

Gewalt und Aggressionseignisse im Kontext psychiatrischer Erkrankung und Behandlung



Eine mehrdimensionale Betrachtung

Fahrplan:

- **Einleitung**
- **Dimensionen und Ausmaß von Gewalt, freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM), Aggression, Übergriffen, Suiziden**
- **Untersuchung in eigener Einrichtungen**
- **Fazit und weitere Fragestellungen**
- **ggf. Austausch**



Einleitung:

Zwang und Gewalt begleiten die Psychiatrie seit Beginn

- in ihrer Geschichte und früheren Behandlungsmethoden
- im Bild der Medien /der Öffentlichkeit
- im Dilemma zwischen Therapie und Sicherung



Abfrage / Stimmungsbild

**Wer glaubt, dass es rund um die
Entwicklung zu Zwang und Gewalt bergab
geht?**

Wer glaubt es wird besser?

**Wer glaubt keinen oder sehr wenig
Einfluss darauf nehmen zu können?**

Wer glaubt Einfluss nehmen zu können?



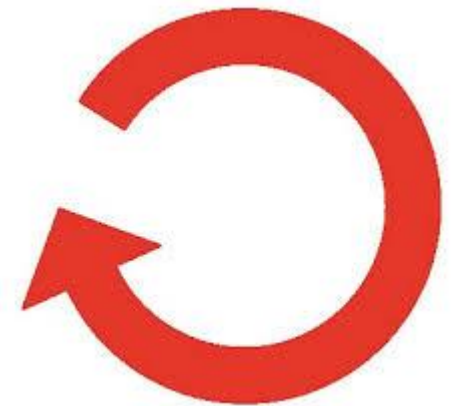
Was tun wir selbst, um das Bild der Psychiatrie zu verändern?



„Gewalt entsteht da, wo Macht verloren geht“ (Hannah Arendt)

„Gewalt erzeugt Gegengewalt“ (Die Ärzte)

eindimensionale Sichtweise nicht möglich



Zwang, Gewalt und Aggression in der psychiatrischen Arbeit sind multifaktoriell und bedingen sich gegenseitig

Die eigene Fokussierung zum Thema Gewalt, Zwang und Aggression kann das Stigma erneut befeuern. „Das Thema der Gefahr durch psychisch Kranke steht zu sehr im Vordergrund“ (Schulz)

Blinder Fleck vs. Katastrophisierung



Insgesamt existiert trotz der verschiedenen Häufigkeiten eine Übereinstimmung bei den Experten, dass ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes und tendenziell eher unterschätztes Risiko für Ärzte und Pflegepersonal in psychiatrischen Einrichtungen besteht, Opfer von Gewalt zu werden (Steinert 2016)

Guter Weg

- Rechte der Patienten wurden und werden gestärkt
- Behandlungsmethoden sind deutlich humaner geworden
- Weniger paternalistische Haltung der Institutionen, besseres Milieu
- Entstigmatisierung und gesellschaftliche Akzeptanz steigen?
- **Safewards!!!**

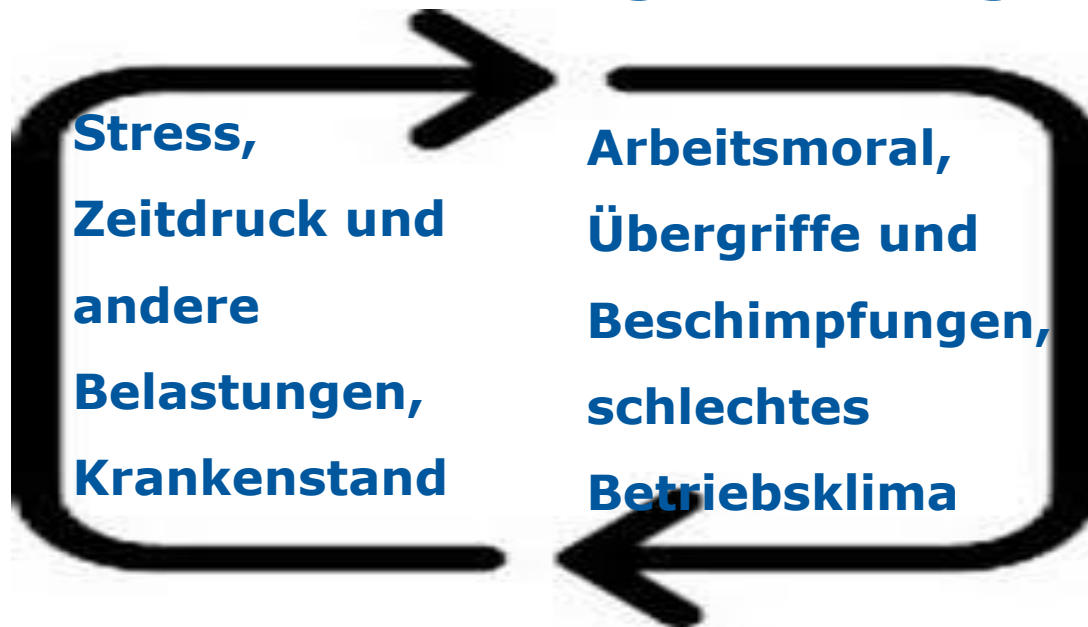


Trotzdem:

