

Gutachten zu den Möglichkeiten
der Berichterstattung über
Zwangseinweisungen in der Psychiatrie,
die Anwendung von Zwangsmaßnahmen
und deren Begleitumstände
im Land Brandenburg

Endfassung, 28.7.2023

Studie im Auftrag des Landes Brandenburg,
vertreten durch das Ministerium für
Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz
Potsdam, Rüdersdorf

aus der Arbeitsgruppe
Mental Health Policy & Digitization
an der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane
www.digitalpsychiatry.de

Impressum

Projektleitung

Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

Leitung:

Prof. Dr. Martin Heinze

E-Mail: martin.heinze@mhb-fontane.de



Wissenschaftliche Mitarbeit:

Dr. Julian Schwarz und Prof. (apl.) Dr. Dr. Yuriy Ignatyev

Genderhinweis

Die Erstellung des Gutachtens erfolgte entsprechend dem “Leitfaden für genderneutrale Sprache der Medizinischen Hochschule Brandenburg”. In der vorliegenden Arbeit wird ein Doppelpunkt (“:”) zwischen der grammatikalisch männlichen und weiblichen Wortform verwendet, um darauf hinzuweisen, dass sämtliche Geschlechter gemeint sind.

Danksagung

Der vorliegende Bericht ist ein Gemeinschaftswerk, an dem nicht nur die hier beteiligten Gutachter:innen ihren Anteil haben. Diesen möchten wir zunächst an dieser Stelle für Ihren herausragend engagierten und ausdauernden Einsatz danken. Gleicher Dank geht auch an unseren Auftraggeber, das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV), das nicht nur ein konstruktiver Feedbackgeber von Entwürfen war, sondern auch in der Funktion des Brückenbauers und Vermittlers zu allen beteiligten Akteur:innen aus Politik und Verwaltung auf allen Ebenen fungiert hat. Hervorheben möchten wir an dieser Stelle Frau Bettina Baumgardt, Herrn Dr. Stefan Rusche, Frau Anja Lehnhardt und das gesamte Team des Referats 41 am MSGIV sowie auch alle an den Expert:innenworkshops beteiligten Fachleute, die diesen erstmaligen, komplexen Prozess der Erstellung des Gutachten zu den Möglichkeiten der Berichterstattung über Zwangseinweisungen in der Psychiatrie und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und deren Begleitumstände im Land Brandenburg konstruktiv begleitet haben. Gleiches gilt auch für die Mitarbeiter:innen des Landesamts für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) sowie der Sozialpsychiatrischen Dienste im Land Brandenburg, die uns ihr Feedback gegeben und ihr Fachwissen geteilt haben. Nicht zuletzt sind an dieser Stelle die vielen Stakeholder aus der Praxis, insbesondere die Kliniker:innen zu nennen, die im Rahmen eines im Vergleich mit anderen Strategien des Landes sehr umfangreichen Beteiligungsprozesses ebenfalls wertvolle Hinweise und wichtige Impulse für das vorliegende Gutachten gegeben haben. Es liegt in der Natur der Dinge, dass nicht alle Vorschläge berücksichtigt und nicht alle der – teilweise auch widersprüchlichen – Kommentare und Hinweise aufgegriffen werden konnten. Das Gutachten ist also im Prozess sehr interaktiv entstanden, für das vorliegende Endprodukt tragen jedoch allein die Autoren die Verantwortung.

Prof. Dr. Martin Heinze,
Dr. Julian Schwarz,
Prof. (apl.) Dr. Dr. Yuriy Ignatyev

Zitiervorschlag

Schwarz, Julian; Ignatyev, Yuriy; Heinze, Martin (2023): Gutachten zu den Möglichkeiten der Berichterstattung über Zwangseinweisungen in der Psychiatrie, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und deren Begleitumstände. Im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg; Potsdam, Rüdersdorf.

Unter Mitwirkung von (in alphabetischer Reihenfolge): Bettina Balzer; Bettina Baumgardt; Kerstin Benn; Dr. Stefanie Bienioschek; Sandra von Dombrowski; Anja Gubanow; Marlis Gottschalk; Dr. Felix Hohl-Radke; Elisa Hoffmann; Iris Natho; PD Dr. Maria Jockers-Scherübl; Philip Kühntopp; Anja Lehnhardt; Eiken-Carina Magnussen; Lennart Messow; Anja Mielke; Dr. Kristin Mühlenbruch; Charlotte Müller; Dr. Stefan Rusche; Stephan Towfigh.

Inhaltsübersicht

1. Einführung	5
1.1 Auftrag und Prozess	5
1.2 Hintergrund und Ausgangslage.....	5
2. Ergebnisse, Diskussionen und Desiderate	6
2.1 Auswertung der Länderabfrage.....	6
2.2 Auswertung der fallbezogenen Meldebögen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach BbgPsychKG.....	9
2.3 Auftaktworkshop.....	11
2.4 Einordnung der Möglichkeiten von Land und Kommunen zu der auf die Zielgruppe bezogenen Psychiatrieberaterstattung	12
2.5 Risikoadjustierung von Kennzahlen, Indikatoren und Erhebungen zu den Begleitumständen von Unterbringungen und deren Vermeidung	14
2.6 Inhaltsvalidität von Kennzahlen, Indikatoren und Erhebungen zu den Begleitumständen von Unterbringungen und deren Vermeidung	18
2.7 Fragebogen zur Ermittlung von Unterbringungen, deren Begleitumständen, präventiven Maßnahmen zur Vermeidung und Formen sowie Ausprägungen der Zusammenarbeit zwischen an Unterbringungen bzw. deren Vermeidung unmittelbar und mittelbar beteiligter Institutionen.....	21
2.8 Abschlussworkshop	22
3. Bewertung, Ausblick und Empfehlungen.....	22
3.1 Zusammenfassende Bewertung.....	22
3.2 Wissenschaftlicher Ausblick.....	23
3.3 Aggregierte Empfehlungen	23
4. Literaturverzeichnis	26
5. Anhang	27
5.1 Abkürzungsverzeichnis.....	27
5.2 Tabellenverzeichnis	28
5.3 Abbildungsverzeichnis.....	34

1. Einführung

1.1 Auftrag und Prozess

Bereits der Koalitionsvertrag der aktuellen Brandenburger Landesregierung aus dem Jahr 2019 sieht die erstmalige Erarbeitung einer "Psychiatrieberaterstattung auf Landesebene zur Erfassung der Häufigkeit und der Begleitumstände von Unterbringungen" vor. Die Aufgabe der Psychiatrieberaterstattung (PsychBE) als Teil der Gesundheitsberaterstattung (GBE) ist es, über die Versorgungslage psychisch kranker Menschen zu berichten mit dem Ziel Problemlagen zu analysieren und Handlungsbedarfe aufzuzeigen. Durch eine zielgerichtete PsychBE können Planungs-, Steuerungs- und Koordinationsprozesse in Bezug auf Versorgungsangebote unterstützt werden. Sie bildet demnach die Grundlage für gesundheitspolitische Prozesse, die langfristig eine Reduktion bzw. Vermeidung von Zwangsmaßnahmen bewirken können. Dies erfordert Erkenntnisse über die Praxis, auch in Form von mit anderen Bundesländern vergleichbaren Daten. Ohne diese menschenrechtlich hoch relevanten Informationen ist ein Monitoring des Systems und die (Weiter-) Entwicklung von Konzepten und Interventionen zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen nicht möglich.

Elementare Kennzeichen der PsychBE sind Transparenz und Öffentlichkeit. Die Produkte der PsychBE wenden sich an Fachöffentlichkeit, Einrichtungen der Versorgung, Verwaltung, Politik und nicht zuletzt an interessierte Bürger:innen. Gerade die GBE im Bereich der Psychiatrie kann dazu beitragen, Vorurteile und Missverständnisse hinsichtlich psychischer Störungen zu reduzieren. Für die Politik auf Landes- und kommunaler Ebene bieten die Ergebnisse eine Grundlage für begründete Entscheidungen.

Das MSGIV hat im November 2022 die Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB) mit der Erarbeitung des Gutachtens beauftragt.

Die Schritte des Gutachtens wurden unter Begleitung einer Expert:innengruppe mit einer Vielzahl von Akteur:innen diskutiert. Dabei wurden sowohl im Austausch mit dem MSGIV und insbesondere des zuständigen Referates 41 im Rahmen verschiedener Workshop- und Online-Formate bereits in frühen Phasen Impulse und Ideen gesammelt und Feedbacks zu Grobentwürfen und Empfehlungen eingeholt. In weiteren partizipativen Runden mit den Stakeholdern wurden konkretere Ausarbeitungen, Zwischenergebnisse und Vorschläge zur Diskussion gestellt und angereichert.

Zu Beginn des Gutachtens erfolgte eine orientierende Analyse von bereits vorliegenden Daten der anderen Bundesländer zur Bewertung des Status quo der PsychBE im Land Brandenburg im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet. Folgend wurden sämtliche fallbezogenen Meldungen nach dem Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG) mehrerer Jahre umfassend und gruppiert über klinikübergreifende Versorgungsregionen explorativ und insbesondere hinsichtlich der Entwicklung der Anzahl der Unterbringungen untersucht. Diesbezüglich wurden Kennzahlen und Indikatoren zu Unterbringungen und deren Begleitumständen abgeleitet. Es wurden qualitative Erhebungen durchgeführt, um die Möglichkeiten von Land und Kommunen zur zielgruppenbezogenen PsychBE zu explorieren. Die Ergebnisse münden in Empfehlungen, welche eine Weiterentwicklung bzw. den Aufbau einer kontinuierlichen Psychiatrieberaterstattung nahelegen.

1.2 Hintergrund und Ausgangslage

Aktuell gibt es noch immer nur unzureichende Kenntnisse über die Praxis der öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder (Selbst- und Fremdgefährdung), der Unterbringungen nach Bürgerlichem Gesetzbuch (Selbstgefährdung) und Zwangsmaßnahmen in ganz Deutschland sowie im Land Brandenburg. Soweit statistische Daten erhoben werden, sind diese nicht immer

genau oder einheitlich und erlauben oftmals wenig Rückschlüsse auf die tatsächliche Situation der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Personen und deren Begleitumstände. Die bereits verfügbaren Daten zeigen jedoch, dass es große Unterschiede bezüglich des Umfangs der Anwendung von Zwangsmaßnahmen gibt – sowohl zwischen den Bundesländern als auch zwischen einzelnen Kliniken [1]: Die relative Häufigkeit der Unterbringungen nach PsychKG korreliert signifikant positiv mit der örtlichen Quote der psychiatrischen Krankenhausbetten, der Betreuungsplätze in Heimen und im Bereich Wohnen sowie der Niederlassungsdichte der Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Nervenärzt:innen. Allerdings ist eine niedrige Unterbringungsquote nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit einer qualitativ hohen Versorgungsqualität. Ein einschlägiges Beispiel hierfür wurde beim Dialogforum 2017 zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG von Prof. Michael Regus bezogen auf die Unterbringungspraxis in Nordrhein-Westfalen berichtet, die im Rahmen eines Forschungsprojektes untersucht werden konnte [2]. Der den Teilen Brandenburgs soziodemographisch sehr ähnliche ländliche Landkreis Olpe in Nordrhein-Westfalen zeichnete sich durch eine sehr niedrige Quote von Unterbringungen aus, die zudem ausschließlich auf offenen Stationen durchgeführt wurden. Allerdings stellte sich im Rahmen einer vertieften Analyse heraus, dass dort im Verhältnis die Zahl der Zwangsmaßnahmen, wie Fixierungen und medikamentöse Sedierungen, deutlich höher lag als bei den anderen nordrhein-westfälischen Kliniken. In qualitativen Interviews mit Betroffenen wurden die niedrigen Unterbringungsquoten mit einem Mangel an stationären und ambulanten Behandlungsangeboten in Verbindung gebracht, sodass dort teilweise Allgemeinkrankenhäuser und das soziale Umfeld oder die Familie die Versorgungsaufgaben übernommen haben. Dieses Beispiel zeigt, dass auch gut erhobene statistische Kennzahlen und Indikatoren durchaus verschiedene Bedeutungen haben können, die nur unter Berücksichtigung der komplexen, prozessualen und strukturellen Bedingungen zu verstehen sind.

Grund- und Menschenrechte gebieten es, die Anwendung von Zwang in der gesundheitlichen Versorgung weitestgehend zu vermeiden. Aktuell gibt es bereits eine Vielzahl von Ansätzen zur Vermeidung von Zwang (Ausbau umfassender ambulanter Hilfsangebote, Verbesserung der therapeutischen Haltung sowie Klinikstrukturen, Ausbau des Konzeptes der offenen Türen, stärkere Ausrichtung psychiatrischer Versorgung am Patient:innenwillen etc.), die teilweise durch regionale Rechtssysteme geregelt sind [3]. Durch die großen Unterschiede bei der Anwendung von Zwang zwischen den Einrichtungen, auch innerhalb der Bundesländer, zeigt sich jedoch zusätzlich, dass die Gesetzgebung nicht allein ausschlaggebend dafür ist, ob eine Einrichtung ihre Behandlung tatsächlich an dem Ziel ausrichtet, Zwang zu vermeiden. Weitere Faktoren sind unter anderem demografische Aspekte, die Bedingungen in den Einrichtungen sowie die Einstellungen und Methoden des Fachpersonals [4]. Der sich nach dem Stand der empirischen Forschung hier aufzeigende Handlungsspielraum sollte weiter erforscht und zur Vermeidung von Zwang genutzt werden. Wichtig ist hingegen auch eine genaue Datenerhebung, welche eine grund- und menschenrechtliche Beurteilung der Praxis sowie das Aufzeigen von Entwicklungen ermöglicht.

2. Ergebnisse, Diskussionen und Desiderate

2.1 Auswertung der Länderabfrage

Forschungsfrage und Hintergrund

Im Rahmen des Aufbaus einer Psychiatrieberaterstattung, unter anderem über öffentlich-rechtliche Unterbringungen in Brandenburg, wurde vom MSGIV eine Recherche durchgeführt, deren Ziel es war zu erfahren, wie in anderen Bundesländern mit der Erfassung von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen umgegangen wird und ob darüber hinaus Studien, Gutachten und Ähnliches zu Unterbringungen, Zwangsmaßnahmen und deren Begleitumstände vorliegen. Die meisten Bundesländer (bis auf Thüringen)

antworteten auf die Abfrage. Die Ergebnisse der Abfrage wurden in eine Tabelle zusammengefasst, die folgende Merkmale beinhaltet: Gesetzliche und andere Grundlagen, Aufsicht angesiedelt bei Institution, Berichtspflicht gegenüber Landtag/ Turnus, Veröffentlichungen, Meldeverfahren, Inhalte der Meldung, Meldung und Vorgehensweise bei besonderen Vorkommnissen sowie sonstige Datenquellen, z. B. Studien/ Gutachten (siehe Tab. 2). Ergänzend zur Recherche vom MSGIV wurde von den Autoren des Gutachtens auch eine eigene Literaturrecherche nach den für das Projekt relevanten deutschsprachigen und internationalen Publikationen durchgeführt, die in den Datenbanken Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scopus, Web of Science, BIOSIS Previews, EMBASE und Google Scholar hinterlegt sind. Darüber hinaus werden die für das Projekt relevanten Indikatoren aus der deutschen Datenbank Qualitätsindikatorenthesaurus (QUINTH) und den psychiatrischen S3-Leitlinien sowie aus der Datenbank MEDLINE nebst ergänzender Quellen, z.B. Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) und Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) extrahiert.

Methodische Vorbemerkungen

Zur Auswertung des Umfangs, der Aussagekraft und der Güte der Meldedaten zu Unterbringungen in verschiedenen Bundesländern wurden die sich aus den Länderabfragen ergebenden Daten kalibriert und mit Hilfe der multidimensionalen Skalierung (MDS [5]) und Koinzidenzanalyse (CNA) analysiert [6]. Während bei MDS eine korrelationsbasierte Methode gewählt wurde, die sich auf Variablen bezieht, operiert CNA mit Mengenbeziehungen und ist damit geeignet, sogenannte INUS Bedingungen für ein Outcome zu erfassen. INUS Bedingung (engl. Insufficient, but Non-redundant part of an Unnecessary but Sufficient condition) ist die Bezeichnung für einen unerlässlichen, aber für sich nicht hinreichenden Teil einer hinreichenden, aber nicht notwendigen Bedingung. Sie spielt eine besondere Rolle in der Diskussion darüber, wie der Begriff »Kausalität« zu explizieren sei [7].

