteht. Außerdem geht aus den Daten des SLA hervor, dass sich Männer (unabhängig von einer diagnostizierten psychiatrischen Grunderkrankung) ungefähr 3-mal häufiger suizidieren als Frauen [16]. Das SLA Hessen erfasst alle an einer psychiatrischen Grunderkrankung und an einem Suizid Verstorbenen des Bundeslandes Hessen. Allerdings sind auch diese Zahlen kritisch zu sehen, da das SLA Hessen seine Daten den Leichenschaucheinen entnimmt,

diese nicht immer adäquat ausgefüllt werden, und nur selten durch eine Obduktion validiert sind [17, 29].

Die festgestellte Häufung von Todesfällen in der 5. und 7. Lebensdekade ließe sich dadurch erklären, das mit 19 Fällen die Depression zusammen mit ihren Komorbiditätserkrankungen (Psychose, vorhergegangene Suizidversuche) knapp die Hälfte der untersuchten Fälle ausmacht (43%). In der Literatur wird für die Depression eine Altershäufigkeit zwischen 30 und 45 Jahren und ab dem 65. Lebensjahr beschrieben [21].

Todesursachen

Natürliche Todesursachen

Bei den natürlichen Todesursachen ist eine Häufung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ($n=11$) feststellen. Aufgrund der hohen Mortalität durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland ist es nicht verwunderlich, dass auch in der Psychiatrie Todesfälle aus diesem Kreis der Erkrankungen am häufigsten vorkommen [24].

Suizide

In der vorliegenden Untersuchung fand sich auch eine Reihe von Todesfällen infolge Suizids. Psychiatrische Erkrankungen, insbesondere Depressionen und Schizophrenien, gehen mit einem erhöhten Risiko für (weitere) Suizidversuche oder einen Suizid einher [22]. Die vorliegende Untersuchung ergab, dass sich 7 der an Depression Erkrankten suizidierten. Insgesamt hatten sich 13 Verstorbene auf einer geschützten Station befunden. Von diesen hatten sich 9 Patienten, 6 davon durch Strangulation, suizidiert.

Da bei etlichen psychiatrischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten eines Suizids bekannt ist und Patienten auf einer geschützten Station erheblich genauerer Überwachung unterliegen, ist im Einzelfall zu prüfen, wie es 9 Verstorbenen in stationärer Therapie möglich war, sich zu suizidieren. Eine solche Prüfung umfasst die Frage der Überwachung bzw. Kontrolle, wie die Patienten z. B. an Strangwerkzeug oder an Medikamente gelangten, und ob Sicherheitsmaßnahmen wie die Einbehaltung von Gürteln und Schnürsenkeln durchgeführt wurden [7]. Besonders zu berücksichtigen ist der Suizid durch

Strangulation als häufigste Suizidmethode in Deutschland [14]. Bei der Bearbeitung solcher Todesfälle ist eine genaue Dokumentation des verwendeten Strangwerkzeugs (Gegenstand an sich und Art der Anbringung), der Örtlichkeit (besonders bezüglich z. B. freiliegender Rohrleitungen zum Anbringen von Strangwerkzeug) sowie der Suspension des Verstorbenen von Bedeutung, um u. a. Hinweise zur Unterscheidung zwischen Homizid, Suizid oder Unfall erheben zu können [11].

Ungeklärte Todesursache

In 2 Fällen wurde nach Obduktion eine ungeklärte Todesursache angegeben. Aufgrund fehlender makroskopischer Todesursachen wurden toxikologische und histologische Untersuchungen empfohlen, jedoch nicht angeordnet. Zwar kann die Staatsanwaltschaft die Untersuchung entnommener Proben veranlassen, sind für sie jedoch alle Fragen beantwortet, ordnet sie in der Mehrzahl der Fälle keine weiteren Untersuchungen an [3, 4].

Stellenwert der forensisch-toxikologischen Untersuchung

Die forensische Toxikologie muss sich in Fällen von stationär verstorbenen psychiatrischen Patienten mit folgenden zwei Problemen auseinandersetzen: Einerseits ist bei der Interpretation von postmortal nachgewiesenen Wirkstoffkombinationen und Wirkstoffspiegeln – auch im Hinblick auf die todesursächliche Relevanz der Wirkstoffe – immer an eine individuelle Gewöhnung zu denken, so z. B. bei Opioiden. Dann ist eine klare Aussage über den verbindlichen letaltoxischen Schwellenwert kaum möglich, auch wenn es in der Literatur publizierte Schwellenwerte gibt [1]. Andererseits sind die zahlreichen, in der Psychiatrie verwendeten, gewollt zentral wirkenden Medikamente teilweise durch ihren raschen Metabolismus zu Lebzeiten postmortal qualitativ schwer nachzuweisen [6].