*„Aggressionen,
Misshandlungen und
Gewalt gegen
Pflegebedürftige als auch
gegen Pflegende sind ein
gesellschaftliches
Problem“ (vgl. BGW)*



Ursachen und Folgen bedingen sich gegenseitig:



Kosten: Für Großbritannien wurden diese auf **ca. 80 Mio. € / Jahr** geschätzt (Walter et al)

Psychiatrie: Ordnungspflicht versus Therapie, ein Dilemma

*„Der Anteil an **Zwangseinweisungen** etwa beträgt in Deutschland ca. **18 Prozent**“ (s. Jung)*

***Psychiatrie hat also eine Doppelfunktion** - sie behandelt nicht nur kranke Menschen, sondern sie muss auch deren Sicherheit und die Sicherheit anderer Menschen gewährleisten, (Walter 2012).*



„ ...die Patienten *sich schon durch **die geschlossene Stationstür oder andere architektonische Eigenschaften** der Station aversiv stimuliert fühlen*“
(Abderhalden zit. in Gaebel/Falkai)

Psychiatrie und evidenzbasierte
Architektur

<http://www.eph-psychiatrie.de/>



Personalisierung der Institutionellen Gewalt



Die Begründung der Patienten zu den Auslösern ihres eigenen aggressiven Verhaltens liegt allerdings **häufig am Personal**: *“Ein solches Verhalten ist etwa die **Verweigerung von Wünschen, die Durchsetzung rigider Stationsregeln, die Applikation von Zwangsmaßnahmen** oder aber die **Aufforderung zu Aktivitäten...**”(vgl. Gaebel/Falkai).*

Allgemein zu den Literatur und Studienergebnissen

Datenlage und Datenqualität gut aber ausbaufähig
Ergebnisse teils schlecht vergleichbar, da
andere Erhebungsmethoden und **Definitionen von Gewalt**, Betrachtungsmilieus, Klientel, Kulturen,
gesetzliche Grundlagen.....

- **Es fehlt an Forschung / Daten**
- **Schlechtes Meldeverhalten**



Die Patientendimension

Gewaltrisiko bei psychisch Kranken **nur mäßig erhöht** (vgl. junge Männer und Kriminalität in Allgemeinbevölkerung) (vgl. Steinert)

Im deutschsprachigen Raum wurden Häufigkeiten von 1,7 bis 5,0 Übergriffen pro Bett pro Jahr ermittelt, ca. 7.7 % (Ketelsen et al; Steinert 2016)

Es gibt eine Patientengruppe die **mehrfach übergriffig** wird (s. Richter/ Berger 2001 und Steinert 2016)

Diagnose und Substanzmissbrauch

unterschiedlichste Ergebnisse

erhöhtes Risiko bei F 20er Patienten – **4fach** (vgl. Steinert 2016)

erhöhtes Risiko bei **geistiger Behinderung**, gefolgt von F 20 und dann Demenz (Richter / Berger)

Suchtkomorbidität (Drogen und Alkohol)

zusätzlich Risikoerhöhend

(5-10 fach, vgl. Faust; Steinert)



Schwere der Erkrankung, Chronifizierung, Hospitalisierung

Aggressionsereignisse häufen sich **zu Beginn der Behandlung** (Miserez) in den ersten zwei Wochen (Schanz et al)

Oft **längere Krankengeschichte** (Richter / Berger) nur bei 10 %

Krankheitsdauer unter drei Jahren

Mehrfachbehandlung, Hospitalisation bedingt ebenfalls höheres Risiko
(Rüsch, Walter et al)

Rechtsgrundlage

Recht einheitlich bestätigt

z.B. : „die Indexpatienten zeigten in der Vorgeschichte **mehr stationäre Behandlungsepisoden und wurden häufiger gegen Ihren Willen aufgenommen**“ (s. Ketelsen)

eher Psych KG als BTG (Richter / Berger)



Soziodemographische Merkmale

eher **männlich**

aber Anstieg des Risikos bei Frauen deutlicher



Wiederholung aggressiven Verhaltens

Ist der **robusteste Risikofaktor** und zwar Studienübergreifend

!!!

„in der Anamnese der Patienten fanden sich häufig mehrere aggressive Vorfälle gegen andere Personen im privaten oder stationären Umfeld“ (Richter / Berger 2001).