Zentrale Ergebnisse

Die Recherche nach den für das Projekt relevanten deutschsprachigen und internationalen Publikationen der vergangenen fünf Jahre erbrachte insgesamt 1.020 Items fast ausschließlich in Medline. Die wichtigsten Ergebnisse der Recherche wurden unter anderem am 17.02.2023 auf dem Auftaktworkshop „GBE-Psych-Bbg“ im MSGIV zur Beurteilung der Inhalte der Meldebögen der Unterbringungen einbezogen. Außerdem ergaben sich Daten, die über die Inhalte der Meldungen (Synthese aus den Ergebnissen der Länderabfrage zu den verschiedenen Meldebögen) hinaus noch einige relevante Items beinhalten. In einer groben Übersicht umfassten sie drei Kategorien: 1) subjektive Erfahrungen von Patient:innen und Mitarbeiter:innen in Bezug auf Unterbringung und Zwangsmaßnahmen; 2) „weiche“ organisationale Faktoren wie Einstellungen der Mitarbeiter:innen, tradierte Verfahrensweisen, interne Abläufe in psychiatrischen Einrichtungen, die Unterbringungen oder Zwangsmaßnahmen beeinflussen konnten; 3) Komponenten von ausländischen Behandlungs- oder Präventionsprogrammen, die in Deutschland in dieser Form nicht existieren. Da die Erfassung der genannten Items mit einem hohen Aufwand verbunden ist, wurden sie zum Zwecke der Berichterstattung als wenig geeignet beurteilt und bei weiteren Untersuchungen nicht berücksichtigt.

Die für die Berichterstattung über die Unterbringung nach BbgPsychKG relevanten kalibrierten Bedingungen und der kalibrierte Totalwert (das Outcome) werden in den Tabellen 1 und 2 dargestellt.

Die Selektion der Merkmale für MDS und CNA (Tabelle 1) bezog sich auf die im Rahmen des Workshops durchgeführten Expert:innenbeurteilungen der Merkmale als „wesentlich“ für die Berichterstattung. Da die Länderabfrage keine stillschweigenden Informationen über Merkmale annahm, wurde im Falle einer expliziten Angabe von einem Merkmal mit „1“ und andernfalls mit „0“ kodiert. Bei vier Bundesländern (BE, HB, MV, SL), die im Zuge der Länderabfrage keine eindeutigen Informationen für das Merkmal „inhaltsreiche Meldung“ (IM) bzgl. der Unterbringungen nach PsychKG zur Verfügung gestellt haben

(„hausinterne Standards“ bzw. „Das Verfahren gem. § 34 PsychKHG befindet sich derzeit im Aufbau und ist noch nicht finalisiert“), wurden die Totalwerte des IM ebenso mit „0“ eingestuft. Aufgrund einer hochgradigen Datenaggregation in NI konnten die Meldungen die Kriterien der Expert:innenbeurteilung nicht erfüllen und mussten mit „0“ eingestuft werden. Im Zuge der Datenaufbereitung wurden zwei Datenmatrizen erstellt: 1) M1 mit eingeschlossenen Bundesländern mit „nicht bekannten“ Werten (umfasste insgesamt 15 Bundesländer), 2) M2 mit ausgeschlossenen Bundesländern mit „nicht bekannten“ Werten (umfasste insgesamt elf Bundesländer). Es erfolgte eine Sensitivitätsanalyse durch den Vergleich von Ergebnissen auf Basis beider Matrizen.

Die Sensitivitätsanalyse erbrachte vergleichbare Ergebnisse (im Folgenden werden nur die Ergebnisse auf Basis M1 präsentiert). Abbildung 1. zeigt Interkorrelationen (Korrelationen zwischen den Variablen in einer vollständigen Korrelationsmatrix) der neun oben beschriebenen Merkmale, dargestellt auf einer MDS-Ebene. Die horizontale Dimension zeigt die Informationsressourcen und wird von zwei Polen: *grundsätzliche Quellen* wie etwa Meldebögen mit Inhalt der Meldung, Digitalisierung (linker Teil des Diagramms) und *zusätzliche Quellen* wie z.B. sonstige Quellen, besondere Vorkommnisse (rechter Teil des Diagramms), aufgespannt. Die vertikale Dimension kann als Hierarchieebenen beschrieben werden. Hier werden zentrale hierarchische Elemente wie etwa Aufsicht durchs Ministerium, „starkes“ Psychiatrie-Gesetz (oberer Teil des Diagramms) dezentralen Elementen wie Erhebung von besonderen Vorkommnissen (unterer Teil des Diagramms), gegenübergestellt. Mit einem „starken“ Gesetz sind Gesetze gemeint, die die Notwendigkeit der Erhebung von Meldedaten in verschiedenen Artikeln explizieren, ohne dass zusätzliche Meldeerlässe, die bei einer Unterbringung nach PsychKHG verwendet werden sollten, nötig sind, wie sich dies z.B. in Art. 4 und in Art. 33 vom *Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG)* in den Rubriken *Psychiatrieberaterstattung* und *Anonymisiertes Melderegister* und im *Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKHG)* in Baden-Württemberg findet.

Vier Merkmale auf der rechten Seite vom Diagramm („starkes“ Psychiatrie-Gesetz, Übermittlung der Meldeten, Grad der Datenaggregation und Inhalt der Meldung) bilden ein Cluster, was auf Zusammenhänge zwischen den Merkmalen hinweist, wobei kausale Beziehungen zwischen diesen Merkmalen erst mit Hilfe von konfigurativen vergleichenden Methoden der kausalen Datenanalyse wie z.B. CNA zu untersuchen waren.

Im Zuge der CNA der Bewertungsmatrizen sowohl mit 15 als auch mit 11 Fällen (ohne BE, HB, MV, SL) konnte die folgende Kausalkette identifiziert werden:

$$\text{DI2} + \text{DI} * \text{GG} \leftrightarrow \text{IM} \quad (\text{Con}=0,86, \text{Cov}=0,77)$$

Dabei steht „+“ für „oder“, „*“ für „und“, gegebenenfalls „unter der Bedingung“, „↔“ für „Bikonditional“ (eine zusammengesetzte Aussage, die genau dann wahr ist, wenn ihre beiden Teilaussagen denselben Wahrheitswert haben).

Die Kausalkette lässt sich wie folgt lesen: „Übermittlung über ein Webportal der nicht aggregierten (patientenbezogenen) Meldedaten (DI2) oder Übermittlung über ein Webportal (DI) der in Bezug auf die Datenaggregation zwar nicht spezifizierten, jedoch im Zusammenhang mit einem im Bundesland angenommenen „starken“ Psychiatrie-Gesetz (GG) stehenden Meldedaten sind beides hinreichende Bedingungen für den Gewinn inhaltsreicher Meldungen (IM) für die BbgPsychKHG-Berichterstattung“.

Bewertung und Desiderat

Der Informationsgehalt sowie die Möglichkeiten zur statistischen Analyse auf Basis von Individualdaten sind im Vergleich zu aggregierten Daten umfangreicher. Auch im Rahmen der Berichterstattung zur Unterbringungspraxis der Bundesländer scheint die Übermittlung von Individualdaten im Vergleich zur

Übermittlung aggregierter Daten von Vorteil zu sein. Nichtsdestotrotz können auch aggregierte Daten unter der Bedingung eines „starken“ Psychiatrie-Gesetzes wertvoll werden.

Da in Brandenburg die Übermittlung der Meldedaten über ein Webportal nicht aggregiert bzw. patient:innenbezogen erfolgt, ist in diesem Bundesland eine hinreichende Bedingung für eine gute Berichterstattung vorhanden.

2.2 Auswertung der fallbezogenen Meldebögen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach BbgPsychKG

Forschungsfrage und Hintergrund

Um die Güte der vorliegenden brandenburgischen fallbezogenen Meldebögen als Qualitätsindikatoren zu untersuchen, wurde die Sensitivität dieser Daten analysiert. Die Sensitivität bezeichnet die Wahrscheinlichkeit, dass bestehende gesundheitliche, soziale oder politische Änderungen und die daraus folgenden Probleme in dem bewerteten Versorgungsbereich mit Hilfe der Qualitätsindikatoren tatsächlich erkannt werden. Eine hohe Rate von richtig erkannten Qualitätsproblemen entspricht einer hohen Sensitivität. Zur vergleichenden Analyse wurden die Daten in fünf Versorgungsgebieten (VG) Brandenburgs zugrunde gelegt:

- **VG Neuruppin:** Landkreise Ostprignitz-Ruppin und Prignitz, amtsfreie Gemeinden und Ämter.
- **VG Schwedt:** Landkreise Uckermark und Barnim, amtsfreie Gemeinden, Ämter und Städte.
- **VG Potsdam:** amtsfreie Gemeinden, Ämter, Städte und kreisfreie Städte Potsdam und Brandenburg an der Havel,
- **VG Cottbus:** Landkreise Elbe-Elster und Spree-Neiße, amtsfreie Gemeinden, Ämter und Städte sowie die kreisfreie Stadt Cottbus und
- **VG Frankfurt (Oder):** amtsfreie Gemeinden, Ämter und Städte sowie die kreisfreie Stadt Frankfurt (Oder).

Die Meldung der Unterbringungsfälle erfolgt auf Basis der regionalen Gliederung der Unterbringungs-Krankenhausverordnung (UKV). Landesweit halten 18 Krankenhäuser eine Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene vor, davon sechs Fachkrankenhäuser und zwölf Allgemeinkrankenhäuser. Die 18 Krankenhausstandorte (KSO) sind über Brandenburg wie folgend verteilt: VG Neuruppin=3 KSO, VG Schwedt=2 KSO, VG Potsdam=4 KSO, VG Cottbus=6 KSO und VG Frankfurt (Oder)=3 KSO. Das Martin-Gropius-Krankenhaus in Eberswalde versorgt neben dem Landkreis Barnim auch Gemeinden des Landkreises Märkisch-Oderland (Ämter Barnim-Oderbruch und Falkenberg-Höhe sowie die Städte Bad Freienwalde und Wriezen). Die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) war auch aufgrund der nur geringen Fallzahl im Rahmen des Gutachtauftrags nicht umfasst.

Zur Auswertung der Güte der fallbezogenen Meldebögen der Unterbringungsfälle nach BbgPsychKG als Qualitätsindikatoren für den Zeitraum vom Jahr 2016 bis 2020 wurden allgemeine Tendenzen sowie die Sensitivität der Daten im Hinblick auf das am 19.06.2019 in Deutschland verabschiedete *Gesetz zur Stärkung der Rechte von Betroffenen bei Fixierungen im Rahmen von Freiheitsentziehungen* in fünf Brandenburgischen Versorgungsregionen und dem ganzen Bundesland analysiert. Nach dieser Vorschrift unterliegen sowohl eine 5-Punkt- als auch eine 7-Punkt-Fixierung im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung, welche absehbar länger als eine halbe Stunde dauert, einem gesonderten Richtervorbehalt.

Die Daten lagen als anonymisierte Individualdaten vor, ergänzt durch die Daten der BGB-Unterbringungen.

Methodische Vorbemerkungen

Im Zuge der Auswertung wurden zunächst die Häufigkeiten der gesetzlichen Unterbringung nach BbgPsychKG deskriptiv analysiert. Um festzustellen, ob in der Zeitreihe von Unterbringungsfällen in Brandenburg und einzelnen Versorgungsgebieten ein Trend vorhanden ist oder nicht, wurde ein Mann-Kendall-Trendtest angewendet. Eine Hypothese der Analyse war das Bestehen eines zeitlichen Trends von Unterbringungsfällen in Brandenburg, wobei es auch Unterschiede zwischen den Trends in einzelnen Versorgungsgebieten geben könnte. Die Prüfung der Sensitivität der Daten im Hinblick auf Fixierungen erfolgte auf der Basis von Lanzantes Verfahren zur Erkennung einzelner Änderungspunkte mit robustem Rangordnung-Verteilungstest [8]. Es wurde erwartet, dass die Verabschiedung des oben genannten Gesetzes einen Wendepunkt im zeitlichen Verlauf der Häufigkeiten von Unterbringungsfällen in Brandenburg und einzelnen Versorgungsgebieten mit sich brächte. Des Weiteren wurde die Hypothese aufgestellt, dass mit der Annahme des oben genannten Gesetzes die Unterschiede in Unterbringungshäufigkeiten zwischen einzelnen Versorgungsgebieten Brandenburgs abnehmen sollten, da das Gesetz die Spielräume für die Zwangsbehandlung wesentlich vereinheitlichen musste. Diese Hypothese wurde mit Hilfe von Variationskoeffizient (VC) anhand der PsychKG-Daten geprüft.

Zentrale Ergebnisse

Tabelle 4 zeigt Unterbringungsfälle nach BbgPsychKG pro 100.000 erwachsenen Einwohner:innen in fünf Versorgungsregionen Brandenburgs für den Zeitraum von 2016 bis 2020. Die niedrigsten Unterbringungsraten von 9 bis 24 sind im VG Frankfurt (Oder) zu beobachten. Die höchsten Häufigkeiten von Unterbringungsfällen von 47 bis 78 werden im VG Potsdam registriert.

Die Abbildungen 2-7 zeigen die absoluten Häufigkeiten von Unterbringungsfällen für einzelne Jahresquartale des Zeitraums 2017-2018 für das Bundesland Brandenburg und seine fünf VGs (aufgrund der fehlenden Werte für Jahresquartale wird das Jahr 2016 in der Auswertung nicht berücksichtigt). Die blaue Linie glättet die Verteilungen (LOWESS smoother). Bemerkenswert zeigt sich, dass das am zweiten Platz nach der Anzahl der Bevölkerung befundene VG Cottbus einen statistisch signifikanten monotonen Trend ($\tau = -0.588$, 2-seitig $P = 0.002$) zur Abnahme von Unterbringungsfällen im zeitlichen Verlauf aufweist. Im Gegensatz dazu war bei dem kleineren VG Schwedt ein signifikanter Trend ($\tau = 0.386$, 2-seitig $P = 0.046021$) zur Zunahme der Häufigkeiten von Unterbringungsfällen zu sehen. Bei anderen VG konnte kein statistisch signifikanter Trend identifiziert werden, was auf eine Kombination verschiedener Tendenzen hinweist und die Suche nach möglichen Wendepunkten im zeitlichen Verlauf erfordert.

Während für das ganze Bundesland eine marginal signifikante Abnahme der Unterbringungshäufigkeiten nach dem 3. Quartal 2019 ($z = 1,644$, $P=0,100$) zu registrieren ist, deuten die Änderungen in den VG Neuruppin nach dem 4. Quartal 2019 ($z = -3.0317$, $P = 0,002$), VG Frankfurt (Oder) nach dem 2. Quartal 2019 ($z = -1.7679$, $P = 0,077$) und VG Potsdam nach dem 2. Quartal 2018 ($z = -2,1177$, $P = 0.0342$) auf eine Zunahme der Unterbringungen hin.

Die Abbildung 8 zeigt eine drastische gebietsübergreifende Abnahme von Variationskoeffizienten nach dem 2. Quartal 2019, was möglicherweise auf die Verwischung der regionalen Unterschiede als Folge der Annahme des *Gesetzes zur Stärkung der Rechte von Betroffenen bei Fixierungen im Rahmen von Freiheitsentziehungen* hinweist.

Bewertung und Desiderat

Insgesamt konnten ein statistisch signifikanter ($p \leq 0,05$) Unterschied und zwei statistisch marginal signifikante ($p \leq 0,1$) Unterschiede von Unterbringungsfällen nach der Anwendung des *Gesetzes zur Stärkung der Rechte von Betroffenen bei Fixierungen im Rahmen von Freiheitsentziehungen* im Juni 2019 beobachtet werden, was auf die Sensitivität der Regionen hinweist. Auch wenn die gegensätzlichen Richtungen in

einzelnen Regionen und dem Bundesland auf kurzfristige strategische Unterschiede im Umgang mit Patient:innen hindeuteten, war der Trend von Unterbringungsfällen in ganz Brandenburg monoton negativ. Dies weist darauf hin, dass alle Regionen auf die neuen gesetzlichen Grundlagen reagiert haben. Zugleich zeigen die Ergebnisse, dass die Regionen sinnvolle Planungseinheiten darstellen. Zum Teil sind starke Differenzen innerhalb von VG vorhanden. Aufgrund des begrenzten Auftrages war eine vertiefende Auswertung nicht möglich, wäre aber für die Zukunft zu empfehlen.

Mit unseren Mitteln war es nicht möglich, mit Hilfe einer Regressionsanalyse weitere Faktoren, die zu einer hohen Dichte der Unterbringung führen, genauer aufzuschließen. Hierzu war einerseits der Zeitraum der uns vorliegenden Daten zu knapp, andererseits fehlten soziodemographische und epidemiologische Co-Faktoren. Dies bedürfte einer genaueren sozialraumbezogenen Analyse der zu vermutenden Einflussfaktoren, wie z.B. der Bevölkerungsdichte (berlinnah - berlinfern) und dem sozioökonomischen Status der Haushalte in einer Region. Langfristig wäre zu empfehlen, eine noch kleinteiligere sozialräumliche Analyse von Unterbringungsdaten vorzunehmen, da zu vermuten ist, dass selbst innerhalb der VG einer Klinik die Sozialräume extrem unterschiedlich sein können. Ein mögliches Verfahren, wie bereits oben angedeutet, könnte eine Analyse nach Postleitzahlregionen sein, da die Postleitzahlen in VG der Kliniken eindeutig in der UKV (letzte Fassung aus 2018) zugeordnet werden. Diesbezüglich ist perspektivisch zu prüfen, ob für Auswertungen mit Bevölkerungsbezug eine Bereitstellung der Bevölkerungsdaten nach Postleitzahlregion durch das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg möglich ist. Ansonsten müsste ggf. eine andere räumliche Gliederungsebene herangezogen werden. Wesentliche Kriterien wären der sozioökonomische Status der Haushalte und die Bevölkerungsdichte. Dies würde langfristig ermöglichen auch unterbringungsvermeidende psychiatrische Dienstleistungen genauer hinsichtlich der Problemgebiete zu lokalisieren, z.B. in psychosozialen Zentren, in denen hoheitliche und therapeutische Funktionen zusammengeführt werden. Eine hierfür potenziell zugrundeliegende Methodik wurde von Jacob Spallek (BTU Cottbus) entwickelt und kürzlich publiziert [9].

