

Vorlage Nr. 15/1726

öffentlich

Datum: 23.05.2023
Dienststelle: LVR-Institut für Forschung und Bildung
Bearbeitung: Frau Prof. Dr. Gouzoulis-Mayfrank

Krankenhausausschuss 3	13.11.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	14.11.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	15.11.2023	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	16.11.2023	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	17.11.2023	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Forschung und Bildung - LVR-Institut für Versorgungsforschung - vom 01.01.2022 - 31.12.2022

Kenntnisnahme:

Der Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Forschung und Bildung - LVR-Institut für Versorgungsforschung - vom 01.01.2022 - 31.12.2022 wird gemäß Vorlage Nr. 15/1726 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK. nein

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2025. nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ihd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:	
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

Für den Vorstand

T h e w e s

Vorsitzender des Vorstands

Zusammenfassung

Das LVR-Institut für Versorgungsforschung wurde am 01.07.2014 gemäß einem empfehlenden Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 14.03.2014 und einem Beschluss des Landschaftsausschusses vom 07.04.2014 gegründet. Ein Tätigkeitsbericht über die Arbeit des LVR-Instituts für Versorgungsforschung soll regelmäßig der politischen Vertretung vorgelegt werden. Am 01.01.2021 wurde das LVR-Institut für Versorgungsforschung mit der LVR-Akademie für Seelische Gesundheit im LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB) zusammengeführt. Der Vorlage ist der Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Forschung und Bildung – LVR-Institut für Versorgungsforschung - für den Zeitraum vom 01.01.2022 – 31.12.2022 beigefügt.

Begründung der Vorlage Nr. 15/1726:

Das LVR-Institut für Versorgungsforschung wurde am 01.07.2014 gemäß einem empfehlenden Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 14.03.2014 und einem Beschluss des Landschaftsausschusses vom 07.04.2014 gegründet. Träger des Instituts ist der LVR-Klinikverbund. Gründungsdirektor war in Personalunion der Ärztliche Direktor des LVR-Klinikums Düsseldorf, Herr Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, stellvertretende Direktorin des Instituts Frau Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis Mayfrank. Mit der Verabschiedung von Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel in den Ruhestand ging die Leitung des Instituts am 01.10.2016 an Frau Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Ärztliche Direktorin der LVR-Klinik Köln) über. Am 01.01.2021 wurde das LVR-Institut für Versorgungsforschung mit der LVR-Akademie für Seelische Gesundheit im LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB) zusammengeführt. Der Vorstand des LVR-IFuB besteht aus Stefan Thewes (Vorsitzender des Vorstands und Kaufmännische Direktion), Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Fachliche Direktion Forschung) und Prof. Dr. Carolin Schuster (Fachliche Direktion Bildung).

In der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 09.09.2022 hatte Frau Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank den Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Versorgungsforschung vom 01.01.2021 – 31.12.2021 vorgelegt und über die weitere Entwicklung des LVR-Instituts für Versorgungsforschung berichtet.

Der Vorlage ist der Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Forschung und Bildung – LVR-Institut für Versorgungsforschung - vom 01.01.2022 – 31.12.2022 zu Ihrer Information als **Anlage** beigefügt.

In der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 17.11.2023 ist ein mündlicher Bericht von Frau Prof. Dr. Gouzoulis-Mayfrank vorgesehen.

Für den Vorstand

T h e w e s
Vorsitzender des Vorstandes

LVR-Institut für Versorgungsforschung

Tätigkeitsbericht 2022

Berichtszeitraum: 1. Januar 2022 - 31. Dezember 2022

E. Gouzoulis-Mayfrank, J. Zielasek

und das Team der Wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen des LVR-IVF

Köln, 31. März 2023

Inhalt

1	Einleitung	4
2	Projekte ohne Drittmittelförderung	6
2.1	Institutsprojekte	6
2.1.1	(Weiter-)Entwicklung, Implementierung und Analyse von Qualitätsindikatoren im LVR-Klinikverbund.....	6
2.1.2	DeFEM – Determinanten freiheitsentziehender Maßnahmen	8
2.1.3	Erfahrung mit Genesungsbegleitung in den LVR-Kliniken.....	8
2.1.4	Evaluation der Behandlungsvereinbarungen der LVR-Kliniken	9
2.1.5	Situation von Patient*innen mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug	10
2.1.6	Analysen des Versorgungsgeschehens in der COVID-19-Pandemie	12
2.2	Projekte von LVR-Kliniken in Kooperation mit dem LVR-IVF	13
3	Projekte mit Drittmittelförderung	15
3.1	LL-KoPsS: S3-Leitlinie Psychose mit komorbider substanzbezogener Störung	15
3.2	I-REACH: Internet-based Refugee Mental Healthcare	16
3.3	SoKo: Die Somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität ...	17
3.4	Auswertung der Routinedaten der BAG-Psychiatrie (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser)	19
3.5	eMEN: e-Mental Health innovation and transnational implementation platform North-West Europe.....	19
3.6	PsyKom: Psychosoziale Komplexbehandlung bei Psychischer Erkrankung.....	20
3.7	WohnLos: Wohnungslosigkeit bei psychischer Erkrankung: Risikofaktoren, Auswirkungen, Interventionen: Eine Bestandsaufnahme in Nordrhein-Westfalen	20
3.8	CANDY: CAre appropriate to the Needs of breast cancer patients with Disability	21
4	Drittmittelanträge	22
5	Fachtagungen/Fortbildungsveranstaltungen	23
6	Studentische Lehre/Seminare/Promotionen	24
7	Vorträge	26
8	Wissenschaftliche Publikationen	28
8.1	Originalarbeiten.....	28
8.2	Übersichtsarbeiten	29

8.3 Weitere Publikationen (Redaktionelle Beiträge, Diskussionspapiere, Kurzberichte und Editorials)	29
9 Vernetzung	30
10 Personal	33
11 Finanzen	34
12 Ausblick	35
Anhang 1: Programme der Veranstaltungen	37
Anhang 2: Publikationen	42
Anhang 3: Tätigkeiten der Umlage- und der Drittmittel-finanzierten Wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen 2022.....	122

1 Einleitung

Das LVR-Institut für Versorgungsforschung (LVR-IVF) wurde im Jahre 2014 gegründet. Ziel der Institutsgründung war es, die Versorgungsforschung im LVR-Klinikverbund und im Bereich der psychischen Störungen zu intensivieren sowie bestehende Forschungsaktivitäten im Klinikverbund zu vernetzen. Das LVR-IVF versteht sich in diesem Sinne als **institutionelles Dach aller an der Versorgungsforschung interessierten Arbeitsgruppen in den LVR-Kliniken**. Eine der Hauptaufgaben ist die kontinuierliche Qualitätssicherung und -entwicklung mittels der **LVR-Qualitätsindikatoren**. Daher ist die Etablierung, Weiterentwicklung und Nutzung der Routinedaten einer verbundweiten **Statistikdatenbank** ein Schwerpunkt der Arbeit. Zudem ist die Entwicklung, Implementierung und Evaluation neuer Versorgungsmodelle ein wichtiges Arbeitsgebiet. Das LVR-IVF ist für die wissenschaftliche Programmgestaltung der **LVR-Symposien** und der **LVR-Fokustagungen** verantwortlich. Zudem forschen die Mitarbeitenden im Rahmen vielfältiger drittmittelfinanzierter Forschungsprojekte und sie beteiligen sich regelmäßig an Ausschreibungen, um Drittmittel für neue Forschungsprojekte einzuwerben.

In den ersten zwei Jahren nach der Gründung war das LVR-IVF dem LVR-Klinikum Düsseldorf angegliedert. Mit der Emeritierung des Gründungsdirektors, Herrn Professor W. Gaebel, zog das Institut im Jahr 2016 nach Köln um und war bis zum 31. Dezember 2020 organisatorisch eine Sparte der LVR-Klinik Köln. Zum 1. Januar 2021 wurde die seit 2018 geplante Fusion des LVR-IVF mit der Bildungseinrichtung des LVR-Klinikverbunds, der LVR-Akademie für Seelische Gesundheit, zum neuen **LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB)** in Form eines Wie-Eigenbetriebs umgesetzt. Der Vorstand besteht aus der kaufmännischen Direktion, die auch den Vorstandsvorsitz innehat (seit dem 01.07.2021 S. Thewes; Stellvertretung M. Brehmer), der fachlichen Direktion der Sparte Forschung (Prof. Dr. E. Gouzoulis-Mayfrank; Stellvertretung Prof. Dr. T. Supprian), und der fachlichen Direktion der Sparte Bildung (A. Kuchenbecker, seit 1.10.2022 Prof. Dr. C. Schuster; Stellvertretung S. Jünger).

Das Berichtsjahr 2022 war in den ersten Monaten geprägt durch die COVID-19-Pandemie mit weitgehender Homeoffice-Regelung, die ab Mai 2022 schrittweise gelockert werden konnte, sodass wieder eine vermehrte persönliche Präsenz der Teammitglieder vor Ort möglich wurde. Bewährte Veranstaltungen wie der LVR-IVF-Fortbildungstag, das Dialog-Forum sowie die Schulungen und Arbeitsgruppentreffen in den Projekten fanden im Jahr 2022 weiterhin überwiegend als Online-Veranstaltungen statt. Bei stark veränderten Rahmenbedingungen wurden die wissenschaftlichen Forschungsprojekte fortgeführt und es wurden neue Projekte begonnen. Bei bestimmten Projekten kam es pandemiebedingt zu teils erheblichen Verzögerungen und es wurden Anpassungen in Projektabläufen und Projektplänen erforderlich. Die Einschränkung des wichtigen persönlichen Austauschs wog seit Beginn der Pandemie schwer, andererseits konnten auch positive Erfahrungen mit Online-Besprechungen gewonnen werden, sodass über die die akuten Pandemieperioden hinaus eine größere Flexibilisierung der Arbeitszeiten und –formate erfolgreich umgesetzt werden konnte. Dies trägt auch zu einer verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei den Mitarbeiter*innen bei.

Im Berichtsjahr 2022 intensivierten sich die Arbeiten im Bereich mehrerer institutseigener Projekte, insbesondere in den Bereichen Evaluation von Behandlungsvereinbarungen und Analysen zur Situation von Patient*innen mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug. Im Drittmittelbereich kam es insbesondere im Projekt I-REACH zu Fortschritten, hier konnte im Jahr 2022 nach erheblichen pandemiebedingten Verzögerungen die klinische Studie mit der Patient*innenrekrutierung begonnen

werden. Auch im Projekt SoKo wurde mit der Übermittlung der Routinedaten der kooperierenden Krankenkasse an das LVR-IVF ein bedeutender Meilenstein erreicht.

Für die Sparte Forschung des LVR-IFuB bzw. für das LVR-IVF innerhalb des neugebildeten LVR-IFuB wurde ein neuer Wissenschaftlicher Beirat konstituiert, der am 3. Mai 2022 zu seiner bislang zweiten Sitzung zusammentrat. Die Institutsleitung stellte den Tätigkeitsbericht des Jahres 2021 vor, der von den Beiratsmitgliedern sehr positiv bewertet wurde. Insbesondere im Bereich der Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren sahen die Beiratsmitglieder ein erhebliches Potenzial und die Diskussion hierzu fokussierte auf die Themen Zwangsmaßnahmen und Nutzung der Qualitätsindikatoren für qualitätssichernde Maßnahmen sowie für das verbundinterne Benchmarking.

Im Folgenden werden die Projekte mit und ohne Drittmittelförderung sowie die im Jahr 2022 neu eingereichten Drittmittelanträge dargestellt. Es folgen Angaben zu den wissenschaftlichen Fachveranstaltungen, den wissenschaftlichen Vorträgen und den wissenschaftlichen Publikationen aus dem Berichtsjahr. Außerdem werden die Themenfelder Vernetzung, Beratung und Lehre sowie Finanzen dargestellt. Abschließend geben wir einen Ausblick auf die kommenden Jahre.

2 Projekte ohne Drittmittelförderung

Im Folgenden werden diejenigen Projekte beschrieben, bei denen das LVR-IVF federführend ist oder bei denen das LVR-IVF die LVR-Kliniken wissenschaftlich unterstützt.

2.1 Institutsprojekte

2.1.1 (Weiter-)Entwicklung, Implementierung und Analyse von Qualitätsindikatoren im LVR-Klinikverbund

Die Qualitätsindikatoren des LVR-Klinikverbunds (LVR-QI) wurden seit 2016 zunächst für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie entwickelt und ab 2018 im LVR-Klinikverbund implementiert. Die folgende Abbildung fasst diese Geschichte der QI-Entwicklung im LVR-Klinikverbund zusammen.



Das QI-Set im Bereich der **Erwachsenenpsychiatrie** enthält vier Ergebnis-, acht Prozess- und vier Strukturindikatoren sowie eine Patient*innenbeurteilung. Für die Analysen nutzt das LVR-IVF die **Statistikdatenbank**, in die Routinedaten aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) der LVR-Kliniken übernommen und pseudonymisiert werden. Diese unter Federführung des LVR-Fachbereichs 81 (Personelle und Organisatorische Steuerung, Abteilung IT und Statistik) erstellte Statistikdatenbank ist die maßgebliche Datenquelle für die Analysen der LVR-QI und anderer Analysen von klinischen Routinedaten des LVR-Klinikverbunds.

Im Berichtszeitraum hat das Institut den sechsten kommentierten QI-Bericht für den Bereich der Allgemeinen Psychiatrie („**Erwachsenenpsychiatrie**“, Datenjahr 2021) mit Auswertung aller Qualitätsindikatoren erstellt. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren wurden mit Ergebnissen aus der deutschsprachigen und der internationalen Literatur verglichen. Hierbei zeigten sich keine auffälligen Abweichungen. Es wurden auf Anregung des Lenkungsausschusses Qualitätsmanagement (LA-QM) erstmalig **geschlechtsspezifische Auswertungen** der einzelnen Qualitätsindikatoren durchgeführt. Ein diagnosespezifischer QI (Polypharmazierate bei Schizophrenie) wurde auf Beschluss des LA-QM gestrichen, damit das QI-Set ausschließlich aus „generischen“ (diagnoseübergreifenden) Indikatoren besteht. Zudem wurden die Ergebnisse mit den Vorjahren verglichen, sodass im neuen Bericht auch erstmals mehrjährige Zeitreihen präsentiert werden konnten, die teilweise interessante Rückschlüsse

auf pandemiebedingte Einflüsse zuließen. So zeigten sich in den „Covid-Jahren“ 2020 und 2021 reduzierte Fallzahlen im Vergleich zu den Vorjahren. Weiterhin gab es pandemiebedingt weniger psychosoziale Gruppentherapien und sowohl relativ als auch absolut mehr Zwangsmaßnahmen im Vergleich zum Vorjahr.

Zusätzlich wurde die Patient*innenzufriedenheits-Befragung mit dem ZUF-8-Fragebogen in den meisten LVR-Kliniken kontinuierlich erhoben. Die Rücklaufquoten solcher Befragungen liegen erfahrungsgemäß bei 30 bis 40 %. Im LVR-Klinikverbund lag die durchschnittliche Rücklaufquote im Jahr 2021 bei 26% und ist somit im Vergleich zum Vorjahr um 2% gestiegen. Die im Vergleich zur Literatur relativ niedrige Rücklaufquote dürfte am ehesten auf die Pandemiesituation zurückzuführen sein. Am 15. Juli 2022 wurden im Rahmen eines Treffens mit dem Fachbereich 84 Zusatzanalysen definiert, die künftig vom LVR-IVF durchgeführt werden sollen.

Im Berichtszeitraum fanden das jährliche klinikübergreifende Arbeitstreffen des LVR-IVF mit Klinikvertreter*innen und der jährliche Austausch mit den Multiplikator*innen für die CGI- und GAF-Beurteilungen erstmalig in einem zusammengelegten Termin (8. September 2022) online statt. Die Ergebnisse des QI-Berichts wurden im Lenkungsausschuss Qualitätsmanagement (LA-QM) in drei Sitzungen (18. Mai 2022, 15. September 2022 und 15. Dezember 2022) vorgestellt. Des Weiteren wurden die Ergebnisse im Juli 2022 bei Vorträgen in den LVR-Kliniken Bonn und Düren präsentiert. Am 8. September 2022 wurde im Arbeitskreis Gewaltprävention eine Zusatzanalyse für die Zwangsmaßnahmen in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme der Patient*innen im Bereich der Erwachsenen- sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt und diskutiert. Im Rahmen des LVR-IVF-Fortbildungstags am 27. September 2022 wurde die Entwicklung und Implementierung der LVR-QI sowie die Ergebnisse der LVR-QI und KJP-QI dargestellt und diskutiert. Im Jahr 2022 wurden drei QI-Newsletter erstellt und an die klinischen Mitarbeitenden der LVR-Kliniken versendet. Im Fokus standen dabei die Themengebiete Neuerungen im Bereich der QI ab dem Jahr 2022 (Januar 2022) sowie geschlechtsspezifische Auswertungen des LVR-QI-P4 „Psychosoziale Interventionen“ (Juli 2022). Im Dezember 2022 wurde ein QI-Newsletter zum Thema „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ erstellt und distribuiert. Die Arbeiten an einer ersten wissenschaftlichen Publikation zum Entwicklungs- und Implementierungsprozess der Qualitätsindikatoren im LVR-Klinikverbund wurden im Jahr 2022 fortgesetzt.

Die LVR-QI im Bereich der **Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)** wurden seit 2018 entwickelt und ab 2020 im LVR-Klinikverbund implementiert. Das QI-Set der KJP enthält zwei Ergebnis-, sieben Prozess- und vier Strukturindikatoren. Im Februar 2020 wurde der KJPPP-QI-Monitor im Krankenhausinformationssystem implementiert und mit den neuen Dokumentationsfeldern zur Beurteilung der *Health of the Nation Outcomes Scale - Children and Adolescents* (HoNOSCA) bei Aufnahme und Entlassung versehen. Im Berichtszeitraum erstellte das Institut den zweiten kommentierten QI-Bericht zu allen Qualitätsindikatoren der KJP (Datenjahr 2021). Das klinikübergreifende Arbeitstreffen mit Vertreter*innen der KJP-Kliniken und dem LVR-IVF sowie die vierte HoNOSCA-Multiplikator*innen-Schulung fanden am 7. September 2022 online statt. Die Ergebnisse des KJP-QI-Berichts wurden im LA-QM am 15. September 2022 vorgestellt und diskutiert (Datenjahr 2021/erstes Halbjahr 2022). Zusätzlich erfolgte im Sommer 2022 ein außerplanmäßiger Halbjahresbericht für das erste Halbjahr 2022 als Grundlage für eine Diskussion von QI-Set-Adaptationen im LA-QM. Zum 1. September 2022 wurden die Ergebnisse der KJP-QI des ersten Halbjahres 2022 fristgerecht an die Fachkonferenz KJPPP sowie den Fachbereich 84 distribuiert.

Im Bereich der suchtmmedizinischen Versorgung begannen auf Initiative der Fachkonferenz Sucht im zweiten Halbjahr 2021 erste Beratungen zu einer möglichen Entwicklung suchtspezifischer Qualitätsindikatoren. Im Berichtsjahr 2022 wurden Analysen zu den von der Fachkonferenz (FK) Sucht vorgeschlagenen diagnosespezifischen Qualitätsindikatoren durchgeführt. Diese Analysen wurden der FK Sucht am 2. September 2022 vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Weitere Arbeitstreffen sind für das kommende Jahr 2023 vorgesehen.

2.1.2 DeFEM – Determinanten freiheitsentziehender Maßnahmen

Das LVR-IVF beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit der Identifizierung (modifizierbarer) Risikofaktoren für Zwangseinweisungen und weitere Zwangsmaßnahmen in der stationären Krankenhausbehandlung psychisch erkrankter Menschen. Im Rahmen einer großen retrospektiven Datenerhebung in allen psychiatrischen Kliniken in Köln wurden die soziodemographischen und klinischen Risikofaktoren für Zwangsaufnahmen einschließlich deren Interaktionen und besondere Risikogruppen mittels Maschinenlernverfahren ermittelt. Als wesentliche Risikofaktoren für unfreiwillige Einweisungen zeigten sich Diagnosen einer organischen psychischen Störung (ICD-10 F0) und einer Psychose (ICD-10 F2), die Art der prästationären Versorgung und die Aufnahmezeit außerhalb regulärer Dienstzeiten. Zusätzlich zeigte sich eine Relevanz von Umgebungsfaktoren wie eine hohe Arbeitslosenquote, eine dichte Bebauung und ein hoher Anteil an Ein-Personenhaushalten in der Wohnumgebung der Patient*innen. In den vergangenen Jahren wurden diese Ergebnisse bereits wissenschaftlich publiziert (*Schmitz-Buhl et al 2019; Karasch et al 2020*).

Im Jahr 2021 wurden die Daten der retrospektiven Erhebung sekundär analysiert im Hinblick auf mögliche Unterschiede und differentielle Präventionsansätze für Patient*innen, die in unterschiedlichen Behandlungsphasen unfreiwillig untergebracht werden (direkt bei der Aufnahme vs. im weiteren Verlauf). Im Ergebnis waren die Unterschiede relativ gering, so dass keine spezifischen Präventionsansätze für die zwei Untergruppen vorgeschlagen werden können. Die Ergebnisse wurden im Berichtsjahr in einer internationalen Fachzeitschrift publiziert (*Peters et al., 2022*). Ebenfalls wurden im Berichtsjahr weitere Analysen mit dem Ziel der Differenzierung von Risikofaktoren für öffentlich-rechtliche und betreuungsrechtliche Unterbringungen von Menschen durchgeführt. Im Ergebnis waren die Unterschiede auch diesbezüglich relativ gering. Eine Publikation der Ergebnisse dieser Analysen wurde im Berichtsjahr vorbereitet.

2.1.3 Erfahrung mit Genesungsbegleitung in den LVR-Kliniken

Genesungsbegleitende sind Personen, die selbst psychisch erkrankt und in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung waren. Sie haben eine Ex-In-Schulung (*Ex-In: Experienced Involvement*) abgeschlossen und unterstützen den Genesungsprozess anderer Betroffener. Die Evidenz zu Art und Ergebnissen des Einsatzes von Genesungsbegleitenden in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken ist begrenzt und das Projekt dient dem Ziel, diese Kenntnisbasis empirisch zu verbessern.

Das Projekt hatte im Oktober 2018 mit einer Befragung von Genesungsbegleitenden und klinischem Personal (ärztliches und pflegerisches Personal sowie Sozialdienst der LVR-Kliniken) begonnen, dabei hatte sich eine positive Bewertung der Bedeutung der Genesungsbegleitung und der Zusammenarbeit mit den Stationsteams von beiden Seiten gezeigt. Die Ergebnisse wurden im Jahr 2021 publiziert (*Groß et al., 2021*). Ebenfalls im Jahr 2021 erfolgte durch den FB84 und das IVF eine fragebogenbasierte

Erfassung der Tätigkeiten der Genesungsbegleitenden, die u. a. zeigte, dass die Mehrzahl der Beratungsgespräche als Einzelgespräch im stationären Kontext und vorwiegend in offenen Stationen erfolgt.

Im Herbst 2022 begannen auf Anregung des Gesundheitsausschusses konzeptionelle Überlegungen des FB84 mit dem LVR-IVF für weitergehende Analysen zu den Erfahrungen mit Genesungsbegleitung in den neun psychiatrischen LVR-Kliniken. Es wurde ein Projektplan für ein neues Projekt ausgearbeitet (GIVE: Erfahrungen mit der Genesungsbegleitung In der klinischen Versorgung), welches voraussichtlich im 2. Quartal 2023 starten wird. Methodisch sind quantitative Fragebogen-Surveys vorgesehen. Die Erfassungen sollen aus Sicht der Patient*innen (I), der Genesungsbegleitenden (II) sowie des medizinischen und pflegerischen Personals (III) erfolgen. Während es sich bei der Patient*innenbefragung (I) um eine neue Befragung handelt, basiert die Befragung der Genesungsbegleitenden (II) sowie der Professionellen (III) auf der früheren Befragung aus dem Jahr 2018.

2.1.4 Evaluation der Behandlungsvereinbarungen der LVR-Kliniken

Behandlungsvereinbarungen (BehV) zielen darauf ab, die Autonomie der Patient*innen zu fördern sowie Zwangsmaßnahmen zu minimieren. Diese gewünschten positiven Effekte von BehV zeigen sich jedoch nicht in allen Studien, so dass sich vermehrter Forschungsbedarf hinsichtlich der erreichten Zielgruppen sowie hinsichtlich der Wirkungen des Abschlusses einer BehV ergibt. In psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken in Deutschland ist das Angebot von BehV zwar vorhanden, die Nutzungsrate durch die Betroffenen ist jedoch gering. Das LVR-IVF hat seit 2018 an einem Konzept zur Evaluation und nachfolgend an den Vorbereitungen für eine konkrete Evaluation der BehV im LVR-Klinikverbund anhand von Routinedaten aus dem Krankenhausinformationssystem gearbeitet. Zunächst wurde die Datenlage geprüft und es wurde definiert, nach welchen Standards eine vorhandene BehV im Krankenhausinformationssystem dokumentiert werden soll, damit die Daten auswertbar sind. Nach weiteren Arbeitsschritten und Abstimmungen mit den LVR-Kliniken u. a. zu den Datengrundlagen begann das LVR-IVF ab Herbst 2020 mit den Analysen.

Bei den Analysen ging es zunächst um die Frage, ob die „richtigen“ Patient*innen eine BehV abschließen, worunter ausweislich einer hohen Anzahl an stationären Voraufenthalten und hohen Raten von Zwangsunterbringungen und anderen Zwangsmaßnahmen die besonders schwer Betroffenen zu verstehen waren. Im Einzelnen wurden die Hypothesen überprüft, dass Patient*innen mit BehV häufiger Diagnosen aus den Bereichen der Schizophrenien und der Bipolaren Störungen (ICD-10-Gruppen F2 und F30/F31) aufweisen, und dass sie vor dem Abschluss der BehV häufiger stationäre Aufenthalte und insbesondere häufiger unfreiwillige Aufenthalte und Aufenthalte mit weiteren Zwangsmaßnahmen aufweisen. Hierfür erfolgte eine retrospektive Erhebung, bei der die Anzahl und der Anteil der Patient*innen mit abgeschlossenen BehV ermittelt wurden (**Querschnittuntersuchung**). Es wurden alle voll- und teilstationären Fälle im Zeitraum 1.1.2017 bis 31.12.2020 im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie (Fachbereich 29) betrachtet, wobei bei Patient*innen mit mehreren Aufnahmen im Untersuchungszeitraum die jeweils erste Aufnahme als „Indexaufnahme“ herangezogen wurde. Auf diese Weise konnten bei der Analyse knapp 100.000 Betroffene bzw. knapp 200.000 Fälle berücksichtigt werden. Zur Betrachtung der Anzahl der stationären Voraufenthalte sowie zu bei Voraufenthalten durchgeführten Zwangsunterbringungen und anderen Zwangsmaßnahmen wurde ein retrospektiver Zeitraum von 36 Monaten vor der Indexaufnahme gewählt.

Das Vorliegen einer BehV war bei ca. 0,5% der Betroffenen bzw. bei 1,3% der Fälle dokumentiert. Alle eingangs formulierten Hypothesen wurden bestätigt, d.h. Patient*innen mit BehV hatten häufiger Diagnosen aus den Bereichen der Schizophrenien und der Bipolaren Störungen und sie hatten vor dem Abschluss der BehV häufiger stationäre Aufenthalte, unfreiwillige Aufenthalte und Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen. Allerdings hatten etwa 50% der Patient*innen mit BehV andere Diagnosen und der überwiegende Teil dieser Patient*innen hatte in den vergangenen 24 Monaten keine unfreiwilligen Unterbringungen und keine Zwangsmaßnahmen gehabt. Daraus ergibt sich, dass ergänzende qualitative Untersuchungen erforderlich wären, um Inhalte und Zielsetzungen von BehV näher zu analysieren.

Ein ausführlicher Bericht zu den Ergebnissen der Querschnittuntersuchung wurde im Frühjahr 2021 dem Fachbereich 84 vorgelegt. Die Ergebnisse wurden im November 2021 im Rahmen des DGPPN-Kongresses und im Berichtszeitraum im Rahmen des LVR-IVF-Fortbildungstags am 27. September 2022 vorgestellt. Im Berichtszeitraum wurde hierzu ein Manuskript erstellt, das im Dezember 2022 in der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ publiziert wurde (*Weide et al., 2022*).