Krise vor aggressivem Übergriff

„...,dass es sich bei aggressiven Patientenübergriffen typischerweise um **allmählich situativ eskalierende** Geschehnisse handelt“ (s. Steinert 2008)

„Sicher **verneint** wurde ein Konflikt nur bei gut einem Fünftel der **Vorfälle**. In knapp **der Hälfte der Fälle** war es ein Konflikt mit dem **Personal**, in zusätzlichen 10% der Fälle ein Konflikt mit Personal und Mitpatienten“ und „**Psychopathologisch zeigten die Patienten vor dem Übergriff die mit dem Konfliktverhalten konform gehenden Anzeichen**“ (s. Richter / Berger 2001)

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) / Aggressionen gegen psychisch Kranke



Wo Gewalt angewandt wird, da wird Gewalt geweckt.
(Karl Jaspers)

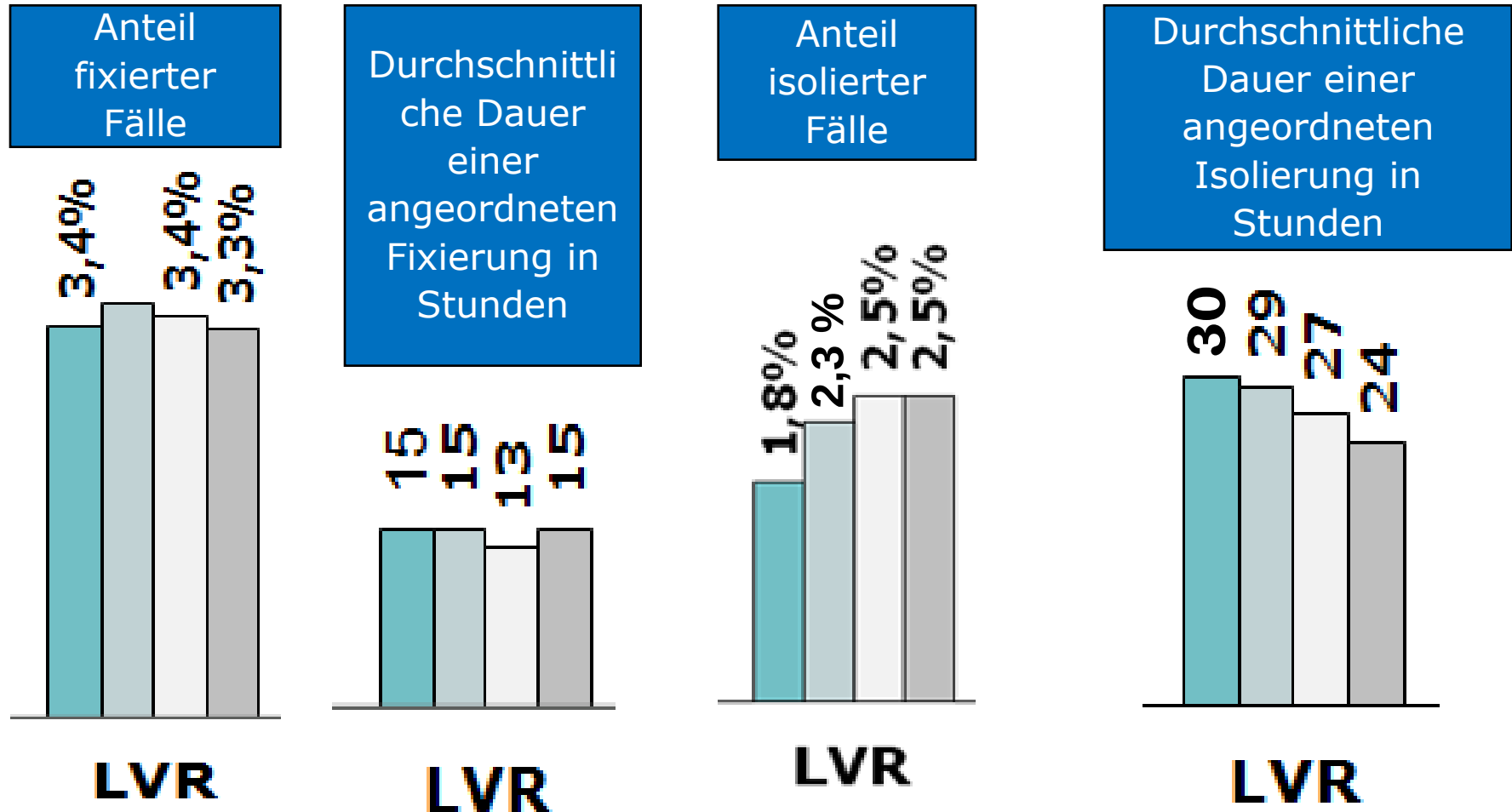
Fixierungen / Isolierungen: 3-7 % aller Aufnahmen in psychiatrischen
Kliniken

ca. 5-10 Stunden Dauer (Steinert 2016)

Hohe Diskrepanz zwischen den Kliniken !!! ?