2.3 Auftaktworkshop

Forschungsfrage und Hintergrund

Am 17.2.2023 wurde ein Auftaktworkshop „GBE-Psych-Bbg“ im MSGIV durchgeführt. Als Teilnehmende wurden die Mitglieder der folgenden Organisationen bzw. Abteilungen eingeladen: MSGIV - Referat 41, LAVG - Dezernat G2 Öffentlicher Gesundheitsdienst, Infektionsschutz und Gesundheitsberichterstattung, LAVG - Dezernat G5 Aufsicht Maßregelvollzug, öffentlich-rechtliche Unterbringung (gemäß des Zweites Gesetz zur Änderung des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes wurde die Zuständigkeit für die Fachaufsicht im Bereich der öffentlich-rechtlichen Unterbringung und des Maßregelvollzugs ab dem 30.11.2022 vom Landesamt für Soziales und Versorgung in das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit verlagert), Sprecher:innen der Arbeitsgemeinschaft (AG) der Chefärzte:innen der Erwachsenenpsychiatrien und der AG der Kinder- und Jugendpsychiatrien, Sprecher:innen des Fachausschusses des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) / Jugendpsychiatrischen Dienstes (JpD).

Ziel des Workshops war einerseits das Kennenlernen der handelnden Akteur:innen und ihrer Aufgaben. Andererseits wurde die Diskussion des aus der Literaturrecherche und Auswertung resultierenden Entwurfs für das Set der Inhalte des Meldebogens für die Erfassung der Unterbringungen nach BbgPsychKG und die endgültige Auswahl der Merkmale/Indikatoren nach den Kriterien *Relevanz* und *Beeinflussbarkeit* im Rahmen der regional spezifischen Bedingungen angeregt. Hierbei ging es um die Frage, inwieweit eine Gruppe von Expert:innen (Juror:innen) sich darin einig sei, ob der jeweilige Indikator „wesentlich“, „nützlich,

aber nicht wesentlich“ oder „nicht notwendig“ bzw. „ja“, „nein“, „unklar“ für die Messung des jeweiligen Konstrukts (*Relevanz* und *Beeinflussbarkeit*) sei.

Diese Diskussion auf dem Auftaktworkshop diente unter anderem einer weiteren Datenerfassung in Vorbereitung der unter Kapitel 2.5, 2.6 und 2.7 dargestellten Ergebnisse.

Methodische Vorbemerkungen

Für die Beurteilung der Merkmale wurden die Kriterien *Relevanz* und *Beeinflussbarkeit* angewendet. Die unabhängigen Expert:innen hatten ein Stimmrecht für die Bewertung der Merkmale nach oben beschriebenen Kriterien. Der Projektleiter und die an dem Projekt teilnehmenden Wissenschaftler:innen/Mitarbeiter:innen nahmen nicht an der Abstimmung teil. Grundlage des Rankings von Merkmalen war ihre Inhaltsvalidität, die auf der Basis des Lawshen Verfahrens analysiert wurde. Dementsprechend wurden die Merkmale/Kennzahlen, deren Inhaltsvalidität für die *Relevanz* das statistisch signifikante Niveau mit einem Alpha von 5% erreichten, als essenzielle Merkmale eingestuft. Die anderen Merkmale mit einer niedrigeren Inhaltsvalidität, die jedoch als wesentlich von mehr als 50 % der Expert:innen eingestuft wurden, bildeten die Gruppe *ergänzende Merkmale erster Wahl*. Der Aspekt *Beeinflussbarkeit* wurde nicht für die Zuordnung der Merkmale zu bestimmten Gruppen, sondern lediglich für die Diskussion der Ergebnisse genutzt. Der zweite Teil des Workshops erfolgte in Form einer Diskussion, bei der noch einige zusätzliche Merkmale identifiziert wurden, welche als Grundlage für die nächste Befragung dienen.

Zentrale Ergebnisse, Bewertung und Desiderat

Von den acht zur Abstimmung gestellten Merkmalen wurden sieben einstimmig als wesentlich für die Berichterstattung eingestuft. Das Merkmal *Differenzierte Erfassung von Zwangsmedikation* wurde einstimmig als nützlich, aber nicht notwendig eingestuft und daher verworfen. Es konnten aus der Diskussion 14 weitere Merkmale abgeleitet werden, deren Wert im Rahmen der Kapitel 2.5, 2.6 und 2.7 evaluiert werden. Besonders wichtig waren die Hinweise von Expert:innen auf die unzureichenden Daten zu Unterbringungen nach dem Betreuungsrecht, was die Aussagekraft der Daten zu Unterbringungen nach BbgPsychKG reduzierte, Notwendigkeit der qualitativen Datenerfassung in psychiatrischen Kliniken sowie die Identifikation des Merkmals *Syndromale Kategorisierung* als Ergänzung des Merkmals *Hauptdiagnose* in den Meldebögen der Unterbringung. Dem wird in den folgenden Abschnitten nachgegangen.

2.4 Einordnung der Möglichkeiten von Land und Kommunen zu der auf die Zielgruppe bezogenen Psychiatrieberaterstattung

Forschungsfrage und Hintergrund

Es wird der Frage nachgegangen, welche Möglichkeiten auf Seiten des Landes und der Kommunen für eine auf die Zielgruppen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene) bezogene PsychBE unter Beachtung der rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen im Land Brandenburg bestehen. Im Einzelnen wird exploriert, inwiefern die Unterbringungen und deren Umstände von Kliniken und Kommunen erfasst werden (können). Dies beinhaltet einerseits sowohl eine Beschreibung als auch die Bewertung des Status quo einschließlich etwaiger hinderlicher und förderlicher Faktoren. Andererseits sollen daraus ableitbare Möglichkeiten zur Optimierung der PsychBE identifiziert werden. Aufgrund bereits vorliegender Erkenntnisse zur Beantwortung der Fragen aus Sicht des Landes liegt der Schwerpunkt der Untersuchung darauf, die kommunale Perspektive, insbesondere jene der SpDi bzw. der Gesundheitsämter, differenzierter abzubilden, da diese erheblich zur Vermeidung und Verkürzung von Unterbringungen beitragen können. Die untersuchten Fragen lauten: 1. Wie können die Umstände von Unterbringungen besser erfasst werden? 2. Wie können kommunale Daten zur PsychBE auf Landesebene integriert werden?

Methodische Vorbemerkungen

Um die vorgenannten Fragen zu beantworten, wurden qualitative Daten erhoben, welche anschließend entsprechend dem regelgeleiteten Vorgehen der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurden [10].

Zur Datenerhebung wurden strukturierte Gespräche bzw. Fokusgruppen mit dem LAVG und den SpDi der Landkreise geführt [11]. Darüber hinaus wurden von Expert:innen schriftlich erfasste Freitextantworten erhoben. Hierzu wurden in den SpDi bzw. den Gesundheitsämtern des Landes Brandenburg für die PsychBE zuständige Expert:innen angefragt.

Die Fokusgruppen wurden aufgezeichnet und transkribiert. Aus Datenschutzgründen wurden sämtliche vorliegenden qualitativen Daten vollständig anonymisiert. Die verschiedenen qualitativen Datentypen wurden integriert bzw. trianguliert. Im Rahmen des Analyseprozesses wurden neben erhobenen Daten (induktiver Aspekt) Erkenntnisse aus den zuvor durchgeführten Kapiteln einbezogen (deduktiver Aspekt) [12]. Zur Sicherstellung grundlegender Gütekriterien qualitativer Forschung wurde die Datenanalyse von zwei Forscher:innen getrennt durchgeführt und anschließend konsentiert. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in zwei Hauptkategorien (Klinik- und Landes- vs. kommunaler Ebene) entlang der zentralen Themen im Material. Aus Datenschutzgründen werden die Ergebnisse ohne Ankerbeispiele (Zitate) der Expert:innen präsentiert.

Zentrale Ergebnisse

Insgesamt wurden zwei Fokusgruppen mit Expert:innen aus LAVG (n=2) und SpDi (n=4) durchgeführt. An den schriftlichen Erhebungen nahmen zusätzlich neun Leitungspersonen von sieben verschiedenen Landkreisen bzw. Gesundheitsämtern teil.

Möglichkeiten der PsychBE auf Klinik- und Landesebene

Im Rahmen der durch das LAVG durchgeführten Fachaufsicht zeigte sich für **das Jahr 2022 insgesamt eine gute Dokumentation und Übermittlung von Unterbringungsdaten nach BbgPsychKG**. Die Qualität der (freiwilligen) **Meldungen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) sei hingegen noch erheblich verbesserungswürdig**: Einerseits würde nur ein schätzungsweise geringer Anteil der tatsächlichen BGB-Fälle an das LAVG übermittelt, andererseits seien die einzelfallbezogenen Meldungen nicht ausführlich genug. Diesbezüglich fehle es an gesetzlich verpflichtenden Vorgaben zur Datenlieferung durch die Kliniken, wie z.B. einer quartalsweisen Stichtagserhebung.

Durch die fehlende Integration und Vereinheitlichung der Meldungen nach BbgPsychKG, BGB und Strafgesetzbuch (StGB) könnten **Verschiebungen zwischen den Rechtskreisen und -bereichen nicht nachvollzogen** werden. Abhilfe schaffen könnte möglicherweise ein Datenaustausch zwischen Justiz- und Gesundheitsministerium, da derzeit die Amtsgerichte die einzigen Instanzen seien, welche sowohl über Zahlen zu BGB als auch BbgPsychKG Unterbringungen verfügten. Ein potentielles Szenario für eine Verbesserung bestünde darin, dass die Gerichte auch Unterbringungsbeschlüsse nach dem BGB (oder dem StGB) von Patient:innen aus einem Landkreis an die zuständigen SpDi übermittelten.

Die **Berichterstattung besonderer Vorkommnisse im Rahmen von Unterbringungen**, z.B. der Entweichung untergebrachter Personen oder Tätlichkeiten gegenüber Patient:innen bzw. Mitarbeiter:innen, sei verbesserungswürdig. Einerseits mangle es an bindenden und einheitlichen Umsetzungsvorgaben zur Datenerhebung, andererseits gebe es Hinweise für ein Underreporting.

Darüber hinaus würden die **Möglichkeiten der Berichterstattung durch die Kliniken im Rahmen des Entlassmanagements - im Sinne einer teilhabeorientierten Nachsorge - nicht ausgeschöpft**. So könne letzteres genutzt werden, um wichtige Informationen über die Behandlungsplanung, etwaige Änderung der Wohnform usw. zu erheben und somit zur Vervollständigung von Erkenntnissen über Unterbringungsumstände beitragen. Außerdem sei die **PsychBE im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung** gegenüber der Erwachsenenpsychiatrie nicht in vergleichbarem

Umfang entwickelt. Letzteres wurde v.a. mit den erheblichen Differenzen bei der Unterbringungspraxis, den rechtlichen Voraussetzungen sowie den Versorgungsstrukturen sowohl zwischen den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, als auch gegenüber der Erwachsenenpsychiatrie gesehen. In einem VG würde beispielsweise überwiegend nach BbgPsychKG untergebracht, während in der Mehrheit der VG §1631 BGB Anwendung finde. Wie in der Erwachsenenpsychiatrie bestehe auch in der KJP keine gesetzliche Grundlage, Daten für Unterbringungen nach BGB zu erheben, besondere Vorkommnisse eingeschlossen. Durch die regelhafte Beteiligung einer Vielzahl von Akteur:innen (z.B. Personensorgeberechtigte, Schule, Jugend- und/oder Eingliederungshilfe) seien Unterbringungsprozesse häufig komplexer und die PsychBE in der KJP jedoch noch nicht angemessen entwickelt. Zusammenfassend wird an dieser Stelle erheblicher Nachholbedarf gesehen.

Möglichkeiten der PsychBE auf kommunaler Ebene

Grundsätzlich wird betont, dass sich die qualitative Arbeit der SpDi sowie deren Weiterentwicklung streng am - im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (BbgGDG) - definierten Aufgabenkatalog sowie dem Paket für den öffentlichen Gesundheitsdienst orientiert, insbesondere in puncto Personalaufbau und Digitalisierungsstrategie [13,14]. Bezüglich der Frage, inwiefern die SpDi und die Kliniken kommunizieren, beispielsweise in Form von Rückmeldungen bei der Entlassung eines zuvor nach BbgPsychKG untergebrachten Patienten, ergibt sich ein heterogenes Bild. Es lassen sich im Wesentlichen VG unterscheiden, in denen es annähernd keinen, einen bedarfsorientierten oder einen regelmäßigen bzw. systematisierten Austausch von Informationen zwischen Kliniken und SpDi gibt. Ein Best-Practice Beispiel stellt aus Sicht der Befragten die Region Potsdam dar, wo kritische Fälle in einer Steuerungsrunde (zwischen Klinik und SpDi) diskutiert werden, welche in monatlichem Rhythmus, gegebenenfalls bedarfsweise häufiger, tagt.

Auf die Frage nach den Möglichkeiten einer **Integration von Unterbringungsdaten, insbesondere der SpDi auf Landesebene für eine einheitliche Berichterstattung**, wird hier ein erhebliches Potential von den Teilnehmenden gesehen. Derzeit seien allenfalls kommunale, jedoch keine regionalen oder landesbezogenen Daten der SpDi integriert.

In einzelnen Kreisen sei in den letzten Jahren mit dem Aufbau einer Meldestatistik begonnen worden, jedoch würden unterschiedliche Parameter erhoben und verschiedene Softwaresysteme genutzt (z.B. ISGA - InformationsSystem GesundheitsAmt oder Octoware). Eine Schnittstelle für den landeseinheitlichen Datenexport zu Zwecken der PsychBE gebe es bislang nicht. Als Best-Practice-Beispiel wird das Land Sachsen-Anhalt benannt, welches über einen landeseinheitlichen Datenaustausch mit Zusammenführung auf Landesebene verfüge. Auf institutioneller Ebene bestünden zwischen einzelnen SpDi divergierende Vorstellungen und Präferenzen bzgl. zu erhebender Klient:innen-, Leistungsdaten und der zu verwendenden Softwarelösung, was eine einheitliche Datenerfassung und -integration erschwere. Als ein möglicher hinderlicher Faktor für die Implementierung einer Datenschnittstelle auf Landesebene wird der komplexe Prozess der Ausschreibung und Integration der Schnittstelle vor Ort sowie die Ressourcenknappheit der Haushalte der SpDi benannt. Auf Ebene der Verwaltungsmitarbeiter:innen mangle es zum Teil an zeitlichen Ressourcen sowie dem Wissen über die Notwendigkeit einer möglichst umfangreichen Datenerfassung für eine sachgerechte Abbildung der Umstände von Unterbringung und Zwangsmaßnahmen.

Für eine PsychBE, welche die Umstände der Unterbringungen erfasst, müsse auch die präventive Arbeit der SpDi erfasst werden. In diesem Zusammenhang wurde eine landeseinheitliche und einzelfallbezogene Erfassung der Leistungen sowie die Entwicklung von Kennzahlen benannt. Demnach könnten zu erhebende Daten in regelmäßigen zeitlichen Abständen an eine zentral zu organisierende Stelle des Landes geliefert werden, um ein vergleichendes Benchmarking zwischen den Landkreisen zu ermöglichen. Letzteres zielt auf die Identifizierbarkeit von Versorgungsbedarfen, sowohl qualitativ fachlich als auch strukturell in Form etwaiger zusätzlich notwendiger spezieller Angebote und Einrichtungen ab. Neben einer Berichtspflicht

gegenüber dem Land könnten durch regionale PsychBE die bestehenden Netzwerkstrukturen (z.B. Psychosoziale AGs) eine Rückmeldung über ihre qualitative Arbeit erhalten und politische Entscheidungsträger (z.B. Ausschuss für Gesundheit im Kreistag) informiert werden. Ein wesentlicher Impuls könnte hier vom geplanten Versorgungsgesetz des Bundes ausgehen, in dem VG mit bevölkerungsbezogener Gesamtversorgungssteuerung vorgesehen sind. Hier wäre die PsychBE im Sinne von "Daten für Taten" für eine umfassendere Gesundheits- und Sozialplanung in den Regionen ein wesentlicher Baustein und auch für Dritte, wie die gesetzliche Krankenversicherung, bedeutsam. Weiter weisen die Befragten darauf hin, dass durch die PsychBE keine Mehraufwände für die Datenerhebung entstehen dürfen, um das ohnehin unzureichend bemessene Personal nicht jenseits der Kernaufgaben des SpDi zu binden. Es bleibt zu klären, wie dies zu bewerkstelligen ist. Um größtmögliche Praktikabilität bei der Datenerfassung für die SpDi bzw. die Ämter zu erreichen, wird ein einheitlicher Datenexport zur PsychBE vorgeschlagen. Der zu definierende Datensatz sollte sowohl soziale und medizinische Informationen über Klient:innen der SpDi beinhalten als auch das erbrachte Leistungsgeschehen abbilden können.