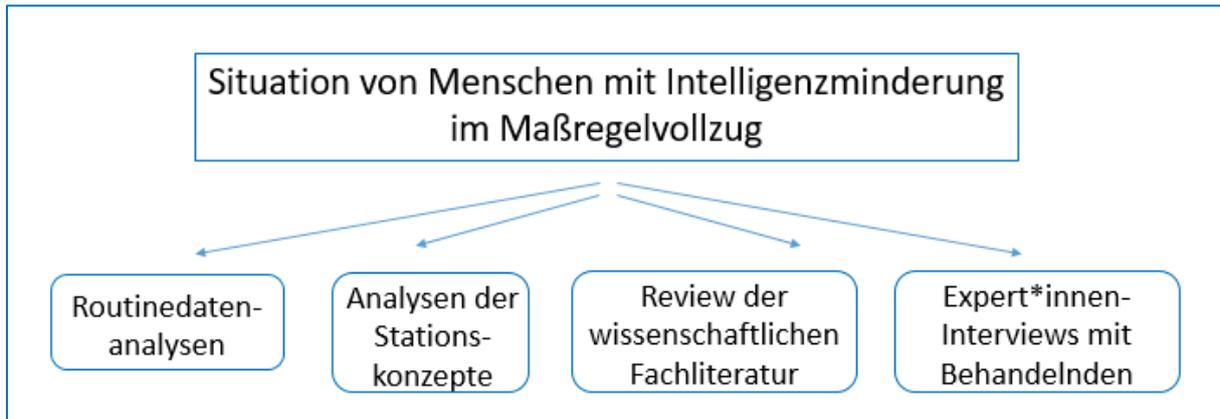
Des Weiteren erfolgte im Berichtszeitraum eine **Längsschnittuntersuchung** zu der Frage, ob der Abschluss von BehV einen günstigen Einfluss auf die Versorgungsverläufe ausübt, insbesondere im Sinne einer Reduktion der Häufigkeit und Dauer der unfreiwilligen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen. Es wurden alle voll- und teilstationären Fälle im Zeitraum vom 1.1.2016 bis zum 31.12.2019 im Bereich der Psychiatrie und der Psychotherapie (Fachbereich 29) berücksichtigt, und es wurden jeweils die Zeiträume von 24 Monaten vor und 24 Monaten nach der Indexaufnahme betrachtet. Sowohl die Prä-Post Analysen als auch der Vergleich mit den Versorgungsverläufen einer Kontrollgruppe, die mit Hilfe der Propensity Score Matching-Methode ausgewählt wurde, ergaben Reduktionen der Aufnahmen und der kumulierten Verweildauer, aber keine signifikanten Reduktionen der unfreiwilligen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen im Verlauf. Erste explorative Analysen mit Untergruppen von Patient*innen legen nahe, dass ein günstiger Einfluss auf die Versorgungsverläufe bei Patient*innen mit Schizophrenien/Bipolaren Störungen und einer Vorgeschichte von unfreiwilligen Aufnahmen zumindest partiell zu erkennen ist. Weitere Analysen hierzu sind zum Zeitpunkt der Vorlage des vorliegenden Berichtes noch nicht abgeschlossen.

Erste Zwischenergebnisse der Längsschnittuntersuchung wurden bereits im Rahmen des LVR-IVF-Fortbildungstags am 27. September 2022 vorgestellt und diskutiert. Im Februar 2023 wurden die Ergebnisse im LA-QM ausführlich dargestellt und diskutiert. Die Erstellung eines wissenschaftlichen Manuskripts ist für das Jahr 2023 in Planung.

2.1.5 Situation von Patient*innen mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug

Psychisch kranke Straftäter*innen können nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) forensisch untergebracht und behandelt werden, wenn sie zum Zeitpunkt des Begehens der Straftat aufgrund ihrer psychischen Erkrankung schuldunfähig oder vermindert schuldfähig waren. Die Verweildauern im Maßregelvollzug belaufen sich auf mehrere Jahre. Besonders lang sind die Verweildauern bei Patient*innen mit Intelligenzminderung (ICD-10 Diagnosegruppe F7). Daraus ergibt sich das Interesse an Behandlungskonzepten und der Identifizierung konkreter Entlasshindernisse bei dieser Gruppe von Betroffenen.

In den Jahren 2021 und 2022 bearbeitete das LVR-IVF einen Auftrag des Fachbereichs 82 (Bereich Maßregelvollzug) des Dezernats 8 zur Analyse von Menschen mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug. Das Projekt bestand aus vier Bausteinen, die in der folgenden Abbildung dargestellt sind.



Im Jahr 2021 wurden zunächst die **Stationskonzepte** der forensischen Abteilungen der LVR-Kliniken hinsichtlich allgemeiner und störungsspezifischer Behandlungselemente für Betroffene mit Intelligenzminderung (F7-Diagnosen) sowie Routinedaten analysiert. Dabei zeigte sich, dass störungsspezifische Behandlungselemente in sehr unterschiedlichem Maße in den Konzepten beschrieben werden. Die ebenfalls im Jahr 2021 begonnene und bis Juli 2022 finalisierte **Routinedatenanalyse** ergab, dass bei den Betroffenen häufig eine Kombination mit Nebendiagnosen aus dem Spektrum der Persönlichkeitsstörungen und der Störungen der Sexualpräferenz (ICD-10 F6: ca. 1/3), der Abhängigkeitserkrankungen (ICD-10 F1: ca. 1/4) oder der Schizophrenien (ICD-10 F2: ca. 1/10) vorlag. Die Verweildauer lag bei den Patient*innen mit Hauptdiagnose aus der ICD-10-Gruppe F7 mit durchschnittlich ca. 10 Jahren etwa doppelt so hoch wie bei Patient*innen mit einer anderen Hauptdiagnose.

In den Jahren 2021 und 2022 wurde **eine Literaturrecherche** zu Behandlungskonzepten für Straftäter*innen mit Intelligenzminderung in deutsch- und englischsprachigen Quellen durchgeführt, die eine Vielzahl von Treffern ergab. Am häufigsten werden in der Literatur die Themen Psychotherapie und Pharmakotherapie behandelt, und eher selten fanden sich Studien zu heilpädagogischen Hilfen oder der Organisation der Versorgung für diese Betroffenenengruppe. Auf Basis dieser umfangreichen Literaturrecherche wurde ein ausführlicher Ergebnisbericht erstellt, der dem FB82 Anfang 2022 vorgelegt wurde. Darüber hinaus wurde eine wissenschaftliche Publikation für eine forensische Fachzeitschrift erstellt und eingereicht. Zum Ende des Berichtsjahrs 2022 befand sich der Artikel im Reviewverfahren. Der Literaturreview diente als Grundlage zweier Fachvorträge, die auf dem Fortbildungstag des LVR-IVF im September 2022 und auf der Münchner Herbsttagung der AGFP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Forensischen Psychiatrie) im Oktober 2022 vorgestellt wurden.

Als viertes und letztes Teilprojekt wurden im Sommer 2022 zehn **qualitative Interviews** mit langjährig erfahrenen Behandelnden aus drei LVR-Klinikstandorten zu den besonderen Herausforderungen in der Behandlung der Gruppe von Patient*innen mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug durchgeführt. Erfreulicherweise erklärten sich alle angefragten Mitarbeiter*innen aus den Standorten Köln, Langenfeld und Bedburg-Hau zur Teilnahme bereit. Auch inhaltlich ergab sich bei den Interviews, die im Durchschnitt knapp 50 Minuten Zeit in Anspruch nahmen, eine dichte und sehr fundierte Informationsgrundlage, so dass aus den geführten Interviews wichtige Informationen zu Entlasshindernissen

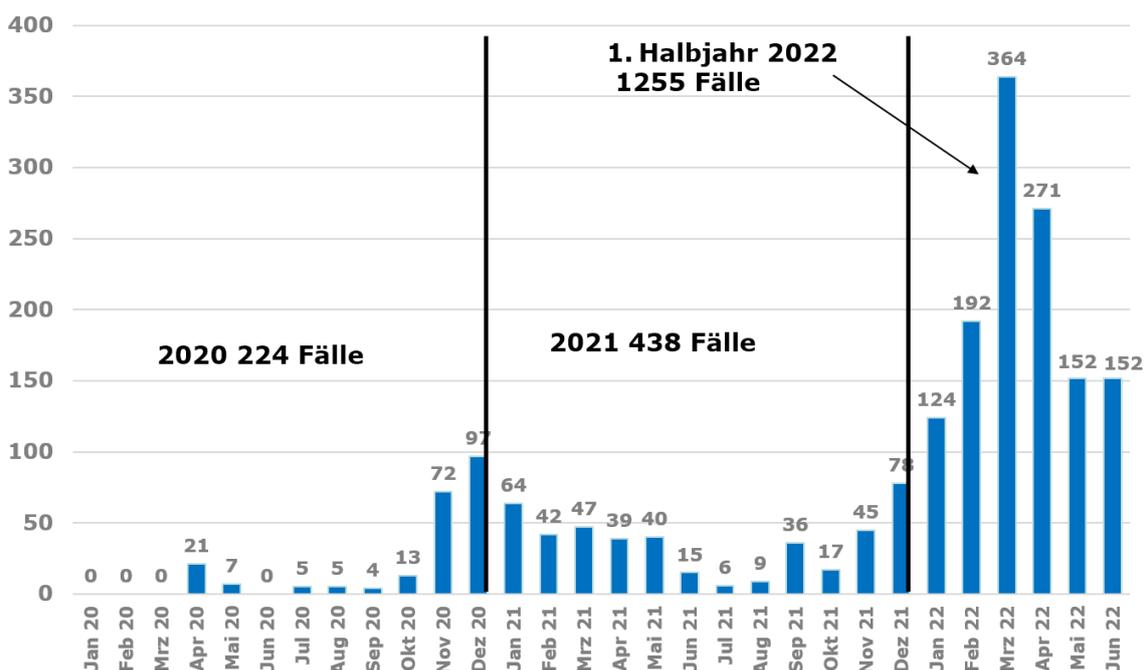
extrahiert werden konnten. So beschrieben die befragten Mitarbeiter*innen unisono, dass es sehr schwer sei, Menschen mit einer Intelligenzminderung aus einer forensischen Unterbringung in weiterbehandelnde Einrichtungen zu integrieren, derer es aber regelhaft bedarf. Insofern scheinen die langen Verweildauern im Maßregelvollzug – neben einigen spezifischen und diagnoseassoziierten Schwierigkeiten, die im Behandlungsverlauf typischerweise auftreten – vor allem aus Schwierigkeiten bei der Vermittlung in geeignete Wohneinrichtungen zu resultieren. Es gebe grundsätzlich zu wenig geeignete Heime und Plätze. Zudem herrschten noch oft Vorbehalte auf Seite der Nachbehandelnden gegen das forensische Klientel. Als Subgruppen von forensischen Patient*innen mit einer Intelligenzminderung, die besonders schwer vermittelbar seien, wurden einerseits Menschen mit einer Sexualstraftat zulasten von Minderjährigen benannt, andererseits Untergebrachte, deren Eingangsdelikt bereits im Kontext eines Heimes stattfand (z.B. Brandstiftung oder Körperverletzung zulasten von Betreuungspersonen). Insgesamt belegte die Interviewstudie aber auch, wie vielfältig und fundiert die angewandten Behandlungskonzepte ausgestaltet sind.

Im November 2022 wurden die Interviews vorläufig inhaltsanalytisch ausgewertet und zunächst in Form einer Präsentation dem FB 82 zur Verfügung gestellt. Die Validierung der Inhaltsanalyse durch eine*n weitere*n Rater*in erfolgte Anfang 2023, gegenwärtig wird auf dieser Grundlage ein wissenschaftlicher Fachartikel erstellt.

2.1.6 Analysen des Versorgungsgeschehens in der COVID-19-Pandemie

In den Jahren 2020 und 2021 wurden wissenschaftliche Analysen zur Versorgungsanspruchnahme im LVR-Klinikverbund während der COVID-19-Pandemie anhand der Routinedaten der Statistikdatenbank durchgeführt. Bis Sommer 2022 wurden 1917 COVID-Betroffene mit psychischen Erkrankungen in den psychiatrischen Kliniken des LVR-Klinikverbunds versorgt (siehe die folgende Abbildung).

Anzahl der COVID-Fälle der LVR-Kliniken (teil und vollstationär)
01.01.2020 - 30.06.2022



Während der ersten Welle der Pandemie zeigte sich im Vergleich zum entsprechenden Zeitraum des Vorjahres ein Rückgang der voll- und teilstationären Fallzahlen um 25 %, der im teilstationären Versorgungsbereich relativ stärker als im vollstationären Bereich ausgeprägt war. Die Fallzahlreduktion betraf vorwiegend die affektiven Störungen und die Suchterkrankungen, während es bei einzelnen akuten psychischen Störungen zu einem Fallzahlenanstieg kam (Delir und akute polymorphe psychotische Störung). Die Analysen zum Versorgungsgeschehen in der ersten Pandemiewelle wurden bereits im Jahr 2021 international publiziert (*Zielasek et al., 2021*). Weiterführende Analysen im Berichtsjahr 2022 zeigten, dass diese Veränderungen in abgeschwächter Form überdauerten und nicht in engem zeitlichen Zusammenhang mit den einzelnen Hochphasen der Pandemie standen. Es wurde eine Zunahme von Zwangsmaßnahmen verzeichnet, die u.a. mit der konflikteskalierenden Wirkung der Durchsetzung von Hygieneschutzmaßnahmen bei Patient*innen mit akuten psychischen Erkrankungen in Zusammenhang stehen dürfte. Die Ergebnisse der Analysen bis Sommer 2022 wurden in einem Vortrag im IVF-Fortbildungstag sowie beim DGPPN-Kongress 2022 vorgestellt. Ein Manuskript zu den Analysen bis Sommer 2021 wurde im Winter 2022 von einer internationalen Fachzeitschrift zur Veröffentlichung angenommen (*Zielasek et al., 2022*).

Darüber hinaus wurden im Berichtszeitraum erste Analysen zur Versorgungssituation im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt. Diese zeigten einen starken Rückgang der Fallzahlen im ersten Halbjahr 2020 mit darauffolgender Stabilisierung der Fallzahlen auf dem Niveau der Vorjahre ab August 2020. Die vollstationäre Verweildauer reduzierte sich signifikant von 10-12 Tagen in den Jahren 2017-2019 auf 8 bis 9 Tage in den Pandemie Jahren 2020/2021 (März 2020 bis Juli 2021). Des Weiteren stieg der Anteil an Mädchen (+6%) sowie an Adoleszenten (14-17 Jahre; +4%) im untersuchten Pandemiezeitraum signifikant an. Im Hinblick auf die kodierten Hauptdiagnosen nahmen affektive Störungen (+7%) sowie Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (+1%) im Bereich der KJPPP signifikant zu. Weitere Analysen hierzu sind im Rahmen einer Promotionsarbeit in Planung.

2.2 Projekte von LVR-Kliniken in Kooperation mit dem LVR-IVF

Das LVR-IVF kooperierte auch in diesem Berichtsjahr mit Arbeitsgruppen und Mitarbeitenden aus den LVR-Kliniken hinsichtlich der Evaluation neuer Versorgungsangebote sowie hinsichtlich wissenschaftlicher Auswertungen von Routinedaten. Zu diesen Projekten gehören:

- **Evaluation eines Modells der Integrierten Versorgung an der LVR-Klinik Köln (EVA-NETZ):** Das LVR-IVF evaluiert ein sektorübergreifendes Modell der Integrierten Versorgung, das im Rahmen des bundesdeutschen Netzwerks psychische Gesundheit (NWpG) an der LVR-Klinik Köln durchgeführt wird. Partner im NWpG Köln sind der Kölner Verein für Rehabilitation e. V., die LVR-Klinik Köln sowie mehrere Krankenkassen wie u. a. Techniker Krankenkasse, AOK, Pronova BKK und weitere Betriebskrankenkassen. Es werden zum einen Routinedaten aus den elektronischen Krankenakten wie die Art und Anzahl der Diagnosen sowie die Anzahl der stationären Behandlungstage ausgewertet. Zum anderen kommen standardisierte klinische Fragebögen zur Erfassung der Lebenszufriedenheit und der Symptombelastung zum Einsatz. Schließlich werden spezifische Erhebungsinstrumente zum Beispiel zur Erfassung der Therapieelemente genutzt, die zum Teil im Rahmen des Projektes neu entwickelt wurden. Die Baselinebefragungen und die Nachbefragungen sechs, zwölf und 24 Monate nach Einschluss in die Integrierte Versorgung wurden im Sommer 2021 abgeschlossen. Nach abgeschlossener Überprüfung der Datenqualität und

Datenplausibilität erfolgten im Berichtsjahr vorläufige Auswertungen, die im Vergleich der Patient*innen der Integrierten Versorgung zu Patient*innen der Kontrollgruppe u.a. eine höhere Behandlungszufriedenheit zeigten. Die finalen Analysen und eine wissenschaftliche Publikation sind für Anfang 2023 geplant.

- **Analyse der Polypharmazie bei Patient*innen mit geistiger Behinderung:** Hierzu fanden Ende 2022 erste Gespräche mit einer Arbeitsgruppe aus zwei Abteilungsleitungen und zwei weiteren Ärztinnen der LVR-Klinik Langenfeld statt. Vorgesehen ist eine medizinische Promotionsarbeit, die die Verbreitung der Polypharmazie bei Patient*innen mit geistiger Behinderung im Vergleich zu anderen Patient*innen untersuchen soll. Des Weiteren soll eine detaillierte Wirkstoffanalyse von polypharmazeutischen Behandlungen bei Patient*innen mit geistiger Behinderung erfolgen.

3 Projekte mit Drittmittelförderung

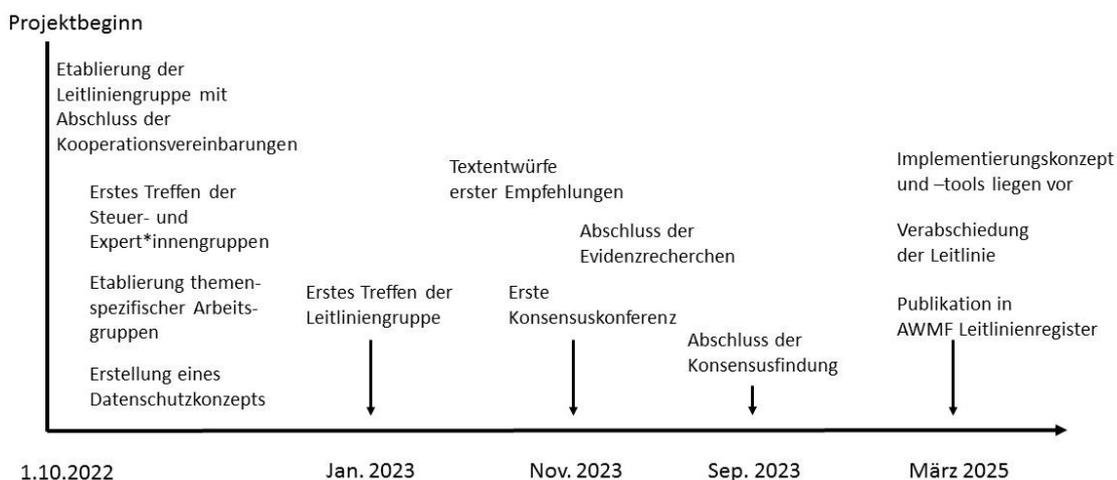
3.1 LL-KoPsS: S3-Leitlinie Psychose mit komorbider substanzbezogener Störung

Förderung: Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Förderdauer: Oktober 2022 – März 2025

LL-KoPsS ist ein durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördertes Drittmittelprojekt zur Entwicklung der AWMF-S3-Leitlinie „Psychose mit komorbider substanzbezogener Störung“ unter Konsortialführung des LVR-IVF. Federführende Fachgesellschaften sind die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) und die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht). Die Projektleitung und Koordination der Leitlinienentwicklung obliegt dem LVR-IVF. Projektstart war am 1. Oktober 2022. Die folgende Abbildung zeigt den Zeitplan des Projekts.

Zeitplan Leitlinie Komorbidität Psychose und Sucht



Gemäß dem Regelwerk der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) wird die Leitlinienentwicklung in einem transparenten, strukturierten, evidenz- und konsensbasierten Prozess mit einer für den Nutzerkreis der Leitlinie repräsentativen Leitliniengruppe umgesetzt. Den Kern der Leitliniengruppe bildet eine Steuergruppe, deren Mitglieder die Leitlinie von Anfang an und in ihrer gesamten Breite gemeinsam entwickeln. Unterstützt wird die Steuergruppe durch eine Expert*innengruppe mit für ihre jeweiligen Bereiche ausgewiesene Expert*innen, die u.a. einschlägige Erfahrungen in der Entwicklung von Leitlinien haben und ihre Expertise themenbezogen einbringen. Die Mitglieder der Steuer- und Expert*innengruppen treffen sich regelmäßig, um Inhalte und Prozesse abzustimmen. Zusätzlich stimmt eine Konsensusgruppe über die Leitlinienempfehlungen auf der Basis der Evidenzrecherchen und der Vorschläge der Steuer- und Expert*innengruppe während Konsensuskonferenzen ab. Die Konsensusgruppe besteht aus Vertreter*innen von 30 Fachgesellschaften und -verbänden sowie Betroffenen und deren Angehörigen.

Zu Beginn der Förderung erfolgte die Einstellung zweier wissenschaftlicher Mitarbeiter*innen. Die ersten Meilensteine konnten im Jahr 2022 alle fristgerecht eingehalten werden. Diese umfassten die

Erarbeitung eines Datenschutzkonzeptes und die Etablierung der Leitliniengruppe bestehend aus Steuer-, Expert*innen und Konsensusgruppe. Dabei wurden mit allen Beteiligten Kooperationsvereinbarungen geschlossen sowie mögliche Interessenkonflikte geprüft und bewertet. Ein enger Austausch erfolgte zudem mit der Steuer- und Expert*innengruppe im Rahmen von zwei virtuellen Sitzungen. Dabei wurden organisatorische Prozesse sowie inhaltliche Aspekte (z.B. die Kapitelstruktur der Leitlinie) abgestimmt. Erste klinische Fragestellungen/PICO-Fragen der Leitlinie wurden entworfen und diskutiert. Diese sollen Anfang 2023 im Rahmen der Auftaktsitzung der Leitliniengruppe beraten werden.

3.2 I-REACH: Internet-based Refugee Mental Healthcare

Förderung: Bundesministerium für Forschung und Bildung (BMBF)

Förderdauer: April 2019 – Januar 2024

I-REACH ist ein durch das Bundesministerium für Forschung und Bildung (BMBF) gefördertes Konsortium unter der Leitung von Frau Professor C. Knaevelsrud (FU Berlin). Ziel des Konsortiums mit fünf Teilprojekten ist die Förderung und Evaluierung internetbasierter diagnostischer und therapeutischer bzw. therapieunterstützender Ansätze für Geflüchtete mit psychischen Störungen (<https://www.mentalhealth4refugees.de/de/i-reach>). Das vom LVR-IVF geleitete Teilprojekt 4 (TP4) untersucht die Implementierung einer internetbasierten Kommunikationsunterstützung im Rahmen eines Blended Care Ansatzes in der teil- und vollstationären psychiatrischen Versorgung von Arabisch und Farsi-sprechenden Geflüchteten. Die Studie wird multizentrisch in acht psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland durchgeführt, wobei vier Kliniken der Interventions- und vier der Kontrollgruppe zugeordnet sind.

In den Jahren 2019 und 2020 war das LVR-IVF im Rahmen der Entwicklung der App im Teilprojekt 2 (TP2) mit einem kleinen Stellenanteil unterstützend tätig gewesen. Im Rahmen der CoVid-Pandemie kam es dabei zu erheblichen Verzögerungen. Im Jahr 2021 stand der Prozess der Anpassung der App an die Bedingungen der stationären klinischen Versorgung im *blended care* Ansatz im Vordergrund. Bei diesem umfangreichen Prozess, der in Zusammenarbeit zwischen dem TP2 und dem TP4 erfolgte, gab es weitere pandemiebedingte Verzögerungen, so dass die App unter dem Namen „ALMAMAR“ erst im Dezember 2021 in einer vorläufigen, deutschsprachigen Version im Google Play Store und im App Store veröffentlicht wurde. Im 1. Quartal des Berichtsjahres 2022 erfolgten in Zusammenarbeit mit den Projektpartnern aus dem TP2 weitere Anpassungen an der App für Patient*innen (d.h. Übersetzung in Farsi und Arabisch und Änderungen am App-Design) und am Admin Panel (in der Bedienoberfläche für Behandelnde).

Nach Finalisierung der App ALMAMAR wurden im 1. Quartal 2022 die Kick-off Veranstaltung in der Interventionsgruppe und in der Kontrollgruppe in einem digitalen Format durchgeführt. Anschließend wurden in den teilnehmenden LVR-Kliniken die Schulungsveranstaltungen für die fallverantwortlichen Ärzt*innen und Psycholog*innen sukzessive durchgeführt (Hybrid- und Präsenzformat). Die erste Schulung wurde im März 2022 in der LVR-Klinik Köln durchgeführt und die einzelnen Kliniken begannen ab dem 01.06.2022 sukzessive mit der Rekrutierung von Patient*innen der Zielgruppe. Nachschulungen wurden regelmäßig durchgeführt. Die geplante Rekrutierungszeit beträgt 24 Monate. Es gibt ein bislang informelles positives Signal des Fördermittelgebers hinsichtlich einer Verlängerung der Projektlaufzeit, die aufgrund der 16-monatigen Verzögerung bei der App-Entwicklung erforderlich sein wird. Bis zum Jahresende 2022 konnten 12 Patient*innen für das TP4 der Studie I-REACH rekrutiert

werden. Damit ist die Rekrutierung bislang nicht zufriedenstellend. Hier dürften mehrere Faktoren eine Rolle spielen, die sich aktuell ähnlich in allen Verbänden zeigen, die mit Förderung des BMBF zu Themen der Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten forschen. Noch im Berichtszeitraum wurden seitens des LVR-IVF mehrere Maßnahmen geplant und eingeführt, um den Bekanntheitsgrad des Projektes und die Rekrutierung von Patient*innen in den Kliniken zu befördern, so wurden z.B. regelmäßig Newsletter an alle teilnehmenden Kliniken versendet. Parallel dazu wurde seit Ende 2022 über mögliche förderliche Modifikationen des Studienprotokolls nachgedacht und mit der Konsortialführung besprochen. Eine Entscheidung hierzu soll im 1. Halbjahr 2023 getroffen werden.

Damit im Studienzeitraum regelmäßige Monitoringvisiten in den acht teilnehmenden LVR-Kliniken durchgeführt werden können, unterstützt seit dem 15.10.2022 eine Studienassistentin (study nurse) mit 0,75 VK das I-REACH Projektteam. Ebenso wurde für das Querschnittsprojekt PrevDrop (Untersuchung von Dropout im Rahmen des I-REACH Projekts) eine studentische Hilfskraft über einen Werkvertrag mit der Freien Universität Berlin eingestellt.

Eine erste Publikation zur Veröffentlichung des Studienprotokolls ist in Vorbereitung. Im Berichtsjahr wurde ein Übersichtsartikel zum Thema der Implementierung von Apps im Klinikalltag in einer internationalen Fachzeitschrift publiziert (Zielasek et al., 2022).

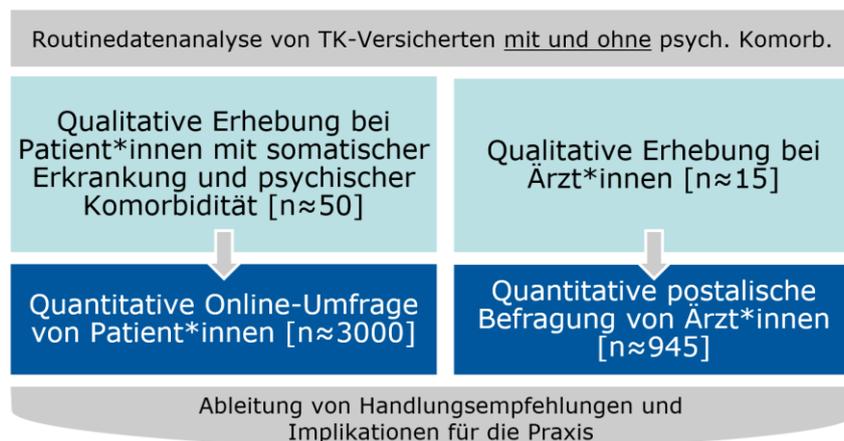
3.3 SoKo: Die Somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität

Förderung: Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Förderdauer: Juli 2020 – Juni 2024



Ziel des Projektes SoKo ist die Analyse der somatischen Versorgung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dabei wird in insgesamt fünf Arbeitspaketen mittels Routinedaten einer Krankenkasse sowie mittels Primärdatenerhebungen zur Perspektive von Betroffenen und Behandelnden die somatische Versorgung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen analysiert. Das LVR-IVF hat die Konsortialführung und kooperiert mit den Konsortialpartnern LVR-Klinikum Düsseldorf und der Landesvertretung NRW der Techniker Krankenkasse (TK-NRW). Zunächst sollen die Routinedaten der Versicherten mit der Diagnose bestimmter häufiger somatischer Erkrankungen und mit bzw. ohne psychische Komorbidität analysiert werden. Durch zusätzliche Erhebungen und Analysen der Befragungen von Patient*innen mit einer somatischen Diagnose und psychischer Komorbidität sowie von Versorgenden (Haus- und Fachärzt*innen) im Mixed-Methods-Design (qualitative und quantitative Methoden) sollen Förderfaktoren und Barrieren in der somatischen Versorgung von Menschen mit psychischer Komorbidität identifiziert werden. Die folgende Abbildung zeigt die Struktur des Projekts.



Im Berichtsjahr 2022 wurde weiterhin intensiv an der Plausibilisierung und Klärung der eingereichten anonymisierten Abrechnungsdaten der TK-NRW gearbeitet (Arbeitspaket 1). Die Behebung von Auffälligkeiten wurde mit der TK-NRW detailliert besprochen, sodass ein vorläufig finaler Datenabzug im August 2022 erfolgte. Die Daten wurden im September 2022 an das LVR-IVF übermittelt und wurden im 4. Quartal 2022 erneut umfangreich geprüft und plausibilisiert. Letzte verbleibende Auffälligkeiten sind aktuell noch zwischen den Konsortialpartnern in Klärung.