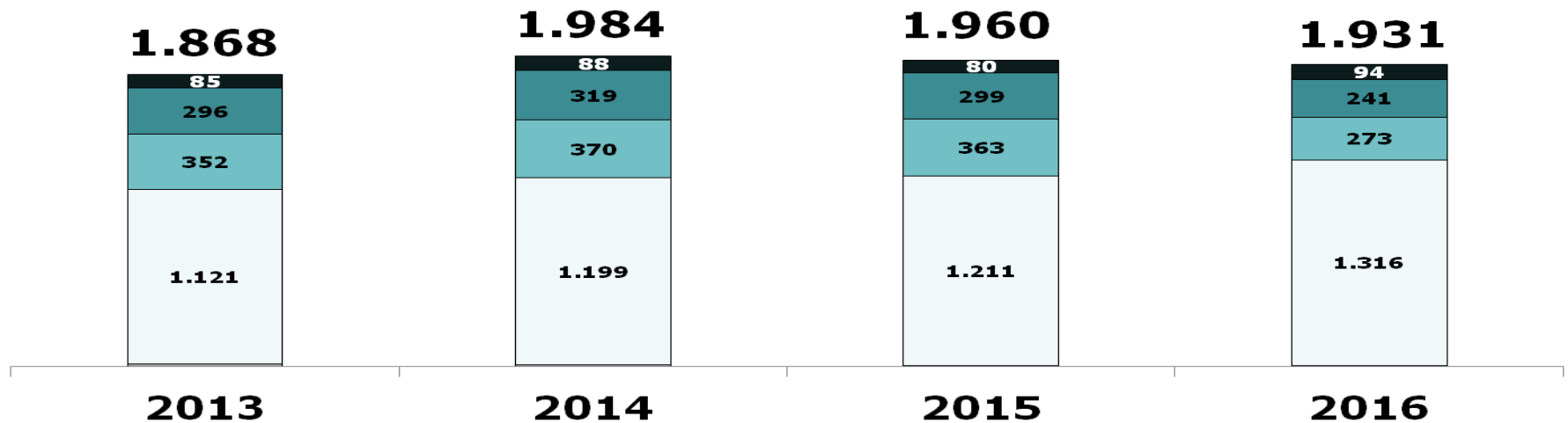
Zwangsbehandlungen mit Medikamenten im Mittel bei **ca. 5 %** (s. Steinert)

2013-2016 (vorläufige Zahlen)



Anzahl fixierter Fälle nach Bereichen im LVR

■ Neurologie ■ Allg. Psychiatrie ■ Sucht [inkl. Entzug] ■ Gerontopsychiatrie ■ KJPPP



Druck zur Reduktion von FEM

Sicht der Betroffenen auf FEM

wenige Studien

...überwiegend als **belastend und traumatisierend** erlebt. Beklagt würde überdies der **Mangel an Information und Begleitung** zu und während der Fixierungen

subjektiv erlebte Gründe: selbstgefährdendes Verhalten als meistes genannt, aber 5x waren die Gründe nicht klar wurde teils als **Willkür** erlebt (vgl. Frajo-Apor et al 2011)



Sicht der Betroffenen Zwangsmedikation

Unterschiedlich, teils **entlastend** in der FEM
teils lag der **Grund der FEM ja in der Verweigerung** der Medikation

Forderungen der Betroffenen

Gewaltreduzierendes **Milieu**

trialogisch besetzte Qualitätszirkel und **Deeskalationstrainings**
(auch für Betroffene? Safewards)

Nachsorge, Behandlungsvereinbarungen...



Gewalt auch außerhalb der Institutionen

„Die Zahl an **strafrechtlich sanktionierten psychiatrischen Patienten** mit Gewaltdelikten **stieg** in den westlichen industrialisierten Ländern in den letzten zwei Jahrzehnten **stetig an** „ (Steinert, 2016)



... auch gegen psychisch Kranke

viele Risikofaktoren für Viktimisierung (Milieu, oft prekäre finanzielle und soziale Lage, Suchtmittel) (Steinert 2016)

Englische Studie zu Risiko Opfer von Straftaten zu werden (Khalifeh et al.)

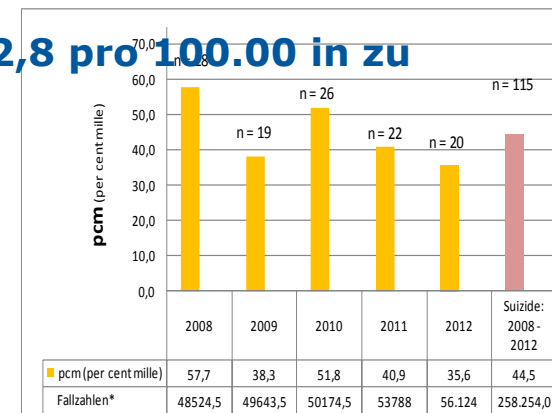
Angaben rückblickend Vorjahr	Allgemeinbevölkerung	Menschen mit schwerer psych. Störung
Opfer irgendeines Verbrechens	14,1 %	40,2 %
Sexuelle Übergriffe (nur Frauen)	2,3 %	9,4 %
Körperliche Gewalt erfahren (nur Männer)	5,3 %	22,6 %
...		