Folgende vorläufige Parameter werden im Einzelnen zur landesweiten Erfassung von den SpDi vorgeschlagen: 1. Alter, 2. Geschlecht, 3. Migrationshintergrund, 4. Diagnose(n), 5. Eigen- und/oder Fremdgefährdung, 6. Suizid oder Suizidversuch, 7. Pflegegrad, 8. Kinder (Anzahl; Alter; Versorgung; Wohnort), 9. Ressourcen und soziales Netz (Familie, Angehörige, soziales Umfeld), 10. Anzahl der Kontakte mit SpDi, 11. Art der durch den SpDi erbrachten Leistungen (z.B. Krisenberatung, Unterbringungsantrag), 12. Art des Kontaktes (z.B. in der Dienststelle, telefonisch, Hausbesuch), 13. Meldung bzw. Kontaktvermittlung durch (z.B. Polizei, Gericht, rechtliche Betreuer:innen, psychosoziale Träger, andere Behörden, soziales Umfeld, Angehörige, Selbstmelder:innen, usw.) und 14. Kontakt mit Dritten (z.B. Angehörige).

Als eine Personengruppe, die bei der PsychBE besondere Aufmerksamkeit benötigt, wurden **Patient:innen, die an einer schweren psychischen Erkrankung leiden und einen sehr hohen Versorgungsbedarf aufweisen**, benannt. Dieser sei mit einem gehäuften Einsatz von Polizei, Ordnungsbehörden und Rettungsdienst verbunden und habe oft negative Folgen für die Betroffenen selbst und ihr soziales Umfeld. Die Befragten schätzen die Anzahl der Personen auf eins bis fünf pro Landkreis und empfehlen die Entwicklung geeigneter Kriterien, um die Betroffenengruppe einheitlich zu identifizieren und daran angepasste Handlungs- und gegebenenfalls Hilfeformen zu entwickeln. Als ein Kriterium wird die Art und Anzahl der Einsätze von Polizei- und Ordnungsbehörden pro Person und Zeitraum empfohlen.

Neben der Weiterentwicklung der PsychBE empfehlen die SpDi die **Entwicklung einer digitalen, interaktiven Plattform bzw. Netzwerkkarte mit Übersicht sämtlicher im Land Brandenburg verfügbaren Hilfsangebote für Menschen, die von einer schweren psychischen Erkrankung betroffen sind**. Ein derartiger Wegweiser könne unmittelbar dazu beitragen, die Anzahl und Dauer von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Durch die Förderung der Bekanntheit bestehender Hilfsangebote, wie z.B. Außenstandorte der SpDi sowie niedrigschwellige kommunale oder Teilhabeleistungen für seelisch behinderte Menschen, könne eine frühzeitige Vermittlung in diese Angebote unterstützt werden. An Voraussetzungen für diese Plattform wird benannt, dass sie auf Landesebene initiiert und von den Gesundheitsämtern aktuell gehalten werden müsse, um spezifische Hilfebedarfe (auch landkreisübergreifend) vermitteln zu können. Dazu sollen sowohl die Kontaktdaten erster Ansprechpartner:innen von Leistungserbringer:innen als auch die Übersicht freier Kapazitäten der jeweiligen Hilfsangebote dargestellt werden. Als potentiell hinderlicher Faktor wird die Aktualität und Pflege der Inhalte der digitalen Plattform benannt. Koordiniert werden könnte die Plattform durch den Sprecher:innenrat der SpDi im Land Brandenburg. Ein etwaiger landkreisübergreifender Transfer der Versorgung und Unterbringung im landesweiten Verbund sei zu erfassen und entsprechend bei der Finanzierung zu berücksichtigen. Dies setze landesweit verbindliche Versorgungsstrukturen (z.B. Wohnheime, Teilhabeleistungen) sowie eine entsprechende Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den Landkreisen voraus.

Bewertung und Desiderat

Es wird empfohlen, dass sich die Kommunen für ein einheitliches Datenformat zur PsychBE abstimmen. Da die Kommunen aufgrund vorbeschriebener personeller Engpässe nicht in der Lage wären, eine vergleichende Datenanalyse zwischen den einzelnen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten durchzuführen, dies aber ein Desiderat der SpDi ist, könnte seitens des Landes geprüft werden, ob das LAVG gegebenenfalls auch mit dieser vergleichenden Berichterstattung, nach Klärung der datenschutzrechtlichen Voraussetzungen, betraut wird.

Die sich auf Einzelfallebene bewegende, aber sehr belastende Konfrontation der Kommunen mit Menschen mit besonders hohem Versorgungsbedarf sollte zum Gegenstand eines besonderen Austausches unter Moderation des Landes gemacht werden. Es wird empfohlen, eine deskriptive Statistik zu erstellen, wie viele Personen im Land Brandenburg überhaupt betroffen sind. Dazu wäre eine Kriterienliste zu entwickeln, die die Zuordnung von Menschen zu diesem Personenkreis beschreibt (nicht diagnosebezogen, sondern aufgrund der Inanspruchnahme von Leistungen und herausforderndem Verhalten). Hierbei sind Betroffenenverbände umfassend einzubeziehen (siehe auch das Projekt des Ministeriums zur "Verzahnung der psychiatrischen Versorgung mit dem System der Eingliederungshilfe").

Das Projekt der Erstellung einer einheitlichen Angebotsübersicht für psychosoziale Hilfen im Land Brandenburg sollte wiederaufgenommen werden und dabei die neuen Möglichkeiten der digitalen Darstellung nutzen (die von den Kommunen gewünschten Kriterien sind).

Ein weiter zu bearbeitendes Thema im Sinne eines Prüfauftrages wäre, zu prüfen, ob eine Aggregation von Landes- und kommunalen Daten im Rahmen einer PsychBE des Landes sinnvoll wäre. Insbesondere der Auftrag dieses Gutachtens, auch die Umstände von Unterbringungen und nicht nur deren reine Anzahl zu erfassen, kann allein mit der qualitativen Befragung der Kliniken nicht gelöst werden. Dagegen verspräche die Zusammenführung der in den Kliniken erhobenen qualitativen Daten mit den Erkenntnissen über konkrete Handlungsoptionen der Kommunen ein intensiveres bzw. klareres Bild, welches dann auch dazu genutzt werden kann, systematisch auf die Reduktion der Unterbringungszahlen hinzuwirken.

2.5 Risikoadjustierung von Kennzahlen, Indikatoren und Erhebungen zu den Begleitumständen von Unterbringungen und deren Vermeidung

Die methodischen Empfehlungen für Kennzahlen, Indikatoren und Erhebungen zu den Begleitumständen von Unterbringungen werden im Folgenden in zwei verschiedenen Sektionen unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Kapiteln 2.2 und 2.3 präsentiert. Zunächst wird über Risiken bei der Erhebung von Begleitumständen von Unterbringungen berichtet. Danach werden einige validierte Merkmale der Expert:innenbefragung präsentiert.

Forschungsfrage und Hintergrund

Um Begleitumstände von Unterbringungen korrekt zu erheben und zu beschreiben sowie Kennzahlen und Indikatoren richtig zu interpretieren, ist eine Risikoadjustierung nötig. Dieses Gütekriterium ist besonders bedeutsam für die öffentliche Berichterstattung, damit die Ergebnisse tatsächlich die Behandlungsqualität und nicht den Case-Mix des bewerteten Leistungserbringers bzw. andere zufällige Einflussfaktoren wiedergeben. Wesentliche Einflussfaktoren auf die Ausprägung der Messgröße sollen identifiziert, erfasst und im Rahmen einer Adjustierung berücksichtigt werden. Im Rahmen einer durchzuführenden Risikoadjustierung müssen dabei nur Einflussfaktoren berücksichtigt werden, die 1) nicht von der Versorgung durch den bewerteten Leistungserbringer abhängig sind; 2) nicht gleichmäßig über alle Leistungserbringer verteilt sind und 3) bei Nichtberücksichtigung das Ergebnis zum Qualitätsziel tatsächlich verzerren. Zur Evaluation einer möglichen Auswirkung der von den Leistungserbringern unabhängigen

Faktoren auf die Qualitätsindikatoren, wurde von uns der Einfluss von saisonalen Schwankungen auf die Anzahl der Unterbringungen in fünf VG Brandenburgs analysiert.

Methodische Vorbemerkungen

Zum Zweck der Analyse wurden Häufigkeitstabellen der Unterbringungen für den Zeitraum 2017 bis 2020 separat für jedes Jahresquartal und VG erstellt und untersucht. Jede Tabelle wurde weiterhin in ein Time-Series-Objekt X transformiert. Des Weiteren wurde von uns ein anderes Time-Series Objekt Y erstellt, das die Variable enthielt, deren Auswirkung auf "X" herauspartialisiert wurde, d.h. in dem Objekt Y wurden die Jahresquartale, die auf niedrigere Unterbringungsarten verdächtig waren, als „0“ spezifiziert, wobei allen anderen „nicht verdächtigen“ Jahresquartalen der Wert „1“ zugeschrieben wurde. Als „verdächtig“ wurde dasjenige Jahresquartal definiert, in dem die absolute Zahl der Unterbringungen weniger als in restlichen Jahresquartalen war. Diese Regelmäßigkeit sollte in allen zu untersuchenden Jahren beobachtet werden. Zum Schluss wurde der Partial Mann-Kendall-Trend Test vom Objekt X unter Berücksichtigung des Objektes Y durchgeführt. Ziel des Verfahrens war die Identifikation eines Trends im Verlauf von Unterbringungen in bestimmten Jahresquartalen. Dies wurde aufgrund von Hinweisen aus vorläufigen Auswertungen für die psychiatrischen Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD F1) sowie „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (ICD F2) mittels Chi-Quadrat Test (theoretische vs. empirische Verteilung) untersucht.

Zentrale Ergebnisse

Die absoluten Häufigkeiten der Unterbringungsfälle in verschiedenen Jahresquartalen für den Zeitraum 2017-2020 sind in der Tabelle 5 dargestellt. Die Analyse zeigte moderate Effekte für die Abnahme der Unterbringungen nach BbgPsychKG im 4. Jahresquartal im VG Neuruppin ($r=0,49$), VG Cottbus ($r=0,39$), starke Effekte im VG Potsdam ($r=0,67$) und VG Frankfurt (Oder) ($r=0,53$) und kleine Effekte im VG Schwedt ($r=0,18$). Nachdem der Trend zur Abnahme der Unterbringungen im 4. Jahresquartal identifiziert wurde, untersuchten wir den Beitrag zur Abnahme für einzelne diagnostische Kategorien. Tabelle 6 zeigt eine signifikante Reduktion in Unterbringungsarten bei Patient:innen mit Diagnosen aus den Rubriken F1 und F2.

Bewertung und Desiderat

Das saisonale Muster von aggressivem und selbstverletzendem Verhalten psychiatrischer Patient:innen wurde bereits in mehreren epidemiologischen Studien international untersucht. Einige sehr interessante Daten zum Thema liefert eine finnische Studie [15]. Laut dieser Studie war in einem für die Unterbringung von psychisch Kranken mit aggressivem Verhalten zuständigen Krankenhaus für die Betreuung von Personen, die unter psychotischen Störungen und gewalttätigem oder selbstzerstörerischem Verhalten leiden, die monatliche Prävalenz von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen im Januar im Vergleich zu den anderen Monaten am niedrigsten. Darüber hinaus war die Prävalenz von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen im Winter niedriger als in anderen Jahreszeiten. Im Vergleich dazu wurde in einem anderen Krankenhaus mit Personen, die an psychotischen Störungen leiden, keine signifikante Variation von Gewalt oder selbstverletzendem Verhalten beobachtet, ähnlich wie in der Gesellschaft.

Auf der Basis einer umfassenden Analyse kamen die finnischen Forscher:innen zum Ergebnis, dass zwar die Prävalenz von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen eine ausgeprägte Saisonalität zeigte, die Schwankungen bei der Prävalenz von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen jedoch nicht mit den Schwankungen bei der Gewalttätigkeit übereinstimmten, was so interpretiert wurde, dass der Einsatz von Zwangsmaßnahmen mit saisonalen Schwankungen der Verfügbarkeit des medizinischen Personals zusammenhängt [15].

Unsere Analysen ergeben auch für Brandenburg, dass saisonale Abhängigkeiten bestehen. Zieht man eine Parallele zur finnischen Studie, könne es in Brandenburg auch daran liegen, dass zu verschiedenen

Zeiträumen im Jahr die Personalverfügbarkeit von kommunalen Diensten und Krankenhäusern unterschiedlich ausgeprägt ist, was zu einer Erhöhung der Unterbringung im Falle der Unterbesetzung führen könnte. Insofern sollte die PsychBE nicht nur das Unterbringungsgeschehen bei den Patient:innen, sondern tatsächlich die in allen Hilfebereichen verfügbaren Personalressourcen monitoren. Diese Daten sollten als Confounders (Drittvariablen) in die Analyse einbezogen werden. Dies wäre ein sehr aufwändiges Verfahren, hätte aber zur Folge, dass die Planung psychosozialer Hilfen von verstehbaren Fremdfaktoren bereinigt werden könnte. Von den Krankenhäusern sind solche Bestelldaten im Rahmen der Fachaufsicht abrufbar (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (PPP-RL)). Ob ähnliche Daten für die Kommunen erhebbar wären, ist zu klären.

2.6 Inhaltsvalidität von Kennzahlen, Indikatoren und Erhebungen zu den Begleitumständen von Unterbringungen und deren Vermeidung

Forschungsfrage und Hintergrund

Unsere Empfehlungen für Kennzahlen, Merkmale und Erhebungen zu den Begleitumständen von Unterbringungen beziehen sich auf zwei Expert:innenbefragungen. Die erste Befragung erfolgte auf dem Auftaktworkshop am 17.2.2023. Darüber hinaus konnten aus der Diskussion im Rahmen des Workshops zusätzliche wichtige Parameter abgeleitet werden, die eine Grundlage für die zweite Expert:innenbefragung mit Hilfe eines von uns entwickelten Fragebogens bildeten. Der Fragebogen wurde an die Expert:innen per E-Mail geschickt.

Methodische Vorbemerkungen

Die auf dem Workshop beurteilten Merkmale repräsentierten bereits implementierte (tatsächliche) und mögliche (perspektivische) Inhalte der Meldebögen der Unterbringungen und wurden als wesentlich für eine Berichterstattung bewertet. Sie können daher in den Meldebögen entweder als *essenzielle* Merkmale für sich allein oder als Komponenten für komplexere *essenzielle* Indikatoren betrachtet werden:

Zentrale Ergebnisse

Die bereits implementierten Parameter sind:

- **Alter** (genaue bzw. intervallskalierte Angabe über das Alter der untergebrachten Person(en))
- **Geschlecht** (weiblich, männlich, divers)
- **Diagnose** (Genauere Angabe über die Hauptdiagnose der untergebrachten Person(en));
- **Psychiatrische Komorbidität** (eindeutig wesentlich unter der Bedingung, dass keine syndromale Kategorisierung zusätzlich zur Hauptdiagnose erfolgt);
- **Differenzierte Erfassung der rechtlichen Grundlagen der Unterbringung** (genaue Angabe über rechtliche Grundlagen der Unterbringung, z.B. sofortig vorläufige Unterbringung, gerichtlich angeordnete Unterbringung, explizite Erfassung des Artikels des BbgPsychKG in der Meldung (Unterbringung durch die Polizei, durch die fachliche Leitung der Einrichtung etc.));
- **Differenzierte Erfassung der Unterbringung und dessen Verlauf** (genaue Angaben zur durchschnittlichen und kumulativen Dauer der Unterbringung, Personen und Fälle, Umstände der Beendigung der Unterbringung, z.B. (fehlender Fortdauerbeschluss oder medizinisch nicht mehr erforderlich, Entlassung in Form einer Aussetzung des Vollzugs, freiwilliger Aufenthalt, anschließende zivilrechtliche Unterbringung (nach BGB) etc.));
- **Differenzierte Erfassung der besonderen Sicherungsmaßnahmen** (Besondere Sicherungsmaßnahmen sind die Beschränkung des Aufenthalts im Freien, die Unterbringung in einem besonderen Raum, Festhalten statt Fixieren oder die Fixierung in der Form der Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Hilfsmittel. Unter differenzierter Erfassung sind explizite Angaben zur durchschnittlichen und kumulativen Dauer einer besonderen Sicherungsmaßnahme zu

verstehen, sowie Einzelheiten zu einzelnen Sicherungsmaßnahmen (z. B. 5- oder 7-Punkt-Fixierungen) und die Anzahl der bei der Unterbringung ausgesetzten oder unterbrochenen Sicherungsmaßnahmen, etc.).