Parallel dazu wurden die qualitativen Untersuchungen mit Betroffenen und Professionellen im Sommer 2022 abgeschlossen. Es wurden insgesamt 45 Interviews mit Betroffenen geführt (Arbeitspaket 2). Hinzu kamen zwei Fokusgruppen (n=8 Teilnehmende) und ein Einzelinterview mit Ärzt*innen der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere, Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und psychotherapeutisch tätigen Ärzt*innen (Arbeitspaket 3). Die qualitativen Transkripte wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Zudem dienten die Erkenntnisse aus den Interviews und Fokusgruppen als Grundlage für die Entwicklung der Fragebogen für die nachfolgenden quantitativen Projektpakete.

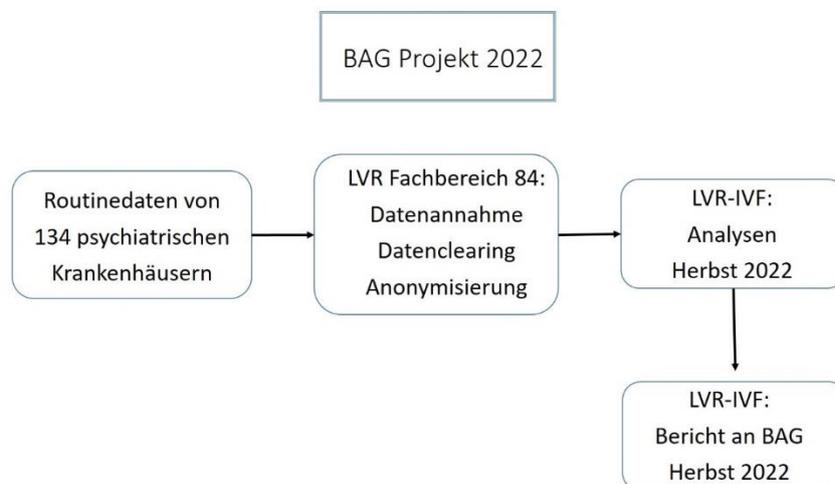
Im Rahmen der Entwicklung des Fragebogens für die Online-Befragung von Patient*innen (Arbeitspaket 4) hat das Studienteam mit Kolleg*innen der Psychologischen Hochschule Berlin zusammengearbeitet. Die Rekrutierung der Teilnehmenden hat die Techniker Krankenkasse übernommen. Dazu wurde im Berichtsjahr eine repräsentative Stichprobe von 40.000 Versicherten zur Befragung eingeladen. Weiter wurde ein Fragebogen für eine schriftliche Befragung von Ärzt*innen der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere, Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen vorbereitet (Arbeitspaket 5). Es ist geplant eine repräsentative Stichprobe von n=6.300 Ärzt*innen aus Nordrhein-Westfalen einzuladen an der Befragung teilzunehmen. Die Adressen wurden über die zuständigen Ärztekammern ermittelt. Der Versand des Papierfragebogens mit einer gleichzeitigen Einladung zu einer Online-Umfrage wird im 1. Quartal 2023 erfolgen.

Gemeinsam mit Wissenschaftler*innen der Allgemeinmedizin der Universitätsklinik Düsseldorf und der Psychologischen Hochschule Berlin wurde ein Symposium mit vier Vorträgen zur Versorgung von Menschen mit somatischen und psychischen Komorbiditäten auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde im Herbst 2022 in Berlin organisiert. Darüber hinaus wurde das Projekt und erste Zwischenergebnisse im IVF-Fortbildungstag im September 2022 vorgestellt. Das Studienteam hat im Berichtsjahr die Methodik des SoKo-Projekts detailliert als wissenschaftliche Publikation beschrieben (study protocol). Das Manuskript soll im 1. Quartal 2023 in einer englischsprachigen Fachzeitschrift eingereicht werden.

3.4 Auswertung der Routinedaten der BAG-Psychiatrie (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser)

In der Nachfolge der LVR-Verbundzentrale wurde das LVR-IVF ab dem Jahr 2016 mit einer Neukonzeption und der Durchführung der jährlichen Analysen der §21-Daten der psychiatrischen Kliniken in Trägerschaft der BAG-Mitglieder beauftragt. Die Arbeiten werden durch die BAG-Psychiatrie finanziell unterstützt.

Für das Datenjahr 2021 wurden die Daten von 134 Kliniken ausgewertet. Im ersten Quartal 2022 fanden Gespräche zwischen dem LVR-IVF und der BAG zur Weiterentwicklung des Berichtsformats sowie zur wissenschaftlichen Nutzung der Analysen statt. Unter anderem wurden erstmalig ab dem Bericht 2022 (Datenjahr 2021) Zeitreihenanalysen erstellt. Des Weiteren erfolgten Modifikationen bei einzelnen Analysen sowie im Design der Ergebnisdarstellung. Der BAG-Bericht 2022 (Datenjahr 2021) wurde im November 2022 fertiggestellt und an die BAG versendet. Die folgende Abbildung fasst den Projektverlauf im Jahr 2022 zusammen.



3.5 eMEN: e-Mental Health innovation and transnational implementation platform North-West Europe

Förderung: Europäischer Strukturfonds Interreg North West Europe

Förderdauer: Mai 2016 – November 2019; Verlängerung zunächst bis Mai 2020 und weitere Verlängerung als zweite Förderperiode bis Dezember 2021

Das unter niederländischer Konsortialführung stehende multinationale Projekt zur Implementierung und Evaluation von e-Mental-Health-Anwendungen wurde insgesamt mit zwei Verlängerungen bis Ende 2021 über fünfeinhalb Jahre gefördert. Das LVR-IVF war im Jahr 2022 an der weiteren Ergebnisaufbereitung gemeinsam mit den früheren Projektpartnern beteiligt, wobei die Überarbeitung und Aktualisierung der im Jahr 2021 erstellten Schulungsfolien für die Unterstützung der Kliniken bei der Implementierung von eMental Health Anwendungen im Vordergrund stand. Außerdem unterstützte das LVR-IVF die Rekrutierung von Teilnehmer*innen für eine Online-Befragung der niederländischen Konsortialführung und war an der Datenanalyse beratend beteiligt. Das internationale eMEN-Abschluss-symposium fand als Online-Veranstaltung am 12. Mai 2022 mit Beteiligung des LVR-IVF statt.

3.6 PsyKom: Psychosoziale Komplexbehandlung bei Psychischer Erkrankung

Förderung: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS)

Förderdauer: Juli 2017 – Dezember 2019; Verlängerung bis Juni 2020

Das Projekt PsyKom zielte auf eine Verbesserung der Versorgung psychisch schwer erkrankter Menschen, die die vorhandenen psychosozialen Hilfen nicht nutzen, eine eingeschränkte soziale Teilhabe aufweisen und gehäuft stationär, insbesondere unfreiwillig, aufgenommen werden. Die Versorgung im Projekt PsyKom wurde durch ein multiprofessionelles Team von Komplexbetreuenden (KoBs) koordiniert. Sie setzte vorrangig am Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung an und ermöglichte individuell abgestimmte, bedarfsorientierte sektor- und leistungsträgerübergreifende koordinative Leistungen. Das Projekt wurde in Kooperation mit der LVR-Klinik Köln durchgeführt und im Jahr 2020 erfolgreich abgeschlossen. Es zeigte sich, dass etwa zwei Drittel der Gruppe der schwer psychisch erkrankten Patient*innen von dem psychosozialen Komplexmodell profitierten und im Verlauf weniger stationäre Behandlungstage aufwiesen. Einige therapeutische Erfolge waren sehr beeindruckend und selbst dann erzielbar, wenn zuvor lange Phasen sehr ungünstiger Verläufe mit Chronifizierung von Krankheitssymptomen und erheblichen psychosozialen Einschränkungen vorlagen.

Das erste wissenschaftliche Manuskript über das Projekt wurde im Jahr 2022 veröffentlicht (*Reinhardt et al., 2022*). Eine weitere Publikation zu den Ergebnissen der qualitativen Befragung von Patient*innen und Professionellen wurde im Berichtsjahr zur Veröffentlichung eingereicht.

3.7 WohnLos: Wohnungslosigkeit bei psychischer Erkrankung: Risikofaktoren, Auswirkungen, Interventionen: Eine Bestandsaufnahme in Nordrhein-Westfalen

Förderung: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW

Förderdauer: Oktober 2019 – September 2021; Verlängerung bis Dezember 2021

Das Projekt WohnLos umfasste eine klinisch-epidemiologische Bestandsaufnahme zum Problemfeld Wohnungslosigkeit bei Patient*innen mit psychischen Störungen in NRW. Das Projekt wurde unter Federführung des LVR- Instituts für Versorgungsforschung (LVR-IVF) in Kooperation mit dem LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit (LWL-FiSG) (Prof. Dr. Georg Juckel, Bochum) durchgeführt. Das Ausmaß des Problems der Wohnungslosigkeit und des Lebens in prekären Wohnverhältnissen sollte bei psychisch erkrankten Menschen mit dem Schwerpunkt auf stationär behandelte Patient*innen erhoben werden. Zusätzlich sollten Risikoprofile bzw. die assoziierten klinischen und soziodemographischen Kontextfaktoren erfasst werden. Das Projekt umfasste fünf Arbeitspakete, in denen retrospektive Auswertungen von Routinedaten der LVR- und LWL-Kliniken sowie prospektive Erhebungen durch standardisierte schriftliche Befragungen des Personals in LVR- und LWL-Kliniken, in weiteren psychiatrischen Kliniken in NRW und in Einrichtungen der Sozialen Rehabilitation in NRW umgesetzt wurden.

In den aufwändigen Stichtagserhebungen der Studie wurden hohe Prävalenzen von Wohnungslosigkeit (durchschnittlich ca. 7,5%) und prekären Wohnverhältnissen (durchschnittlich ca. 8%) bei den stationär behandelten Patient*innen in den teilnehmenden Kliniken des LVR- und LWL-Klinikverbunds ermittelt. Im Vergleich dazu führte die retrospektive Auswertung der Routinedaten zu einer deutlichen Unterschätzung der Problematik (Prävalenz von Wohnungslosigkeit durchschnittlich ca. 2,5%; prekäre

Wohnverhältnisse nicht erfasst). Mit beiden methodischen Ansätzen (retrospektive Erhebung vorliegender Routinedaten und prospektive Stichtagserhebungen) zeigte sich eine erhebliche Varianz bei den Prävalenzen, die in Kliniken in städtischen Gebieten sowie im Rheinland höher waren (Wohnungslosigkeit bis zu 17%, prekäre Wohnverhältnissen bis zu 19%).

Im Frühjahr 2022 wurde ein ausführlicher Abschlussbericht erstellt und beim Förderer eingereicht. Die Ergebnisse der Routinedatenanalyse wurden im Januar 2022 publiziert (*Hausleiter, Lehmann et al., 2022*). Ein zweites englischsprachiges Manuskript zur Problematik der Wohnungslosigkeit im Vorfeld des Einzugs von Betroffenen in Einrichtungen der Sozialen Rehabilitation wurde ebenfalls im Berichtsjahr eingereicht und bereits zur Publikation angenommen (*Überberg, Heinz et al., in Druck*). Zwei weitere Manuskripte sind in Vorbereitung.

3.8. CANDY: CAre appropriate to the Needs of breast cancer patients with Disability

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)

Laufzeit: April 2019-März 2020



Hauptziel des Projektes CANDY war es, mittels eines qualitativen Methodenansatzes (Einzelinterviews) erlebte behinderungsspezifische Barrieren, kommunikative Schwierigkeiten bei der Wissensvermittlung und Informationsbedarfe von Brustkrebspatientinnen mit unterschiedlichen vorbestehenden Behinderungsarten (körperlich, seelisch, geistig, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung) zu erheben, um weitere Forschungsdesiderate abzuleiten. Das Projekt wurde im Juni 2020 abgeschlossen. Eingeschlossen wurden 23 Patient*innen mit körperlichen Behinderungen/chronischen körperlichen Erkrankungen, Sinnesbehinderungen, psychischen Erkrankungen oder geistiger Behinderung. Es zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Themen Kommunikation, Barrieren und Bedarfe zwischen Patient*innen mit psychischer Erkrankung/geistiger Behinderung und Patient*innen mit körperlicher Behinderung/ Sinnesbehinderung/chronischer körperlicher Erkrankung. Patient*innen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung haben eher Schwierigkeiten, sich selbstständig im Gesundheitssystem zurecht zu finden und sind vermehrt auf die Unterstützung von Angehörigen angewiesen.

Im Berichtsjahr 2022 wurde ein Manuskript mit den Ergebnissen aus dem Projekt in einer Fachzeitschrift veröffentlicht (*Klee et al., 2022*).

4 Drittmittelanträge

Im Berichtsjahr stellte das LVR-IVF als Konsortialführung und Gesamtprojektleitung einen Förderantrag beim Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Darüber hinaus beteiligte sich das LVR-IVF an drei weiteren Anträgen als Konsortial- bzw. Kooperationspartner. Im Einzelnen handelte es sich folgende Anträge:

- 1) Im Mai 2022 reichte das LVR-IVF einen Antrag in der Ausschreibungsrunde „Neue Versorgungsformen“ beim Innovationsfonds des G-BA ein. Dabei handelte es sich um die Entwicklung und Implementierung einer telepsychiatrisch unterstützten psychosozialen Komplexbehandlung für schwer psychisch Erkrankte auf der Basis des früheren PsyKom-Projektes (Akronym: **TelePsyKom**). Die Antragstellung erfolgte in Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse sowie den LVR-Kliniken Köln und Langenfeld, den LWL-Kliniken Paderborn und Dortmund sowie den Vitos-Kliniken Kassel und Haina. Für die gesundheitsökonomische Evaluation wurde die Medical School Hamburg als Kooperationspartner gewonnen. Leider wurde der Antrag im November 2022 vom Innovationsfonds nicht zur Förderung vorgeschlagen.
- 2) Bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) wurde in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Palliativmedizin und der PMV Forschungsgruppe der Universitätsklinik Köln im Dezember 2022 ein Antrag zur Analyse von Versorgungsverläufen (**Patient Journeys**) von Menschen mit einer fortgeschrittenen lebenslimitierenden somatischen Erkrankung (LLE) und einer vorbestehenden, schweren und anhaltenden psychischen Störung (SMI) (Akronym: **SMI-LLE**). Bei diesem Antrag obliegt die Konsortialführung und Gesamtprojektleitung dem Zentrum für Palliativmedizin der Universitätsklinik Köln. Zum Zeitpunkt der Vorlage des vorliegenden Jahresberichts steht die Entscheidung der DFG noch aus.
- 3) Ein im Februar 2022 unter Federführung der Katholischen Universität Leuven (Belgien) eingereichter Antrag im Rahmen der EU-Horizon 2022-Ausschreibung war in der ersten Antragsstufe erfolgreich, sodass ab Mai 2022 die Antragsstellung der zweiten Antragsstufe erfolgte. Thema des Antrags war die partizipative Entwicklung einer Virtual Reality-Anwendung zum Training sozialer Fähigkeiten für Menschen mit Intelligenzminderung. LVR-IVF war hier als Konsortialpartner beteiligt. Der Antrag der zweiten Stufe wurde im September 2022 fristgerecht eingereicht. Leider wurde der Antrag im Dezember 2022 von der EU nicht zur Förderung angenommen.
- 4) Schließlich hat sich das LVR-IVF als externer Kooperationspartner an einer über das LVR-Klinikum Düsseldorf initiierten LVR-Beteiligung an einem Konsortialantrag mehrerer Universitäten der Region Aachen-Bonn-Köln-Düsseldorf zur Entwicklung einer digitalen Daten- und Forschungsplattform im neurowissenschaftlichen und psychiatrischen Bereich beteiligt. Konsortialführer ist das Forschungszentrum Jülich. Das LVR-IVF wird sich in der Co-Design Phase beteiligen und Kontakte zu nicht-universitären Nutzer*innen vermitteln. Der Antrag wurde im Februar 2023 durch das Ministerium für Wissenschaft und Kultur zur Förderung angenommen.

5 Fachtagungen/Fortbildungsveranstaltungen

Für die **LVR-Fokustagung 2022** stellte das LVR-IVF das wissenschaftliche Programm zusammen und beteiligte sich an den organisatorischen Vorbereitungen. Die LVR-Fokustagung fand am 30. März 2022 pandemiebedingt online zum Thema *Update Essstörungen – Prävention, Diagnostik und Therapie* statt.

In Absprache mit dem Dezernat 8 und dem Think Tank des Klinikverbunds wurde im Berichtsjahr das Thema der nächsten LVR-Fokustagung im Jahr 2023 festgelegt: *Update Posttraumatische Belastungsstörungen – Prävention, Diagnostik und Therapie*. Ebenfalls wurde nach Beratungen entschieden, dass das nächste LVR-Symposium im Jahr 2024 unter dem Arbeitstitel „*Klinik goes home - Flexibilisierung der Krankenhausversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen*“ vorbereitet werden soll. Das LVR-IVF hat im Jahr 2022 mit den notwendigen Programmplanungen begonnen und zunächst das wissenschaftliche Programm der LVR-Fokustagung 2023 fertiggestellt. Für das Programm des LVR-Symposiums 2024 fanden erste Beratungen mit der Leitung des Dezernats 8 sowie im Think Tank statt.

Der **jährliche IVF-Fortbildungstag** fand am 27. September 2022 als Präsenzveranstaltung statt. Bei der Veranstaltung wurde der LVR-IVF-Tätigkeitsbericht 2022 vorgestellt. Des Weiteren wurden in Fachvorträgen das Qualitätsindikatoren-Projekt, sowie erste Ergebnisse und Analysen aus den Projekten des Maßregelvollzugs und der Evaluation von Behandlungsvereinbarungen, sowie der Drittmittelprojekte I-REACH und SoKo dargestellt und diskutiert.

Die Programme der Veranstaltungen finden sich im Anhang 1.

6 Studentische Lehre/Seminare/Promotionen

Im Jahr 2022 fand regelmäßig der **Breakfast Club** als Fortbildung für die Wissenschaftlichen Mitarbeitenden des LVR-IVF statt. Er wird freitags in lockerer Abfolge (durchschnittlich zwei Mal monatlich) abgehalten. Thematischer Schwerpunkt des Jahres 2022 war die Diskussion und Beratung aktueller Institutsprojekte. Außerdem wurde die Veranstaltungsreihe *Primer for Beginners* fortgesetzt, in der neue Wissenschaftliche Mitarbeitende des LVR-IVF für die alltägliche Arbeit relevante Themen wie der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland eingeführt werden. Parallel dazu wurde als Ergebnis der Rückmeldung der Primer-Teilnehmenden ein spezielles Seminar *Good Scientific Writing* konzipiert, das erstmals ab Frühjahr 2023 angeboten wird.

In der nachfolgenden Tabelle 1 sind die Lehr- und Seminarveranstaltungen aufgelistet, die im Berichtsjahr stattfanden.

Tabelle 1. Lehr- und Seminarveranstaltungen im Berichtsjahr 2022

Datum	Thema	Referent*in
14.1.2022	Primer for Beginners (V)	J. Zielasek
21.1.2022	Primer for Beginners (VI)	J. Zielasek
28.1.2022	Primer for Beginners (VII)	J. Zielasek
4.2.2022	Primer for Beginners (VIII)	J. Zielasek
8.6.2022	„Making Room for Zoom“ - Online Fokusgruppen: Herausforderungen und Vorteile (Breakfast Club)	L. Schlomann
15.7. 2022	Evidenzbasierung forensischer Suchtbehandlung“	J. Querengässer
14.10.2022	Fragebogenentwicklung – Was ist zu beachten?	I. Schellartz
15.11.2022	Primer for Beginners (I)	J. Zielasek
1.12.2022	Primer for Beginners (II)	J. Zielasek
2.12.2022	Auswertung von Expert*innen-Interviews zur Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug	J. Querengässer
15.12.2022	Gute Wissenschaftliche Praxis	J. Zielasek
16.12.2022	Mediator- und Moderatoranalysen	L. Schlomann

Im Rahmen der **Vorlesungsreihe Interdisziplinäre Entscheidungen** der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf wird die Vorlesung *Einführung in die Rehabilitation – Das Beispiel Schizophrenie* durch den Wissenschaftlichen Koordinator des LVR-IVF gestaltet, außerdem beteiligt sich LVR-IVF am Studierendenunterricht im Bereich der wöchentlichen Fallvorstellungen. An der Universitätsklinik Köln wird innerhalb der **Hauptvorlesung Psychiatrie** das Thema *Ethische und Rechtliche Aspekte im psychiatrischen Alltag* durch die Fachliche Direktorin des LVR-IVF gestaltet.

Im Berichtszeitraum wurden mehrere medizinische **Promotionen** an der Universität zu Köln und an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf betreut. Bei den Promovierenden handelt es sich um

Studierende und Mitarbeitende aus den LVR-Kliniken Köln und Langenfeld. Die Promotionsthemen umfassen die Bereiche der COVID-Analysen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Polypharmazie, Patientenautonomie, Risikofaktoren für und Haltung zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, sowie psychische Gesundheit von Geflüchteten.

7 Vorträge

Das LVR-IVF berichtet regelmäßig in Fachvorträgen über Themen der Versorgungsforschung. Im Berichtsjahr wurde ein Teil der Veranstaltungen weiterhin im Online-Format durchgeführt. Die wissenschaftlichen Vorträge und Poster aus dem Berichtsjahr sind in der nachfolgenden Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2. Wissenschaftliche Vorträge und Poster im Berichtsjahr 2022

Datum	Veranstaltung	Vortrags-/Postertitel (Referent*in)
21.01.2022	Online Symposium Psychiatrische Versorgung der Zukunft, FEK Neumünster	Menschen mit schweren und komplexen psychischen Störungen in der Krankenhausversorgung (E. Gouzoulis-Mayfrank)
12.03.2022	7. Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein (online)	Zwangsbehandlung und Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung - Die Ärztliche Sicht (E. Gouzoulis-Mayfrank)
30.04.2022	19. Hausärztetag, Köln	Die somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität – Die SoKo Studie (L. Schlomann)
07.05.2022	49. Symposium des Instituts für Konfliktforschung e. V., Maria Laach	Vom Scheitern der Behandlungsprognose - Resümee nach 20 Jahren der Erforschung (J. Querengässer)
16.05.2022	Fachtagung Führungsaufsicht der DBH, Bonn	§ 64 StGB vor der (nächsten) Novelle - aktuelle Reformansätze und Herausforderungen forensischer Suchtbehandlung. (J. Querengässer)
17.06.2022	25. Junitagung der Charité, Berlin	Ausweg aus suchtbedingter Delinquenz? Über die Effektivität forensischer Suchtbehandlung. (J. Querengässer)
01.07.2022	22. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin, München	Doppeldiagnose Psychose und Sucht (E. Gouzoulis-Mayfrank)
28.07.2022	LVR-Klinik Düren	LVR-Qualitätsindikatoren 2021 (E. Gouzoulis-Mayfrank)
28.07.2022	LVR-Klinik Bonn	LVR-Qualitätsindikatoren 2021 (J. Zielasek)
09.09.2022	8. Sitzung des LVR-Gesundheitsausschusses, Köln	Tätigkeitsbericht des LVR-Instituts für Forschung und Bildung - LVR-Institut für Versorgungsforschung - vom 01.01.2021 - 31.12.2021 (E. Gouzoulis-Mayfrank)
27.09.2022	Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	„Wer vieles bringt, wird manchem etwas bringen; Und jeder geht zufrieden aus dem Haus.“ Der Jahresbericht des LVR-Instituts für Versorgungsforschung 2021 (E. Gouzoulis-Mayfrank)
27.09.2022	Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	Fünf Jahre LVR-Qualitätsindikatoren – Ach ja, ach was und oh weh! (J. Zielasek)
27.09.2022	Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	Für immer die "Sorgenkinder" der Forensik? Intelligente Ansätze in der Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. (J. Querengässer)
27.09.2022	Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	Projekt I-Reach – Eine App für geflüchtete Menschen im LVR-Klinikverbund: Erste Erfahrungen und Erkenntnisse (I. Reinhardt)

27.09.2022	Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	„Wir können hier nur das Körperliche machen“ – die Versorgung von Patient*innen mit psychischen und komorbiden somatischen Erkrankungen aus Behandelnden- und Betroffenenperspektive (I.Schellartz und L.Schlomann)
27.09.2022	Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	Behandlungsvereinbarungen im LVR-Klinikverbund – wieviele, für wen und mit welchem Effekt? (C. Bahr)
27.09.2022	Fortbildungstag des LVR-IVF, Köln	Psychisch krank und wohnungslos, eine besonders vulnerable Gruppe - Die wichtigsten Ergebnisse aus dem Projekt WohnLos (E. Gouzoulis-Mayfrank)
06.10.2022	37. Münchner Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Forensischen Psychiatrie (AGFP), online	Für immer die "Sorgenkinder" der Forensik? Empfehlungen für die Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. (J. Querengässer)
06.10.2022	12th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, Rotterdam	Coercion in inpatient psychiatric treatment during the Covid-19 pandemic in the Rhineland region, Germany (E. Gouzoulis-Mayfrank)
17.10.2022	Keiner bleibt zurück – Tagung des zpbb (Zweckverband der katholischen psychiatrischen Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen), Köln	Perspektive Psychiatrische Krankenhausbehandlung: Problemfelder – Entwicklungsbedarfe – Gesundheitspolitische Forderungen (E. Gouzoulis-Mayfrank)
16.11.2022	LVR-Klinik Köln	LVR-Qualitätsindikatoren 2021 (E. Gouzoulis-Mayfrank)
24.11.2022	DGPPN-Kongress 2022	Inanspruchnahme stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsleistungen vor und während der COVID-19-Pandemie (S. Engemann, Posterbeitrag)
25.11.2022	DGPPN Kongress 2022	Komorbiditäten psychischer und somatischer Erkrankungen -Herausforderungen in der Behandlung von Patient*innen mit somatischen Erkrankungen und psychischen Komorbiditäten (L. Schlomann)
25.11.2022	DGPPN Kongress 2022	Entwicklung der Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Behandlungsleistungen seit Beginn der Pandemie – wohin geht die (weitere) Entwicklung? (J. Zielasek)
25.11.2022	DGPPN Kongress 2022	Versorgungsforschung bei Patient*innen mit Unterbringung nach BTG oder PsychKG (E. Gouzoulis-Mayfrank)
26.11.2022	DGPPN Kongress 2022	Komorbidität Psychose und Sucht – State of the Art (E. Gouzoulis-Mayfrank)
14.12.2022	Online Fachtagung Qualitätsindikatoren – Psychiatrische Behandlung messbar machen und optimieren. Vitos Akademie	Entwicklung und Implementierung von Qualitätsindikatoren für die Krankenhausbehandlung in der Psychiatrie und Psychotherapie - Stand der Entwicklung und Implementierung in Deutschland und im LVR-Klinikverbund (E. Gouzoulis-Mayfrank)

8 Wissenschaftliche Publikationen

Im Folgenden sind die wissenschaftlichen Publikationen aufgeführt, die im Jahr 2022 veröffentlicht oder zur Veröffentlichung angenommen wurden. Des Weiteren sind auch Publikationen aufgeführt, die im Berichtsjahr eingereicht wurden und bis zur Erstellung des vorliegenden Berichts (31.03.2023) zur Publikation angenommen wurden. (Ko)Autor*innen des LVR-IVF wurden durch **Fettdruck** hervorgehoben.

Die Publikationen finden sich im Anhang 2.

8.1 Originalarbeiten

Haussleiter IS, Lehmann I, Ueberberg B, Heinz J, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E, Juckel G. Homelessness among psychiatric inpatients in North Rhine-Westphalia: a retrospective routine data analysis. *BMC Psychiatry* 2022; 22: 132. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03786-6>.

Klee I, Büscher H, Groß-Kunkel A, Pfaff H, Gouzoulis-Mayfrank E, Groß SE. Die onkologische Versorgung von Brustkrebspatientinnen mit vorbestehender Behinderung — Ergebnisse einer qualitativen Studie über wahrgenommene Barrieren, kommunikative Schwierigkeiten und Bedarfe. *Das Gesundheitswesen* 2022. DOI: 10.1055/a-1967-9960.

Querengässer J, Baur A, Bezzel A, Körkel J, Schlögl C. Zieloffenheit in forensischer Suchttherapie - Alternativen zur impliziten Abstinenzorientierung sind rechtlich zulässig und therapeutisch sinnvoll. *Recht & Psychiatrie* 2023; 41(1): 3-8. DOI: 10.1486/rp-01-2023_01.

Querengässer J, Hein N, Schiffer B. Legalbewährung ehemaliger Maßregelvollzugspatienten nach einer Verhältnismäßigkeitserledigung gem. § 67d Abs. 6 Strafgesetzbuch. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 2022. <https://doi.org/10.1515/mks-2022-0013>.

Querengässer J, Traub HJ. Auslaufmodell verminderte Schuldfähigkeit? Die Dichotomisierung der Neuauordnungen gem. §§ 63/64 Strafgesetzbuch. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform.* (Zur Veröffentlichung angenommen)

Reinhardt I, Heinz J, Zielasek J, Engemann S, Gouzoulis-Mayfrank E. Psychosoziale Komplexbetreuung bei schwerer psychischer Erkrankung: Implementierung und Begleitevaluation eines sektorübergreifenden Versorgungsmodells an einem psychiatrischen Fachkrankenhaus. *Psychiatrische Praxis* 2022. doi:10.1055/a-1706-0217.