Vorkommen Suizidalität / selbstverletzendes Verhalten (SSV)

- BRD: derzeit ca. 10.000
- 9 von 10 Suizidenten psychiatrisch erkrankt
- **Suizidversuche in Vorgeschichte** und meist im Rahmen von Lebenskrisen
- eher **junge Schizophrene und ältere depressiv Erkrankte** (vgl. Wolfersdorf und Bowers et al)
- International: **0,06-5,66 / 1000 Aufnahmen** und zwischen **0,28-2,8 pro 100.00 in zu versorgender Gesamtbevölkerung pro Jahr** (Bowers et al)
- LVR 2008-2012: ca. **0,45 / 1000 Fälle**

Tabelle 16: Behandlungsdaten und Behandlungsverlauf von Suizid- und Kontrollfällen

Variablen	Gesamt N	Suizide N(%)	Kontrollen N(%)	P-Wert
Einschätzung der Compliance	202			0,198
Eher gut		65 (74,7)	62 (66,0)	
Eher schlecht		22 (25,3)	32 (34,0)	
Therapeutenwechsel in der Woche vor Suizid / Entlassung	175	20 (22,7)	2 (2,3)	≤ 0,0001
Verlauf der Behandlung	197			0,009
Gebessert		68 (68,7)	85 (86,7)	
Verschlechtert		6 (6,1)	2 (2,0)	
Unverändert		25 (25,3)	11 (11,2)	
Hinweise auf erhöhte Suizidalität im Behandlungsverlauf	188	37 (37,4)	6 (6,7)	≤ 0,0001



SVV: F 60er, eher weiblich (5:1)

70-80 % der Borderline erkrankten haben in der Vergangenheit SVV

ca. 1 % in Gesamtpopulation (hohe Dunkelziffer vermutet (vgl. Birnbeck))

In der City 128 Studie von Bowers wurden 61 % der Aufnahmen als selbstgefährdend eingeschätzt

“Constant special observation was not associated with selfharm rates, but **intermittent observation was associated with reduced self-harm**, as were levels of **qualified nursing staff** and **more intense programmes of patient activities**” (Bowers et al, City 128 Study)

in Beziehung gehen anstatt rigider
(Überwachungs-)Maßnahmen

Hoffnung statt Ablehnung



Ereignisdimension bei Aggressionseignissen von Patienten

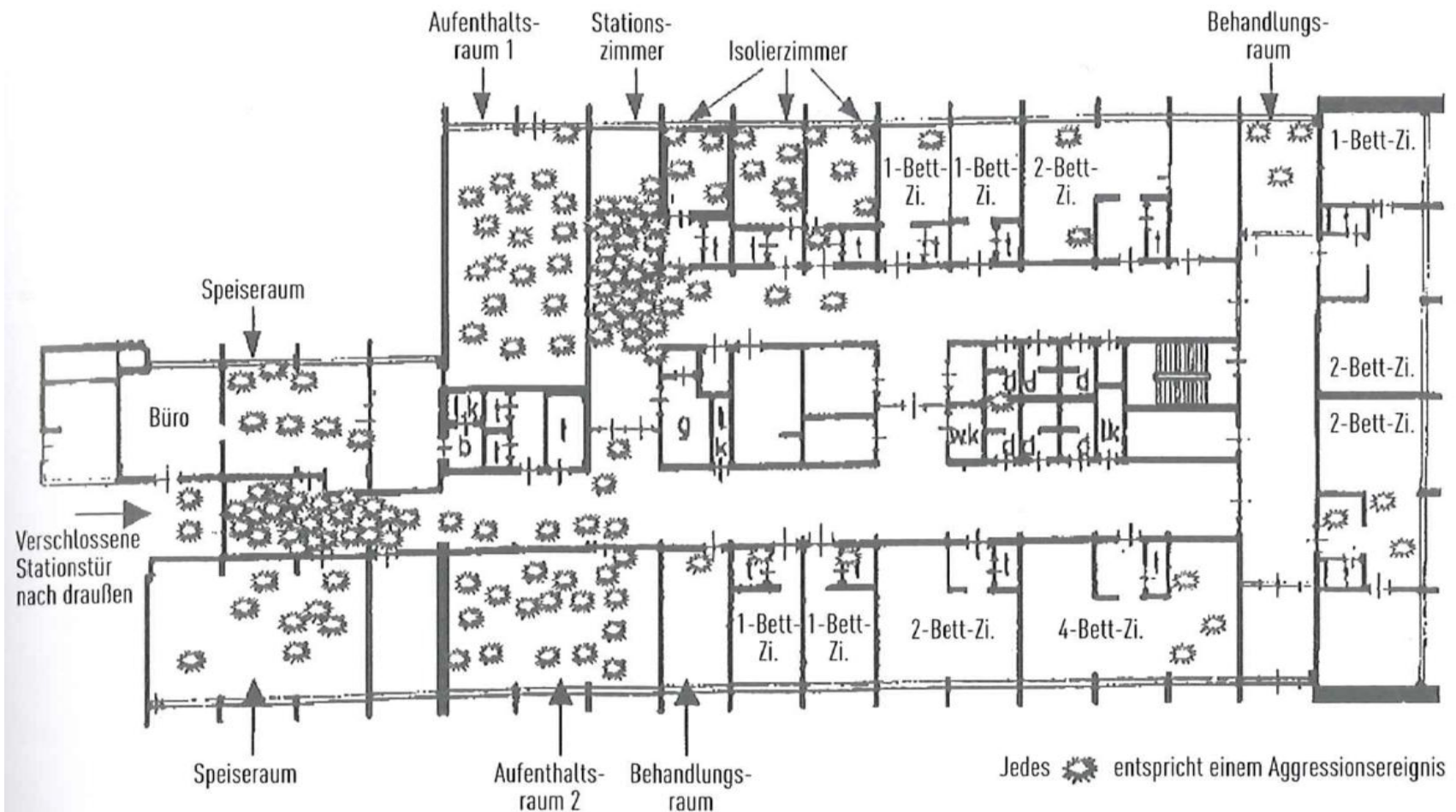
Risikofaktoren der Umgebung, Raum,
Zeiten