Dennoch zeigte sich, dass toxikologische Untersuchungen in Fällen von in der Psychiatrie Verstorbenen anzustreben sind, einerseits um Aufschluss über die Todesursache geben zu können, andererseits weil in der Psychiatrie zentral wirksame Medikamente therapeutisch

genutzt werden und damit grundsätzlich zugänglich sind. So konnte in einem Fall ein Suizid mit einem Antipsychotikum festgestellt werden. Zwei weitere Patienten verstarben nach Einnahme von Opiaten und einer nach Einnahme von Opiaten und eines Benzodiazepins, wobei keine Aussage über eine suizidale oder akzidentelle Intoxikation in den Unterlagen zu finden war. In solchen Fällen ist zu klären, wie die Verstorbenen an Medikamente in toxischer Dosierung gelangen konnten. Es sollte aber grundsätzlich nicht nur an Suizid durch Intoxikation gedacht werden, sondern auch an verstärkte oder unerwünschte Wirkungen eines Psychopharmakons oder an Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten [2].

Fixierungen

In Notfällen mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung und wenn mildere Mittel versagen, darf ein Patient fixiert werden [15]. In den 44 untersuchten Fällen wurden nur 4 Fixierungen dokumentiert. Drei dieser Fixierungen erfolgten in einer „2-Punkt-Fixierung“. Regelgerechte Fixierungsmaßnahmen sind in der Fachliteratur beschrieben, von einer 1-Punkt- bis zu einer 11-Punkt-Fixierung [9]. Bei Fixierungen von 4 Punkten oder weniger besteht die Gefahr, dass der Patient sich selbst wegen des verbleibenden körperlichen Spielraums z. B. strangulieren kann. Dies kann durch eine kontinuierliche Überwachung vermieden werden [12]. Grundsätzlich sollte eine Fixierung vermieden werden, da ein erhöhtes Thrombose- und Embolierisiko besteht und fixierte Patienten durch ihre Agitiertheit in eine hilflose Lage geraten oder sogar durch unbeabsichtigte Strangulation versterben können, wie in einem Fall dieser Untersuchung [13, 19]. Im Einzelfall ist zu klären, aus welchen Gründen eine Fixierung erfolgte, und ob zuvor weniger eingreifende Maßnahmen unternommen wurden [27]. Auch ist zu prüfen, ob alle Fixierungen unter nötiger Sorgfalt und mit regelmäßigen Kontrollen aufrechterhalten wurden [5].

Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) verlangt, die Fixierungszeit so kurz wie

möglich zu halten und z. B. in Abhängigkeit von der Dauer einer Fixierung auch eine Thromboseprophylaxe durchzuführen [8, 9]. Somit wäre in Fällen einer tödlichen Lungenembolie unter Fixierung zu klären, wie lange die Fixierung als Zwangsmaßnahme im Sinne einer Sicherungsmaßnahme aufrechterhalten wurde, und ob, bei längerer Fixierung, eine (leitliniengerechte) Thromboseprophylaxe durchgeführt wurde. Zu beachten ist, dass auch bei leitliniengerechter Thromboseprophylaxe das Auftreten von Thrombosen und Embolien nicht in allen Fällen verhindert werden kann [26].

Ein Patient verstarb in einer Fixierung an einer Pneumonie in Kombination mit einem stark vorgeschädigten Herzen. Eine derartige Konstellation kann die Fragen nach einer ausreichend durchgeführten körperlichen Untersuchung aufwerfen, und ob klinische Symptome hätten festgestellt werden können oder müssen.

Eine Untersuchung agitierter Patienten ist schwierig, in einigen Fällen unmöglich, dennoch ist eine gründliche körperliche Untersuchung zeitnah anzustreben, um mögliche Komplikationen, die durch somatische Vorerkrankungen entstehen könnten, rechtzeitig zu erkennen [28].