Die folgenden *essentiellen* Merkmale ergaben sich aus der zweiten Expert:innenbefragung und bilden keine Inhalte der Meldebögen, sondern eher Qualitätsmerkmale, die als absolute und relative Häufigkeiten (z.B. von Kontakten, gemeinsamen Sitzungen pro definiertem Zeitraum) erfasst werden können:

- **Kontakte der Behandler:innen zum SpDi** nach Beendigung der gesetzlichen Unterbringung der Patient:innen (Relevanz nur zur Vermeidung des Zwangs);
- **Kooperation des regionalen Hilfesystems / des regionalen Verbunds** (Gemeindepsychiatrischer Verbund / regionales Netzwerk) zur Vermeidung von Zwang (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs).
- **Vorhandensein von speziellen Hilfsangeboten** Beratungsleistungen bei Krisen für besondere Zielgruppen, z.B. Menschen mit Doppeldiagnose (Relevanz nur zur Vermeidung des Zwangs).

Weitere Merkmale wurden zwar von mehr als der Hälfte der Expert:innen als *wesentlich* eingestuft, konnten aber das für die Zuordnung zu essentiellen Merkmalen notwendige Niveau der Signifikanz nicht erreichen. Sie können daher als *ergänzende Merkmale erster Wahl* ebenso mit Häufigkeiten pro definiertem Zeitraum bezeichnet werden:

- **Differenzierte Erfassung der Unterbringungen nach BbgPsychKG und BGB** inkl. Meldung von Umwandlung der Unterbringungsform (z.B. anschließende zivilrechtliche Unterbringung nach BGB) im Meldebogen (Relevanz nur für die Berichterstattung).
- **Differenzierte Erfassung der Unterbringungen nach Altersbereich/Station** im Meldebogen (Relevanz nur für die Berichterstattung).
- **Kooperation zwischen SpDi und StäB** (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs);
- **Zusammenarbeit von medizinischen Akteur:innen/Diensten außerhalb der psychiatrischen Anbieterlandschaft** (z.B. Rettungsdienst) zur Vermeidung von Zwang (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs);
- **Zusammenarbeit** mit nichtmedizinischen Akteur:innen/Diensten (z.B. Justiz, Richter:innen) zur Vermeidung von Zwang (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs);
- **Die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen im Rahmen der stationären Akutbehandlung** (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs).
- **Die Nachbesprechung von mehrfachen Unterbringungen einer Person** (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs).

Bewertung und Desiderat

Nach der Einstufung der Merkmale in Bezug auf Relevanz wurde von Expert:innen beurteilt, ob die Meldung und die Qualität der Daten in Brandenburg unter den gegebenen Versorgungsstrukturen potenziell zu beeinflussen sind. Dabei wurden mehrere Faktoren, z. B. bürokratische Hürden bei der Implementierung, Datenschutzaspekte, die Voraussetzungen für die Richtigkeit, Vollständigkeit und die Vollzähligkeit der Daten berücksichtigt. Bei einigen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Diagnose) wurde die Beeinflussbarkeit nicht diskutiert, da sie bereits vorhanden waren. Bei der differenzierten Erfassung der rechtlichen Grundlagen, differenzierten Erfassung der Unterbringung und deren Verlauf und differenzierten Erfassung der besonderen Sicherheitsmaßnahmen zeigten die Expert:innen eindeutig eine Skepsis, ob die Erhebung der Merkmale beeinflussbar sei. Andererseits hätten nach der Meinung von Expert:innen die folgenden Merkmale sehr gut beeinflusst werden können (die Sicherheit von Expert:innen erreichte das Niveau der statistischen Signifikanz):

- **Kontakt der Behandler:innen zum SpDi** nach Beendigung der gesetzlichen Unterbringung der Patient:innen (Beeinflussbarkeit zur Vermeidung des Zwangs).
- **Kooperation zwischen SpDi und StäB** zur Vermeidung von Zwang (Beeinflussbarkeit zur Vermeidung des Zwangs).
- **Kooperation des regionalen Hilfesystems / des regionalen Verbunds** (Gemeindepsychiatrischer Verbund / regionales Netzwerk) zur Vermeidung von Zwang (Beeinflussbarkeit zur Vermeidung des Zwangs).
- **Die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen im Rahmen der stationären Akutbehandlung** (Beeinflussbarkeit zur Vermeidung des Zwangs).

Bei der Beurteilung der Beeinflussbarkeit von anderen im Fragebogen aufgelisteten Merkmalen wie z.B. *Differenzierte Erfassung der Unterbringungen nach BbgPsychKG und BGB inkl. Meldung von Umwandlung der Unterbringungsform (z.B. anschließende zivilrechtliche Unterbringung nach BGB) im Meldebogen (Beeinflussbarkeit nur für die Berichterstattung)* waren die Expert:innen auch optimistisch eingestellt, wobei der Grad der Sicherheit das Niveau statistischer Signifikanz nicht erreichen konnte.

Ein sehr interessantes Merkmal, das von allen Expert:innen auf dem Auftaktworkshop „GBE-Psych-Bbg“ am 17.2.2023 als äußerst relevant für die Berichterstattung eingestuft wurde, war die **syndromale Kategorisierung** der psychischen Störungen. Ein Ersatz der syndromalen Kategorisierung stellt in Meldebögen einiger Bundesländer das Merkmal Komorbidität dar. Aus der Literatur geht jedoch hervor, dass eine syndromale Kategorisierung einer psychischen Störung dem Merkmal der Komorbidität in Bezug auf die Aussagekraft deutlich überlegen ist. So deuten in einer konzeptuellen Publikation [16] Jäger, Frasch und Becker darauf hin, dass wenn bei einem Patienten sowohl im Querschnitt (simultane Komorbidität) als auch im Längsschnitt (sukzessive Komorbidität) mehrere Diagnosen vergeben werden, beispielsweise eine Schizophrenie, eine depressive Episode, eine Zwangsstörung, eine Panikstörung und eine Persönlichkeitsstörung, dies jedoch nur noch wenig mit einer nosologischen Einordnung zu tun habe. Eine solche Komorbidität kann letztlich als Artefakt der diagnostischen Kriterien angesehen werden. Als Vorteile eines syndromalen Ansatzes beschreiben oben genannte Autor:innen: 1) Verzicht auf unklare Hypothesen zur Ätiopathogenese psychischer Störungen, 2) Genaue Abbildung des psychopathologischen Querschnittsbefundes; 3) Möglichkeit einer quantitativ-dimensionalen Datenerfassung; 4) Möglichkeit der Mehrfachzuordnung, 5) Verzicht auf artifizielle Grenzziehungen zwischen einander ausschließenden Kategorien und 6) Mögliche Korrelationen mit neurobiologischen Befunden. Dem ist hinzuzufügen, dass syndromal erfasste Kategorien auch äußerst sensitiv für Änderungen der sozioökonomischen Situation sein können.

Gerade im Hinblick auf Patient:innen mit Fremdgefährdungspotential sollten psychopathologische Syndrome allerdings sorgfältig selektiert und gegebenenfalls ergänzt werden. So wurde in einer forensisch-psychiatrischen Studie [17] gezeigt, dass sich Patient:innen mit und ohne Fremdgefährdung trotz gleicher diagnostischer Zuordnung erheblich unterscheiden. Fremdgefährdend auffällige Patient:innen zeigten weniger depressive und psychoorganische Phänomene, während das Hostilitätssyndrom weit höhere Werte als allgemein in der Psychiatrie erkennen ließ. Die Merkmalsanalysen und Syndromvergleiche sprachen dafür, dass der Itempool der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) mit Symptomen ergänzt werden sollte, die eine höhere Passgenauigkeit zur diagnostischen Struktur, der von Unterbringungen Betroffenen bieten.

Nach der Übernahme in den Meldebogen zur Erfassung der Unterbringungen können dann Syndrome als vorgegebene Kategorien zusätzlich zur Hauptdiagnose ausgewählt und angekreuzt werden.

2.7 Fragebogen zur Ermittlung von Unterbringungen, deren Begleitumständen, präventiven Maßnahmen zur Vermeidung und Formen sowie Ausprägungen der Zusammenarbeit zwischen an Unterbringungen bzw. deren Vermeidung unmittelbar und mittelbar beteiligter Institutionen

Forschungsfrage und Hintergrund

Auf der Basis der Ergebnisse aus den Kapiteln 2.2, 2.3, 2.5 und 2.6 wurden für die an Unterbringungen unmittelbar und mittelbar beteiligten Institutionen (Brandenburger psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen an Krankenhäusern für Erwachsene und kinder- und jugendpsychiatrische Fachabteilungen der Krankenhäuser, Sozialpsychiatrische und Jugendpsychiatrische Dienste der Gesundheitsämter) Fragebögen entwickelt, die die Ermittlung von Zwangsmaßnahmen, deren Begleitumstände, präventiven Maßnahmen zur Vermeidung und Formen sowie Ausprägungen der Zusammenarbeit zwischen Unterbringungen bzw. deren Vermeidung messen konnte.

Methodische Vorbemerkungen

Die Validierung der Fragebögen erfolgte in einigen Schritten. Im ersten Schritt wird die Inhaltsvalidität der Fragebögen ermittelt. Inhaltsvalidität bezeichnet in der multivariaten Statistik einen Teilaspekt der Konstruktvalidität und liegt vor, wenn die Messungen eines Konstrukts dessen Inhalt in all seinen Aspekten vollständig erfassen. Für die Bewertung der Inhaltsvalidität kam das Verfahren nach Lawshe zur Anwendung. Als Kriterium für die Inhaltsvalidität im Rahmen dieses Verfahrens gilt, dass mindestens die Hälfte der befragten Juror:innen von einem Expertenpanel das konkrete Item (Indikator) des Fragebogens als "wesentlich" für die Messung des Konstruktes bewerteten. Zu einer genauen Bewertung der Inhaltsvalidität wurde die von Lawshe entwickelte Content Validity Ratio (CVR) herangezogen. Im zweiten Schritt der Validierung erfolgte die Untersuchung der Interrater-Reliabilität der Fragebögen in den an Unterbringungen unmittelbar und mittelbar beteiligten Institutionen.

Zentrale Ergebnisse

Auf der Basis der Diskussion des Auftaktworkshops im MSGIV wurde ein Fragebogen entwickelt, der fünf Fragen zum Thema Berichterstattung und neun Fragen zum Thema Vermeidung des Zwangs beinhaltet. Dabei wurden die Aspekte *Relevanz* und *Beeinflussbarkeit* separat thematisiert. Zur Validierung des Fragebogens erfolgte die Befragung von 30 Expert:innen (Chefärzt:innen der psychiatrischen Kliniken Brandenburgs, Sozialarbeiter:innen sowie Mitarbeiter:innen vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg). Die Rücklaufquote lag bei 11 (36,7%) Fragebögen. Die Ergebnisse der Expert:innenbefragung sind in den Tabellen 7 und 8 dargestellt (die folgende Nummerierung entspricht den Nummern aus den Tabellen 7 und 8). Bei zwei Fragen (zwei Teilnehmer:innen) waren fehlende Werte zu beobachten. Insgesamt wurde die Relevanz von drei Items zum Thema Berichterstattung und von zehn Items zum Thema Vermeidung des Zwangs von mehr als der Hälfte der Expert:innen als wesentlich eingestuft. Die Relevanz von folgenden vier Items zum Thema Vermeidung des Zwangs erreichte dabei das Niveau der statistischen Signifikanz 5% alpha: 4) Kontakte der Behandler:innen zum SpDi nach Beendigung der gesetzlichen Unterbringung der Patient:innen, 6) Kooperation des regionalen Hilfesystems / des regionalen Verbunds (Gemeindepsychiatrischer Verbund / regionales Netzwerk) zur Vermeidung von Zwang, 13) Verfügbarkeit von genügend Wohnraum für psychisch erkrankte Menschen, 14) Vorhandensein von speziellen Hilfen mit Beratungsleistungen bei Krisen für besondere Zielgruppen z.B. Menschen mit Doppeldiagnose.

Nach der Meinung von mehr als der Hälfte aller Expert:innen konnten alle 14 Merkmale von den Leistungserbringer:innen beeinflusst werden. Die beste Beeinflussbarkeit auf dem Signifikanzniveau 5%

alpha hatten die folgenden vier Items: 4) Kontakt der Behandler:innen zum SpDi nach Beendigung der gesetzlichen Unterbringung der Patient:innen, 5) Kooperation zwischen SpDi und StÄB zur Vermeidung von Zwang, 6) Kooperation des regionalen Hilfesystems / des regionalen Verbunds (Gemeindepsychiatrischer Verbund / regionales Netzwerk) zur Vermeidung von Zwang, 11) Die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen im Rahmen der stationären Akutbehandlung. Trotz einer guten Inhaltsvalidität von oben genannten Items, war die Inter-Rater-Reliabilität beider Teile des Fragebogens niedrig (Krippendorff's $\alpha=0,06$ und $0,001$), was auf die Heterogenität der Stichprobe hinwies.

Bewertung und Desiderat

Im Zuge der Expert:innenbefragung konnten einige valide Merkmale identifiziert werden, die als Komponenten der Versorgungsindikatoren von Bedeutung sind. Die Verwendung eines formalisierten Fragebogens für die Ermittlung von Unterbringungen, deren Begleitumstände, präventiven Maßnahmen zur Vermeidung und Formen sowie Ausprägungen der Zusammenarbeit zwischen an Unterbringungen bzw. deren Vermeidung unmittelbar und mittelbar beteiligten Institutionen kann jedoch zu heterogenen und gegebenenfalls schwer interpretierbaren Ergebnissen führen. Das Instrument der ersten Wahl für die Ermittlung könnte eine standardisierte qualitative Befragung sein. Eine Grundlage dafür wäre die Entwicklung eines halbstrukturierten Interviewleitfadens. Der Leitfaden sollte dann in erster Linie nicht die Einzelfälle abbilden, sondern eher das globale der Unterbringungen/ beeinflussbaren Faktoren.

2.8 Abschlussworkshop

Zum Abschluss des Projektes erfolgte ein Workshop mit den Teilnehmer:innen aus dem MSGIV - Referat 41, LAVG - Dezernat G2, LAVG - Dezernat G5, Sprecher:innen der AG der Chefärzte:innen der Erwachsenenpsychiatrien und der AG der Kinder- und Jugendpsychiatrien sowie Sprecher:innen des Fachausschusses der SpDi/JpDi. Im Rahmen des Workshops fand eine Diskussion über konkrete und realistische Optionen der Berichterstattung im Land Brandenburg statt. Des Weiteren erfolgte ein gemeinsamer Austausch bezüglich einer kontinuierlichen Datenerfassung unter Verweis auf Kapitel 2.7 (Fragebögen). Der Gutachtenentwurf wurde den Teilnehmer:innen vorgelegt und mit ihnen diskutiert. Die Ergebnisse des Projektes sollen neben diesem Gutachten auch in Form künftiger wissenschaftlicher Veröffentlichungen zugänglich gemacht werden.

3. Bewertung, Ausblick und Empfehlungen

3.1 Zusammenfassende Bewertung

Zusammenfassend kann als Ergebnis dieses Gutachtens zunächst festgestellt werden, dass die Datengrundlage zu freiheitsentziehenden Unterbringungen und ärztlichen Zwangsmaßnahmen nach Landesrecht (BbgPsychKG) im Aufsichtsbereich des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg eher **besser entwickelt ist als in vergleichbaren Bundesländern**. Insofern sind nachfolgende Empfehlungen in der Hinsicht zu verstehen, dass ausgehend von einer guten Ausgangslage weitere Optimierungen möglich scheinen. Hinsichtlich von **Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen, die sich aus der Bundesgesetzgebung ergeben (BGB)**, liegt keine ähnlich gute Erkenntnislage vor. Da die Unterbringungsgeschehen zwischen BbgPsychKG und BGB "kommunizierende Röhren" sind, beeinträchtigt dies die Bewertung der Datenlage zu freiheitsentziehenden und Zwangsmaßnahmen insgesamt. Hier zeigt sich ein Problem, vor dem alle Bundesländer stehen und dem sich die Akteure im Land Brandenburg durch freiwillige Meldungen im

Bereich BGB stellen. Dennoch empfiehlt sich eine systematische Weiterentwicklung der BGB bezogenen PsychBE.

Verfassungsrechtlich bedingt sind **Land und Kommunen eigenständige Akteure mit eigenen Logiken**. Dies stellt für eine einheitliche PsychBE auf Basis des BbgPsychKG eine Herausforderung dar. Ein besonderes Problemfeld ist, dass die **Erfassung der Begleitumstände**, die zur Unterbringung führen, zum Zwecke der Reduktion von Zwangsmaßnahmen als politisches Desiderat aus dem Koalitionsvertrag bisher noch nicht ausreichend adressiert werden kann. Die Anregungen aus diesem Gutachten können dazu nur einen ersten Schritt darstellen.