aber auch Auslöser, Mittel, Vorhersagbarkeit...

also Faktoren die nicht klar der Patienten- oder
Mitarbeiterdimension zu ordnen sind



Umgebungsfaktoren (Nijman 1999)

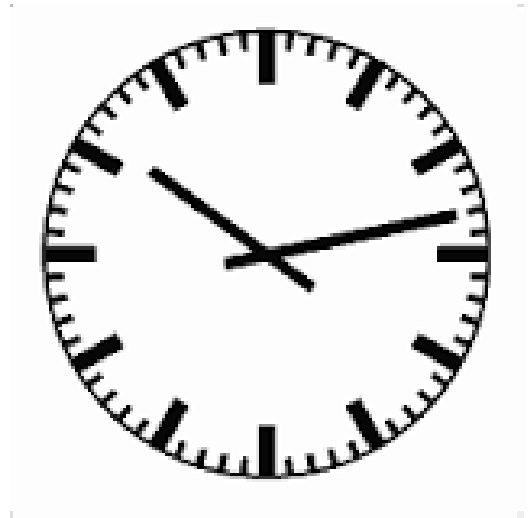


Zeiten

Uhrzeiten:

bei Demenz: eher morgens bei Pflege

Schizophrenie: eher gegen Mittag und
frühe Abendstunden



*„**Strukturierte Tagesabläufe** und eine klare Organisationsstruktur auf den Stationen scheinen insgesamt jedoch zu einer **geringeren Frequenz und Ausprägung aggressiven Verhaltens beizutragen**“ (s. Ketelsen 2005)*

Schwere der Übergriffe / Handlungen

ca. 40 % leicht, ca. 60 % moderat, ca. 2 % ernst, ca. 50%

Körperlich, ca. 50 % Verbal

(vgl. Walter et al)

Drohungen, anspucken ...

Sexualisierte Gewalt !



Selten schwere Verletzungen



Mitarbeiterdimension

20-90% der Mitarbeiter erleben im Zeitraum eines Jahres physische und / oder psychische Gewalt. Für die verbalen Aggressionsereignisse scheint es **auch Ergebnisse von bis zu 100%** zu geben, allerdings ohne Angabe eines Betrachtungszeitraumes (vgl. Richter 2014)



Meldeverhalten

Schätzungen zu Folge liegen die **Dunkelziffern** von Nichtmeldungen bei **ca. 50-80%** (vgl. Richter/Berger 2001)



Soziodemographische Merkmale, Berufserfahrung, Qualifikation

Pflegende (auch in Relation zur Grundgesamtheit)

häufiger betroffen, **ca. 90%**

Geschlecht spielt keine Rolle



Verletzungen, Belastungserleben und Folgen der Übergriffe



10 % der betroffenen Mitarbeiter begaben sich in eine ärztliche Behandlung und 5 % erhielten eine Arbeitsunfähigkeit (vgl. Richter/Berger 2001).