Ueberberg B, Heinz J, Haussleiter IS, Lehmann I, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E, Juckel G. Homeless and mentally ill: An analyses from the perspective of the residential care facilities. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health* 2023. doi:10.1007/s40737-022-00326-z.

Weide A, Vrinssen J, Karasch O, Blumenröder T, Staninska A, Engemann S, Banger M, Grümmer M, Marggraf R, Muysers J, Rinckens S, Scherbaum N, Supprian T, Tönnesen-Schlack A, Mennicken R, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie – Reale Praxis in einem Verbund psychiatrischer Kliniken. *Der Nervenarzt* 2022. doi: 10.1007/s00115-022-01419-7.

Zielasek J, Lehmann I, Vrinssen J, Gouzoulis-Mayfrank E. Analysis of the utilisation, processes and outcomes of inpatient mental healthcare during the first three waves of the COVID-19 pandemic in the federal state of North Rhine Westphalia, Germany. *Frontiers in Psychiatry* 2022. doi: 10.3389/fpsy.2022.957951.

8.2 Übersichtsarbeiten

Zielasek J, Reinhardt I, Schmidt L, Gouzoulis-Mayfrank E. Adapting and Implementing Apps for Mental Healthcare. *Current Psychiatry Reports* 2022. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01350-3>.

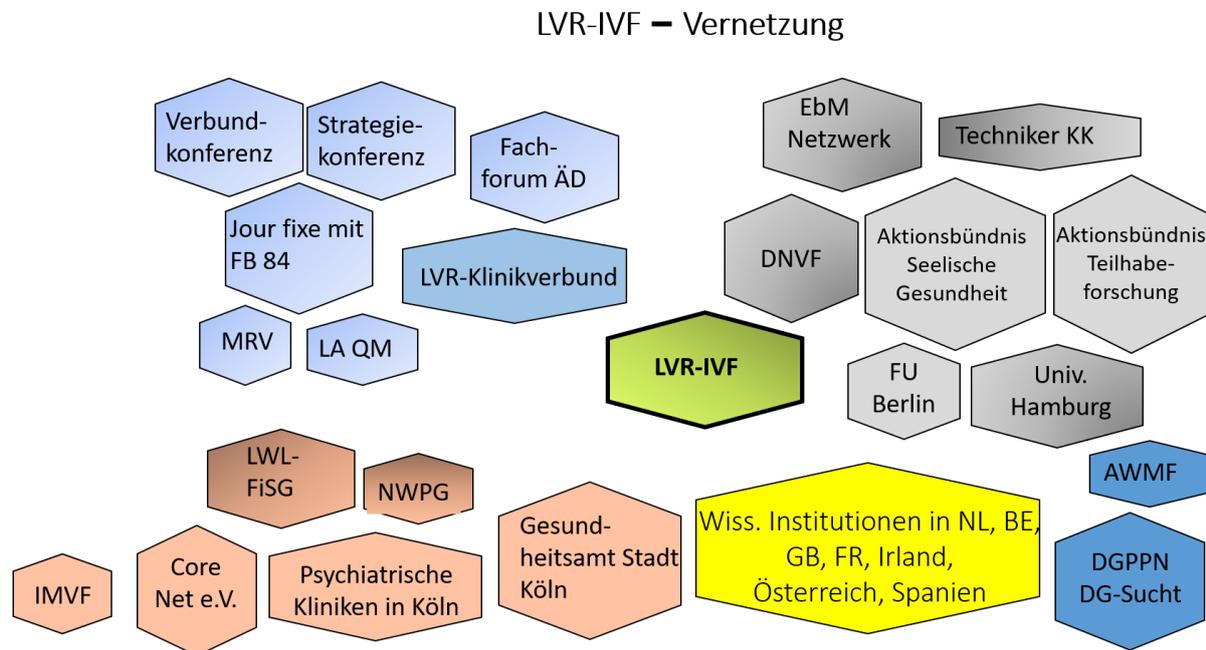
8.3 Weitere Publikationen (Redaktionelle Beiträge, Diskussionspapiere, Kurzberichte und Editorials)

Querengässer J. Störungen durch psychotrope Substanzen. In: B. Völlm & B. Schiffer (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie*. Springer. Im Druck.

Querengässer J, Baur A, Berthold D. Skizze eines neuen § 64 StGB - Alternativen und Ergänzungen zum Reformvorschlag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe. *Kriminalpolitische Zeitschrift* 2022; 7(3): 168-174.

9 Vernetzung

Das LVR-IVF ist sowohl LVR-intern und regional, als auch national und international mit einer Vielzahl von Projektpartnern vernetzt sowie in verschiedenen einschlägigen Fachgruppen vertreten. Die folgende Abbildung fasst diese Vernetzung grafisch zusammen.



Das LVR-IVF ist innerhalb des **LVR-Klinikverbunds** stark vernetzt und mit seiner Expertise als Partner und Berater in verschiedenen Ausschüssen, Gremien und Arbeitsgruppen wie dem ThinkTank, dem Lenkungsausschuss Qualitätsmanagement, der Strategiekonferenz und dem Arbeitskreis Gewaltprävention vertreten. Die einzelnen **Kliniken des LVR-Klinikverbunds** nehmen an Projekten teil, die seitens des LVR-IVF initiiert werden (z. B. Projekte I-REACH, WohnLos, s. Abschnitt 3), andererseits berät und unterstützt das LVR-IVF die forschungsaktiven und -interessierten Gruppen sowie Mitarbeitenden aus den LVR-Kliniken hinsichtlich eigener Projekte und Evaluationen (s. Abschnitt 2.2).

Außerhalb des LVR bestehen durch die Institutsleitung langfristig gewachsene, enge Kontakte zur Universität zu Köln. Seitens des Wissenschaftlichen Koordinators und des Stellvertretenden Fachlichen Direktors des LVR-IVF besteht eine Verbindung zur Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, nicht zuletzt im Zuge von Promotionen und Vorlesungstätigkeit. Ferner ist das Institut mit verschiedenen universitären, städtischen und klinischen Einrichtungen in und um Köln vernetzt im Rahmen von gemeinsamen Projekten. Dazu zählen an der Universität zu Köln das Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVF) sowie das Zentrum für Palliativmedizin. Zudem engagiert sich das LVR-IVF bei CoreNet, einem Kölner interdisziplinären Kompetenznetzwerk aus Forschung und Praxis, das sich für eine bessere Versorgung von Patient*innen in Köln einsetzt. Darüber hinaus sind die Vernetzung und Kooperation mit den psychiatrischen Kliniken in Köln sowie mit dem Gesundheitsamt der Stadt Köln zu nennen. Mit dem *Netzwerk psychische Gesundheit Köln* (NWpG Köln) besteht eine Zusammenarbeit im Rahmen der Evaluation des Behandlungsprojektes Integrierte Versorgung des NWpG (EVA-NETZ; s. Abschnitt 2.2).

Mit der Partnerforschungseinrichtung des LWL, dem LWL-Institut für Seelische Gesundheit (LWL-FiSG), findet auch nach Abschluss des gemeinsamen Projektes WohnLos ein regelmäßiger fachlicher Austausch statt. Zudem ist der LWL-FiSG Kooperationspartner im Forschungsprojekt SoKo.

Seit November 2018 ist die Institutsdirektorin Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie ab 2023 President Elect der DGPPN. Es fanden gemeinsame Beratungen mit der DGPPN zu einem Antrag beim Innovationsfonds im Bereich der Leitlinienentwicklung statt, die in ein konkretes und erfolgreiches Antragsvorhaben mündeten (s. Abschnitt 3.1), in dem die DGPPN, die AWMF und das LVR-IVF eng zusammenarbeiten.

Über das Konsortialprojekt I-REACH bestehen Arbeitsbeziehungen mit den Instituten für Klinische Psychologie in Berlin, Leipzig und Dresden sowie mit dem Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (IGV) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Im Sinne der nationalen Vernetzung ist das LVR-IVF seit 2017 **Mitglied des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF)** und beteiligt sich aktiv an der Entwicklung von Stellungnahmen und Positionspapieren. Zudem ist das LVR-IVF Gründungsmitglied der im Herbst 2017 gegründeten Fachgruppe Seelische Gesundheit des DNVF.

Des Weiteren ist das LVR-IVF seit 2018 **Mitglied des Aktionsbündnis Teilhabeforschung**, dessen Arbeitskreis Partizipative Forschung sich seit 2021 am Dialog-Forum des LVR-IVF beteiligt. Das LVR-IVF ist regelmäßig bei Treffen des Arbeitskreises vertreten, wodurch sich wertvolle Anregungen für die eigenen Aktivitäten im Bereich der Dialog-Arbeit ergeben.

Mit dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (Standort Rostock/Greifswald, Standortsprecher Professor Dr. W. Hoffmann) wurde im Jahr 2020 eine Unterstützung des Projekts **CureDem** vereinbart. Ziel ist die Entwicklung eines nationalen Netzwerks für Versorgungsforschung im Bereich der dementiellen Erkrankungen. Das LVR-IVF wird auch künftig - wie bereits im vergangenen Jahr - bei der Entwicklung von Forschungsfragen und Forschungsstrukturen sowie bei der Durchführung von Fokusgruppen unterstützen. Gemeinsam mit dem Netzwerk wurde ein wissenschaftliches Symposium beim DGPPN-Kongress 2022 zum Thema der Versorgungsforschung bei psychisch Erkrankten in besonderen Versorgungssituationen gestaltet. Themen waren Patient*innen mit Zwangsunterbringung, Patient*innen mit Intelligenzminderung, Patient*innen im Maßregelvollzug und Patient*innen mit Demenzerkrankung.

Schließlich ist das LVR-IVF seit 2022 **Mitglied des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk)**.

Durch das Projekt eMEN kooperierte das LVR-IVF auf europäischer Ebene mit Projektpartnern in Belgien, Frankreich, Irland und den Niederlanden. Die Kontakte sind auch nach Abschluss des Projekts aktiv, so dass für das Jahr 2022 eine neue gemeinsame Antragsaktivität in einem europäischen Konsortium für den Bereich *e-Mental Health* angebahnt werden konnte (EU-Antrag zur Entwicklung einer Virtual Reality-Intervention für Menschen mit Intelligenzminderung; s. Abschnitt 4). Im Dezember 2022 wurde die Zusammenarbeit mit der Health Region Cologne-Bonn, die bereits seit 2019 besteht, im Zusammenhang mit Planungen für eine europäische Forschungsantragstellung im EU-Horizon 2023 Förderprogramm intensiviert. Am 13. Dezember 2022 erfolgte eine erste Besprechung des neuen Förderprogramms in einer internationalen Online-Konferenz mit dem Ziel, geeignete Calls zu identifizieren. Weitere Besprechungen sind ab Januar 2023 geplant.

Das **Dialog-Forum** des LVR-IVF findet seit 2018 einmal jährlich statt und dient der Vernetzung mit Betroffenen und Angehörigen zu Zwecken der partizipativen Entwicklung und Beratung von gemeinsamen Forschungsvorhaben. Pandemiebedingt fand auch im Berichtsjahr 2022 das Dialog-Forum als Online-Veranstaltung am 15. März 2022 statt. Es nahmen Mitarbeitende des Instituts, des einer Teilnehmerin war ein Konzept der Angehörigen Peer-Schulung in Hamburg, das mittlerweile sehr nachgefragt ist und interessante Anregungen für die eigenen dialogischen Vernetzungsaktivitäten ergab. Die bis dahin vorliegenden Zwischenergebnisse der drei Arbeitsgruppen wurden im Dialog-Forum vorgestellt und diskutiert mit dem Ergebnis, dass die Arbeiten fortgesetzt werden sollen. Bedingt durch Personalengpässe wurden diese Arbeiten jedoch weitgehend auf das Jahr 2023 verschoben.

Schließlich war das LVR-IVF im Berichtsjahr aktiv bei der Vorbereitung der Gründung eines **LVR-Ethikkomitees Forschung**. Diese Initiative entstand vor dem Hintergrund von Erfahrungen aus den vergangenen Jahren, bei denen die Problematik einer Lücke in der Zuständigkeit der Ethikkommission der Ärztekammer für bestimmte Projekte der Versorgungsforschung zu Tage trat. Diese Lücke betrifft Forschungsvorhaben, bei denen Nicht-Ärzt*innen wie Psycholog*innen oder Gesundheitswissenschaftler*innen außerhalb der Universitätskliniken (d. h. am LVR-IVF oder an den LVR-Kliniken, die keine Universitätsklinik sind) die Projektleitung innehaben. Der Träger betraute Vertreter*innen des Dezernats 8 und des LVR-IVF mit der Bedarfsabschätzung und der Konzeptionierung eines solchen Ethikkomitees. Am 5. Dezember 2022 erfolgte die virtuelle konstituierende Sitzung des LVR-Ethikkomitees Forschung unter Leitung von Herrn Dr. Prüter-Schwarte (Köln). Die sekretarielle Unterstützung des LVR-Ethikkomitees liegt in den Händen des Sekretariats der Fachlichen Direktorin des LVR-IVF.

10 Personal

Im Berichtszeitraum kam es zu größeren personellen Veränderungen. Drei Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen kehrten aus der Elternzeit zurück und zwei Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen sowie die Assistentin der Institutsdirektorin gingen in die Elternzeit, sodass neue Vertretungseinstellungen erforderlich wurden. Für das Institut konnte die Einstellung einer Mathematikerin/Data Scientist für den Bereich Statistikdatenbank und Routinedatenanalysen umgesetzt werden. Im Projekt I-REACH wurde eine Studienassistentin eingestellt und im Projekt SoKo neue Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen. In der Tabelle 3 sind alle Mitarbeitenden aufgeführt, die im Berichtszeitraum (z.T. nur über wenige Monate) aktiv waren.

Tabelle 3. Personaltableau LVR-IVF im Jahr 2022 (VK: Vollkräfte im Jahresdurchschnitt)

Direktorin	Prof. Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank
Stv. Direktor	Prof. Dr. med. T. Supprian (LVR-Klinikum Düsseldorf)
Wissenschaftlicher Koordinator (1,0 VK)	Prof. Dr. med. J. Zielasek
Wissenschaftliche Mitarbeitende (3,3 VK)	C. Bahr T. Blumenröder S. Engemann Dr. S. E. Groß Dr. I. Lehmann Dr. J. Querengässer Dr. I. Reinhardt Dr. D. Reske L. Schmidt A. Weide
Wissenschaftliche Mitarbeitende (Drittmittel) (3,2 VK)	H. Betzing G. Braun H. Büscher I. Klee H. Liebermann-Jordanidis C. Ritschel I. Schellartz L. Schlomann L. Schmidt
Study Nurses (Drittmittel) (0,3 VK)	K. Mokhtar V. Klein
Wissenschaftliche Hilfskräfte (0,03 VK)	R. Holsten
Wissenschaftliche Hilfskräfte (Drittmittel) (0,5 VK)	V. Droste S. Geier S. Weber
Verwaltung und Controlling (1,2 VK)	J. Hahn S. Iserhardt
Data Management und Analysen (0,5 VK)	J. Vrinssen (durch Dezernat 8) Dr. A. Staninska

Eine detaillierte Aufstellung der Tätigkeiten der Umlage- und der Drittmittel-finanzierten Wissenschaftlichen Mitarbeitenden im Berichtsjahr findet sich im Anhang 3.

11 Finanzen

Das LVR-IVF wird durch eine Umlage des LVR-Klinikverbunds und ergänzend durch eingeworbene Drittmittel finanziert.

In der Tabelle 4 finden sich die eingeworbenen Drittmittel für Projekte, die im Berichtsjahr durchgeführt wurden. Die genannten Summen weisen jeweils den eingeworbenen Anteil des LVR-IVF für die gesamte Laufzeit des jeweiligen Projekts aus.

Tabelle 4. Eingeworbene Drittmittel

Projekt	Förderer	Summe [€]	Laufzeit	Projektende
I-REACH	BMBF	444.825	5 Jahre	2024
SoKo	Innovationsfonds	1.027.256	4 Jahre	30.06.2024
Analyse Routinedaten psychiatrischer Kliniken	BAG	10.000	Jährlich	Laufend

12 Ausblick

Wie schon die beiden Vorjahre war auch das Jahr 2022 durch Pandemiefolgen charakterisiert. Die teilweise guten Erfahrungen mit dem Homeoffice führen dazu, dass die Arbeit im Institut in einem deutlich größeren Umfang als vor der Pandemie entsprechend organisiert und flexibilisiert wird. Eine Herausforderung wird darin liegen, Führungsstrukturen, Kommunikationswege und Teambuilding der neuen Situation und den neuen Tendenzen im Arbeitsleben anzupassen. Daher wird für das Jahr 2023 ein Institutsretreat geplant, der u.a. diese Themen aufgreifen soll.

Hinsichtlich des Zusammenwachsens der beiden Sparten des IFuB sind mit der neuen Leitung der Akademie (Professor Schuster seit 1.10.2022) Impulse entstanden, die es im Jahr 2023 zu entwickeln gilt. Auch im LVR-IVF gab es im Jahr 2022 viele personelle Entwicklungen. So kehrten im Sommer und Herbst 2022 drei erfahrene Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen aus der Elternzeit zurück und es konnte ein weiterer erfahrener Mitarbeiter in Teilzeit gewonnen werden. Damit hat sich die personelle Situation stabilisiert und es eröffnen sich neue Perspektiven für die künftige Arbeit. Schließlich wurde im Berichtsjahr 2022 die neu geschaffene Stelle einer Data Scientist am LVR-IVF besetzt, sodass diese für die Arbeit des LVR-IVF zentrale Funktion personell zukunftssicher aufgestellt ist.

Ein wichtiges und zugleich neues Arbeitsgebiet für das Institut ist die Entwicklung einer S3-Leitlinie zur Behandlung von Menschen mit Psychose und komorbider substanzbezogener Störung. Dieses Projekt begann im Oktober 2022. Hier kommt dem Institut als Konsortialführung mit den Konsortialpartnern DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) und DG-Sucht (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.) eine besondere Bedeutung und Verantwortung zu. Außerdem konnte der Bereich Forensische Versorgungsforschung mit einem einschlägig sehr erfahrenen Wissenschaftlichen Mitarbeiter besetzt werden, was sich bereits sehr förderlich auf die laufenden Forschungsarbeiten in diesem Bereich auswirkte und für die folgenden Jahre ein sehr gutes Entwicklungspotenzial bietet.

Sowohl die internen Anfragen von Seiten des LVR-Klinikträgers als auch die Anfragen externer wissenschaftlicher Arbeitsgruppen hinsichtlich Kooperationen und gemeinsamer Antragstellungen haben im Berichtsjahr 2022 weiter zugenommen. Diese Entwicklung ist erfreulich und herausfordernd zugleich. Etwas stagnierend waren hingegen die Anfragen aus den LVR-Kliniken, und auch die angebotene *Methodensprechstunde* für Mitarbeitende der LVR-Kliniken wurde weniger als zuvor in Anspruch genommen. Diese Entwicklung mag der besonderen Arbeitsdichte und schwierigen Versorgungssituation in den Krankenhäusern in Zusammenhang mit der Pandemie und den weiteren Krankheitswellen insbesondere im zweiten Halbjahr 2022 geschuldet sein. Um dieser Tendenz entgegenzuwirken, plant das LVR-IVF im Jahr 2023 proaktiv interessierte Kolleg*innen aus den LVR-Kliniken zu einem *Runden Tisch Versorgungsforschung* einzuladen, um gemeinsame Aktivitäten zu befördern. Insgesamt blickt das Team des LVR-IVF mit Zuversicht auf die künftigen Aufgaben. Wir danken dem LVR-Klinikverbund mit der Verbundzentrale, den Fachbereichen 84 und 82 sowie den neun psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkliniken für die sehr gute Zusammenarbeit und die Förderung der Entwicklung des LVR-IVF in den vergangenen Jahren.

Impressum:

LVR-Institut für Forschung und Bildung
LVR-Institut für Versorgungsforschung

Kontakt:

Prof. Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank
Fachliche Direktorin Forschung
Wilhelm-Griesinger-Straße 23, 51109 Köln
Tel. 0221-8993 629, Fax 0221 8993-593
E-Mail: euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de

Köln, 31. März 2023

Anhang 1: Programme der Veranstaltungen

LVR-Fokustagung 2022

Update Essstörungen – Prävention, Diagnostik und Therapie

30. März 2022

virtuell

Programm

- 09:30 – 09:45 **Begrüßung und Eröffnung**
Fr. Wenzel-Jankowski, Prof. Dr. med. Gouzoulis-Mayfrank
- Einführung**
Univ.-Prof. Dr. med. Teufel
- 09:45 – 10:15 **Essstörungen – eine Erkrankungsgruppe im Umbruch** (Prof. Dr. Stephan Zipfel, Tübingen)
- 10:15 – 10:45 **Genetische Grundlagen der Anorexia nervosa – einer metabopsychiatrischen Störung** (Prof. rer. nat. Anke Hinney, Essen)
- 10:45 – 11:15 *Kaffeepause*
- 11:15 – 11:45 **Diagnostik und Komorbiditäten bei Essstörungen** (Prof. Dr. Martina de Zwaan, Hannover)
- 11:45 – 12:15 **Was ist unter „Severe and Enduring Anorexia Nervosa, SE-AN“ zu verstehen? Diagnostische, therapeutische und ethische Überlegungen** (Univ.-Prof. Dr. Stephan Herpertz, Bochum)
- 12:15 – 13:15 *Mittagspause*
- 13:15 – 13:45 **Von der stationären Behandlung über die Tagesklinik zum Home Treatment – Behandlungspfade für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Anorexia nervosa** (Univ.-Prof. Dr. Beate Herpertz-Dahlmann, Aachen)
- 13:45 – 14:15 **Zu Hause-Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen: Ansätze und Erfahrungen im multiprofessionellen Team** (Univ.-Prof. Dr. Beate Herpertz-Dahlmann/ Ute Thevissen/ Varinja Blume, Aachen)
- 14:15 – 14:45 **COVID-19: Pandemieeinflüsse auf die Lebens- und Versorgungsrealität von Kindern und Jugendlichen, insbesondere mit Essstörungen** (Dr. Freia Hahn, Viersen)

14:45 – 15:30

Kaffeepause

15:30 – 16:00

Neue pharmakologische Ansätze bei Essstörungen (Prof. Dr. Johannes Hebebrand, Essen)

16:00 – 16:30

Psychotherapie bei Essstörungen im Erwachsenenalter (Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich, Heidelberg)

16:30 – 16:45

Verabschiedung
Prof. Dr. med. Gouzoulis-Mayfrank

LVR-Institut für Forschung und Bildung

6. Wissenschaftlicher Fortbildungstag des LVR-Instituts für Versorgungsforschung

Dienstag, 27. September 2022, 10:00-15:00 Uhr
Seminarräume 1 und 2
LVR-Klinik Köln

Programm

- | | |
|--------------|--|
| 9:30-10:00 | <i>Begrüßungskaffee</i> |
| 10:00-10:30 | „Wer vieles bringt, wird manchem etwas bringen;
Und jeder geht zufrieden aus dem Haus.“ Der Jahresbericht
des LVR-Instituts für Versorgungsforschung 2021
Prof. Dr. E. Gouzoulis-Mayfrank, Köln |
| 10:30-11:15 | Fünf Jahre LVR-Qualitätsindikatoren – Ach ja, ach was und
oh weh!
Prof. Dr. J. Zielasek, Köln |
| 11:15-11:30 | <i>Kaffeepause</i> |
| 11:30-12:00 | Projekt I-Reach – Eine App für geflüchtete Menschen im LVR-
Klinikverbund: Erste Erfahrungen und Erkenntnisse
Dr. I. Reinhardt, Köln |
| 12:00-12:30 | „Wir können hier nur das Körperliche machen.“ – die
Versorgung von Patient*innen mit psychischen und
komorbiden somatischen Erkrankungen aus Behandelnden-
und Betroffenenperspektive
I. Schellartz und L. Schlomann, Köln |
| 12:30-13:15 | <i>Mittagspause</i> |
| 13:15-13:45 | Für immer die „Sorgenkinder“ der Forensik? Intelligente
Ansätze in der Versorgung von Menschen mit
Intelligenzminderung
Dr. J. Querengässer, Köln |
| 13:45 -14:15 | Behandlungsvereinbarungen im LVR-Klinikverbund –
wieviele, für wen und mit welchem Effekt?
C. Bahr, Köln |

- 14:15-14:45 **Psychisch krank und wohnungslos, eine besonders vulnerable Gruppe - Die wichtigsten Ergebnisse aus dem Projekt WohnLos**
Prof. Dr. E. Gouzoulis-Mayfrank, Köln
- 14:45-15:00 **Schlusswort, Verabschiedung**
Prof. Dr. E. Gouzoulis-Mayfrank, Köln

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos. Wir bitten um **Anmeldung per E-Mail** an ivf@lvr.de. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt.

Die wissenschaftliche Leitung hat Prof. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank.
Die Fortbildung ist bei der Ärztekammer mit 5 CME-Punkten anerkannt.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!



Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Fachliche Direktorin Forschung, LVR-IFuB

Anhang 2: Publikationen

RESEARCH

Open Access



Homelessness among psychiatric inpatients in North Rhine-Westphalia: a retrospective routine data analysis

Ida Sibylle Hausleiter^{1,2*†}, Isabell Lehmann^{3†}, Bianca Ueberberg¹, Josephine Heinz³, Jürgen Zielasek^{3,4}, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank^{3,5†} and Georg Juckel^{1,2†}

Abstract

Background: Within the last five years the number of homeless persons in Germany has more than doubled, with many suffering from mental illnesses that require treatment. Whether the mental illness itself led to losing shelter or whether the state of being homeless increased the likelihood of developing symptoms of a mental disorder remains unclear. The current study assessed the interaction of homelessness and mental illness from a care provider perspective.

Methods: We conducted a retrospective analysis of inpatient routine data from 20 psychiatric hospitals in North Rhine-Westphalia (NRW), Germany, over a period of four years ($N = 366,767$ inpatient treatment cases). Patients were considered “homeless” if they had no fixed unique address.

Results: About 2.4% of the analyzed cohort was classified as homeless, with increasing tendency over the study period (+14% from 2016 to 2019). The percentage of homeless patients varied broadly between the hospitals (0.2–6.3%). Homeless patients were more often male and on average eight years younger than patients with a fixed address. Homeless patients experienced more involuntary measures (admission and restraint), had a shorter course of treatment and were more often discharged within one day. Every second homeless case was diagnosed with a substance use disorder and every third homeless case with a psychotic disorder, whereas affective disorders were diagnosed less frequently in this group. Psychiatric comorbidity occurred more often in homeless patients whereas somatic diseases did not.

Conclusions: Multiple patient-related sociodemographic and local factors are associated with homelessness of psychiatric inpatients. In addition, clinical factors differ between homeless and non-homeless patients, pointing to more severe mental illness and treatment complications (e.g., coercive measures) in homeless persons. Thus, homelessness of psychiatric inpatients can imply special challenges that need to be considered by healthcare providers and politicians, with the goal of optimizing mental and social care and the mental health outcomes of homeless persons.

Keywords: Homelessness, Mental healthcare, Mental disorders, Hospital data, Routine data analysis

*Correspondence: Ida.S.Hausleiter@rub.de

[†]Ida Sibylle Hausleiter and Isabell Lehmann contributed equally to this work.

[†]Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank and Georg Juckel contributed equally to this work.

¹LWL Research Institute for Mental Health, Ruhr University Bochum, LWL University Hospital, Bochum, Germany

Full list of author information is available at the end of the article

Background

Homelessness is considered an increasing social problem in developed countries [20]. The overall mortality and morbidity, including mental health problems, are clearly higher among homeless persons than amongst the general population [2, 18]. Mental disorders are also among



the risk factors for age-standardized excess mortality rates in this group [29], which are 2–5 times higher than in the general population. Since the burden of psychiatric morbidity in homeless persons is substantial and there are strong indications of a complex relationship between homelessness and mental disorders as they promote each other and lead to poor healthcare outcomes [3, 18].

In Germany, there were approximately 678,000 homeless persons in 2018, a figure that had doubled within four years (2014–2018) mainly due to the large numbers of refugees in that period [5]. Within the last 20 years, there have been some studies on the mental health situation of homeless persons in different German cities. The most recent of these local studies evaluated 232 randomly drawn homeless people in the Bavarian metropolitan city of Munich during 2010–2015 and reported that psychiatric treatment started on average of six years before the persons became homeless [3]. A recent meta-analysis of 11 German studies with an overall study population of 1220 homeless persons in Germany resulted in 77.4% clinical disorders [according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), axis I, pooled point prevalence of eight studies], primarily substance use disorders (SUD) [38]. These data thus yielded a mental illness rate 3.8 times higher than in the general population [21]. The gender ratio in this largest German meta-analysis on mental health in homeless people was 1:9 in favor of the male gender [38].