Aktuell besteht eine unzureichende Möglichkeit, die Daten zum Unterbringungsgeschehen **mit sozialräumlichen** Daten zu integrieren. Es ist zu vermuten, dass damit wesentliche Kriterien, die das Unterbringungsgeschehen beeinflussen (z.B. sozioökonomische Situation, Bevölkerungsdichte) nicht in den Blick genommen werden.

Spezifische Daten für die **besonders vulnerable Gruppe** der Kinder und Jugendlichen in Hinsicht auf ihre familiäre Situation sowie spezifische Daten zu anderen vulnerablen Patient:innengruppen wie z.B. ältere Menschen und Menschen mit Migrationserfahrung bzw. -hintergrund sind ebenfalls noch nicht vorhanden.

3.2 Wissenschaftlicher Ausblick

Dieses Gutachten zeigt, dass aus wissenschaftlicher Sicht an verschiedensten Stellen die Problemlagen bzw. die Umstände von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen noch nicht ausreichend beschrieben werden können. In dieser Hinsicht bestehen Desiderate darin,

- ein **qualitatives Instrument** bzw. einen Leitfaden zur qualitativen Erfassung der Umstände von Unterbringungen in Zusammenarbeit mit dem LAVG zu entwickeln. Damit könnten auf Grundlage von in den Kliniken erhobenen Daten qualitativ-inhaltsanalytische Auswertungen anhand eines einheitlichen Rasters durchgeführt und ein semiquantitatives Register angelegt werden. Dies ergäbe eine Grundlage dafür, Projekte zu entwickeln, die die Anzahl von Zwangsmaßnahmen de facto reduzieren könnten.
- für die Berichterstattung den Diagnosebezug (Merkmal Hauptdiagnose) durch **syndromale Kategorisierung** zu erweitern (Anregungen aus dem Chefärzt:innenkreis).
- die Daten der PsychBE über Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen mit **sozialräumlichen Daten** auf Postleitzahlebene zu verbinden.
- die Kriterien für **Menschen mit hohem Versorgungsbedarf** (“Systemprüfer:innen”) zu operationalisieren und damit Erfahrungen zu dieser Personengruppe austauschbar zu machen.
- ein Datenraster zur Erfassung der besonderen Problemlagen bei **vulnerablen Patient:innengruppen** zu entwickeln.
- eine Nacherhebung in Aussicht zu nehmen, da einige der zugrundeliegenden Daten des Gutachtens nur bis 2020 reichen und die Auswirkungen der COVID Pandemie nur unzureichend erfasst werden konnten.

3.3 Aggregierte Empfehlungen

Im Folgenden werden die wichtigsten Empfehlungen zur Fortschreibung der PsychBE über Zwangseinweisungen in der Psychiatrie, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und deren Begleitumstände zusammengefasst. Die einzelnen Maßnahmen sind oben in den aus den einzelnen Arbeitspaketen abgeleiteten Empfehlungen ausführlicher dargestellt.

Routinedatenerhebung im Rahmen der Fachaufsicht zum PsychKG

- Die Datenqualität sollte im Bereich der Erfassung besonderer Vorkommnisse verbessert werden. Hierzu können Rückmeldungen an die Kliniken im Rahmen der Fachaufsichtsgespräche gegeben werden.
- Der Prozess könnte dahingehend modifiziert werden, geeignete Instrumente zur transparenten Erfassung des Verlaufs von Unterbringungen unabhängig von der gesetzlichen Grundlage zu entwickeln.
- Es könnten die diagnostischen Kriterien um eine syndromale Erfassung ergänzt werden. Als erster Schritt sollte eine Literaturrecherche zum Thema durchgeführt werden. Im zweiten Schritt würde die syndromale Kategorisierung im Rahmen eines Workshops durch ein Abstimmungsverfahren mit den leitenden Ärzt:innen validiert. Im dritten Schritt sollte der erweiterte Meldebogen für ein Jahr in einer / bzw. einigen Modellregionen erprobt werden.
- Die systematische Erfassung von ggfs. verabreichter Zwangsmedikation wurde als methodisch herausfordernd, jedoch grundsätzlich notwendig angesehen. Sie stellt eine qualitätssichernde Maßnahme zum Arzneimittelgeschehen bei Unterbringungen dar.
- Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollten die Datensätze unabhängig von der gesetzlichen Grundlage und unabhängig von der Erwachsenenpsychiatrie hinsichtlich Prävention und Langzeitnutzen freiheitsentziehender Maßnahmen in die Routinemeldungen erhoben und weiterentwickelt werden. Besonderes Augenmerk sollte dabei auch auf die Transitionsphase vom Jugend- ins Erwachsenenalter gelegt werden.
- Für weitere Patient:innengruppen wie z.B. ältere Menschen, Menschen mit Sprachbarrieren oder kognitiven Einschränkungen sollten ebenfalls Datenangaben ergänzt werden.

Ergänzende Analysen der Routinedaten zum PsychKG

- Die Daten aus den Kliniken über Unterbringungen und Vorkommnisse sollten in bestimmten Zeitintervallen vor dem Hintergrund epidemiologischer Daten zur Häufigkeit und der Entwicklung psychischer Störungen im Land dargestellt werden.
- Wegen des Zusammenhangs von psychischen Störungen und sozialen Lebensbedingungen sollte geprüft werden, inwieweit Erkenntnisse und Sozialdaten auf Landes- und kommunaler Ebene möglichst kleinräumig ergänzend im Rahmen von wissenschaftlichen Analysen zur Interpretation der Routinedaten genutzt werden können.

Erfassung von Begleitumständen von Unterbringungen

- Eine um die Begleitumstände ergänzte Erhebung von Daten der Kliniken im Rahmen quantitativer Daten scheint wenig zielführend. Das Instrument der ersten Wahl für die Ermittlung könnte eine standardisierte qualitative Befragung im Rahmen der jährlichen Gespräche in den Kliniken mit der Fachaufsicht sein. Eine Grundlage dafür wäre die Entwicklung eines halbstrukturierten Interviewleitfadens und einer bestimmten Auswertungsroutine, welche die vertrauensvolle Zusammenarbeit der Akteure weiterbefördert.

Erweiterungen der Datenbasis für eine Psychiatrieberichterstattung

- Es wird vorgeschlagen, im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten kommunale und landesbezogene Daten zu aggregieren. Allererst die Zusammenführung der in den Kliniken erhobenen qualitativen Daten (s.o.) mit den Erkenntnissen über konkrete Handlungsoptionen der Kommunen ergäbe ein intensiveres bzw. klareres Bild über die Umstände von Unterbringungen, welches dann auch dazu genutzt werden kann, systematisch auf die Reduktion der Unterbringungszahlen hinzuwirken.
- Wünschenswert ist eine Integration von Daten zum Unterbringungsgeschehen nach BGB in die Berichterstattung der Fachaufsicht. Dazu könnten die Kliniken die freiwillige Berichterstattung in diesem Bereich weiter ausbauen. Weitere Daten könnten u.a. über Landesbehörden, z.B. der Justizverwaltung (Daten der Amtsgerichte und Betreuungsbehörden) generiert werden.
- Die Auswertung der Daten über Unterbringungen nach BbgPsychKG und BGB auf den Ebenen Land, VG und Landkreise/kreisfreie Städte (bzw. Klinikeinzugsgebiete) sollte mit einer Strukturbeschreibung der Versorgungsressourcen (ÖGD, stationäre und ambulante Versorgung, Rolle der Rettungsdienste etc.) in den Landkreisen ergänzt werden.
- Bzgl. der Datenerfassung zu Unterbringungen durch die Kommunen wird empfohlen, dass sich diese bezüglich eines einheitlichen Datenformat zur PsychBE abstimmen.

Weitere Empfehlungen

- Datensammlung und Auswertungen sollten jährlich fortgeschrieben werden, um über ein Monitoring Entwicklungen erkennen zu können. Das Land Brandenburg wird ermutigt, die Entwicklung eines bundesweiten Registers der quantitativen Ergebnisse der PsychBE zu unterstützen.
- Zur Beteiligung der Öffentlichkeit könnte eine uneingeschränkt zugängliche Plattform genutzt werden. Eine Diskussion im entsprechenden Ausschuss des Landtags sollte regelmäßig erfolgen. Ergänzend könnten weitere Beteiligungsformate mit den Stakeholdern inklusive der Betroffenen- und Angehörigenverbände entwickelt und Erkenntnisse der PsychBE systematisch diskutiert werden.
- Die sich auf Einzelfallebene bewegende, aber sehr belastende Konfrontation der Kommunen mit Menschen mit besonders hohem Versorgungsbedarf sollte zum Gegenstand eines besonderen Austausches unter Moderation des Landes gemacht werden.
- Das Projekt der Erstellung einer einheitlichen Angebotsübersicht für psychosoziale Hilfen im Land Brandenburg auf der Basis der kommunalen Darstellungen sollte vor dem Hintergrund digitaler Möglichkeiten wiederaufgenommen werden.

4. Literaturverzeichnis

- [1] Spengler A. Zwangseinweisungen in Deutschland--Basisdaten und Trends. *Psychiatr Prax* 2007; 34 Suppl 2: S191–S195. doi:10.1055/s-2006-952004
- [2] Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes. Im Internet: https://www.patientenrechte-brandenburg.de/fileadmin/user_upload/Patientenrechte/Doku_Dialogforum_zum_PsychKG_24_04_2017_barrierefrei.pdf; Stand: 18.06.2023
- [3] Steinert T, Hirsch S, Hrsg. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. 1. Aufl. Berlin, Germany: Springer; 2019
- [4] Hirsch S, Steinert T. Gewalt und Zwang in der psychiatrischen Behandlung. *InFo Neurologie + Psychiatrie* 2020; 22: 44–51. doi:10.1007/s15005-020-1317-2
- [5] Borg I, Groenen PJF. *Modern Multidimensional Scaling*. Springer New York
- [6] Baumgartner M, Epple R. A Coincidence Analysis of a Causal Chain: The Swiss Minaret Vote. *Sociol Methods Res* 2014; 43: 280–312. doi:10.1177/0049124113502948
- [7] Graßhoff G, May M. Causal regularities. *Current issues in causation* 2001; 85–114
- [8] Lanzante JR. Resistant, robust and non-parametric techniques for the analysis of climate data: Theory and examples, including applications to historical radiosonde station data. *Int J Climatol* 1996; 16: 1197–1226. doi:10.1002/(sici)1097-0088(199611)16:11<1197::aid-joc89>3.0.co;2-l
- [9] Böckmann R, Jaehn P, Bergholz A, et al. Entwicklung eines Sozialstrukturindex zur Ermittlung des soziostrukturellen Versorgungsbedarfs in der ambulanten medizinischen Versorgung in Brandenburg. *Gesundheitswesen* 2023; doi:10.1055/a-2042-9874
- [10] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim, Bergstr: Beltz; 2015
- [11] Morgan DL. *Focus Groups as Qualitative Research*. SAGE Publications; 1996
- [12] Patton MQ. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3. Aufl. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications Ltd; 2002
- [13] von Bund und Ländern GU-M. Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Im Internet: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/Pakt_fuer_den_OEGD.pdf; Stand: 26.06.2023
- [14] Brandenburg L. Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG). Im Internet: https://bravors.brandenburg.de/gesetze/bbggdg_2010/3; Stand: 26.06.2023
- [15] Kuivalainen S, Vehviläinen-Julkunen K, Louheranta O, et al. Seasonal variation of hospital violence, seclusion and restraint in a forensic psychiatric hospital. *Int J Law Psychiatry* 2017; 52: 1–6. doi:10.1016/j.ijlp.2017.05.004
- [16] Jäger M, Frasch K, Becker T. Syndromal versus nosological diagnosis. *Nervenarzt* 2013; 84: 1081–1082, 1084–1090. doi:10.1007/s00115-012-3675-6
- [17] Rösler M, Stieglitz R-D. Standardisierte psychopathologische Befunderfassung in der forensischen Psychiatrie. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 1996; 79: 223–237. doi:10.1515/mks-1996-790401

5. Anhang

5.1 Abkürzungsverzeichnis

AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
BayPsychKHG	Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
BbgPsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie über den Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringung für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Land Brandenburg
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
CNA	Koinzidenzanalyse
GA	Gutachten
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GBE-Psych-Bbg	Gutachten zu den Möglichkeiten der Berichterstattung über Zwangseinweisungen in der Psychiatrie, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und deren Begleitumstände im Land Brandenburg
ISGA	InformationsSystem GesundheitsAmt
JpDi	Jugendpsychiatrischer Dienst
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KSOs	Krankenhausstandorte
LAVG	Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit
MDS	multidimensionale Skalierung
MHB	Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane
MSGIV	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie
PsychBE	Psychiatrieberichterstattung
PsychKHG	Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
ÖGD	Öffentliche Gesundheitsdienst
QUINTH	Qualitätsindikatorenthesaurus
RegBkPIG	Gesetz zur Einführung der Regionalplanung und zur Braunkohlen- und Sanierungsplanung im Land Brandenburg
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
StGB	Strafgesetzbuch
UKV	Unterbringungskrankenhausverordnung
VC	Variationskoeffizient
VG	Versorgungsgebiet

5.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Outcome als Totalwert aus den für die Berichterstattung wesentlichen Merkmalen einzelner Bundesländer.

Inhalt der Meldung (IM)	BB	BE	BW	BY	HB	HE	HH	MV	NI	NW	RLP	SH	SN	SL	ST
Alter	1	k.A.	0	1	k.A.	1	1	k.A.	0	1	1	0	0	k.A.	0
Geschlecht	1	k.A.	0	1	k.A.	1	1	k.A.	0	1	1	0	0	k.A.	0
Diagnose	1	k.A.	1	1	k.A.	1	0	k.A.	0	1	1	0	0	k.A.	0
Komorbidität	0	k.A.	0	1	k.A.	1	0	k.A.	0	0	1	0	0	k.A.	0
Differenzierte Erfassung der rechtl. Grundlagen der U.	1	k.A.	1	1	k.A.	1	0	k.A.	0	0	0	0	0	k.A.	1
Differenzierte Erfassung des Verlaufs d. U.	0	k.A.	1	1	k.A.	1	0	k.A.	0	0	1	0	0	k.A.	0
Differenzierte Erfassung der besonderen Sicherungsmaßnahmen	1	k.A.	1	1	k.A.	1	1	k.A.	1	1	1	1	1	k.A.	1
Total Score	5	k.A.	4	7	k.A.	7	3	k.A.	1	4	6	1	1	k.A.	2
Outcome IM (kalibriert)	0,66	0	0,66	1	0	1	0,33	0	0	0,66	1	0	0	0	0,33

Kommentar: k.A.=keine Angabe, U=Unterbringung nach PsychKHG. Die Operationalisierung des Merkmals „Inhalt der Meldung“ (IM) erfolgte durch Erstellung und Kalibrierung vom Totalwert von sieben Merkmalen. Die Selektion der Merkmale bezog sich auf die beim Workshop durchgeführten Expert:innenbeurteilungen der Merkmale als „wesentlich“ für die Berichterstattung. Da die Länderabfrage keine stillschweigenden Informationen über Merkmale annahm, wurde im Falle einer expliziten Angabe von einem Merkmal mit „1“ und andernfalls mit „0“ kodiert. Bei vier Bundesländern (BE, HB, MV, SL), die im Zuge der Länderabfrage keine eindeutigen Informationen zum IM-Merkmal bei den Unterbringungen nach PsychKHG zur Verfügung gestellt haben („hausinterne Standards“ bzw. „Das Verfahren gem. § 34 PsychKHG befindet sich derzeit im Aufbau und ist noch nicht finalisiert“), wurden die Totalwerte des IM ebenso mit „0“ eingestuft. Aufgrund einer hochgradigen Datenaggregation in NI konnten die Meldungen die Kriterien der Expert:innenbeurteilung nicht erfüllen und mussten mit „0“ eingestuft werden. Im Zuge der Datenaufbereitung wurden zwei Datenmatrizen erstellt: 1) M1 mit eingeschlossenen Bundesländern mit „nicht bekannten“ Werten (umfasste insgesamt 15 Bundesländer), 2) M2 mit ausgeschlossenen Bundesländern mit „nicht bekannten“ Werten (umfasste insgesamt elf Bundesländer). Es erfolgte eine Sensitivitätsanalyse durch den Vergleich von Ergebnissen auf Basis beider Matrizen.

Tabelle 2. Die für die Berichterstattung über die Unterbringung nach PsychKG relevanten kalibrierten Bedingungen und das Outcome.