Ein Patient verstarb an einem Herzinfarkt. Durch die starke Erregung des Patienten, die durch eine Fixierung noch verschlimmert wird, kann eine bereits seit Jahren progrediente stenosierende Koronarsklerose zu einem Herzinfarkt führen.

Die Fixierung eines Patienten als Sicherungsmaßnahme wird als Ultima Ratio angewendet. Deswegen wäre für weitere Studien zur Verhinderung von Komplikationen ein Register, das zumindest von der jeweiligen Einrichtung, wenn nicht zentral geführt wird, anzustreben. In diesem sollten Art und Umstände der Fixierung sowie detaillierte Angaben zum Gesundheitszustand und zu entstandenen Komplikationen des fixierten Patienten dokumentiert werden [18]. Durch ein solches Register ließe sich in Kombination mit einer Obduktion und weiterführenden Untersuchungen auch eher differenzieren, ob der Patient an der Fixierung verstarb oder unabhängig davon in einer Fixierung.

Fazit für die Praxis

- Todesfälle in der stationären Psychiatrie sollten gründlich untersucht werden, um mögliche Risikofaktoren zu identifizieren und zu minimieren.
- Zur Vermeidung von Todesfällen im stationären Bereich der Psychiatrie sind ggf. eine kontinuierliche Überwachung und ein Entfernen/Einbehalten von möglichen Werkzeugen, mit denen ein Suizid begangen werden kann, erforderlich.
- Das Führen eines Registers durchgeführter Fixierungen und aufgetretener Komplikationen ist sinnvoll.
- Dokumentationsdefizite sollten vermieden werden.
- Obduktionen von in der Psychiatrie Verstorbenen sind immer anzustreben.

Korrespondenzadresse

E. H. A. Hoffmann

Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Gießen & Marburg, Justus-Liebig-Universität Gießen
Frankfurter Str. 58, 35392 Gießen, Deutschland
Elmar.Hoffmann@forens.med.uni-giessen.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. E.H.A. Hoffmann, P. Massing, F. Veit, R. Dettmeyer und C.G. Birngruber geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen oder an menschlichem Gewebe wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Die Untersuchungen erfolgten unter Einhaltung der Vorgaben der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Ma-

terials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Bönisch H, Graefe K, Lutz W (2016) Duale Reihe Pharmakologie und Toxikologie, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart, S746–755
2. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL (2011) Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med* 365:2002–2012
3. Bundesministerium der Justiz Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren (RiStBV), vom 01.01.1977 (Nr. 33 & 35). http://www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/bsvwvbund_01011977_420821R5902002.htm. Zugegriffen: 27. Mai 2020 ((geändert mit Wirkung vom 01.12.2018))
4. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Strafprozeßordnung (StPO), vom 01.05.2020: §§ 86 & 89
5. Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 24.07.2018, Az.: 2 BvR 309/15; 2 BvR 502/16
6. Dettmeyer RB, Veit F, Verhoff M (2019) Rechtsmedizin, 3. Aufl. Springer, Berlin, S220–221
7. Dettmeyer RB (2006) Medizin & Recht. Springer, Berlin, S384–385
8. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2019) Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie: 2. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet_Psychiatrie.pdf. Zugegriffen: 11. Apr. 2020
9. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“: 206. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20LITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf. Zugegriffen: 11. Jan. 2020 ((Stand 10.09.2018))
10. DIMDI Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/>. Zugegriffen: 21. März 2020
11. Doberentz E, Markwerth P, Madea B (2019) Differentiation of homicidal or suicidal strangulation. *Forensic Sci Int* 301:e44–e48
12. Fogel D, Steinert T (2012) Aggressive und gewalttätige Patienten – Fixierung. *Lege artis* 2:28–33. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1302472>
13. Funayama M, Takata T (2019) Psychiatric inpatients subjected to physical restraint have a higher risk of deep vein thrombosis and aspiration pneumonia. *Gen Hosp Psychiatry* 62:1–5
14. Gutjahr E, Madea B (2020) Diagnose einer gewaltsamen Erstickung. *Rechtsmedizin* 30:55–63
15. Hessischer Landtag Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten. *PsychKHG*, vom 04.05.2017, Inkrafttreten am 01.08.2017, S. 66–78. <http://>