....psychische Belastungen



„...dass 17 % der betroffenen Mitarbeiter die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelten“ (Richter / Berger 2009)

Juristische Konsequenzen / Anzeigen

Sehr **kontroverse Diskussion**

Anzeigen sind **eher selten** (vgl. Coyne)

Empfehlung des LVR

- Ist die Tat auf ein krankheitsbedingtes Geschehen/Erleben zurückzuführen?
- Schwere der Rechtsgutverletzung
- Wiederholungstat
- Ausmaß des Schadens
- gegenwärtige Gefährlichkeit für Mitpatienten und Pflegepersonal
- Prognose

Den Mitarbeitern ist es freigestellt

Interventionen

So vielfältig wie die Faktoren

Bsp.: **Schulungen (Deeskalation), Nachbesprechungen, Behandlungsvereinbarungen, Milieu, Beziehung, Gesprächskompetenz, strukturiertes institutionelles Vorgehen, Standards, Leitlinien...**

Safewards

„Einzelne, unverbundene Teilstrategien haben nur begrenzte

Wirkung....Es erfordert deshalb eine sinnvolle Gesamtstrategie (Walter et al)

Zusammenfassung Theorie:

- **Aggressionen, bzw. Übergriffe sind ein (unterschätztes) Problem**
- **multifaktoriell bedingt**
- **hohe Dunkelziffer, bzw. schlechtes Meldeverhalten**
- **es braucht mehr (einheitliche) Forschung**



LVR-Klinik Mönchengladbach



Allgemeine Diskussion / Fazit

- Mehr Forschung, Meldung für gute Argumente !!!
 - Mehr Investition an den Brennpunkten !!! PEPP?
- Psych PV?
- Junge Mitarbeiter auf Akutstationen?
 - Therapie vs. Sicherung, wo ist die Finanzierung der Sicherung? Neues Psych KG NRW?
- „Ja“, Zwang, Aggression und Gewalt gehören zur Psychiatrie aber auch „Nein“ das ist nicht normal und kann nicht einfach hingenommen werden.**

Freundlichkeit erzeugt Freundlichkeit

(Aussage eines MA bei Fortbildung in Solingen)

Nichts trägt soviel Zinsen wie
Freundlichkeit und gute Laune.

Wir brauchen eine gute
Willkommenskultur

Safewards kann die meisten der Faktoren
reduzieren



„Zwang und Gewalt dürfen keine psychiatrischen Krankenhauskeime sein, die irgendwie dazu gehören“ (s. Hemkendreis)



Kontakt:
alexander.cremer@lvr.de

Literaturverzeichnis

BGW, Gewalt und Aggression in der Pflege – ein Kurzüberblick -Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst (BGW), 2009, Hamburg

Buijsen, H., Betreuung nach massiver Aggression und anderen traumatisierenden Erfahrungen, In: Psych Pflege 2003, 9, S.261-267

Bruckner, B., Geschichte der Psychiatrie, 2. Auflage, Psychiatrieverlag Bonn, 2014

Coyne, A., Sollten Patienten, die Mitarbeiter angreifen strafrechtlich verfolgt werden? , In: Psych Pflege 2003, 9, S. 254-260

Dörner, K., Plog, U., Teller, C., Wendt, F., Irren ist menschlich, 22. Auflage, Psychiatrieverlag, Bonn, 2013

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, JR., Grann, M. Schizophrenia and Violence, In PLOS Med 6(8) 2009

Frajo-Apor, B., Stippler, M., Meise, U., Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren, In: psychiatrische Praxis 2011, 38, S.293-299

Gaebel, W., Falkai, P., S2 Leitlinie der DGPPN, Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie, Düsseldorf / Göttingen 2010

Galatsch, M., Iskenius, M., Große-Schlarmann, J., Schmidt, S., Müller, B.H., Hasselhorn, H.M., Konfrontation mit aggressiven Klienten – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften in Deutschland, In: Pflegezeitschrift 2013, Jg. 66, Heft 11, S.676 - 680

Hemdenkreis, B., Zwang und Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen In: Psych Pflege 2012, 18, S.6-9

Jahnke, B., Täter, Opfer, Helfer, Ein Gespräch mit dem Krankenpfleger Axel Kramer über Gewalterfahrung in der Psychiatrie, In: Psychosoziale Umschau, 2015, 01, S. 4-5

Jung, U., Innovative Psychiatrie mit offenen Türen, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2013

Ketelsen, R., Prävalenz, Charakteristika und Prädiktoren fremdaggressiven Verhaltens bei hospitalisierten psychisch Kranken, Inauguraldissertation zur Erlangung der Doktorwürde, Lübeck 2005

Ketelsen, R., Walter, G., Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie, In: Psych Pflege 2010, 10, S.101-107

Khalifeh, H., Johnson, S., Howard, LM., Violent and nonviolent crime against adults with several mental illness, BrJ Psychiatry 206, 275-282, 2015