Bundesland	Bedingungen							Outcome
	GG	AI	BP	BV	SQ	DI	DI2	IM
BB	1	0,75	0	1	1	1	1	0,66
BE	0	0	0	0	1	0	0	0
BW	0	0,75	1	1	0	1	0	0,66
BY	0	0,75	1	0	1	1	0	1
HB	1	0,25	0	1	1	0	0	0
HE	0	1	0	0	0	1	1	1
HH	0	1	1	1	1	0	0	0,33
MV	0	1	0	0	1	0	0	0
NI	1	1	0	1	1	1	0	0
NW	1	1	1	0	1	0	0	0,66
RLP	0	0,75	0	1	0	1	0	1
SH	1	0,25	0	1	0	0	0	0
SN	1	1	0	1	0	0	0	0
SL	1	1	0	0	1	0	0	0
ST	0	0,75	0	1	1	0	0	0,33

Kommentar: GG=Gesetzliche und andere Grundlagen: „starkes“ PsychKG=0, PsychKG unterstützt durch Meldeerlass=1, AI=Aufsicht angesiedelt bei Institution: Ministerium=1, Landesamt etc.=0,75, Kreis=0,25, Bezirksamt=0, BP=Berichtspflicht gegenüber Landtag/ Turnus: ja=1, nein=0, BV=Erfassung der besonderen Vorkommnisse: ja=1, nicht bekannt bzw. nein=0, SQ=Sonstige Quellen, z. B. Studien/ Gutachten: Berichte, Studien=1, keine=0. Aufgrund der Komplexität wurde aus dem Merkmal „Meldeverfahren“ zwei Variablen erstellt, die verschiedene Aspekte der Digitalisierung charakterisierten: DI=Übermittlung der Meldeten: über Webportal=1, nein=0, DI2=Grad der Datenaggregation: Patienten- bzw. fallbezogene elektronische Meldungen=1, nein=0.

Tabelle 3. Polychorische Korrelationen zwischen kalibrierten Bedingungen und dem Outcome.

	GG	AI	BP	IM	BV	SO	DI	DI2
GG	1							
AI	-0,25	1						
BP	0,44	-0,28	1					
IM	0,59	-0,20	0,16	1				
BV	-0,28	-0,42	-0,15	-0,38	1			
SO	-0,12	-0,24	0,20	-0,49	-0,21	1		
DI	0,34	-0,41	0,20	0,42	0,15	-0,42	1	
DI2	-0,04	-0,34	-0,15	0,23	-0,05	-0,16	0,60	1

Kommentar: GG=Gesetzliche und andere Grundlagen, AI: Aufsicht angesiedelt bei Institution: Ministerium, BP: Berichtspflicht gegenüber Landtag/ Turnus, BV: Erfassung der besonderen Vorkommnisse, SQ = Sonstige Quellen, DI: Übermittlung der Meldeten: über Webportal, DI2: Grad der Datenaggregation: Patient:innen- bzw. fallbezogene elektronische Meldungen. Die polychorischen Korrelationen zwischen acht Merkmalen waren überwiegend negativ (64,3%). Von allen Korrelationen in der Matrix konnte bei 17 (60,7%) ein kleiner Effekt ($r < 0,30$) und 9 (32,2%) ein moderater Effekt ($0,30 \leq r < 0,50$) registriert werden. Zwei Korrelationen (7,1%) zeigten eine hohe Effektstärke ($r \geq 0,50$).

Tabelle 4. Unterbringungsfälle nach BbgPsychKG pro 100.000 erwachsenen Einwohnern.

VG	Jahr				
	2016	2017	2018	2019	2020
VG Neuruppin	20	35	30	26	41
VG Schwedt	19	25	22	30	31
VG Potsdam	47	53	67	78	56
VG Cottbus	43	47	46	37	29
VG Frankfurt (Oder)	9	13	19	13	24

Kommentar: VG=Versorgungsgebiet.

Tabelle 5. Jahreszeitliche Schwankungen der Unterbringungsfälle in Brandenburg.

Jahr	Quartal			
	I.	II.	III.	IV.
2017	227	226	213	146
2018	206	231	255	193
2019	274	216	246	141
2020	241	215	205	140
Gesamt	948	888	919	620

Tabelle 6. Jahreszeitliche Schwankungen in Unterbringungsraten in Brandenburg bei Patient:innen mit einzelnen psychiatrischen Diagnosen.

Hauptdiagnose ICD-10	Jahreszeit									
	2017		2018		2019		2020			
	I.Q –III.Q	IV.Q	I.Q –III.Q	IV.Q	I.Q –III.Q	IV.Q	I.Q –III.Q	IV.Q	I.Q –III.Q	IV.Q
F1 (N)	192	37	234	66	257	53	218	48		
X², P-Wert	4,83	0,028**	0,59	0,445	5,13	0,02**	3,23	0,07*		
F2 (N)	254	58	268	80	291	49	263	52		
X², P-Wert	3,39	0,065*	0,28	0,594	11,38	0,0007**	6,52	0,01**		

Kommentar: F1=Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F2=Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, N=Anzahl der Unterbringungen nach BbgPsychKG, Q=Jahresquartal, **statistisch signifikant, *marginal statistisch signifikant.

Tabelle 7. Verteilung der Merkmale aus der Expert:innenbefragung (N=11) nach Relevanz für die Berichterstattung und Vermeidung des Zwangs mit Lawshe's Content Validity Ratios (CVR) .

Nr.	Merkmal	Beurteilung			
		wesentlich N(%)	nützlich, aber nicht wesentlich N(%)	nicht notwendig N(%)	CVR
1.	Differenzierte Erfassung der Unterbringungen nach BbgPsychKG und BGB inkl. Meldung von Umwandlung der Unterbringungsform (z.B. anschließende zivilrechtliche Unterbringung nach BGB) im Meldebogen (Relevanz nur für die Berichterstattung).	8(72,33)	3 (27,27)		0,45
2.	Differenzierte Erfassung der Unterbringungen nach Altersbereich/Station im Meldebogen (Relevanz nur für die Berichterstattung).	7 (63,63)	3 (27,27)	1 (9,1)	0,27
3.	Differenzierte Erfassung der syndromalen Kategorisierung neben der Hauptdiagnose gemäß ICD-GM im Meldebogen der Unterbringung (Relevanz nur für die Berichterstattung).	7 (63,63)	3 (27,27)	1 (9,1)	0,27
4.	Kontakt der Behandler:innen zum SpDi nach Beendigung der gesetzlichen Unterbringung der Patient*innen (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs).	9 (81,80)	1 (9,10)	1 (9,10)	0,64*
5.	Kooperation zwischen SpDi und StäB zur Vermeidung von Zwang (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs).	8 (72,72)	1 (9,10)	2 (18,18)	0,45
6.	Kooperation des regionalen Hilfesystems / des regionalen Verbunds (Gemeindepsychiatrischer Verbund / regionales Netzwerk) zur Vermeidung von Zwang (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs).	9 (81,82)	2 (18,18)		0,64*
7.	Zusammenarbeit mit medizinischen Akteuren/Diensten außerhalb der psychiatrischen Anbieterlandschaft (z.B. Rettungsdienst) zur Vermeidung von Zwang (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs).	8 (72,73)	3 (27,27)		0,45
8.	Zusammenarbeit mit medizinischen Akteuren/Diensten außerhalb der psychiatrischen Anbieterlandschaft (z.B. Rettungsdienst) zur Vermeidung von Zwang (Relevanz zur Berichterstattung).	5 (45,45)	4 (36,37)	2 (18,18)	-0,09
9.	Zusammenarbeit mit nichtmedizinischen Akteuren/Diensten (z.B. Justiz, Richter) zur Vermeidung von Zwang (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs).	8 (72,72)	2 (18,18)	1 (9,10)	0,45
10.	Zusammenarbeit mit nichtmedizinischen Akteuren/Diensten (z.B. Justiz, Richter) zur Vermeidung von Zwang (Relevanz zur Berichterstattung).	4 (36,36)	6 (54,54)	1 (9,10)	-0,27
11.	Die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen im Rahmen der stationären Akutbehandlung (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs).	8 (72,73)	3 (27,27)		0,45
12.	Die Nachbesprechung von mehrfachen Unterbringungen einer Person (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs).	7 (70,00)	2 (20,00)	1 (10,00)	0,40
13.	Verfügbarkeit von genügend Wohnraum für psychisch erkrankte Menschen (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs).	10 (100)			1,0*
14.	Spezielle Hilfen mit Beratungsleistungen bei Krisen für besondere Zielgruppen z.B. Menschen mit Doppeldiagnose. (Relevanz zur Vermeidung des Zwangs).	9 (81,82)	2 (18,18)		0,64*

Kommentar: *P<0,05

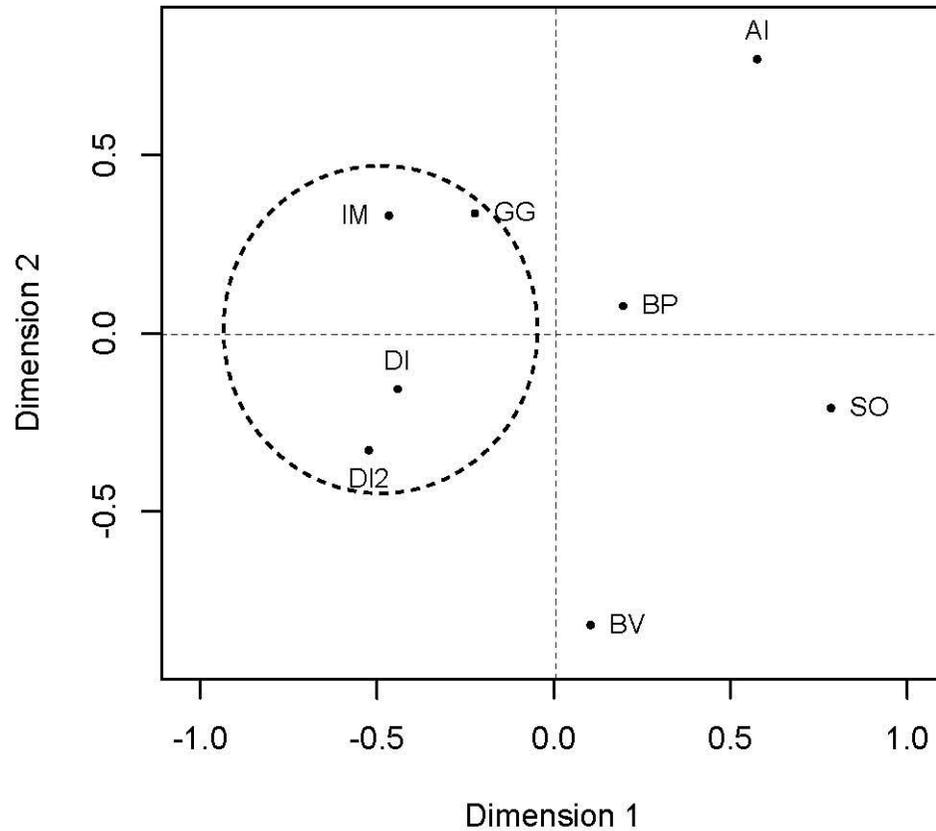
Tabelle 8. Verteilung der Merkmale aus der Expert:innenbefragung (N=11) nach Beeinflussbarkeit für die Berichterstattung und Vermeidung des Zwangs mit Lawshe's Content Validity Ratios (CVR).

Nr.	Merkmal	Beurteilung			
		ja N(%)	unklar N(%)	nein N(%)	CVR
1.	Differenzierte Erfassung der Unterbringungen nach BbgPsychKG und BGB inkl. Meldung von Umwandlung der Unterbringungsform (z.B. anschließende zivilrechtliche Unterbringung nach BGB) im Meldebogen (Beeinflussbarkeit nur für die Berichterstattung).	7 (63,63)	3 (27,27)	1 (9,10)	0,27
2.	Differenzierte Erfassung der Unterbringungen nach Altersbereich/Station im Meldebogen (Relevanz und Beeinflussbarkeit nur für die Berichterstattung).	6 (54,55)	2 (27,27)	3 (18,18)	0,09
3.	Differenzierte Erfassung der syndromalen Kategorisierung neben der Hauptdiagnose gemäß ICD-GM im Meldebogen der Unterbringung (Beeinflussbarkeit nur für die Berichterstattung).	6 (54,54)	4 (36,36)	1 (9,10)	0,09
4.	Kontakt der Behandler:innen zum SpDi nach Beendigung der gesetzlichen Unterbringung der Patient*innen (Relevanz und Beeinflussbarkeit zur Vermeidung von Zwang).	10 (90,90)		1 (9,10)	0,82*
5.	Kooperation zwischen SpDi und StäB zur Vermeidung von Zwang (Beeinflussbarkeit zur Vermeidung des Zwangs).	10 (90,90)		1 (9,10)	0,82*
6.	Kooperation des regionalen Hilfesystems / des regionalen Verbunds (Gemeindepsychiatrischer Verbund / regionales Netzwerk) zur Vermeidung von Zwang (Beeinflussbarkeit zur Vermeidung des Zwangs).	10 (90,90)		1 (9,10)	0,82*
7.	Zusammenarbeit mit medizinischen Akteuren/Diensten außerhalb der psychiatrischen Anbieterlandschaft (z.B. Rettungsdienst) zur Vermeidung von Zwang (Beeinflussbarkeit zur Vermeidung des Zwangs).	6 (54,54)	4 (36,36)	1 (9,10)	0,09
8.	Zusammenarbeit mit medizinischen Akteuren/Diensten außerhalb der psychiatrischen Anbieterlandschaft (z.B. Rettungsdienst) zur Vermeidung von Zwang (Beeinflussbarkeit zur Berichterstattung).	6 (54,54)	3 (27,27)	2 (18,18)	0,09
9.	Zusammenarbeit mit nichtmedizinischen Akteuren/Diensten (z.B. Justiz, Richter) zur Vermeidung von Zwang (Beeinflussbarkeit zur Vermeidung des Zwangs).	6 (54,54)	4 (36,36)	1 (9,10)	0,09
10.	Zusammenarbeit mit nichtmedizinischen Akteuren/Diensten (z.B. Justiz, Richter) zur Vermeidung von Zwang (Beeinflussbarkeit zur Berichterstattung).	7 (63,64)	4 (36,36)		0,37
11.	Die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen im Rahmen der stationären Akutbehandlung (Beeinflussbarkeit zur Vermeidung des Zwangs).	9 (81,80)	1 (9,10)	1 (9,10)	0,64*
12.	Die Nachbesprechung von mehrfachen Unterbringungen einer Person (Beeinflussbarkeit zur Vermeidung des Zwangs).	7 (70,00)	3 (30,00)		0,40
13.	Verfügbarkeit von genügend Wohnraum für psychisch erkrankte Menschen (Beeinflussbarkeit zur Vermeidung des Zwangs).	7 (70,00)	1 (10,00)	2 (20,00)	0,40
14.	Spezielle Hilfen mit Beratungsleistungen bei Krisen für besondere Zielgruppen, z.B. Menschen mit Doppeldiagnose. (Beeinflussbarkeit zur Vermeidung des Zwangs).	7 (70,00)	1 (20,00)	2 (10,00)	0,40

Kommentar: *P<0,05

5.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Interkorrelation der Merkmale auf einer MDS-Ebene.



Kommentar: Dimension 1=Informationsressourcen, Dimension 2=Hierarchieebenen, **GG**=Gesetzliche und andere Grundlagen, **AI**=Aufsicht angesiedelt bei Institution: Ministerium, **BP**=Berichtspflicht gegenüber Landtag/ Turnus, **BV**=Erfassung der besonderen Vorkommnisse, **SQ**=Sonstige Quellen, **DI**=Übermittlung der Meldedaten: über Webportal, **DI 2**=Grad der Datenaggregation: Patient:innen- bzw. fallbezogene elektronische Meldungen.

Abbildung 2. Anzahl der Unterbringungsfälle im Land Brandenburg (Jahre 2017-2020).