- starweb.hessen.de/cache/GVBL/2017/00006.pdf. Zugegriffen: 20. Juni 2020
16. Hessisches Statistisches Landesamt (2019) Statistische Berichte. Gestorbene in Hessen 2017 nach Todesursachen, Altersgruppen und Geschlecht (A IV 3 – j/2017). https://statistik.hessen.de/sites/statistik.hessen.de/files/AIV_3j17.pdf. Zugegriffen: 25. Jan. 2020
 17. Illing G, Lessig R, Stang A (2019) Analyse der Kodierungsqualität der Leichenschaucheine und Obduktionsraten in Chemnitz, 2010–2013. *Gesundheitswesen* 82:354–336. <https://doi.org/10.1055/a-0820-3452>
 18. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T (2019) Physical Harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: a systematic review. *Front Psychiatry* 10:400
 19. Kersting XAK, Högenauer H, Lam AP, Janoschka J, Philippsen AA, Müller HHO (2019) Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – Auch lege artis durchgeführt besteht ein Risiko für Komplikationen. *Psychiatr Prax* 46:406–408
 20. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, Druss B, Dudek K, Freeman M, Fujii C, Gaebel W, Hegerl U, Levav I, Laursen TM, Ma H, Maj M, Medina-Mora ME, Nordentoft M, Prabhakaran D, Pratt K, Prince M, Rangaswamy T, Shiers D, Susser E, Thornicroft G, Wahlbeck K, Wassie AF, Whiteford H, Saxena S (2017) Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World psychiatry* 16:30–40
 21. Möller HJ, Laux G, Deister A, Schulte-Körne G, Braun-Scharm H (2015) *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 6. Aufl. Thieme, Stuttgart, S 89–99
 22. Schneider B (2005) Psychische Erkrankungen und Suizid – Überblick zur Epidemiologie. *Krankenhauspsychiatrie* 16:3–7
 23. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LA, Jacobi F (2019) Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill. *Dtsch Arztebl Int* 116:405–411
 24. Statistisches Bundesamt Häufigste Todesursachen. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html. Zugegriffen: 15. Juli 2020
 25. Statistisches Bundesamt Jährliche Todesfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen in Deutschland in den Jahren 2008 bis 2018. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/511041/umfrage/todesfaelle-aufgrund-psychischer-und-verhaltensstoerungen-in-deutschland/>. Zugegriffen: 3. März 2021
 26. Therasse A, Persano HL, Ventura AD, Tecco JM (2018) Incidence and prevention of deep vein thrombosis in restrained psychiatric patients. *Psychiat Danub* 30:412–414
 27. Thomsen M (2019) Fixierungen vermeiden. Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege, 2. Aufl. Springer, Berlin, S 1–15
 28. Tölle R, Röhr F, Schürmann J (1996) Körperliche Untersuchungen bei psychisch Kranken. *Dtsch Arztebl* 93:28–29
 29. Wittekind C, Gradistanac T (2018) Post-mortem examination as a quality improvement instrument. *Dtsch Arztebl Int* 115:653–658

Deaths in inpatient psychiatry

Deaths during inpatient psychiatric treatment are much less common than in nonpsychiatric clinics. In this study 44 autopsy cases in the Institute of Legal Medicine in Giessen of patients who died in an inpatient psychiatric hospital over a period of 7 years were collected and evaluated. This study showed that almost half of the deceased died of an unnatural death. Affective disorders, schizophrenia and psychosis were frequent underlying illnesses of the deceased and the reason for a suicide. During the assessment it was found that in individual cases a detailed documentation was missing from the medical records. In order to investigate deaths in the inpatient area of psychiatry, complete documentation of the patient's stay as well as an autopsy with further toxicological examinations are indispensable.

Keywords

Nonnatural death · Suicide · Physical restraint · Documentation · Prevention



Jetzt kostenlos **Update Newsletter** bestellen!

Von Anästhesie bis Urologie – die Update Newsletter von SpringerMedizin.de liefern Ihnen regelmäßig Aktuelles und Wissenswertes aus allen medizinischen Fachgebieten:

- CME-Beiträge aus den Fachzeitschriften von Springer Medizin
- umfassende Übersichtsbeiträge und interessante Kasuistiken
- aktuelle internationale Studien
- Kongress-Highlights und Themen-Specials
- News aus Berufs- und Gesundheitspolitik

Jetzt Newsletter auswählen und kostenlos bestellen unter www.springermedizin.de/mynewsletters