Löhr, M., Sauter, D., Nienaber, A., Heuft, G., Oppermann, G., Heinz, A., Schulz, M., Personalressourcen für psychiatrische Einrichtungen, In: Der Nervenarzt 2015, 06

Meise, U. Frajo-Apor, B. die subjektive Seite von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie, In: psychiatrische Praxis 2011, 38, S.161-162

Miserez, B., Häufigkeit und Ausmaß von Aggressionseignissen in sechs psychiatrischen Kliniken in der Schweiz, Psych Pflege 2003, 9, S. 31-35

- Müller, C., Mit sich selbst befreundet sein, In: **Psychosoziale Umschau**, 2015, 01, S. 6-7
- Prins, S., Nachdenken über Gewalt, Gekürzte Fassung eines Vortrages von 2002, In: **Psychosoziale Umschau**, 2005, 1, S. 14-15
- Richter, D., Berger, K., Gewaltsituationen in der psychiatrischen Pflege, In: **Psych Pflege**, 2001, 7, S.242-247
- Richter, D., Berger, K., psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter, In: **Nervenarzt** 2009, 80, S. 68-73
- Richter, D., Berger, K., Patientenübergriffe auf Mitarbeiter, In: **Nervenarzt** 2001, 72, S.693-699
- Richter, D.,(2007) Patientenübergriffe - Psychische Folgen für Mitarbeiter, Theorie, Empirie, Prävention, 1. Auflage, **Psychiatrieverlag, Bonn**
- Richter, D., Verbale Aggressionen gegen Mitarbeitende im Gesundheitswesen, Ergebnisse einer qualitativen Studie, In: **Gesundheitswesen** 2014, 76, S. 494-499
- Rüsch, P., Miserez, B., Hell, D., Gibt es ein Täterprofil des aggressiven Psychiatriepatienten? , In: **Nervenarzt** 2003, 74, S. 259-265
- Schanz, B., Klawe C., Gewalt in der Psychiatrie, In: **Psych Pflege** 2005; 11, Teil 1, S. 264-267
- Schanz, B., Klawe C., Prospektive Studie der gegen das Personal gerichteten Gewalttätigkeit stationärer Patienten, In: **Psych Pflege** 2005; 11, Teil 2, S. 306-311
- Schulz, M., Löhr, M., Nienaber, A., Zuaboni, G., Der Umgang mit Risiko im Rahmen des Recovery Ansatzes, In: **Kerbe**, 2014, 2, S. 28-30
- Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.M., Kümmerling, A., Büscher, A./ Müller, B.H.: Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. **Universität Wuppertal** 2005.
- Spengler, A., Koller, M., Zwingend ohne Zwang? In: **Psychiatrische Praxis**, 2012, 7, S.313-315
- Smith,E. R. Mackie, D. M. In: **Social Psychology**. Psychology Press, 2. Auflage 2000, S. 504
- Steinert, T., Bergk, J., (2008), Aggressives und gewalttätiges Verhalten, In: **Nervenarzt** 2008; 79, S. 359-370
- Steinert et al, Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland, gegenwärtige Praxis, In: **Nervenarzt** 2014, 85, S. 621-629
- Steinert, T., Traub, HJ., Gewalt durch psychisch Kranke und gegen psychisch Kranke; in **Bundesgesundheitsblatt** 2016; 59: 98-104
- Steinert, T., Hirsch, S., Gewalt psychisch Kranker Patienten an Ärzten und Personal; in **Neurotransmitter** 2016; 27: S.41-46

Steinert, T. Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich?, In: Psychiatrische Praxis 2011, 7, S. 348-351

Walter, G., Schoppmann, S., Felder psychiatrischer Pflegeforschung und Perspektiven für Deutschland (2006), In: Pflege und Gesellschaft, 11. Jg. 2006, S.133-140

Walter, G., Nau, J., Oud, N., Aggression und Aggressionsmanagement, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2012

Zeh, A. et al, Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – Ein Literaturüberblick, In: Gesundheitswesen 2009, 71, S. 449-459

Links:

Faust, V., http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Aggression_und_Gewalt_aus_psychiatrischer_Sicht.pdf , (Stand 28.05.2015)

Webseite der LVR-Klinik Mönchengladbach: <http://www.klinik-moenchengladbach.lvr.de/>, (Stand 17.06.2015)

Spiegelartikel zu Zwangsmaßnahmen <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/zwang-in-der-psychiatrie-das-letzte-mittel-a-836111.html>, (Stand 21.05.2015)

SOAS-R, http://www.gesundheitsdienstportal.de/files/SOAS-R_Erfassung_von_Aggressionseignissen.pdf, (Stand 15.06.2015)

Safewards, <http://www.safewards.net/de/>, (Stand 15.06.2015)

Zeitkolumne zu psychischer Erkrankung bzw. Gesundheit, diverse Artikel, <http://www.zeit.de/serie/psychisch-krank>, (Stand 20.05.2015)