Another perspective on the problem of homelessness and mental disorders offers the analysis of homelessness in persons who receive mental hospital care. The prevalence of homelessness among psychiatric inpatients varies considerably between studies from 0.55–39% [30, 44]. The most recent German study on the housing situation of psychiatric inpatients was the WOHIN- study. This cross-sectional patient survey included 540 inpatients in Berlin with a defined catchment area in an underprivileged district with approximately 270,000 inhabitants [40]. Due to the study design, 43.2% of all admitted patients in the study period were included into the survey and out of those, only 68.7% of the patients lived in an own apartment, whereas 13.0% were homeless and 18.3% were accommodated in sociotherapeutic facilities. Another German Study [45] included all 3174 admissions within a 12months period and observed homelessness in 31% of the patients. This relatively high percentage results from homeless definition as “no private home” and therefore count of all patients who lived in sociotherapeutic facilities. Another European study from Switzerland analyzed the data on 16247 patients consecutively referred to psychiatric hospitals over a four-year time period and observed a rate of 1.60% homelessness among them. Unlike traditional homelessness interventions with

prerequisites for treatment or sobriety, recovery-oriented interventions such as Housing First in the USA and At Home/Chez Soi in Canada [35] offer permanent housing to participants immediately [42] and have been shown to reduce use of several types of health and social services among homeless individuals with mental illness [7]. User experiences with Housing First compared to treatment-first approaches have been published in North American context, but less is known for European context. A recent study compared experiences in seven European countries [16], but so far there are no comparable German studies on such low-demand supportive housing. Our study “Homelessness in persons with mental illness – risk factors, impact and interventions: An overview in North Rhine-Westphalia” (WohnLos) aimed at identifying the magnitude of the problem of homelessness in mentally ill persons in North Rhine-Westphalia (NRW) and at identifying the risk profiles of persons affected by homelessness. In the present retrospective part of our study, we analyzed routine data from a large sample of inpatients from 20 mental hospitals regarding the prevalence of homelessness. The hospitals are spread over the federal state of NRW, the fourth largest state in Germany by area and the largest state by population size (17.9 million inhabitants). The hospitals have a catchment area for mental healthcare for about half of the population of NRW. In 2020, the state of NRW counted 49,987 homeless persons [26], which is about 0.28% of the NRW population. A nationwide survey is scheduled for 2022. Our study aimed to assess the prevalence of homelessness among psychiatric inpatients in different areas of NRW and to identify the risk factors for being homeless at time of admission. In addition, our study aimed to analyze the routine care provided to homeless people in psychiatric hospitals compared to non-homeless patients. Due to our high patient case number and the large geographic area analyzed, our routine data analysis may provide more representative data than former studies.

Methods

Setting

Data were collected from 20 psychiatric hospitals belonging to the two communal councils of the federal state of NRW: the Council of Westphalia [Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), with eleven hospitals] and the Council of Northrhine [Landschaftsverband Rheinland (LVR), with nine hospitals]. Together, the LWL and LVR hospital groups form the biggest providers of psychiatric services in Germany, covering both rural and urban areas (6969 hospital beds). Each of the eleven LWL and nine LVR hospitals has a defined catchment area. The number of inhabitants at the hospital sites was 260,141 on average (range 12,933–1,087,863) or 1321 per km²

(range 107–2860). According to the DeStatis [9] definition, most of the sites were classified as urban areas, four hospitals were located in semi-urban areas and no hospital was located in an exclusively rural area. The annual point-in-time count in 2019 registered an average of 1712 homeless persons (range 277–6198) at the hospital sites, corresponding to a rate of 1368 per 100,000 persons [26].

Procedures

A retrospective, large-scale multicenter comparative study of psychiatric treatment cases was carried out in the 20 LVR and LWL hospitals for the years 2016–2019. We analyzed hospital reimbursement data and additional routine data from the medical records of each case and combined these data with data on socioeconomic environments, such as urbanization. The hospital reimbursement data (Section 301 of Social Code Book V) are transferred to health insurance companies as part of the daily routine, thus leading to the accumulation of a reliable and comprehensive database of service utilization data for all patients treated in the LVR and LWL hospitals. Diagnoses according to the Tenth Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10) were based on discharge records and up to 20 diagnoses were considered. The first two digits of the psychiatric main discharge diagnosis encoded in the system were used to specify the diagnostic subgroups of each case (such as ICD-10 code F2 for the group of psychotic disorders).

The housing status was categorized based on the documented housing situation at time of admission. For each hospital, we requested the common documentations for “homelessness”. These included: “without permanent address” in the patients’ address line; specific addresses, such as the address of the local train station or local homeless shelters; or the ZIP code “9999”. Patients were subdivided into two groups corresponding to their housing situation (homeless vs. non-homeless). “Homeless” meant the absence of a fixed, unique address as defined by the European Commission [12]. This definition comprises the first two categories of the existing European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS) [11]: roofless (sleeping rough, unsheltered) and houseless (living temporarily with other persons or in transitional accommodation).

Pseudonymized data were provided by the IT department of the LWL and the LVR statistics database. All inpatient data were considered; 367,551 cases were registered in this period, of which 366,767 treatment cases were analyzed after data cleaning according to minimum data criteria (age, gender, main diagnosis). Readmissions were considered as new treatment cases in this design. The socioeconomic data at the hospital sites were obtained from official sources/databases such as

Statistisches Bundesamt (destatis.de), Sozialberichterstattung NRW, Ministry of Work, Health and Social Matters of the federal state of NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: MAGS) and from publications of the corresponding cities and communities (wegweiserkommune.de). The study was approved by the responsible ethics committees for the LWL and LVR and all medical hospital directors gave their written consent.

Data analysis

Data were collected retrospectively. Analyses were carried out using a statistical software package (IBM SPSS Statistics 26.0®). Group differences (homeless vs. non-homeless cases) were analyzed using Pearson’s chi-square test and/or Fisher’s exact test for categorical variables and two-tailed *t*-tests for independent variables. A *p* value of less than 0.05 was interpreted as statistically significant. The main diagnosis was encoded dichotomously (F2 yes/no) and statistical testing was performed for each diagnosis separately. The housing status was also dichotomous (homeless or non-homeless). Principal component analysis (PCA) and binary logistic regression were performed.

Results

A total of 366,767 treatment cases (57.3% male, mean age 47.52 ± 18.31 years) were analyzed, of which 8636 cases (2.4%) were classified as homeless. The number of annual treatment cases decreased within the study period, from 92,837 in 2016 to 89,765 in 2019. Cases classified as homeless increased from 1998 to 2284 cases per year (+14%) in the same period, whereas the percentage of homeless patients increased only slightly (2016: 2.15%; 2017: 2.37%; 2018: 2.36%; 2019: 2.54%). Compared to the average prevalence of homelessness among the population at the hospital sites [26], the percentage among the inpatients of the psychiatric hospitals is higher. When looking at the different hospitals, the rate of homelessness among patients varied from 0.2% to 6.3%. The highest percentages were found in hospitals located in large and medium-size cities (Cologne: 6.3%, Münster: 5.8%; Düsseldorf: 3.7%; Paderborn: 3.2%; Essen: 3.1%) and the lowest percentages were found in small towns (Hemer: 0.2%; Gütersloh: 0.2%; Marsberg: 0.5%; Langenfeld: 0.9%).

Table 1 displays the demographic/clinical characteristics and group differences for the total cohort and Table 2 displays the results regarding hospital treatment. With regard to gender, 56.8% of the non-homeless and 80.2% of the homeless patients were male ($p < .001$). The two groups (homeless vs. non-homeless) differed significantly in age ($p < .001$), with the homeless patients being, on average, eight years younger. The three most frequent main diagnostic clusters were substance use (ICD-10 diagnostic code F1), psychotic

Table 1 Demographic/clinical characteristics and group differences

	Total (N = 366,767)	Non-homeless (n = 358,131)	Homeless (n = 8636)	Group comparison	p
Demographic characteristics					
Male gender (n, %)	210,228 (57.3)	203,306 (56.8)	6922 (80.2)	$\chi^2_{(1)} = 1884.85$	<.001
Age (years; mean, SD)	47.52 (18.31)	47.72 (18.39)	39.27 (12.3)	$t_{(9589.19)} = 62.15$	<.001
Clinical characteristics (main discharge diagnosis yes/no)					
F0 (n, %)	33,860 (9.2)	33,768 (9.4)	92 (1.1)	$\chi^2_{(1)} = 703.92$	<.001
F1 (n, %)	126,221 (34.4)	121,844 (34.0)	4377 (50.7)	$\chi^2_{(1)} = 1037.09$	<.001
F2 (n, %)	64,414 (17.6)	61,820 (17.3)	2594 (30.0)	$\chi^2_{(1)} = 950.58$	<.001
F3 (n, %)	100,546 (27.4)	99,850 (27.9)	696 (8.1)	$\chi^2_{(1)} = 1665.0$	<.001
F4 (n, %)	16,934 (4.6)	16,552 (4.6)	382 (4.4)	$\chi^2_{(1)} = 0.754$	.385
F5 (n, %)	645 (0.2)	643 (0.2)	2 (<0.1)	$\chi^2_{(1)} = 11.75$	.001
F6 (n, %)	15,554 (4.2)	15,111 (4.2)	443 (5.1)	$\chi^2_{(1)} = 17.21$	<.001
F7 (n, %)	2947 (0.8)	2923 (0.8)	24 (0.3)	$\chi^2_{(1)} = 30.65$	<.001
F8 (n, %)	252 (0.1)	246 (0.1)	6 (0.1)	$\chi^2_{(1)} = 0.001$	.978
F9 (n, %)	884 (0.2)	876 (0.2)	8 (0.1)	$\chi^2_{(1)} = 8.10$	.004
F1 + F2 (n, %)	24,660 (6.7%)	22,852 (6.4%)	1808 (20.9%)	$\chi^2_{(1)} = 2848.37$	<.001
F1 + F6 (n, %)	19,276 (5.3%)	18,334 (5.2%)	942 (10.9%)	$\chi^2_{(1)} = 567.43$	<.001
add. psych. diagn. (mean, SD)	1.41 (1.49)	1.4 (1.5)	2.03 (1.74)	$t_{(8914.27)} = -33.22$	<.001
somatic diagn. (mean, SD)	2.29 (3.35)	2.32 (3.38)	1.18 (1.73)	$t_{(10299.27)} = 58.62$	<.001

F0 = organic, including symptomatic psychological disorders; F1 = substance use disorders; F2 = psychotic disorders; F3 = affective disorders; F4 = neurotic, stress-related and somatoform disorders; F5 = abnormal behavior with physical disorders and factors; F6 = personality disorders; F7 = reduction of intelligence; F8 = development disorders; F9 = behavioral and emotional disorders that begin in childhood and youth

Table 2 Treatment characteristics and group differences

	Total (N = 366,767)	Non-homeless (n = 358,131)	Homeless (n = 8636)	Group comparison	p
Treatment characteristics (mean, SD)					
Days of treatment	22.55 (28.16)	22.7 (27.96)	16.10 (35.08)	$t_{(8901.52)} = 17.37$	<.001
24-h cases (n, %)	37,744 (10.3)	36,195 (10.1)	1549 (17.9)	$\chi^2_{(1)} = 560.0$	<.001
Legal status at admission, PsychKG* (n, %)	39,959 (10.9)	38,427 (10.7)	1532 (17.7)	$\chi^2_{(3)} = 430.80$	<.001
Physical restraint (n, %)	6944 (1.9)	6711 (1.9)	233 (2.7)	$\chi^2_{(1)} = 30.83$	<.001
Number of days with restraint	0.1 (0.97)	0.10 (0.95)	0.14 (1.28)	$t_{(5414.45)} = -2.21$	.027
Days with restraint per treatment day	0.01 (0.13)	0.01 (0.13)	0.02 (0.12)	$t_{(5268.70)} = -2.47$	.013
Seclusion (n, %)	1379 (0.4)	1343 (0.4)	36 (0.4)	$\chi^2_{(1)} = 0.39$	.53
Number of days with seclusion	0.03 (0.63)	0.3 (0.64)	0.3 (0.51)	$t_{(5573.81)} = -0.63$	.53
Days with seclusion per treatment day	0.0022 (0.08)	0.0022 (0.08)	0.0028 (0.05)	$t_{(5577.43)} = -0.86$	.392
Number of somatic consultations	1.46 (0.93)	1.46 (0.93)	1.32 (0.72)	$t_{(56.40)} = 1.46$	.149
Somatic consultations per treatment day	0.10 (0.21)	0.10 (0.21)	0.09 (0.1)	$t_{(57.94)} = 1.14$	.258
Medical doctor units	3.4 (5.99)	3.42 (6.03)	2.21 (3.1)	$t_{(3350.88)} = 20.41$	<.001
Medical doctor units per treatment day	0.27 (0.83)	0.27 (0.84)	0.29 (0.44)	$t_{(3291.44)} = -1.80$	.071
Staff nurse units	11.42 (24.63)	11.53 (24.74)	5.59 (16.73)	$t_{(4933.44)} = 23.54$	<.001
Staff nurse units per treatment day	0.76 (3.82)	0.76 (3.86)	0.49 (1.13)	$t_{(6652.98)} = 14.85$	<.001
Social worker units	3.74 (5.47)	3.74 (5.47)	3.58 (4.89)	$t_{(965.99)} = 1.01$	.366
Social worker units per treatment day	0.25 (0.77)	0.25 (0.77)	0.27 (0.52)	$t_{(980.92)} = -1.25$	.211

* Legal status PsychKG = German Law on Help and Protective Measures for Mentally Ill Persons (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten)

disorders (F2) and affective disorders (F3). Substance use (F1), psychotic disorders (F2) and personality disorders (F6) occurred more frequently within the homeless subgroup, with affective disorders (F3) diagnosed less frequently in this group. Every second homeless case was diagnosed with a SUD (F1: 50.7%) and every third case was diagnosed with a psychotic disorder (F2: 30.0%). Neurotic, stress-related and somatoform disorders did not differ between homeless and non-homeless patients but the overall occurrence was low, with less than 5% in all cases. In the homeless group, somatic comorbidity was less frequently diagnosed, whereas psychiatric comorbidity occurred more frequently. We tested two double diagnoses (F1+F2 and F1+F6) in relation to being homeless versus not being homeless and found significant associations between both double diagnoses and homelessness.

Table 2 shows that homeless patients had a shorter course of treatment and were significantly more often discharged within one day (24-hour cases). Involuntary admission and physical restraint occurred significantly more often in homeless patients. Regarding treatment resources, non-homeless patients obtained significantly more therapeutic units (one therapeutic unit = 25 minutes) from medical doctors and staff nurses. After adjusting for duration of treatment, this difference remained significant for staff nurse units but disappeared for medical doctor units (the trend even reversed). Groups did not differ in the quantity of social worker units obtained (Table 2).

PCA and logistic regression were chosen to determine the influential principal components on homelessness in psychiatric inpatients. The Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy was only .15, thus disabling factor analysis. Subsequently logistic regression was performed to determine predictive factors for dichotomous category membership (homeless vs. non-homeless). The model initially contained 19 independent variables, subdivided into patient-related (age, gender, psychiatric main discharge diagnosis, psychiatric comorbidity measured as number of secondary psychiatric diagnoses) and social-environmental variables at the hospital sites (number of inhabitants, homelessness, rate of migration and rate of poverty measured as number of households in the job-seeker subsistence system). The correlation between some predictor variables was high ($r > .75$), therefore rate of poverty measured as number of households in the job-seeker subsistence system was excluded as a variable and diagnoses were only considered if they had a frequency of at least 5% in the total sample. After this adjustment, multicollinearity was no longer a confounding factor in the analysis and correlations between predictor variables were low ($r < .75$). Goodness-of-fit was assessed using

the Hosmer-Lemeshow test, indicating a poor model fit [$\chi^2(8) = 97.23, p < .001$].

The binomial logistic regression model was statistically significant [$\chi^2(10) = 8074.45, p < .001$] but Nagelkerke's R^2 was low at .110 and 97.6% of cases were already classified without further information. Thus, logistic regression was disabled as well.

Discussion

Homelessness in countries with developed economies is a difficult and significant social issue, especially when it comes to disadvantaged groups such as psychiatric patients. Our retrospective data analysis of more than 360,000 inpatient psychiatric treatment cases conducted identified a rate of 2.4% homeless patients (with distinct regional differences), who 1) were mainly male (80%) and eight years younger; 2) more likely to have a psychosis and SUD diagnosis; 3) had more additional psychiatric and less somatic diagnoses; 4) had fewer treatment days and were more often discharged within one day; and 5) had more involuntary admissions and physical restraints compared to non-homeless patients.

The rates of homelessness among psychiatric patients in international studies differ considerably. In this context, the different methodological approaches have to be considered: there have been European [4, 24, 28, 30–32, 40, 43, 45] and north American studies [13, 25, 41] vs. analysis from low-income Afro-Asian countries [17, 33, 37, 44], evaluation of a complete cohort [4, 24, 30, 32, 43, 45] vs. a defined subgroup with distinct patient characteristics [13, 17, 25, 28, 31, 33, 37, 40, 41, 44], the inclusion of current homelessness vs. probability and history thereof [13, 30], a definition of literally homeless vs. no private home [40, 45]. A rate of 2.4% homelessness as observed in the present study, is a relatively low prevalence, but other European studies with a similar design (inclusion of all consecutive psychiatric admissions) also found single digit prevalences of 0.5–1.58% in Denmark (“one-year cumulative probability of first homelessness after discharge”, [30], 1.6% in Switzerland [24], and 3.8% in the UK (focus on ethnical differences in treatment, [4]. Previous Danish studies observed a rate of 6–8% [31, 32], and the recently published National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions in the US observed a rate of 5% homelessness between the two waves of the survey (only participants with Alcohol and Related Conditions, [13]. The rate of 13% homelessness in the German WOHIN-study was based on a homeless definition including literally homeless, emergency shelter, homeless shelter, women’s refuge, refugee shelter, and improvised accommodation [40].

The sample of the present study is comprehensive and provides a large amount of representative data. The

coverage of four years enabled us to identify an increasing trend of homelessness among inpatients in psychiatric hospitals in NRW from 2016 to 2019 (+14%). Whereas half of the total sample as well as of the not homeless subgroup was attributed to the LWL sector, only one third of homeless treatment cases were registered there. If calculated per 100.000 people or treatment cases respectively, the rates differed significantly between hospitals. Since sociodemographic data could only be analyzed with reference to the hospitals' site (instead of the patients' whereabouts), conclusions are limited. The three hospitals with the highest percentage of homeless treatment cases (Düsseldorf, Münster, Cologne) were not congruent with the cities with the largest homeless populations (Bedburg-Hau, Lengerich, Langenfeld), but partly represented the most populated NRW cities (Köln, Düsseldorf, Dortmund) with 360,000 to 1 million inhabitants. Moreover, Cologne and Düsseldorf have the largest train stations in NRW. Homeless patients therefore might not be registered inhabitants of those cities but use the train station as an easily accessible shelter. Homelessness seems often linked not only to the general social support system and the availability of affordable accommodation, but also to the arrangement of such public space [10]. The train station not only offers basic infrastructure (such as sanitary facilities and social services), qualifies as a meeting place to stay without allowance, and represents, albeit precariously, a way of participating in social life [23]. Nevertheless, the large differences in homelessness rates between hospitals cannot be explained satisfactorily. Possibly factors of the local social support system for the homeless and local socioeconomic factors may play a role. Homelessness is often assumed to be an urban phenomenon [8], because homeless people are more numerous, more geographically concentrated, and more visible in urban areas. Today, most of the world's population is concentrated in urban centers. Urban homelessness, especially severe crowding, is the result of poverty and a lack of affordable housing and has risen disproportionately in areas with a shortage of affordable private rental housing and higher median rents [34]. But homelessness and housing exclusion are not just the prerogative of large cities [1].

With a focus on patient-immanent criteria, only one-fifth of our homeless sample was female. This result is congruent with other studies, which assessed male sex as a factor that most markedly differentiated homeless from domiciled patients [31, 32] and found about half (45%: [13] or even two thirds (70%: [24], 75,8%: [40] of the homeless patients in psychiatry to be male. When interpreting this male predominance, it has to be taken into account that women more frequently tend to live "undercover" in hidden, insecure accommodation (such as in

informal housing conditions, living temporarily with friends, relatives or a partner, living in women's shelters). These women are, therefore, effectively "hidden" from view, are generally not counted as homeless and therefore are not shown in the statistics [6]. At the same time, this group of hidden homeless women is very vulnerable because of reported mental illness, being in local authority care, experience of domestic violence and other forms of abuse and with current drug or alcohol dependencies [6].

Homeless patients in the current study had a mean age of 39.27 years and were on average eight years younger than non-homeless patients. Lauber et al. observed a mean age of 34.4 years in their homeless population (2005) and homeless participants in the WOHIN study were also significantly younger, but it remained unclear whether this was due to the increasing rate of homelessness among mentally ill people or to the increasing mental morbidity among homeless people [39, 40]. The Danish studies considered young age as risk factor for homelessness in psychiatric patients [31] and found their homeless patients to be most often under 45 years of age [32]. Whether the younger age of homeless patients means that homelessness precedes the onset of mental illness (and is therefore not the precursor) or that their mental illness is so severe that they lose their housing within a short period cannot be answered with our current data (no information on first onset of the disorder vs. last date of accommodation). It may be possible that previously homeless persons of higher age have received more extensive psychosocial services and are more often accommodated in (long-term, assisted) housing facilities, whereas younger homeless persons have not received such psychosocial services yet or to a smaller extent and tend to be living more often as homeless and/or they may opt to do so.

In accordance with other studies [24, 31, 32, 39], homeless patients in the present study more often had a diagnosis of psychosis and SUD. Moreover, as observed in the Swiss cohort, the homeless as compared to other psychiatric inpatients had lower rates of affective disorders, but higher rates of having a dual diagnosis [24]. Such dual diagnosis might not only interfere with compliance and treatment itself, but SUD would even occur before onset of homelessness [39] and increase the risk thereof after discharge [30]. The fact that the number of additional psychiatric diagnoses in the homeless sample was significantly higher is compatible with a higher severity of the disorder.

On the other hand, the number of somatic comorbidities in the present study was significantly lower in the group of homeless patients, as seen in Switzerland [24]. Homeless patients did not receive more somatic

consultations during the hospital treatment than patients with a fixed address. The significantly younger age of the homeless persons in our study may explain the low rates of somatic comorbidity. Still, this remains surprising because life on the street represents a major health burden, with evidence of accelerated ageing and high rates of acute and chronic infectious, circulatory, respiratory and musculoskeletal diseases [19, 22]. Again, access to sufficient but low-threshold and continuous medical care may be limited for the homeless and this may lead to underdiagnosis of somatic disorders. Or even if the homeless patients gain access as in our study, their shorter duration of treatment and as observed the high number of patients discharged within one day disables adequate physical examination with blood tests. Longer stays in somatic hospitals have been shown for homeless compared to house patients. But longer discharge delays were only significant in the absence of a psychiatric diagnosis [14]. The present data show this as well and are in accordance with the WOHIN study [40] and the analysis from Switzerland [24], where the length of hospital treatment was significantly shorter in homeless patients, who consecutively improved less [24]. The reasons for the shorter length of stay remain unclear and may include both patient- and service-related aspects. The higher number of 24-hour cases (discharged within one day) may be due to patient-related factors such as a diagnosis of substance use disorder, restlessness as a consequence of homelessness or individual pattern of coping. However, institutional factors also have to be considered and a long-term homeless patient without health insurance, with altered circadian rhythm and adjustment difficulties in strict institutional settings might be discharged earlier back onto the streets without adequate planning.

The present study found no difference between homeless and non-homeless patients in somatic consultations, medical doctor units or social worker units per treatment day and partly corresponds to Lauber et al., who did not observe disproportionate use of inpatient resources by homeless people (2005). Homeless psychiatric patients received or utilized even less staff nurse units per treatment day in this study. Homeless individuals are one socially disadvantaged population, sometimes experiencing stigma and discrimination in their psychosocial and health care seeking. Homeless persons in emergency situations might feel prejudged by clinicians as being drug-seekers. In a recent Canadian narrative inquiry, vulnerably housed individuals believed they received poor quality care or were even denied sufficient care for mental illness and addictions when clinicians became aware of their housing status [15]. Subsequently treatment can be further complicated by psychiatric comorbidities, missed appointments, and a

lack of coverage for complementary therapies. Moreover, marginalizing behavior towards and inadequate address of patient's concerns can negatively impact on their overall health-seeking behavior and engagement in the long run [36]. The fact that almost every other of the homeless patients in the present study (44,67%) was admitted outside regular working hours validates this assumption. Moreover, they had a higher rate of involuntary and therefore emergency admissions than non-homeless patients. This finding is in accordance with the Swiss cohort [24]. The predominant involuntary legal status in the homeless group of the present study was the German Law on Help and Protective Measures for Mentally Ill Persons (so-called PsychKG), which includes endangerment of others as potential reason for involuntary admission. The alternative involuntary legal status based on §1906 of the German Civil Law Code (so-called BtG) makes the persons' welfare the most important priority and implies that a patient who refuses the admission to or tries to escape from hospital can be forced to receive clinical treatment if either a risk of endangerment of self exists or their health would be negatively affected. In order to issue an order for mental health care, the court requires not only a legal guardian's application, but also a medical certificate of a treating doctor about the indication and necessity of such court-ordered treatment against the person's will. In other words, to achieve such mandated treatment, some lead-time as well as targeted interdisciplinary cooperation is necessary. Not surprisingly, the rate of BtG admissions was low in the homeless group. Suicidal behavior and physical aggression against others often precede involuntary admission and behavioral aspects such as threats, agitation and physical aggression frequently lead to seclusion and use of restraint. There is no reason why a homeless patients per se would or should be more agitated or aggressive than domiciled patients. The later onset of treatment, a (comorbid) SUD, the feeling of discrimination through health care professionals and the loud, hectic and crowded emergency atmosphere with glaring lights and scarce privacy might nevertheless induce a certain agitation and confusion at the time of admission. Earlier research found that living situation was not associated with coercive measures [27]. Homeless patients in the present study still had more physical restraints, but the number of days with restraint as well as the rate of restraint events per treatment day did not differ between groups. This could be explained by the shorter duration of treatment in the homeless subgroup, but also by the need for restraint immediately following admission as mentioned above. In Contrast to Thomas et al. [41], who found forced medication to be more

likely instituted in psychiatric inpatients who are in a homeless living situation [41], the groups in this study did not differ significantly regarding forced medication (data not shown).

The present study has limitations that need to be taken into account when considering its results. The use of inpatient routine data enabled us to investigate the housing situation of the largest group of German psychiatric inpatients published so far. At the same time, the retrospective nature of this study and the structure of the data only allow limited conclusions. Due to the nature of our data (inpatient data with categories such as “zip code/city” and “place of residency”), the imminent risk of becoming homeless or living in precarious living conditions could not be considered. We had no information on mental and psychosocial care before and after the inpatient stays of the included patients, which might have given important further information about the risk of homelessness. A potential methodological limitation is the lack of standardized assessment and documentation of the housing situation of psychiatric inpatients in the medical records analyzed. We were able to identify the homeless persons by categorizing the documented addresses and zip codes as homeless or non-homeless. However, because there is no standardized documentation field “homeless,” we may have slightly underestimated the percentage of homeless patients. Moreover, individual sociodemographic factors (such as income) and the local municipal support that may be available (and its use rate) were not available in our dataset. Such information would shed more light on the full extent of the problem of homelessness in mental healthcare inpatients and would enable specified analyses of the risk factors for homelessness among the mentally ill. Due to the structure of our data, we could only deduce assumptions from the sociodemographic data at the hospitals’ sites. This does not represent reality directly, since not all patients (especially not the homeless ones) derive from the hospitals’ catchment area, which furthermore can be quite large and inhomogeneous, especially in rural regions. The consideration of the sociodemographic profile of the patient’s whereabouts might produce more valid results regarding this aspect, but were not available for analysis. The influence of other important factors (e.g., family background, physical and cognitive development status, education, suicidality and aggressive behavior, treatment variables such as medication or past experiences regarding the healthcare system) on the housing status also could not be investigated because they are not documented in a standardized way or are currently documented in separate documentation systems that were not available in our dataset (such as medication data).

The presented retrospective part of our WohnLos-study considered housing situation prior to hospital

admission and the nature of data did not allow analysis of the housing situation after psychiatric hospitalization discharge. Other work packages of this study explicitly dealt with the problem of homelessness as nonmedical reason for hospital discharge delays as well as with post-discharge pathways to subsequent housing (Ueberberg et al., in preparation).

The observed high regional variability of homelessness rates indicates that local factors (e.g., sociodemographic and socioeconomic factors) or the degree of development of the local municipal social support system may interact with individual risk factors at patient level. Further studies are warranted to include such potential local sociodemographic and social support factors with a view to identifying the strength of the relative contributions of these factors towards homelessness among inpatients with mental illness.

Conclusions

Homelessness is an increasing social problem in Western European countries. In Germany, there has been an increase in homelessness in recent years. The coexistence of homelessness and mental disorders is evident. Mental illness is a risk factor for becoming homeless, but homelessness in itself also negatively affects mental health. Our study analyzed the problem of homelessness in a sample of 366,767 inpatient cases in 20 psychiatric hospitals in NRW, Germany, in the years 2016–2019. The routine data analysis established a 2.35% prevalence of homelessness, with vast differences of prevalence between hospitals (range: 0.2–6.3%).

Our analysis found that multiple individual sociodemographic and local factors are associated with the homelessness of psychiatric inpatients. In addition, clinical factors differ between homeless and non-homeless patients, pointing to more severe mental illness and treatment complications (e.g., more coercive measures) in homeless compared to non-homeless persons. Thus, homelessness of psychiatric inpatients can imply special challenges that need to be considered by healthcare providers and politicians, with the goal of optimizing mental and social care and the mental health outcomes of homeless persons.