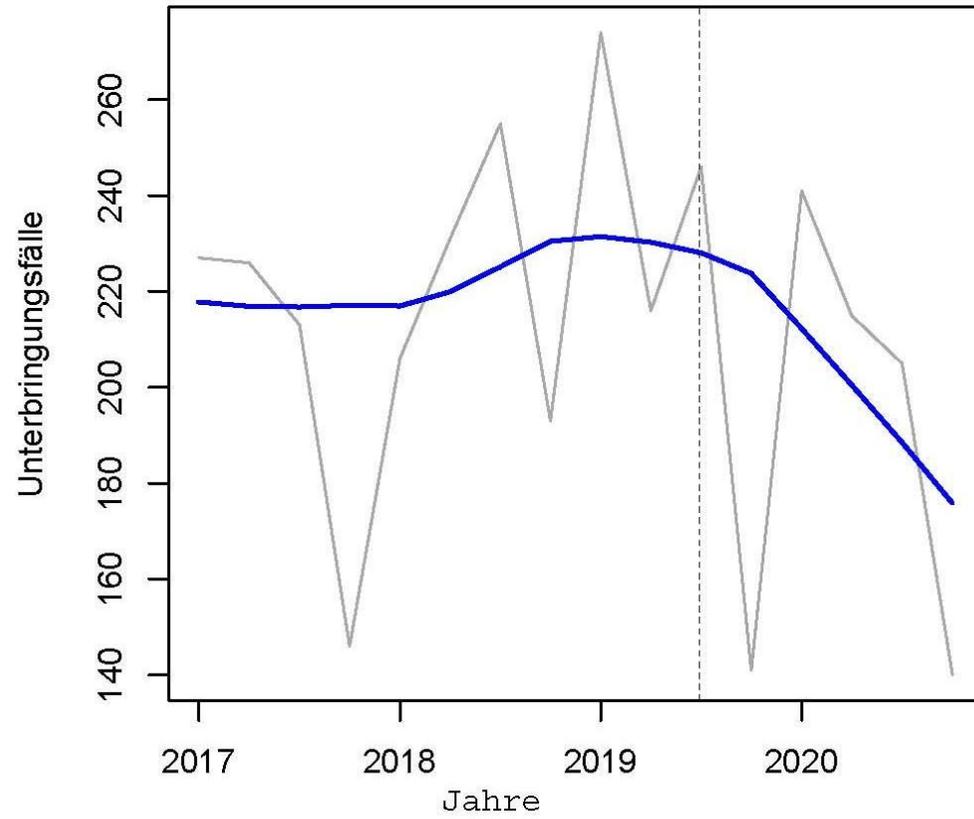
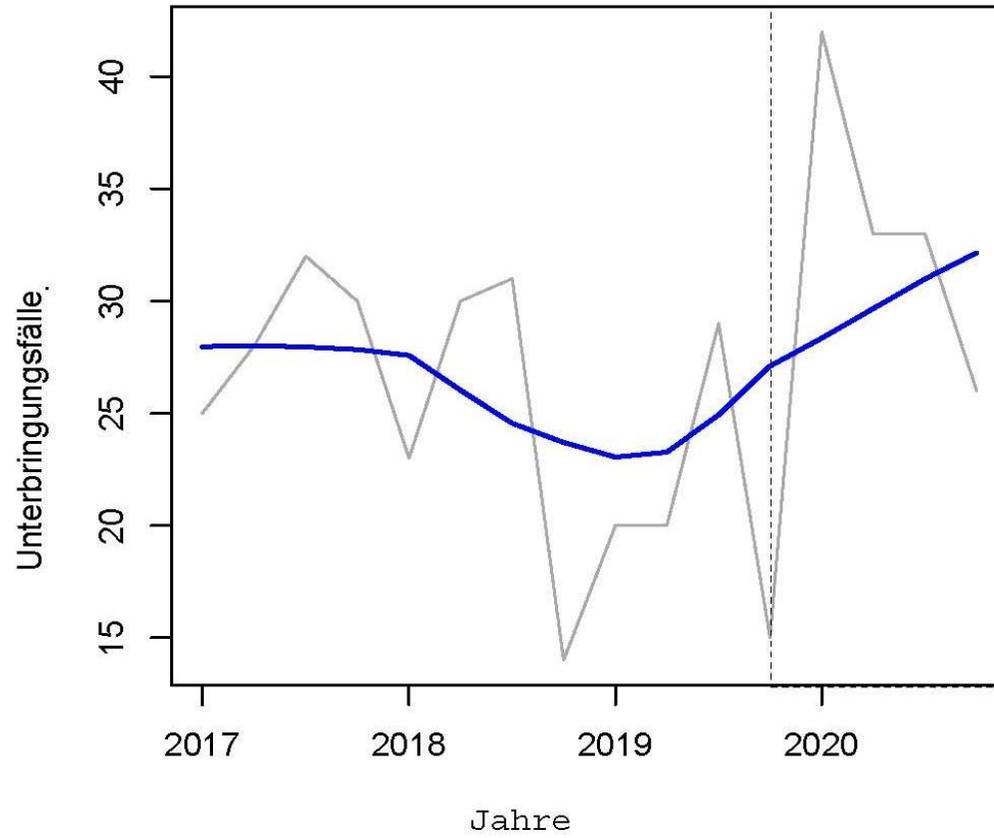


Abbildung 3. Anzahl der Unterbringungsfälle im Vergleichsgebiet Neuruppin (Jahre 2017-2020).



1

Abbildung 4. Anzahl der Unterbringungsfälle im Vergleichsgebiet Schwedt (Jahre 2017-2020).

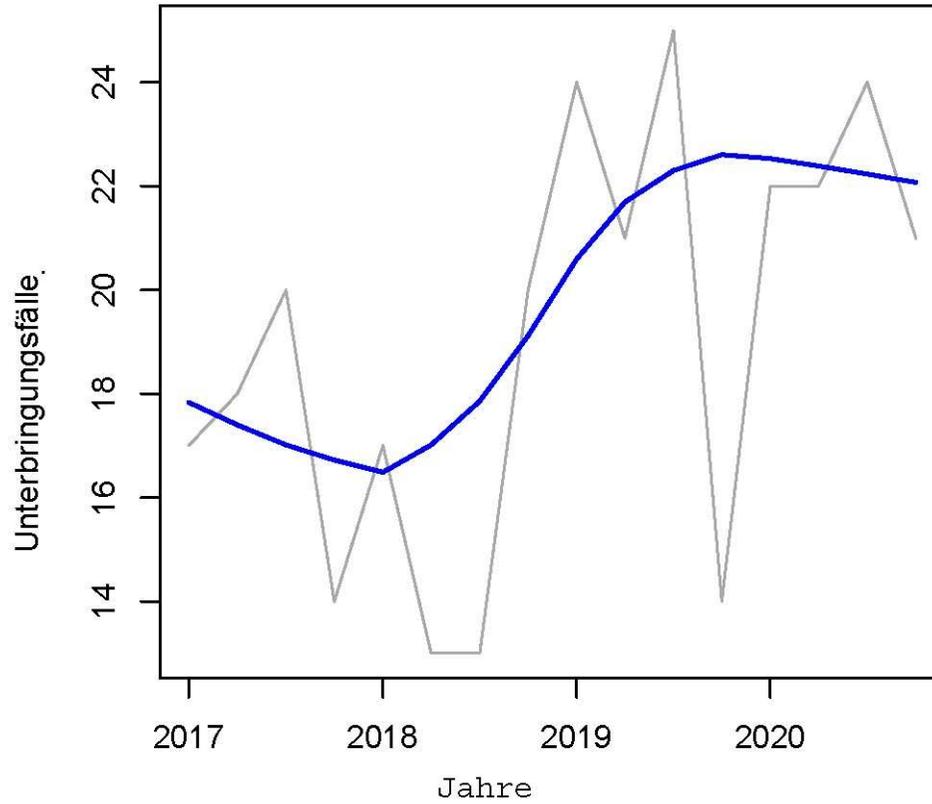


Abbildung 5. Anzahl der Unterbringungsfälle im Vergleichsgebiet Potsdam (Jahre 2017-2020).

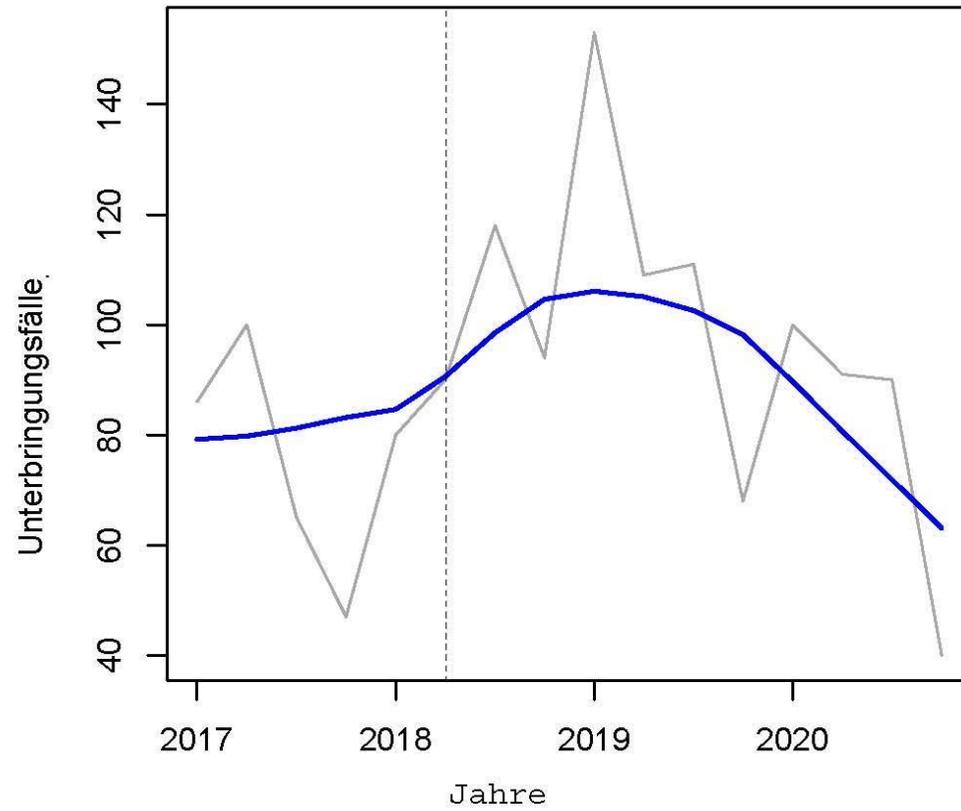


Abbildung 6. Anzahl der Unterbringungsfälle im Vergleichsgebiet Cottbus (Jahre 2017-2020).

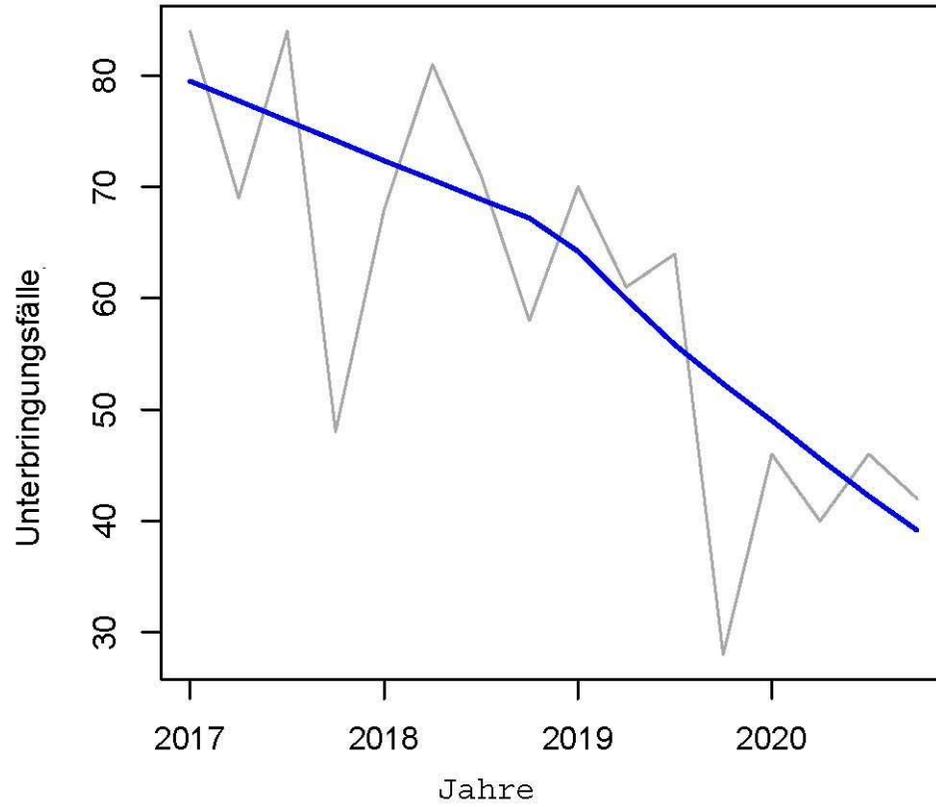


Abbildung 7. Anzahl der Unterbringungsfälle im Vergleichsgebiet Frankfurt (Oder) (Jahre 2017-2020).

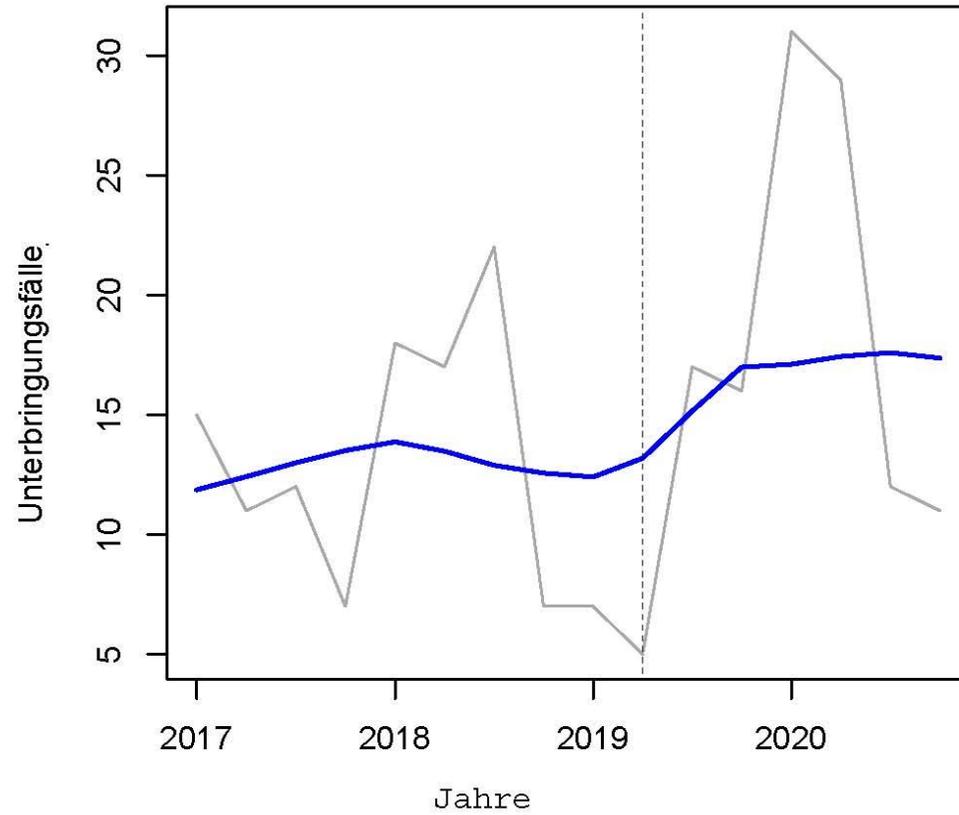
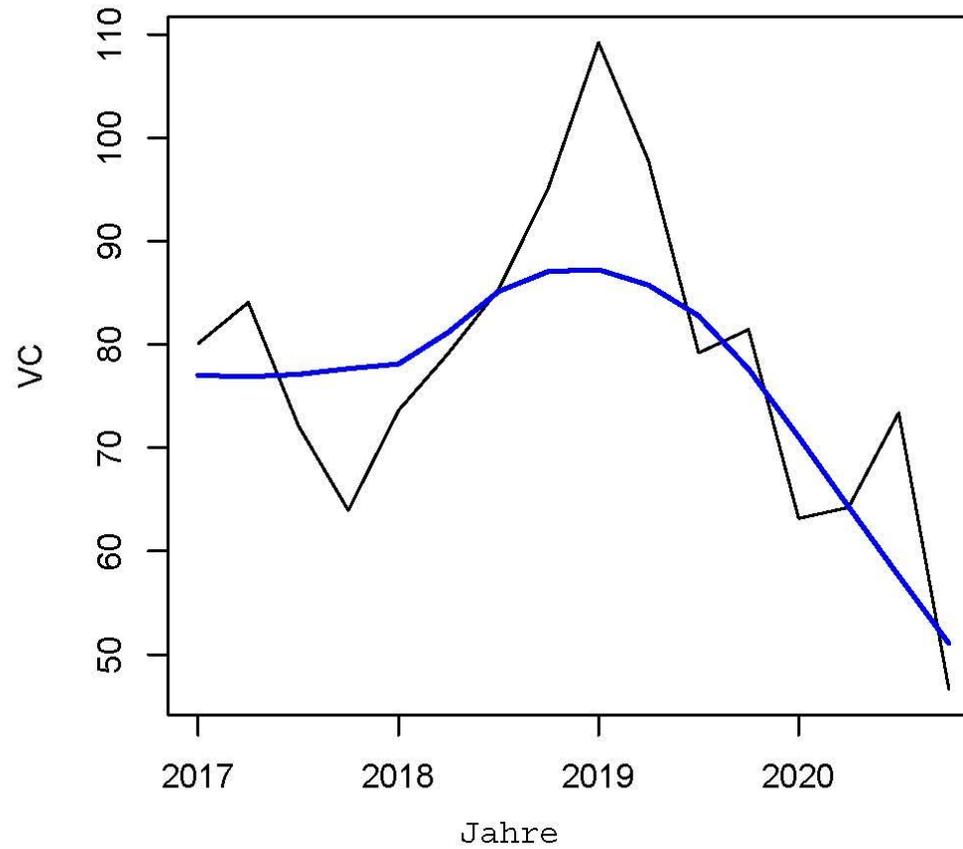


Abbildung 8. Variationskoeffizienten (VC) von Unterbringungsfällen in fünf Versorgungsregionen Brandenburgs für den Zeitraum 2017-2020.



Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane
IAG Mental Health Policy & Digitization
Fehrbelliner Str. 38
16816 Neuruppin
Telefon: + 49 33638 83 505
Fax: + 49 33638 83 502
info@digitalpsychiatry.de
www.digitalpsychiatry.de