Abbreviations

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition; ETHOS: European Typology of Homelessness and Housing Exclusion; ICD-10: International Classification of Diseases, Tenth Revision; LVR: Landschaftsverband Rheinland; LWL: Landschaftsverband Westfalen-Lippe; MAGS: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales; NRW: North Rhine-Westphalia; PCA: principal component analysis; SUD: Substance Use disorder.

Acknowledgements

The authors gratefully acknowledge the collaborative partners in the psychiatric hospitals of the LWL and LVR.

Authors' contributions

E.G.M. and G.J. designed the study and all authors contributed to the study protocol. I.S.H., I.L., B.Ü. and J.H. managed the collection and preparation of data, I.S.H. and I.L. conducted the analysis and J.Z. supported the interpretation of data. I.S.H. wrote the first draft of the manuscript. All authors contributed to and approved the final manuscript.

Funding

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL. This work was supported by a research grant from the Ministry of Work, Health and Social Matters of the federal state of North Rhine-Westphalia (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW).

Availability of data and materials

Aggregated data are available on request. Please contact I.S.H. as corresponding author.

Declarations**Ethics approval and consent to participate**

The research has been performed in accordance with the Declaration of Helsinki. The study has been approved by the ethics committee of the North Rhine Medical Association (2019437) and by the medical ethics committee of the Ruhr University Bochum (20-6858). Written consent from all medical directors to conduct the study has been obtained. Due to the analysis of pseudonymized (personally not identifiable) data a written informed consent of all patients was not necessary according to the approving Ethics committees.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹LWL Research Institute for Mental Health, Ruhr University Bochum, LWL University Hospital, Bochum, Germany. ²Department of Psychiatry, Ruhr University Bochum, LWL University Hospital, Alexandrinenstrasse 1, 44791 Bochum, Germany. ³LVR Institute for Healthcare Research, LVR Institute for Research and Education, Wilhelm-Griesinger-Strasse 23, 51109 Cologne (Köln), Germany. ⁴Medical Faculty, Heinrich Heine University, Düsseldorf, Germany. ⁵LVR Clinics Cologne, Cologne, Germany.

Received: 20 November 2021 Accepted: 8 February 2022

Published online: 19 February 2022

References

- Abbé Pierre Foundation and FEANTSA. Sixth Overview of Housing Exclusion in Europe. 2021. (https://www.feantsa.org/public/user/Resources/News/6th_Overview_of_Housing_Exclusion_in_Europe_2021_EN.pdf last accessed 28 Dec 2021).
- Aldridge RW, Story A, Hwang SW, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2018;391:241–50.
- Bäumli J, Brönner M, Baur B, Fischer A, Pitschel-Walz G, Jahn T. Die SEEWOLF-Studie Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen Der Wohnungslosenhilfe Im Großraum München. *Gesundheitswesen*. 2016;78 - V83. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1578898>.
- Bruce M, Smith J. Length of stay among multi-ethnic psychiatric inpatients in the United Kingdom. *Compr Psychiatry*. 2020;102: 152201. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152201>.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe. Zahl der Wohnungslosen in Deutschland. www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/index.html (last accessed 15 Dec 2021).
- Casey R, Goudie R, Reeve K. Homeless women in public spaces: Strategies of resistance. *Hous Stud*. 2008;23(6):899–916.
- Chu CMT, Moodie EEM, Streiner DL, Latimer EA. Trajectories of Homeless Shelter Utilization in the At Home/Chez Soi Trial of Housing First. *Psychiatr Serv*. 2020;71(7):648–55. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900260>.
- Demaerschalk E, Hermans K, Steenssens K, Van Regenmortel M. Homelessness. Merely an urban phenomenon? Exploring hidden homelessness in rural Belgium. *European Journal of Homelessness*. 2019;13(1):99–118.
- DeStatis. https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender/Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/Archiv/Definition_STL_bis_30122011.pdf?blob=publicationFile (last accessed 15 Dec 2021)
- Doherty J, Busch-Geertsema V, Karpuskiene V, Korhonen J, O'Sullivan E, Sahlin I, et al. Homelessness and exclusion: regulating public space in European cities. *Surveillance & Society*. 2008;5(3):290–314.
- Edgar W, Doherty J, Meert H. Third Review of Statistics on Homelessness in Europe. In: Developing an Operational Definition of Homelessness. Brussels: FEANTSA; 2004.
- Edgar B, Harrison M, Watson P, Busch-Geertsema V. Measurement of Homelessness at European Union Level. Brussels: European Commission; 2007. (http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/study_homelessness_en.pdf last accessed 15 Dec 2021).
- Elbogen EB, Lanier M, Wagner HR, Tsai J. Financial Strain, Mental Illness, and Homelessness: Results From a National Longitudinal Study. *Med Care*. 2021;59(Suppl 2):S132–8. <https://doi.org/10.1097/MLR.00000000000001453>.
- Feigl J, Park B, Bramante C, Nordgaard C, Menk J, Song J. Homelessness and discharge delays from an urban safety net hospital. *Public health*. 2014;128(11):1033–1035. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.06.001>.
- Gilmer C, Buccieri K. Homeless Patients Associate Clinician Bias With Suboptimal Care for Mental Illness, Addictions, and Chronic Pain. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720910289. <https://doi.org/10.1177/2150132720910289>.
- Greenwood RM, Manning RM, O'Shaughnessy BR, Vargas-Moniz MJ, Loubière S, Spinnewijn F, Lenzi M, Wolf JR, Bokszczanin A, Bernad R, Källmén H, Ornelas J, HOME-EU Consortium Study Group. Homeless Adults' Recovery Experiences in Housing First and Traditional Services Programs in Seven European Countries. *Am J Community Psychol*. 2020;65(3–4):353–68. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12404>.
- Gureje O, Bamidele R. Thirteen-year social outcome among Nigerian outpatients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(3):147–51.
- Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2021;18(8):e1003750. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003750>.
- Henwood BF, Lahey J, Rhoades H, Winetrobe H, Wenzel SL. Examining the health status of homeless adults entering permanent supportive housing. *J Public Health (Oxf)*. 2018;40(2):415–8.
- IGH (Institute of Global Homelessness). https://www.un.org/devel/opment/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2019/05/CASEY_Louise_Paper.pdf (last accessed 15 Dec 2021).
- Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*. 2004;34:597–611.
- Kaduszkiewicz H, Bochon B, van den Bussche H, Hansmann-Wiest J, van der Leeden C. The medical treatment of homeless people. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(40):673–9.
- Kesselring, A. / Bohonnek, A. / Smoliner, S. (2013): HOPE in stations: Homeless People in European train stations. Final evaluation report (Paris: ANSA) http://www.garesolidaire.net/attachments/Rapporto_finale_Hope_in_stations_EN.pdf last accessed on 15 Dec 2021
- Lauber C, Lay B, Rössler W. Homelessness among people with severe mental illness in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2005;135(3–4):50–6.
- Lévesque IS, Abdel-Baki A. Homeless youth with first-episode psychosis: A 2-year outcome study. *Schizophr Res*. 2020;216:460–9. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.031>.
- MAGS (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales). http://www.sozialberichte.nrw.de/sozialberichterstattung_nrw/kurzanalysen/Kurzanalyse-2-2021.pdf last accessed 15 Dec 2021

27. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. *PLoS one*. 2016;11(12):e0168720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168720>.
28. Moloney N, O'Donnell P, Elzain M, Bashir A, Dunne CP, Kelly BD, Gulati G. Homelessness amongst psychiatric inpatients: a cross-sectional study in the mid-west of Ireland. *Ir J Med Sci*. 2021. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02546-x>.
29. Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: A nationwide register-based cohort study. *Lancet*. 2011;377:2205–14.
30. Nilsson SF, Laursen TM, Hjorthøj C, Nordentoft M. Risk of homelessness after discharge from psychiatric wards in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;140(5):477–89. <https://doi.org/10.1111/acps.13082>.
31. Nordentoft M, Knudsen HC, Jessen-Petersen B, Krasnik A, Saelan H, Brodersen AM, Treufeldt P, Løppenthin P, Sahl I, Ostergård P. Copenhagen Community Psychiatric Project (CCPP): characteristics and treatment of homeless patients in the psychiatric services after introduction of community mental health centres. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997;32(7):369–78. <https://doi.org/10.1007/BF00788176>.
32. Nordentoft M, Knudsen HC, Schulsinger F. Housing conditions and residential needs of psychiatric patients in Copenhagen. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;85:385–9.
33. Onofa L, Fatiregun AA, Fawole OI, Adebowale T. Comparison of clinical profiles and treatment outcomes between vagrant and non-vagrant mentally ill patients in a specialist neuropsychiatric hospital in Nigeria. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2012;15(3):189–92. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v15i3.25>.
34. Parkinson S, Batterham D, Reynolds M, Wood G. (2019) The changing geography of homelessness: a spatial analysis from 2001 to 2016, AHURI Final Report No. 313, Australian Housing and Urban Research Institute Limited, Melbourne, <https://doi.org/10.18408/ahuri-5119601> <https://www.ahuri.edu.au/research/final-reports/313> last accessed 28 Dec 2021
35. Peng Y, Hahn RA, Finnie RKC, Cobb J, Williams SP, Fielding JE, Johnson RL, Montgomery AE, Schwartz AF, Muntaner C, Garrison VH, Jean-Francois B, Truman BI, Fullilove MT, Community Preventive Services Task Force. Permanent Supportive Housing With Housing First to Reduce Homelessness and Promote Health Among Homeless Populations With Disability: A Community Guide Systematic Review. *J Public Health Manag Pract*. 2020;26(5):404–11. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001219>.
36. Rae BE, Rees S. The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care. *J Adv Nurs*. 2015;71(9):2096–107. <https://doi.org/10.1111/jan.12675>.
37. Ran MS, Chan CL, Chen EY, Xiang MZ, Caine ED, Conwell Y. Homelessness among patients with schizophrenia in rural China: a 10-year cohort study. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114(2):118–23. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00746.x>.
38. Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M, et al. The prevalence of mental illness in homeless people in Germany. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(40):665–72. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0665>.
39. Schreiter S, Fritz FD, Rössler W, Majić T, Schouler-Ocak M, Krausz MR, Bermpohl F, Gutwinski S. Wohnsituation von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen im akut-psychiatrischen Behandlungssetting in Berlin – eine querschnittliche Patientenbefragung [Housing Situation Among People with Substance Use Disorder in a Psychiatric Centre in Berlin, Germany - A Cross-Sectional Patient Survey]. *Psychiatr Prax*. 2021;48(3):156–60.
40. Schreiter S, Heidrich S, Zulauf J, et al. Housing situation and healthcare for patients in a psychiatric centre in Berlin, Germany: A cross-sectional patient survey. *BMJ Open*. 2019;9:e032576.
41. Thomas TE, Lane SD, Elkhatib RM, Hamilton JE, Pigott TA. Race, History of Abuse, and Homelessness Are Associated With Forced Medication Administration During Psychiatric Inpatient Care. *J Psychiatr Pract*. 2020;26(4):294–304. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000485>.
42. Tsemberis S, Eisenberg RF. Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv*. 2000;51(4):487–93. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.4.487>.
43. Tulloch AD, Fearon P, David AS. Timing, prevalence, determinants and outcomes of homelessness among patients admitted to acute psychiatric wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(7):1181–91. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0414-4>.
44. Wang L, Zhang Z, Yan Q, Lu J, Gao B, Zhao Y, Pang Y. Diagnostic dilemma of pulmonary tuberculosis among adults with severe mental illness in Beijing, China. *BMC Infect Dis*. 2017;17(1):83. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2190-6>.
45. Wessel T, Pörksen N, Zechert C. Wohnungslose Patienten in der Psychiatrischen Klinik. *Psychiatr Prax*. 1997;24:167–71.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Die onkologische Versorgung von Brustkrebspatientinnen mit vorbestehender Behinderung – Ergebnisse einer qualitativen Studie über wahrgenommene Barrieren, kommunikative Schwierigkeiten und Bedarfe

Oncologic Care of Breast Cancer Patients with Preexisting Disabilities: Results of a Qualitative Study on Perceived Barriers, Communication Difficulties, and Needs

Autorinnen/Autoren

Inna Klee¹, Hannah Büscher¹, Anke Groß-Kunkel², Holger Pfaff³, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank¹, Sophie Elisabeth Groß¹

Institute

- 1 Institut für Forschung und Bildung, LVR-Institut für Versorgungsforschung, LVR-Klinik Köln, Köln, Germany
- 2 Department Heilpädagogik und Rehabilitation, Humanwissenschaftliche Fakultät Universität zu Köln, Köln, Germany
- 3 Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR), Humanwissenschaftliche und Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Köln, Germany

Schlüsselwörter

Patientenperspektive, Qualitative Forschung, Brustkrebs, Behinderung, Versorgungsforschung, Barrieren

Key words

patient perspective, qualitative research, breast cancer, disability, health services research, barriers

online publiziert 2022

Bibliografie

Gesundheitswesen

DOI 10.1055/a-1967-9960

ISSN 0941-3790

© 2022. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Sophie Elisabeth Groß

LVR-Klinik Köln

LVR- Institut für Forschung und Bildung

Wilhelm-Griesinger-Straße 23

51109 Köln

Germany

sophie.gross@lvr.de

ZUSAMMENFASSUNG

Menschen mit Behinderung finden im Hinblick auf ihre individuellen Bedürfnisse bislang wenig Berücksichtigung in der Gesundheitsversorgung. Die Studie erhebt die Innenperspektive von Brustkrebspatientinnen mit einer vorbestehenden Behinderung in Bezug auf Bedarfe und Barrieren in der onkologischen Versorgung. Hierzu wurden qualitative, leitfadengestützte Interviews geführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Eingeschlossen wurden 23 Patientinnen mit körperlichen Behinderungen, chronischen körperlichen Erkrankungen, Sinnesbehinderungen, psychischen Erkrankungen und/oder geistiger Behinderung. In Abhängigkeit von der Art der Behinderung standen für Patientinnen unterschiedliche Barrieren im Vordergrund. Um die von Menschen mit Behinderung erlebten Barrieren in der Versorgung abzubauen, ist es notwendig, die Kooperation von Versorgenden aus verschiedenen Versorgungsbereichen zu fördern sowie Versorgende im Umgang mit Menschen mit Behinderung zu schulen.

ABSTRACT

Up to now, people with disabilities have received little consideration in health care with regard to their individual needs. This study gathers information on the internal perspective of breast cancer patients with a pre-existing disability with regard to needs and barriers in oncological care. For this purpose, qualitative, guideline-based interviews were conducted and analysed using qualitative content analysis. Twenty-three patients with physical disabilities, chronic physical illnesses, sensory disabilities, mental illnesses and/or intellectual disabilities were included. Depending on the type of disability, patients faced different barriers. In order to reduce the barriers experienced by people with disabilities in care, it is necessary to promote cooperation between care providers from different care sectors and to train care providers in dealing with people with disabilities.

Einleitung

Menschen mit Behinderung (MmB) haben laut der UN-Behindertenkonvention eine körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren längerfristig an der gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe hindert [1]. Zudem weisen sie im Vergleich zum Rest der Bevölkerung einen schlechteren Gesundheitszustand auf [2].

Auch haben MmB häufig einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung und daher ein höheres Risiko für gesundheitliche Einschränkungen. Verschiedene Faktoren wie Versorgungs- und Betreuungssituation aber auch Lebensstil und sozioökonomischer Status beeinflussen die gesundheitliche Versorgung [3, 4]. Studien zeigen, dass MmB im Rahmen ihrer Gesundheitsversorgung auf Barrieren stoßen und behinderungsspezifische Bedarfe haben [5, 6]. Dennoch steht ihre Versorgung selten im Fokus der Versorgungsforschung, da unter anderem der Zugang zur Patientengruppe erschwert ist und aufwendigere Untersuchungsmethoden notwendig sind.

Stand der Forschung

Das Risiko an Krebs zu erkranken, liegt in der weiblichen Allgemeinbevölkerung bei etwa 43,5% [7]. Mit über 70.000 Neuerkrankungen jährlich ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Zur Versorgung von Brustkrebspatientinnen mit einer vorbestehenden Behinderung liegen bisher wenig Daten vor, auch wenn davon ausgegangen wird, dass die Prävalenz von Krebserkrankungen bei MmB aufgrund der steigenden Lebenserwartung zunimmt [8].

Es zeichnen sich Hinweise auf Unterschiede in der Prävention, Inzidenz, Behandlung und Mortalität der Brustkrebspatientinnen ohne und mit vorbestehender Behinderung ab [5, 6, 9]. Gründe dafür könnten fehlende Informationen, mangelndes Verständnis für die Bedeutsamkeit des Mammographie-Screenings sowie Angst- und Schamgefühle sein, die bei Frauen mit Behinderung stärker ausgeprägt erscheinen als bei Frauen ohne Behinderung [4, 5, 9]. Die körperlich beeinträchtigten Teilnehmerinnen einer Studie berichteten zudem von baulichen Barrieren zu Versorgungseinrichtungen, die den Zugang erschweren [10].

Forschungsbedarf und Fragestellung

Um in Deutschland zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von Brustkrebspatientinnen mit Behinderung beizutragen und den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu verbessern, ist es unerlässlich, in einem ersten Schritt die Bedarfe dieser heterogenen Zielgruppe in einem explorativen Ansatz zu untersuchen. Da unterschiedliche Bedarfe zwischen Brustkrebspatient*innen mit körperlichen, seelischen, geistigen, Sinnes- und Mehrfachbehinderungen zu erwarten sind, wurden alle Behinderungsarten einbezogen [11, 12]. Hinsichtlich der somatischen Erkrankung Krebs wurde die Zielgruppe hingegen auf Frauen mit Brustkrebs eingegrenzt. Die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte Studie fokussiert mittels eines qualitativen Forschungsansatzes folgende explorative Forschungsfrage:

Welche Barrieren, kommunikativen Schwierigkeiten und Bedarfe erleben MmB im gesamten Verlauf der Versorgung ihrer Brustkrebskrankung?

Methodik

Design

Um die Innenperspektive der MmB und Brustkrebskrankung in der Gesundheitsversorgung zu untersuchen, wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Als Erhebungsmethode wurden leitfadengestützte Interviews angewandt. Die Interviews wurden mittels Aufnahmegerät aufgezeichnet, professionell transkribiert und anonymisiert. Es lag ein positives Ethikvotum vor.

Der Leitfaden wurde auf Basis von Forschungsliteratur und Forschungsfragen entwickelt. Die zentralen Themenbereiche des Leitfadens waren Barrieren, Ressourcen, Kommunikation, Belastungen, Bedarfe und Bedürfnisse in der Gesundheitsversorgung während des gesamten Krebskrankungsverlaufes. Der Leitfaden wurde breit angelegt, um in einem explorativen Ansatz zentrale Barrieren und Bedarfe im Krankheitsverlauf herauszuarbeiten.

Die Datenauswertung (durchgeführt mit der Software MaxQDA) orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz, indem deduktive und induktive Kategorien gebildet wurden [13].

Zwei Autorinnen (HB, SG) werteten unabhängig voneinander die Interviews aus. Bei den Analysen wurde darauf geachtet, welche der wiederkehrenden Themen behinderungsspezifisch und welche unabhängig von der Art der Behinderung auftreten. Es entstand ein Codebaum aus Haupt- und Subkategorien, welche systematisch analysiert wurden. Für die Konsensbildung wurden die Auswertung und der Codebaum im Projektteam (HB, SG, AGK) diskutiert

Rekrutierung

Als Einschlusskriterien für die Rekrutierung dienten die zwei Merkmale „Brustkrebspatientin“ und „Vorliegen einer Schwerbehinderung vor der Brustkrebskrankung“. Rekrutiert wurde von Juni bis September 2019 über ein universitäres Institut in Nordrhein-Westfalen. Studieninformationen und Flyer wurden im Zuge einer jährlichen Patientinnenbefragung an allen Brustzentren Nordrhein-Westfalens versandt. Zusätzlich wurde über einen Verbund heilpädagogischer Hilfen rekrutiert. Studieninformationen waren auch in leichter Sprache verfügbar und konnten von Interessentinnen angefordert werden.

Insgesamt gab es 131 Rückmeldungen und 42 Patientinnen stimmten einer Teilnahme zu. Davon wurden 23 Teilnehmerinnen rekrutiert und 19 Personen ausgeschlossen. Ausschlussgründe waren das Nicht-Erfüllen der Einschlusskriterien sowie weitere Gründe (z. B. bei Anruf kein Interesse). Das purposeful sampling erfolgte hinsichtlich der Behinderungsarten mit dem Ziel, eine möglichst heterogene Gruppe mit einer hohen Varianz abzubilden. Eine theoretische Sättigung konnte in der Durchführung und Analyse der Interviews beobachtet werden. In zwei Fällen wurde das Interview jeweils mit einer Angehörigen durchgeführt, da sich die Betroffenen aufgrund einer Demenzerkrankung nicht selbst artikulieren konnten. Drei der Autorinnen (HB, SG, IK), welche zuvor im Umgang mit der Zielgruppe geschult wurden, führten die Interviews zwischen Juli und November 2019 durch. Auf Wunsch der Patientinnen wurden 22 Interviews bei den Patientinnen zu Hause sowie ein Interview im Brustzentrum durchgeführt. Die Interviews dauerten zwischen 20 und 88 Minuten (Durchschnitt: 48 min).

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Die Zusammensetzung der Stichprobe ist ► **Tab. 1** zu entnehmen.

Wichtige Ergebnisse unabhängig von der Art der Behinderung

Viele Patientinnen wiesen einen hohen ungedeckten behinderungsspezifischen Informationsbedarf im Rahmen der Krebsbehandlung auf und wünschten sich mehr Informationen zum individuellen Behandlungs- und Erkrankungsverlauf.

„Schwierigkeiten sind eigentlich nur immer die Gespräche mit den Ärzten, [...] die so wenig von sich geben, wenn man Probleme hat[...] dass die Ärzte nicht mal [...] eine Empfehlung geben können. [...], dass die Ärzte nicht reagieren, wenn man Probleme [körperliche Behinderung] hat.“ (P18)

Rehabilitationsmaßnahmen bereiteten vielen Patientinnen Schwierigkeiten. Die vorbestehende Behinderung machte es teilweise unmöglich, Rehabilitationsmaßnahmen zu nutzen. So berichtete eine blinde Patientin, dass es keine Klinik gäbe, in der sie ohne Begleitperson aufgenommen würde. Auch nach der Nutzung äußerten viele Patientinnen unserer Studienpopulation Unzufriedenheit mit den Rehabilitationsmaßnahmen. Sie kritisierten, dass ausschließlich ihre Bedarfe als Krebspatientin versorgt wurden, nicht aber Bedarfe, die sich durch die Behinderung ergaben. Hier wird die Bedeutung der Zusammenarbeit der heilpädagogischen und medizinischen Bereiche deutlich.

„Würde ich nicht nochmal machen [Reha], das ist alles, aber nicht das, was sie brauchen, weil ihre richtigen Problemzonen [die behinderungsspezifischen] werden da schlicht und ergreifend ausgeblendet.“ (P17)

Der Fall einer demenzerkrankten Patientin mit Brustkrebs verdeutlicht ein systemisches Problem in der Organisation des Gesundheitswesens: Die Patientin sollte eine Biopsie erhalten. Der Onkologe riet dazu, auf die Biopsie zu verzichten und direkt den ganzen Tumor zu entfernen sowie zu untersuchen. Nach der OP wurde der Patientin und ihrer Angehörigen mitgeteilt, dass der Tumor bösartig sei und dass eine zweite OP zu erfolgen habe, weil doch nur eine Teilresektion durchgeführt worden war. Die Angehörige war entrüstet darüber:

„Wir waren vorher bei der Neurologin, wegen der Demenz, sagte sie, Schlimmste was ihr passieren könnte, wenn sie mehrmals operiert wird, weil die Narkosen für die Demenz so schlecht sind.“ (P13)

► **Tab. 1** Stichprobenbeschreibung (* Mehrfachnennungen möglich).

Merkmal	Anzahl Teilnehmerinnen (N = 23)
Alter: MW: 65 Jahre; Range: 44–88 Jahre	
Art der Behinderung*	
Körperliche Behinderung/ Chronische körperliche Erkrankung (Arthrose, Diabetes, Rheuma, Osteoporose, COPD)	17
Sinnesbehinderung (Sehbehinderung)	3
Psychische Erkrankung (Depression, Demenz, Posttraumatische Belastungsstörung)	10
Geistige Behinderung	1

An diesem Fall werden zwei Probleme erkennbar: (1.) es gibt Probleme an den Schnittstellen und (2.) medizinische Einrichtungen behandeln teilweise nur eine einzelne Erkrankung und eine u.U. vorliegende Multimorbidität findet nicht genug Beachtung.

Behinderungsspezifische Ergebnisse

Einige Barrieren, Kommunikationsbesonderheiten und Belastungen bezogen sich auf spezifische Behinderungsarten.

Generell bei psychischen Erkrankungen und insbesondere bei Demenz wurde berichtet, dass der Brustkrebs spät erkannt wurde. Über eine demenzerkrankte Patientin wurde mitgeteilt, dass sie die Veränderung der Brust nicht geäußert hatte und die pflegende Angehörige nicht wusste, dass sie das Abtasten der Brust hätte übernehmen sollen.

„...weil eigentlich meine Mutter müsste schon was gefühlt haben. Konnte es ... Hat es aber nicht mit artikulieren können, aufgrund ihrer Demenzerkrankung. Also die Ärztin hatte direkt, relativ schnell einen Tastbefund und dann sagte meine Mutter so, ach ja und so, sie hätte da auch was gefühlt, hat es aber nicht mir gesagt, [...] also ich wasche sie auch und so weiter, hätte sie ja ... Oder jederzeit immer was sagen können. Das ist jetzt geschuldet der Demenzerkrankung.“ (P1)

Die Demenzerkrankung kann daher eine Barriere in der Früherkennung darstellen. Die aktive Einbeziehung von pflegenden Angehörigen bzw. Betreuenden in die Vorsorge könnte die Früherkennung erleichtern. Hinzu kommt, dass in Bezug auf Patientinnen mit Demenz oder geistiger Behinderung davon berichtet wurde, dass die Kommunikation mit Ärzt*innen und Pflegepersonal bis hin zur Therapieentscheidung über die Angehörigen oder Betreuenden geführt wurde. Patientinnen mit einer körperlichen Behinderung/ chronischen körperlichen Erkrankung fanden sich häufig selbstständig im Gesundheitswesen zurecht. Brustkrebspatientinnen mit vorbestehenden psychischen Erkrankungen oder einer geistigen Behinderung waren hingegen auf Unterstützung angewiesen: Für die Organisation krankheitsbezogener Abläufe (z. B. von Terminen oder Fahrdiensten) waren in der Regel die Angehörigen verantwortlich.

„Also da waren wir gemeinsam [...]. Und diese Prozesse habe ich gemeinsam mit meiner Mutter gemacht, weil sie das nicht mehr alleine machen kann.“ (P1)

Bei körperlichen Behinderungen spielte die fehlende Barrierefreiheit eine Rolle: Patientinnen waren auf Unterstützung angewiesen, um Versorgungsangebote nutzen zu können. Hier kann man daher von einer eingeschränkten Erreichbarkeit sprechen, die zu einer verringerten Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen führen könnte.

Patientinnen mit körperlicher Behinderung und/oder chronischer Erkrankung berichteten außerdem von körperlicher Doppelbelastung aufgrund der bestehenden Behinderung und zusätzlichen Einschränkungen, die sich durch die Krebsbehandlung ergaben. Viele Patientinnen bemängelten, dass sie von entsprechenden Unterstützungsangeboten nur auf Nachfrage oder von Dritten informiert worden waren.

„Ich konnte nicht im Stehen mich waschen mit meinem Rücken, ich konnt nicht vorn rüber am Waschbecken und duschen durft ich nicht und das fand ich ne Katastrophe. Und da hätte ich gerne Hilfe gehabt, aber da war ich ziemlich auf mich allein gestellt, also Hilfe [...] beim Waschen, beim Ankleiden.“ (P23)

In Bezug auf Belastungen erzählten Patientinnen mit einer psychischen Erkrankung von verstärkten Ängsten und Depressionen, also einer erhöhten psychischen Belastung. Demenzerkrankungen bildeten eine Ausnahme: Angehörige beschrieben die Demenzerkrankung als „hilfreich“ in der Verarbeitung der Krebserkrankung, da die Letztere wenig präsent sei. Insgesamt berichteten Patientinnen mit einer psychischen Erkrankung, dass die psychische Erkrankung – und nicht die Krebserkrankung – ihre Hauptbelastung sei.

„Brustkrebs macht mir keine Angst, das isst du noch so obendrauf. Und wie gesagt, da wird einem so viel angeboten und so viel Hilfe und, ja. Und die Leute sagen nur, mein Gott und hast du nicht gesehen. Aber mein anderes Problem [psychische Erkrankungen] ist für mich viel schlimmer. Viel, viel schlimmer.“ (P10)

Was den Umgang mit den psychischen Belastungen betrifft, beschrieben einige Patientinnen das onkologische Personal als wenig hilfreich und verständnisvoll. Andere wiederum fragten nicht nach Unterstützung, weil sie davon ausgingen, dass im Rahmen der Krebsbehandlung ihre psychische Komorbidität nicht versorgt werden kann.

„Das wäre jetzt so, wenn ich Schmerzen hab, die geben mir eine Tablette, schmerzfrei. Aber mit den Depressionen ist das anders. [...] Und da können die Schwestern und die Ärzte, glaub ich, nicht in dem Moment so helfen. Und damit hab ich die auch nicht so belästigt.“ (P4)

Diskussion

Die vorliegende Studie untersucht die Bedarfe und Barrieren von Brustkrebspatientinnen mit vorbestehender Behinderung im Verlauf der Diagnosestellung, Brustkrebsbehandlung und Nachsorge. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Hauptbarriere darin begründet liegt, dass das deutsche Gesundheitssystem in seiner Organisation nicht immer zu den Bedarfen dieser Patientinnengruppe passt. In Abhängigkeit von der Behinderungsart standen für Patientinnen unterschiedliche Barrieren im Vordergrund. In Übereinstimmung mit Berichten aus bestehender Literatur [11, 14] erfuhren Patientinnen mit einer körperlichen Behinderung, Sinnesbeeinträchtigung und/oder chronischen körperlichen Erkrankung bauliche Barrieren und eine eingeschränkte Nutzbarkeit von Versorgungsleistungen. So war eine bedarfsgerechte Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen für MmB oft nicht möglich.

Brustkrebspatientinnen mit psychischen Erkrankungen oder geistiger Behinderung sind überwiegend auf Kommunikationsbarrieren und fehlende Orientierungshilfen gestoßen. Sie waren vermehrt auf die Unterstützung durch Angehörige und Betreuende angewiesen. Auch in anderen Studien wurde von Barrieren in der Gesundheitsversorgung und von der Übernahme der Kommunikation durch Angehörige berichtet, wobei unklar bleibt, wie sich dies auf den Gesundheitszustand der Patientinnen auswirkt [15].

Patientinnen berichteten von einem hohen ungedeckten behinderungsspezifischen Informationsbedarf im Rahmen der Krebsbehandlung. Dem kann auf Grund der Heterogenität der Einschränkungen, auf die ärztliches Personal in der Krebsbehandlung trifft, wahrscheinlich nicht immer entsprochen werden. Dennoch könnte der Austausch über vorbestehende Behinderungen und die Zusammenhänge mit der Krebsbehandlung aktiv von der ärztlichen und pflegerischen Seite angeregt werden. Voraussetzung dafür ist jedoch Fachwissen über die Behinderungen und psychischen Er-

krankungen seitens der somatischen Versorgenden. Andere Studien legen nahe, dass den Versorgenden entsprechendes Wissen teilweise fehlt [16, 17].

Insbesondere für Patientinnen mit psychischer Erkrankung war die psychische Mehrbelastung durch die Krebserkrankung und –behandlung herausfordernd. Der Wunsch nach Verständnis und Unterstützung durch onkologisches Personal blieb oft unerfüllt. Vorarbeiten sprechen von einem Mangel an psychiatrischer Expertise [16, 18] und Feingefühl im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen [18] bei somatischen Ärzt*innen. Die in einer Arbeit befragten somatischen Ärzt*innen gaben an, Schulungen sowie Kooperation mit psychiatrisch erfahrenen Kolleg*innen zu benötigen, um diese Mängel zu beheben [16].

Unsere Befunde sind in Einklang mit anderen Berichten über Defizite der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung wie z. B. nicht angemessene Kommunikation, defizitäre therapeutische Versorgung der Zielgruppe und mangelndes Verständnis von Behinderung [15]. So wurde bei einer Untersuchung berichtet, dass die behinderungsspezifischen Bedarfe von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in der akuten Krankenhausversorgung nicht erfüllt werden, weil dieser Mehraufwand seitens des Krankenhauspersonals nicht leistbar ist [15].

Bei der Versorgung von MmB muss neben der onkologischen die Perspektive der Behinderung mitgedacht werden. Das Versorgungssystem agiert jedoch nach einem Paradigma der Einzelerkrankung, was einerseits hilfreich für hochspezialisierte Versorgung ist, andererseits aber nicht den Bedarfen von multimorbiden Patient*innen gerecht wird [16]. Vorarbeiten wiesen auf die mangelnde Kooperation zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen [16] sowie fehlende psychiatrische Expertise von somatischen Ärzt*innen [16, 17] hin. Beides kann als Symptomatik des Einzelerkrankungsparadigmas angesehen werden und führt in der Konsequenz dazu, dass die Verantwortung dafür, Informationen zu sammeln, bei den Patient*innen selbst oder bei Angehörigen liegt [16].

Aus den Interviews geht die besondere Rolle der Betreuungspersonen (pflegende Angehörige und fachlich-(heil-)pädagogische Betreuende) hervor, die eine zentrale Funktion in der Inanspruchnahme der Versorgung übernehmen. Betreuungspersonen könnten als Förderfaktoren einer bedarfsorientierten Versorgung angesehen werden. Um diese Ressource bestmöglich und nachhaltig zu nutzen, wäre es notwendig, Betreuende aktiv in die Behandlung einzubinden, sie zu schulen und zu unterstützen.

Alternativ können die Forschungsergebnisse so gedeutet werden, dass die Gesundheitskompetenz von MmB gestärkt werden müsste, damit sie sich selbstständig im Gesundheitssystem zu rechtfinden und weniger auf Betreuende angewiesen sind.

Limitationen der Arbeit

Aufgrund der geringen Fallzahl und der heterogenen Zusammensetzung der Stichprobe sind die Ergebnisse nicht auf alle Brustkrebspatientinnen mit Behinderung übertragbar, sondern bieten nur einen ersten Einblick in die Innenperspektive dieser Patientinnengruppe.

Es konnten keine Patientinnen mit komplexer Behinderung und nur eine Teilnehmerin mit geistiger Behinderung rekrutiert werden. Trotz verschiedener Rekrutierungswege und Einbezug von Ein-

richtungen der Behindertenhilfe war die Resonanz begrenzt. Eine weitere Limitation ist, dass zwei Interviews aufgrund von Artikulationsschwierigkeiten (Patientinnen mit Demenzerkrankung) nicht direkt mit den Betroffenen, sondern mit Angehörigen geführt wurden. Hier kann nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die Angehörigen in der Lage waren, die subjektive Perspektive der Patientinnen auf die Versorgung wiederzugeben.

Schlussfolgerungen

Um Brustkrebspatientinnen mit vorbestehender Behinderung eine bedarfsorientierte Versorgung zu ermöglichen, könnten Anreize für die Kooperation mit anderen Versorgungseinrichtungen sowie heilpädagogischen und medizinischen Fachkräften geschaffen werden. Darüber hinaus sollten Versorgende im Umgang mit MnB geschult werden, um deren Gesundheitskompetenz zu stärken. Es ist ebenfalls ratsam, Betreuende mehr in die Versorgung einzubinden, sie zu schulen und entlastende Unterstützungsangebote zu schaffen.

Danksagung

Wir danken den teilnehmenden Patientinnen für ihre Offenheit in den Interviews. Außerdem danken wir den Gutachter*innen für Ihre hilfreichen Kommentare und Vorschläge.

Fundref Information

Deutsche Forschungsgemeinschaft – <http://dx.doi.org/10.13039/501100001659>; GR 5007/1-1

Interessenkonflikt

Frau Gouzoulis-Mayfrank: Wirtschaftliche Verbindungen: Drittmittel für Forschungsprojekte erhalten von dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, dem EU Fonds Interreg NWE, dem Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Kliniken für Auswertungen von Routinedaten der Mitgliedseinrichtungen Tätigkeit im Beirat der REHASAN – Kliniken Holding GmbH Persönliche Verbindungen: keine Mitgliedschaften in Fachgesellschaften oder Berufsverbänden: Mitglied im Vorstand der DGPPN Mitglied im Vorstand der BDK (Bundesdirektorenkonferenz - Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie) Die übrigen Autor:innen geben keine Interessenskonflikte an. leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie).

Literatur

- [1] United Nations: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2006). Im Internet: <https://www.behindertenrechtskonvention.info/uebereinkommen-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinderungen-3101/>; Stand: 15.12.2020
- [2] Reichard A, Stolze H, Fox MH. Health disparities among adults with physical disabilities or cognitive limitations compared to individuals with no disabilities in the United States. *Disability and Health Journal* 2011; 4: 59–67. doi:10.1016/j.dhjo.2010.05.003
- [3] Willis DS. What influences women with intellectual disabilities to attend breast screening? Experiences of women who have and have not participated. *British Journal of Learning Disabilities* 2016; 44: 269–276. doi:10.1111/bl.12158
- [4] Hasseler M. Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung. *Dtsch Med Wochenschr* 2014; 139: 2030–2034. doi:10.1055/s-0034-1387334
- [5] Truesdale-Kennedy M, Taggart L, McIlpatrick S. Breast cancer knowledge among women with intellectual disabilities and their experiences of receiving breast mammography. *Journal of Advanced Nursing* 2011; 67: 1294–1304. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05595.x
- [6] Satgé D, Sauleau EA, Jacot W et al. Age and stage at diagnosis: a hospital series of 11 women with intellectual disabilities and breast carcinoma. *BMC Cancer* 2014; 14: 150. doi:10.1186/1471-2407-14-150
- [7] Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). *Krebs in Deutschland für 2013/2014*. 11. Ausgabe. Berlin, 2017
- [8] United Nations: Ageing and Disability. Im Internet: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/disability-and-ageing.html>; Stand: 18.06.2022
- [9] Groß SE, Pfaff H, Swora M et al. Health disparities among breast cancer patients with/ without disabilities in Germany. *Disability and Health Journal* 2019; 13: 100873. doi:10.1016/j.dhjo.2019.100873
- [10] Iezzoni LI, Kilbridge K, Park ER. Physical access barriers to care for diagnosis and treatment of breast cancer among women with mobility impairments. *Oncology Nursing Forum* 2010; 37: 711–717. doi:10.1188/10.ONF.711-717
- [11] Horner-Johnson W, Dobbertin K, Lee JC et al. Disparities in health care access and receipt of preventive services by disability type: Analysis of the medical expenditure panel survey. *Health Services Research* 2014; 49: 1980–1999. doi:10.1111/1475-6773.12195
- [12] Iezzoni LI, Ngo LH, Li D et al. Early stage breast cancer treatments for younger medicare beneficiaries with different disabilities. *Health Services Research* 2008; 43: 1752–1767. doi:10.1111/j.1475-6773.2008.00853.x
- [13] Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz, Juventa; 2018
- [14] Edwards DJ, Sakellariou D, Anstey S. Barriers to, and facilitators of, access to cancer services and experiences of cancer care for adults with a physical disability: a mixed methods systematic review. *Disabil Health J* 2020; 13: 100844. doi:10.1016/j.dhjo.2019.100844
- [15] Hasseler M. Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in der akut-stationären Versorgung. Ausgewählte Ergebnisse einer qualitativ-explorativen Untersuchung. *Dtsch Med Wochenschr* 2015; 140: e217–e223. doi:10.1055/s-0041-106610
- [16] Björk Brämberg E, Torgerson J, Norman Kjellström A et al. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract* 2018; 19: 1–11. doi:10.1186/s12875-017-0687-0
- [17] Kroll T, Jones GC, Kehn M, Neri MT. Barriers and strategies affecting the utilisation of primary preventive services for people with physical disabilities: a qualitative inquiry. *Health & Social Care in the Community* 2006; 14: 284–293. doi:10.1111/j.1365-2524.2006.00613.x
- [18] Kohn L, Christiaens W, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M, Gillain B et al. Barriers to somatic health care for persons with severe mental illness in Belgium: a qualitative study of patients' and healthcare professionals' perspectives. *Front Psychiatry* 2021; 12: 798530. doi:10.3389/fpsy.2021.798530

R & P

Recht und Psychiatrie

Jan Querengässer, Alexander Baur, Adelheid Bezzel, Joachim Körkel,
Christian Schlögl

Zieloffenheit in forensischer Suchttherapie – Alternativen zur impliziten Abstinenzorientierung sind rechtlich zulässig und therapeutisch sinnvoll

Abstinenz stellt aktuell das vorherrschende Behandlungsziel forensischer Suchtbehandlung dar. Dabei sieht das Strafrecht als Sinn jeglicher forensisch-psychiatrischer Intervention nur vor, dass es nach der Behandlung zu keinen weiteren Straftaten mehr kommt, die auf die psychiatrische Problematik zurückgehen. Es lässt offen, wie dies zu erreichen ist. In Bezug auf § 64 StGB ist der irreführende Begriff der Heilung vom »Hang«, Suchtmittel im Übermaß zu konsumieren, ebenso wenig mit Abstinenz gleichzusetzen, wie sich eine Abhängigkeitserkrankung nur durch vollständige Abstinenz überwinden lässt. Vielmehr ermöglichen Alternativen zur Abstinenzausrichtung auch und gerade im forensischen Kontext, dass jenen Patienten ein passendes Angebot gemacht wird, die zu Abstinenz nicht bereit oder in der Lage sind. Der vorliegende Artikel beleuchtet das Abstinenzziel aus juristischer Sicht und setzt sich kritisch mit der »Heilung« einer Suchterkrankung auseinander. Ein Fallbeispiel illustriert die Probleme, die durch eine Verengung auf Abstinenz als alleinigem Ziel forensischer Suchtbehandlung entstehen können. Als Fazit erscheint es angebracht, dass die implizite und ausschließliche Abstinenzausrichtung einer zieloffeneren Herangehensweise weicht.

Schlüsselwörter: Maßregelvollzug, Straftäterbehandlung, Abhängigkeitserkrankungen, Therapieziele, Psychotherapie

Herausgeber: Redaktion Recht & Psychiatrie

Redaktion: Michael Lindemann, Bielefeld (verantwortlich); Martin Zinkler, Bremen (verantwortlich); Alexander Baur, Dettenhausen/Augsburg; Manuela Dudeck, Ulm; Tanja Henking, Stuhr/Würzburg; Heinz Kammeier, Münster; Norbert Konrad, Berlin; Wolfgang Lesting, Oldenburg; Rolf Marschner, München; Martin Rettenberger, Wiesbaden; Dorothea Rzepka, Bielefeld/Darmstadt; Norbert Schalast, Essen; Anja Schiemann, Euskirchen; Herbert Steinböck, Haar

Redaktionsanschrift: Marina Broll, Staufenstr. 34, 44139 Dortmund; Tel.: 0231/1505460

E-Mail: brollmarina@gmail.com

Verlag: Psychiatrie Verlag, Ursulaplatz 1, 50668 Köln
verlag@psychiatrie.de; www.psychiatrie-verlag.de

Sonderdruck

2023, 41. Jahrgang, 1. Vierteljahr, Seite 3 – 8

Recht und Psychiatrie is regularly indexed in:

Journal Citation Reports/Social Sciences Edition, Juris, Journal Citation Reports/Science Edition, KJB, Science Citation Index Expanded (SciSearch)[®], Social Sciences Citation Index (SSCI)[®], Social Scisearch[®], Scopus, EM-Care

Jan Querengässer^{1, 2}, Alexander Baur³, Adelheid Bezzel¹, Joachim Körkel^{4, 5},
Christian Schlögl^{1, 6}

Zieloffenheit in forensischer Suchttherapie – Alternativen zur impliziten Abstinenzorientierung sind rechtlich zulässig und therapeutisch sinnvoll

Abstinenz stellt aktuell das vorherrschende Behandlungsziel forensischer Suchtbehandlung dar. Dabei sieht das Strafrecht als Sinn jeglicher forensisch-psychiatrischer Intervention nur vor, dass es nach der Behandlung zu keinen weiteren Straftaten mehr kommt, die auf die psychiatrische Problematik zurückgehen. Es lässt offen, wie dies zu erreichen ist. In Bezug auf § 64 StGB ist der irreführende Begriff der Heilung vom »Hang«, Suchtmittel im Übermaß zu konsumieren, ebenso wenig mit Abstinenz gleichzusetzen, wie sich eine Abhängigkeitserkrankung nur durch vollständige Abstinenz überwinden lässt. Vielmehr ermöglichen Alternativen zur Abstinenzausrichtung auch und gerade im forensischen Kontext, dass jenen Patienten ein passendes Angebot gemacht wird, die zu Abstinenz nicht bereit oder in der Lage sind. Der vorliegende Artikel beleuchtet das Abstinenzziel aus juristischer Sicht und setzt sich kritisch mit der »Heilung« einer Suchterkrankung auseinander. Ein Fallbeispiel illustriert die Probleme, die durch eine Verengung auf Abstinenz als alleinigem Ziel forensischer Suchtbehandlung entstehen können. Als Fazit erscheint es angebracht, dass die implizite und ausschließliche Abstinenzausrichtung einer zieloffeneren Herangehensweise weicht.

Schlüsselwörter: Maßregelvollzug, Straftäterbehandlung, Abhängigkeitserkrankungen, Therapieziele, Psychotherapie

Forensic psychiatric addiction treatment and its implicit abstinence orientation – alternative treatment goals are legally permissible and therapeutically sensible

Abstinence is currently the predominant treatment goal of forensic psychiatric addiction treatment. However, the purpose of any forensic psychiatric intervention under criminal law is only to ensure that after treatment no further crimes are committed as a result of the psychiatric problem. It remains undefined how this is to be achieved. With regard to Section 64 of the German Criminal Code, the misleading concept of healing a »tendency« to consume addictive substances in excess is not to be equated with abstinence. Nor can a substance use disorder be overcome only by complete abstinence. Rather, alternatives to the abstinence orientation also and especially in the forensic context, allow for suitable options to those patients who are not willing or able to achieve abstinence. This article examines the goal of abstinence from a legal point of view and takes a critical look at »healing« an addiction illness. A case example illustrates the problems that can arise from narrowing the focus on abstinence as the sole goal of forensic addiction treatment. As a conclusion, it seems appropriate that the implicit and exclusive abstinence orientation gives way to a more goal-open approach.

Key words: measures of rehabilitation and prevention, offender treatment, addiction, treatment goals, psychotherapy

Einleitung

Forensische Suchtbehandlung gem. § 64 Strafgesetzbuch (StGB) erfreut sich zunehmender Beliebtheit. Diesen Schluss legt jedenfalls die seit Jahren steigende Zahl an Unterbringungsanordnungen nahe (vgl. QUERENGÄSSER & TRAUB, 2021). Während einerseits erfreulich deutliche Wirksamkeitsbelege erbracht wurden (v. a. in Form der Essener Evaluationsstudie: SCHALAST, 2019), mahnen hohe Abbruchquoten (ein nicht unbeträchtlicher Anteil an Patienten wird gem. § 67d Abs. 5 StGB im juristischen Sinne mangels hinreichend konkreter Aussicht auf einen Behandlungserfolg vorzeitig aus der Maßregel entlassen) und die Identifikation eines solchen Therapieabbruchs als potenten Risikofaktor für eine schlechte Legalbewährung (QUERENGÄSSER et al., 2018) zu einem differenzierten

Blick auf »den Erfolg« des Behandlungssystems in toto. Denn zusammenfassend lässt sich sagen: Bei denjenigen, bei denen sie gelingt, wirkt sich forensische Suchtbehandlung im Rahmen des § 64 StGB sehr positiv auf das Risiko erneuter Straftatbegehung aus und kommt damit dem gesetzlichen Auftrag nach (s. u.). Das Problem liegt jedoch in jenem beträchtlichen Teil an Patienten, die an der Therapie scheitern – oder anders for-

1 Institut für Qualitätsmanagement des Maßregelvollzugs in Bayern (IfQM), Regensburg.

2 LVR-Institut für Versorgungsforschung, Köln

3 Juristische Fakultät der Universität Augsburg.

4 Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS), Nürnberg.

5 Institut für Motivational Interviewing Nürnberg.

6 Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, medbo-KU, Regensburg.

4 muliert: die von aktuellen Behandlungsangeboten und -ansätzen der sogenannten »Entziehungsanstalten« gem. § 64 StGB nicht profitieren können.

Zudem übersieht die Fokussierung auf Behandlungen im Rahmen des § 64 StGB, dass weitere Möglichkeiten für Suchtbehandlung im forensischen Kontext vorhanden sind: Behandlungen im Rahmen von Weisungen der Führungsaufsicht, als Bewährungsaufgaben (gem. § 67b StGB sogar initial anstelle einer Maßregelunterbringung) oder gem. § 35 BtMG als Therapie statt Strafe bei Drogendelikten.

Der vorliegende Artikel stellt in diesem Schwerpunktheft zum Thema »Behandlungsziele in forensischer Suchttherapie« den Auftakt dar; er führt ins Thema ein, indem er das in der Behandlungspraxis vorherrschende Abstinenzziel aus juristischer Sicht beleuchtet und sich kritisch mit dem Begriff der »Heilung« vor dem Hintergrund der gegenwärtig gültigen medizinisch-psychiatrischen Klassifikationssysteme auseinandersetzt. Ein Fallbeispiel verdeutlicht abschließend, welche Probleme durch eine Verengung auf Abstinenz als alleinigem Ziel forensischer Suchtbehandlung entstehen können.

Perspektiven auf Abstinenz

Rechtliche Grundlagen: Abstinenz als gesetzlich vorgegebenes Ziel in forensischer Suchtbehandlung?

Die Behandlung in den Entziehungsanstalten gem. § 64 StGB verfolgt bislang rechtstatsächlich das Ziel, eine stabile Suchtmitrelabstinenz herzustellen. Einzige Ausnahme stellt in der gegenwärtigen Behandlungspraxis die Substitution dar. Da jedoch nur die Substanzgruppe der Opiode substituiert werden kann, steht diese eine Option nur wenigen Patienten zur Verfügung. Als primär opioidabhängig werden aktuell nur rund 10% aller nach § 64 StGB untergebrachten Patienten diagnostiziert (BERTHOLD & RIEDEMANN, 2021).⁷ Für alle anderen Patienten sieht das derzeitige forensische Versorgungssystem lediglich die Abstinenz vom Suchtmittel als Behandlungsziel vor. Dieses Behandlungsziel wird vom Maßregelrecht jedoch gar nicht eindeutig vorgegeben: Ziel sämtlicher Maßregeln der Besserung und Sicherung und damit auch des § 64 StGB ist die Verhinderung neuer Straftaten (allgemeine Auffassung, vgl. dazu etwa VAN GEMMEREN, 2020, § 64 Rn. 1: »Schutz der Öffentlichkeit« und besonders deutlich CIRENER, 2022, § 64 Rn. 1: »Schutz der Allgemeinheit mittels Behandlung«). Die »Heilung« (§ 64 Satz 2 StGB) des untergebrachten Patienten ist in einem forensischen Kontext also kein Selbstzweck, sondern stets Mittel zum Zweck. Mit Blick auf die Anordnungsvoraussetzungen des § 64 StGB zeigt sich dies mit aller Deutlichkeit daran, dass sogar ein besonders hoher persönlicher Leidensdruck und eine ausgeprägte Behandlungsbereitschaft eine Unterbringung nach § 64 StGB für sich genommen nicht rechtfertigen können. Voraussetzung einer Anordnung ist vielmehr, dass durch eine unbehandelte Suchterkrankung die Gefahr weiterer erheblicher Straftaten begründet wird (§ 64 Satz 1 letzter HS StGB). Ein für die Allgemeinheit ungefährlicher Konsum bleibt für die Anordnung nach § 64 StGB unbeachtlich; im maßregelrechtlichen Sinne behandlungsbedürftig ist nur ein *kriminogener* Suchtmittelkonsum.

Vor diesem Hintergrund ist auch der in § 64 Satz 2 StGB verwendete Begriff der »Heilung« zu verstehen (auf den wir

weiter unten noch kritisch eingehen). Er ist in einen kriminalpräventiven Regelungszusammenhang gerückt und ein Zwischenschritt für die Verhinderung neuer Straftaten. Vor allem dann, wenn Abstinenz als Behandlungsziel kaum erreichbar erscheint, der Gefahr weiterer Straftaten aber auch durch eine Zurücknahme des Behandlungsziels – wie etwa durch einen reduzierten, selbstkontrollierten Konsum – wirksam zu begegnen ist, widerspricht es geradezu dem Zweck des § 64 StGB, die Legitimität alternativer Behandlungsziele in Abrede stellen zu wollen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass das Maßregelrecht allgemein und auch im Bereich des § 64 StGB bezüglich der zu wählenden Behandlungsstrategien und Therapieansätze große Zurückhaltung wahr und diese weitgehend einer therapeutischen Fachlichkeit überlässt. Maßgeblich ist insoweit der Stand der Gesundheitsforschung (so auch mit Blick auf die Substitutionsbehandlung zu Recht POLLÄHNE, 2017, § 64 Rn. 43).

Auch nach einer Entlassung aus der Unterbringung gemäß § 64 StGB lässt sich ein kontrollierter Konsum mit Mitteln des Maßregelrechts in einem ambulanten Setting sicherstellen. Ein beschränktes Suchtmittelkonsumverbot ist richtigerweise nach § 68b Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 StGB (BAUR, 2022, § 68b Rn. 131), jedenfalls aber auf der Grundlage der Weisungsgeneralklausel des § 68b Abs. 2 Satz 1 StGB zulässig. Bei nicht abstinenzfähigen Straftätern kann in einem kontrollierten Konsum sogar die einzige Möglichkeit einer verhältnismäßigen und verfassungsrechtlich zulässigen Suchtmittelweisung bestehen (zur regelmäßigen Unverhältnismäßigkeit eines strikten Suchtmittelkonsumverbots bei abstinenzunfähigen Straftätern siehe BVerfG, Beschluss vom 30. März 2016 – 2 BvR 469/12 sowie dazu KÖRKEL, 2020, S. 282). Gegen die Zulässigkeit eines kontrollierten Konsums als Behandlungsziel des § 64 StGB spricht insbesondere auch nicht dessen erschwerte Kontrollierbarkeit (vgl. auch dazu BAUR, 2022, § 68b Rn. 131 sowie Rn. 138). Denn eine Pflicht zur Kontrolle einer erteilten suchtmittelbezogenen Weisung gibt es grundsätzlich nicht. Eine erschwerte Kontrollierbarkeit darf zudem einer kriminalpräventiv sinnvollen Weisungserteilung nicht im Wege stehen.

Ist die »Heilung« einer Suchterkrankung mit Abstinenz gleichzusetzen?

Der medizinische Begriff der »Heilung« wird im Kontext psychischer Störungen eher selten genutzt. Für Suchterkrankungen gilt dies aufgrund ihrer komplexen Ätiologie und Phänomenologie umso mehr. Umso befremdlicher wirkt es, dass die Heilung gerade im Gesetzestext des § 64 StGB als (Zwischen-)Ziel der Maßregel definiert wird. Zur Erhebung des Erfolges einer Suchtbehandlung erscheint es objektiver, diesen an der Symptomveränderung zu messen bzw. daran, ob diagnostische Kriterien (weiterhin) erfüllt sind. Sowohl ICD als auch DSM geben genau an, welche und wie viele Kriterien erfüllt sein müssen, um die Diagnose eines schädlichen Gebrauchs bzw. Abhängigkeitssyndroms (gem. ICD-10) oder einer leichten, mittelgradigen bzw. schweren Substanzkonsumstörung (gem. DSM-5) zu erfüllen. Dies wird im Übrigen auch bei dem demnächst gültigen Klassifikationssystem ICD-11 nicht anders sein.

⁷ Frühere Studien legen nahe, dass dieser Anteil eher zu sinken scheint: BEZEL (2008) und QUERENGÄSSER et al. (2017a) berichten von je etwa 13% primärer Opiatabhängigkeit.

Allen Klassifikationssystemen gemein ist, dass bloßer Suchtmittelkonsum – und sei er noch so exzessiv – nicht die Diagnose einer Abhängigkeit bzw. Substanzkonsumstörung ermöglicht. Selbst für die vermeintlich »milde« Diagnose eines schädlichen Gebrauchs (ICD-10: F1x.1) muss belegt werden, dass der Konsum zu einer »tatsächlichen Schädigung der psychischen und physischen Gesundheit« geführt hat (DILLING & FREYBERGER, 2013).

In Bezug auf den Rechtsbegriff des Hanges bedarf die gegenwärtige Gesetzesfassung immer einer »Übersetzung« zwischen medizinischer und juristischer Terminologie. Ende 2021 legte eine eigens zu diesem Thema eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BL-AG) einen Reformentwurf vor, der im Mai 2022 in fast unveränderter Form von den Unionsparteien als Gesetzesentwurf eingebracht wurde (BT-Drs. 20/1723). Auch der auf § 64 StGB bezogene Teil des Referentenentwurfs des Gesetzes zur Überarbeitung des Sanktionenrechts, vorgelegt vom Bundesjustizministerium im Juli 2022, basiert auf dem Entwurf der BL-AG. Darin wird vorgeschlagen, dass bereits im Gesetzestext der »Hang« klarer und basierend auf medizinischer Terminologie definiert wird. Zentral ist dabei folgende Aussage: »der Hang erfordert eine Substanzkonsumstörung, [...]« (BL-AG zu § 64 StGB 2021, S. 2). Falls der Gesetzgeber diesen Entwurf an- und die Formulierung übernimmt, wird *noch* deutlicher werden, dass der Hang nicht (mehr) vorliegt, sobald die Kriterien einer Substanzkonsumstörung nicht erfüllt sind.

All dies unterstreicht, dass der Fokus auf Konsummenge, -häufigkeit und -form eine verkürzte Perspektive auf die Komplexität von Abhängigkeitserkrankungen darstellt. Natürlich stellt stabile Abstinenz einen *hinreichenden* Faktor dar, dass der »Hang« im juristischen Sinne verneint werden wird bzw. dass keine Abhängigkeitsdiagnose sensu ICD oder DSM mehr vergeben werden kann – dass es sich indes nicht um einen *notwendigen* Faktor handelt, sollte deutlich geworden sein.

Nachteile einer Zielbeschränkung auf Abstinenz

Für Patienten, die sich zu Abstinenz vom delikt(mit)bedingenden Suchtmittel entscheiden und durch eine Behandlung zu Abstinenz befähigt werden, sind darauf ausgerichtete Behandlungen ein passendes, erhaltenswertes Angebot. Allerdings hat ein Abstinenzzielmonopolismus seine Grenzen:

- II Im Falle der Beschränkung auf Abstinenz als Behandlungsziel schließt man alle Patienten von einer Behandlung aus, die dieses Ziel nicht anstreben. Daten aus dem nicht forensischen Setting zufolge ist dies über alle Substanzen hinweg je *die Mehrzahl* (KÖRKEL, 2021). Nach der vorliegenden Datenerhebung »ziehen« ca. 32–54 % der Alkoholabhängigen in Rehabilitationsbehandlungen und ca. 80 % derer in Alkoholentzugsbehandlungen eine Abstinenzbehandlung »durch«, obwohl sie innerlich ein Reduktionsziel anstreben (vgl. KÖRKEL, 2012). Nicht anders sieht die Situation in Drogenlangzeittherapieeinrichtungen aus (FEDER, 2003). Viele Erledigungen einer MRV-Behandlung dürften somit darauf zurückzuführen sein, dass das vorgegebene Abstinenzziel nicht dem Veränderungsziel der Patienten entspricht.
- II Elementar für therapeutischen Erfolg ist eine gute Therapeut-Patient-Beziehung. Diese ist Voraussetzung für die nicht erzwingbare Bereitschaft des Patienten, sich an der Behandlung aktiv zu beteiligen (»commitment«), statt »gute Miene

zum bösen Spiel« zu machen, um negative Folgen zu vermeiden. Das Offensein für, Eingehen auf und Ernstnehmen der Zielüberlegungen und -entscheidungen des Patienten (Reduktion, Abstinenz etc.) ist das A und O einer kooperativen Behandlungsbeziehung (»adherence«). Eine Abstinenzzielvorgabe untergräbt die Behandlungsmotivation nicht abstinenzbereiter/-fähiger Patienten und erschwert eine vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung deutlich. Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung einerseits und Zielkongruenz andererseits in forensischer Suchtbehandlung konnte bereits explorativ empirisch belegt werden (QUERENGÄSSER et al., 2016; 2017 b).

- II Abstinenzbehandlungen sind keineswegs »das Erfolgsmodell schlechthin«. Sie führen – entgegen mancher Annahme – mitnichten regelhaft zu Abstinenz (KÖRKEL, 2020). Selbst nach intensiver, mehrmonatiger Alkoholentwöhnungsbehandlung (»Alkoholreha«) in einer deutschen Fachklinik trinken bereits innerhalb von zwölf Monaten, konservativ berechnet, 72 % der Behandelten erneut Alkohol (BACHMEIER et al., 2022) und von den deutschen Heroinabhängigen, die sich in substitionsgestützter Behandlung befinden, konsumieren rund 50 % ein Jahr nach Substitutionsbeginn andere illegale Substanzen (»Beikonsum«) – Alkohol und Cannabis nicht mitgerechnet (PREMOS-Studie; WITTCHEN et al., 2011). Von einem Erreichen kompletter Suchtmittelabstinenz kann bei auf Abstinenz hin Behandelten also nicht die Rede sein. Auch nach abstinenzorientierter forensischer Behandlung ist ein nicht geringer Teil der Patienten nicht bereit oder in der Lage, diese Zielsetzung weiterzuverfolgen und umzusetzen und konsumiert bereits in den ersten Wochen nach Entlassung auch jene Suchtmittel, die im Kontext seiner Deliktgenese als gefährdend eingestuft wurden (BEZZEL & SCHLÖGL, 2021; vgl. auch den Artikel von Bezzel und Querengässer in diesem Heft).

Fallbeispiel

Wir möchten die Probleme rein abstinenzorientierter Behandlung in forensischer Suchtbehandlung im Kontext des § 64 StGB an dieser Stelle anhand eines Fallbeispiels illustrieren:

Herr M. wurde mit 31 Jahren zur Therapie nach § 64 StGB aufgenommen. Es war sein erster Kontakt zu einem suchththerapeutischen Angebot. Er wurde wegen Handels mit Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge zu einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt und parallel zu 36 Monaten Haftstrafe verurteilt. Es wurden keine Einschränkungen seiner Schuldfähigkeit gem. §§ 20 oder 21 StGB festgestellt.

Herr M. stammt vordergründig aus bürgerlichen Verhältnissen. Beim Vater bestand über Jahrzehnte ein massiver Alkoholkonsum, die Mutter hat eine rezidivierende depressive Störung. Der drei Jahre ältere Bruder führt ein bürgerliches Leben, hat aber früh das Elternhaus verlassen und distanziert sich weitgehend von der Familie.

Herr M. begann mit 14 THC zu konsumieren, mit 17 kam ein Stimulanzienkonsum hinzu. Die letzten Jahre waren die Präferenzdrogen Kokain und große Mengen THC, Letzteres vorwiegend, um die Nebenwirkungen von Kokain zu kompensieren. Noch im Jugendalter begann er mit Dealen von THC und später Stimulanzien, initial um seinen Drogenkonsum zu finanzieren, führte dann aber mit den großen Gewinnen seines BTM-Handels einen phasenweise verschwenderischen Lebensstil. Wegen

6

BTM-Delikten wurde er dreimalig vorbestraft. Die Delikte wurden zunächst mit Geldstrafen und einmalig mit einer achtmonatigen Haftstrafe geahndet.

Zur Therapie zeigte sich Herr. M. glaubhaft motiviert und betonte, während seiner zehnmonatigen Untersuchungshaft keine Drogen konsumiert zu haben, obwohl ihm diese wiederholt angeboten worden seien.

Der Therapieverlauf gestaltete sich lange positiv. Herr M. zeigte sich sozialkompetent und übernahm eine protherapeutische Rolle in der Patientengruppe. Im psychotherapeutischen Prozess erarbeitete er sich zwar Rückfallstrategien, diese erschienen aber nur oberflächlich verankert. Er fokussierte sich vor allem auf seinen festen Willen zur Abstinenz. Die Resozialisierungsphase mit Wohn- und Arbeitserprobung startete zunächst erfolgreich. Er konnte in eine hochwertige berufliche Weiterbildung zum CNC-Fräser vermittelt werden, zeigte sich dabei als sehr leistungsfähig und wurde von seinem Arbeitgeber hoch geschätzt. Er zog wieder bei seiner langjährigen Lebensgefährtin ein und konnte die Beziehung zu seinem Sohn stabilisieren.

Nach einem Beziehungskonflikt kam es zu einer Destabilisierung. Trotz therapeutischer Interventionen begann er in Abständen von einigen Wochen meist im Rahmen weiterer Beziehungskonflikte Kokain und Amphetamine zu konsumieren, die zwar nicht unbedingt zu einer erhöhten Delinquenzgefahr führten, die aber immer wieder Lockerungseinschränkungen notwendig machten. Die Ausbildung absolvierte er aber weiterhin sehr zuverlässig. Nachdem die Therapie keine Fortschritte mehr erzielte und er den (vergleichsweise niederschweligen) Konsum fortsetzte, wurde vonseiten der Klinik die Erledigung der Unterbringung beantragt und der Patient nach dem Beschluss der Strafvollstreckungskammer in die JVA verlegt.

Zusammenfassend wies der Patient einige Ressourcen auf (Arbeit, psychosoziale Integration, Distanzierung vom kriminellen Milieu), erreichte aber keine vollständige Abstinenz von den zuvor als gefährdend eingestuften Substanzen. Wegen dieser Ressourcen, der geringen kriminellen Identifikation und dem sich trotz allem »im Rahmen« haltenden Konsum, konnte dem Patienten keine ungünstige Legalprognose im Hinblick auf das gesetzlich geforderte Drohen erheblicher Delikte gestellt werden. Allenfalls drohten wiederholte »Delikte« durch Drogenbeschaffung zum Eigenkonsum.

Diese Konstellation wäre im ambulanten Setting der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen aller Wahrscheinlichkeit nach mit angepassten suchtherapeutischen Interventionen und supportiver Unterstützung gut zu behandeln gewesen. Da der Patient noch nicht entlassen war und keinen Entlassbeschluss durch die Strafvollstreckungskammer hatte, galten jedoch die Regeln der stationären Unterbringung nach § 64 StGB, und damit eben eine Abstinenzvorgabe. Diese führten schließlich zur Rückverlegung in Haft und resultierten darin, dass alle bis dato aufgebauten Ressourcen zusammenbrachen.

Diese theoretischen Perspektiven und das Fallbeispiel zusammengekommen legen die Überlegung nahe, dass das vorherrschende Abstinenzparadigma auch und gerade im forensischen Kontext grundsätzlich einem zieloffeneren Ansatz weichen sollte. Denn oft vergessen und im forensischen Kontext meist ignoriert wird die Tatsache, dass Abstinenz nicht das einzige Ziel einer Suchtbehandlung ist. Zu den alternativen Zielen zählen etwa Schadensminimierung (z. B. *safer-use-Ansätze*),

Reduktion oder Substitution des Suchtmittels. Zielfelddiversität steht in Einklang mit den bioethischen Grundsätzen, das Selbstbestimmungsrecht (Autonomie) des Patienten zu wahren und Patienten, die (z. B. durch komorbide psychiatrische Beeinträchtigungen) zu einer abstinenter Lebensweise nicht in der Lage sind, nichts Unmögliches abzuverlangen (»Sollen setzt Können voraus«). Der Artikel von Körkel in diesem Heft geht ausführlich auf Zieloffenheit ein und es werden Überlegungen angestellt, wie diese im Kontext des deutschen forensischen Behandlungssystems vertieft etabliert und umgesetzt werden könnten. Die Beiträge von Höfer et al. sowie Schlögl et al. geben Einblicke, wie derartige Überlegungen bereits heute die Behandlungspraxis des schweizerischen Maßnahmensystems bzw. einzelner deutscher MRV-Kliniken prägen.

Diskussion

Der »eigentliche« Zweck jeglicher forensischer Suchtbehandlung, und damit auch einer Unterbringung gem. § 64 StGB, wird aus rechtlicher Sicht nicht durch erfolgreiche Therapie und schon gar nicht durch Abstinenz von Suchtmitteln erreicht. Diese kann allenfalls als ein Mittel (von mehreren möglichen) zum Zweck (der Gefährlichkeitsreduktion) gesehen werden. Es gilt, sich klarzumachen, dass die vorgegebene lebenslange Abstinenz von Suchtmitteln für einen nicht unerheblichen Teil der Behandelten unrealistisch ist und somit ein Beharren auf Abstinenz und Darüberhinweggehen, was Untergebrachte anstreben und/oder ihnen umsetzbar ist, zum Erreichen des Zwecks des Maßregelvollzugs bzw. der forensischen Nachsorge bei dieser Gruppe nicht zielführend ist.

Nach den vorliegenden Studien (vgl. BEZZEL, 2008, und den Artikel von Bezzel und Querengässer in diesem Heft) bzw. klinischer Erfahrung (MACHE, 17.05.2017) führt erneuter (BEZZEL, 2008; MACHE, 17.05.2017) bzw. reduzierter (LANGE, 2019⁸) Substanzkonsum auch im forensischen Kontext nämlich keineswegs unweigerlich zu erneuten und v. a. schwerwiegenden Straftaten, sondern im Gegenteil: Ein limitierter Substanzkonsum senkt insbesondere bei nachsorgender Behandlung von Patienten, die nicht zu Abstinenz willig oder fähig sind, die Wahrscheinlichkeit weiterer Straftaten und manche Patienten mit Persönlichkeitsstörungen stabilisieren sich z. B. durch Cannabiskonsum, statt dadurch erneut strafrechtliche Delikte zu begehen (LANGE, 2019). Ein Beharren auf dem Abstinenzziel kann bei jenen Patienten sogar als fahrlässig angesehen werden, die zu einer Reduktion bereit und fähig wären, bei denen dieser Erfolg versprechende Änderungsweg aber nicht beschritten wird. Dies wurde in dem geschilderten Fallbeispiel deutlich: Die Legalprognose des Patienten wird nach Entlassung aus der Haft mit hoher Wahrscheinlichkeit ungünstiger ausfallen, als zum Zeitpunkt des Therapieabbruchs. Dass diese Entwicklung dadurch hätte abgewendet werden können, dass die stationäre Unterbringung rasch in ein ambulantes Setting überführt worden wäre, in dem dann (z. B.) ein selbstkontrollierter Konsum erarbeitet werden könnte, ist zumindest anzunehmen.

Noch konsequenter wäre es jedoch, daraus abzuleiten, auch in stationärer Forensik zunehmend zu »Zieloffener Suchtbehandlung« überzugehen (siehe dazu auch die anderen Artikel in

⁸ Persönliche Mitteilung von Frau Dr. Kirsten Lange, 01.05.2019.

diesem Heft) und unter diesem Dach gleichberechtigt Abstinenzbehandlungen, Reduktionsbehandlungen und schadensmindernde Behandlungen (v. a. Substitutionsbehandlung) anzubieten (vgl. KÖRKEL, 2018). Wichtig erscheint dabei eine qualitativ hochwertige empirische Begleitforschung. Denn den im forensischen Kontext verbreiteten Bedenken hinsichtlich der Tauglichkeit derartiger alternativer Konzepte lässt sich am ehesten durch eine objektive empirische Evaluation begegnen. In jedem Fall sollte der gegenwärtige Mangel an empirischen Befunden, die direkt aus dem forensischen Behandlungskontext stammen, nicht länger als Argument gegen alternative Ansätze genutzt, sondern vielmehr als Ansporn für die forensische Versorgungsforschung verstanden werden, entsprechende Konzepte zu evaluieren.

Grundsätzlich dürften sich ausdifferenzierte Behandlungsziele günstig auf die hohen Abbruchquoten forensischer Suchtbehandlung gem. § 64 StGB auswirken. Dies wäre nicht nur im Sinne aller Beteiligten, sondern auch im spezialpräventiven Interesse der Gesellschaft.

Die Chance auf eine erfolgreiche Therapie ergibt sich dann, wenn Patienten »mit im Boot sitzen« und ihre Behandlungszeit nicht nur absitzen. Das gilt für den Maßregelvollzug gem. § 64 StGB bzw. die forensische Nachsorge wie für jede andere Suchtbehandlung. Das Fordern von Abstinenz bei nicht abstinenzbereiten oder nicht abstinenzfähigen Patienten erzeugt Widerstand und die innere Abkehr von einer Behandlung, die dann ihrem Auftrag, die Bewältigung der Suchtproblematik und damit auch zukünftige Straffreiheit zu fördern, nicht mehr gerecht wird. Die normative Kraft des Faktischen – dass Menschen/Patienten tun, was sie für richtig halten, sobald sie nicht mehr äußerem Zwang unterliegen – legt nahe, auch in forensischen Behandlungskontexten im Rahmen der spezifischen organisatorischen Möglichkeiten und Besonderheiten des stationären und des ambulant-nachsorgenden Bereiches zieloffen vorzugehen. Dies lässt gute Behandlungserfolge erwarten, sowohl was positive Veränderungen des Suchtmittelkonsums, ggf. sogar sekundäre Übergänge zu Abstinenz als auch rechtskonformes Verhalten anbelangt. Zudem könnte durch eine Zieldiversifizierung für die im Maßregelvollzug und in forensischen Ambulanzen Tätigen, die anspruchsvolle, schwierige Arbeit mit mehrfach und i. d. R. chronisch beeinträchtigten Patienten leisten, auf realistischere Füße gestellt und etwas zu deren Psychohygiene beigetragen werden. Denn Behandler befinden sich in forensischen Settings in einem oft frustrierenden Zwiespalt zwischen institutionell vorgegebener, durch sie anzubahnender Abstinenz und Widerständen der Behandelten, die diesem Ziel nicht folgen wollen oder können und nicht selten nur mehr oder weniger geschickt getarnte Lippenbekenntnisse in Richtung Abstinenz(motivation) abgeben.

Der Übergang zu zieloffener Suchtarbeit erfordert jedoch die Auseinandersetzung mit den (oft missverstandenen) Rechtsnormen und dem Menschenbild bzw. Suchtverständnis der Mitarbeitenden, die Rezeption neuer Therapieansätze und ihrer Forschungsgrundlagen, die Aneignung weiterer Behandlungskompetenzen und Veränderungen in der institutionellen Kultur des Maßregelvollzugs und der forensischen Nachsorge.

Fazit

Abstinenz vom deliktassoziierten Suchtmittel (und ggf. weiteren) ist in forensischer Suchtbehandlung ein überaus sinnvolles Behandlungsziel. Eine erhebliche Anzahl – in vielen Studien die Mehrzahl – von Suchtpatienten strebt allerdings keine Abstinenz an (schon gar nicht von allen psychotropen Substanzen) oder ist voraussehbar nicht in der Lage, diese in Freiheit aufrechtzuerhalten. Insofern regen wir an, dass die implizite und ausschließliche Abstinenzausrichtung einer zieloffeneren Herangehensweise weicht. Die Etablierung alternativer Behandlungsziele und -pfade neben dem Primat der Abstinenz erscheint in forensischer Suchttherapie dabei sowohl rechtlich möglich als auch therapeutisch vielversprechend.

Wünschenswert wäre es, wenn die ersten, bereits vorhandenen Erfahrungen mit alternativen Behandlungszielen im forensischen Kontext zukünftig auf eine breitere Grundlage gestellt und in den Behandlungskonzeptionen der Forensik verankert werden könnten.

Literatur

- BACHMEIER, R., BICK-DRESEN, S., DANIEL, H., FUNKE, W., KEMMANN, D., KLEIN, T., MEDENWALDT, J., PREMPER, V., REGER, F., TEIGELER, H., & WAGNER, A. (2022). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2019 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell*, 29 (1), 37–51.
- BAUR, A. (2022). Weisungen, § 68b StGB. In G. CIRENER, H. RADTKE, R. RISSING-VAN SAAN, T. RÖNNAU & W. SCHLUCKEBIER (Hg.), *Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch*. Band 5 §§ 56–68g. De Gruyter.
- BERTHOLD, D., & RIEDEMANN, C. (2021). Welche Patienten haben eine »hinreichend konkrete Aussicht« auf einen Behandlungserfolg in der Maßregel nach § 64 StGB? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 15 (2), 169–178.
- BEZZEL, A. (2008). Therapie im Maßregelvollzug – und dann? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB). (Dissertation, Universität Regensburg). www.opus-bayern.de/uni-regensburg/volltexte/2009/1096/.
- BEZZEL, A., & SCHLÖGL, C. (2021). Eine Retrospektive zum bayerischen Maßregelvollzug: »alles bewegt sich fort und nichts bleibt«? *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 28 (2), 151–172.
- CIRENER, G. (2022). Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, § 64 StGB. In G. CIRENER, H. RADTKE, R. RISSING-VAN SAAN, T. RÖNNAU & W. SCHLUCKEBIER (Hg.), *Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch*. Band 5 §§ 56–68g. De Gruyter.
- DILLING, H., & FREYBERGER, H. J. (Hg.) (2013). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Huber.
- FEDER, S. (2003). *Konsumziele von Klienten in stationärer Drogentherapie (unveröffentlichte Diplomarbeit)*. Ev. Fachhochschule Nürnberg.
- KÖRKEL, J. (2012). Wenn Alkohol das Problem ist, Abstinenz aber nicht die Lösung: Kontrolliertes Trinken als Behandlungsoption. In H. SCHMIDT-SEMISCH & H. STÖVER (Hg.), *Saufen mit Sinn? Harm Reduction und Alkoholkonsum* (S. 141–165). Fachhochschulverlag Frankfurt.
- KÖRKEL, J. (2018). Zieloffenheit als Grundprinzip in der Arbeit mit Suchtkranken: Was denn sonst? *Rausch*, 7 (1), 95–103.

FORENSISCHE PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

30. Jahrgang 2022 · Heft 3

Klaus Hoffmann & Reinhard Eher
Editorial

Anja Schiemann

Das Psychopathie-Konzept und kriminalpolitische und forensische Aspekte der diagnostischen Zuschreibung

Herbert Steinböck

Über einige ethische Probleme des „psychopathy“-Konstrukts

Stephan Gingelmaier & Nicola-Hans Schwarzer

Bedeutungen des Psychopathy-Konzeptes für Kinder und Jugendliche im inklusiven Diskurs

Matthias Burghart, Selina Kamzelak, Daniela Mier

Das Psychopathie Paradoxon – Alles eine Frage der Motivation?

Laura Freudenthaler & Reinhard Eher

Risikoprognostische Eigenschaften der PCL-R bei Männern mit Vergewaltigungsdelikten

Kasia Uzieblo & Wineke Smid & Uta Kröger

Warum wir uns oft über Psychopathie irren
Behandlungskonzepte bei Menschen mit Psychopathie

Nicole Claire Hauser, Pia Hollerbach &

Elmar Habermeyer

Behandlungskonzepte bei Menschen mit Psychopathie

37. Münchner Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Forensischen Psychiatrie (AGFP)

Abstracts

Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

erscheint 3 x jährlich. Bezugspreise im Abonnement:

- pro Jahrgang 40,- €
- für Studenten und Assistenten an wissenschaftlichen Instituten 20,- €

Bei Einzelbezug pro Heft 15,- €. Alle Beiträge inkl. Versand und gesetzlicher Mehrwertsteuer.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-9525 Lengerich

Tel. ++ 49 (0) 5484-308 · Fax ++ 49 (0) 5484-550

pabst@pabst-publishers.com

www.psychologie-aktuell.com/fpp

www.pabst-publishers.com

KÖRKEL, J. (2020). Abstinenz als Primärziel in der Behandlung suchtmittelabhängiger Straftäter – ein zeitgemäßes Therapiekonzept? *Bewährungshilfe*, 67 (3), 269–294.

KÖRKEL, J. (2021). Treating Patients with Multiple Substance Use in Accordance with their Personal Treatment Goals: A New Paradigm for Addiction Treatment. *Drugs and Alcohol Today*, 21 (1), 15–30.

MACHE, W. (17.05.2017). Suchttherapie im Maßregelvollzug. 3. Fachtagung Maßregelvollzug und Sucht: »Zwangsheilung oder heilender Zwang?«, Dortmund.

POLLÄHNE, H. (2017). Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, § 64 StGB. In U. KINDHÄUSER, U. NEUMANN & H.-U. PAEFFGEN (Hg.), *Nomos-Kommentar Strafgesetzbuch. Nomos*.

QUERENGÄSSER, J., ROSS, T., HOFFMANN, K., & BULLA, J. (2016). Therapieziele trotz Aussichtslosigkeit – Aussagen von Patienten und deren Therapeuten in der Entziehungsanstalt (§ 64 StGB). *Suchtmedizin*, 18 (1), 19–27.

QUERENGÄSSER, J., BULLA, J., ROSS, T., & HOFFMANN, K. (2017 a). Welches Suchtmittel wurde vor der Tat konsumiert? – Unterschiedliche Patientenprofile als Herausforderung für Therapien nach § 64 StGB und die Bewährungshilfe. *Bewährungshilfe*, 64 (1), 34–45.

QUERENGÄSSER, J., HOFFMANN, K., BULLA, J., & ROSS, T. (2017 b). Einflussfaktoren forensischer Suchttherapie aus Patienten- und Therapeutesicht. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 38 (2), 93–106.

QUERENGÄSSER, J., BULLA, J., HOFFMANN, K., & ROSS, T. (2018). Therapieabbruch als Prädiktor erneuter Straftaten – Legalbewährung von Patienten nach Unterbringungen gemäß § 64 StGB. *Nervenarzt*, 89 (1), 71–77. DOI: 10.1007/s00115-017-0386-z.

QUERENGÄSSER, J., & TRAUB, H.-J. (2021). Wenn die Bremse zum Gaspedal wird – Die Entwicklung der Unterbringungsanordnungen gemäß § 64 StGB vor und nach dessen Neuformulierung 2007. *Recht & Psychiatrie*, 39 (1), 19–27. DOI: 10.1486/RP-2021-01_19.

SCHALAST, N. (2019). Ergebnisse der Essener Evaluationsstudie. In N. SCHALAST (Hg.), *Straffällige mit Suchtproblemen – Fakten, Erfahrungen und Ergebnisse der Essener Evaluationsstudie* (S. 29–150). Pabst Science Publishers.

VAN GEMMEREN, G. (2020). Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, § 64 StGB. In V. ERB & J. SCHÄFER (Hg.), *Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch StGB. Band 2 §§ 38–79b*. Verlag C. H. Beck.

WITTCHEN, H.-U., BÜHRINGER, G., & REHM, J. (Hg.) (2011). Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome: Ergebnisse und Schlussfolgerungen der PREMOS-Studie (Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments). *Suchtmedizin*, 13 (5), 198–299.

Korrespondenzanschrift

Jan Querengässer

Institut für Qualitätsmanagement des Maßregelvollzugs in

Bayern (IfQM); c/o medbo-KU

Universitätsstr. 84

93053 Regensburg

jan.querengaesser@medbo.de

Jan Querengässer, Nora Hein und Boris Schiffer*

Legalbewährung ehemaliger Maßregelvollzugs- patienten nach einer Verhältnismäßigkeits- erledigung gem. § 67 d Abs. 6 Strafgesetzbuch

Legal probation of former forensic inpatients after discharge due to proportionality reasons acc. to Sect. 67 d chapter 6 of the German Criminal Code

<https://doi.org/10.1515/mks-2022-0013>

Zusammenfassung: 2016 erfolgte eine Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Dabei wurden die Voraussetzungen für eine Erledigung der Maßregel gem. § 63 StGB aus Gründen der Unverhältnismäßigkeit explizit geregelt. Seither kam es gerade in Nordrhein-Westfalen zu zahlreichen Entlassungen, die auf dieser Grundlage erfolgten. Die vorliegende Studie untersucht anhand von Bundeszentralregisterauszügen die Legalbewährung aller in diesem Bundesland zwischen August 2016 und Juli 2018 entsprechend entlassenen Patienten in einem mittleren Beobachtungszeitraum von knapp 4 Jahren. Verglichen wird diese Gruppe einerseits mit bewährungsentlassenen Patienten derselben Entlasskohorte und andererseits mit einer gematchten Gruppe aus entlassenen Patienten früherer Jahre. Das Matching dieser Zwillingsgruppe erfolgte u. a. hinsichtlich der Delikt- und Diagnosenverteilung. Während von den Bewährungsentlassenen lediglich 9 % erneute Eintragungen im BZR aufwiesen, liegt diese Quote bei den »Erledigern« mit 28 % knapp dreimal so hoch. Fast dasselbe Verhältnis ergibt sich im direkten Zwillingsgruppenvergleich. Entsprechende Diskrepanzen in den Überlebenszeitanalysen zeigen sich auch auf allen anderen erhobenen Parametern (einschlägige, Gewalt- und Sexualdelikte sowie unterschiedliche Sanktionsformen als Schätzer der Delikt-

schwere). Da die Zwillingsgruppenvergleiche diese Befunde bestätigen, scheinen die Unterschiede nicht ausschließlich durch Selektionseffekte erklärbar zu sein. Eine Verhältnismäßigkeitserledigung bzw. deren strukturell-systemische Implikationen scheinen somit aus anderen Gründen einen Risikofaktor für eine ungünstige Legalbewährung darzustellen.

Schlüsselwörter: Straftäterbehandlung, forensische Psychiatrie, Maßregelvollzug, Redelinquenz, § 63 StGB

Abstract: In 2016, the German law on placement of offenders in a (forensic) psychiatric hospitals was amended. In the process, the preconditions for a discharge of a measure pursuant to section 63 of the German Criminal Code for reasons of disproportionality were explicitly regulated. Since then, there have been numerous releases on this basis, especially in North Rhine-Westphalia. The present study examines, on the basis of extracts from the Federal Central Register (BZR), the legal probation of all patients released accordingly in this federal state between August 2016 and July 2018 in an average observation period of almost 4 years. This group is compared on the one hand with paroled patients of the same release cohort and on the other hand with a matched group of released patients from earlier years. The matching of this twin group was done with regard to the distribution of offences and diagnoses, among other things. While only 9 % of the parolees had new entries in the BZR, this rate was almost three times as high for those released through to reasons of disproportionality with 28 %. Almost the same ratio results in a direct twin group comparison. Corresponding discrepancies in the survival analyses are also shown on all other parameters surveyed (relevant, violent and sexual offences as well as different sanction forms as estimators of offence severity). Since the twin group comparisons confirm

Jan Querengässer, LWL-Akademie für Forensische Psychiatrie (AFoPs), Herne, LVR-Institut für Versorgungsforschung, Köln, E-Mail: jan.querengaesser@lvr.de

Nora Hein, LWL-Akademie für Forensische Psychiatrie (AFoPs); c/o LWL-Maßregelvollzugsklinik Herne, E-Mail: nora.hein@lwl.org

*Kontaktperson: Boris Schiffer, Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, LWL-Akademie für Forensische Psychiatrie (AFoPs), Herne, E-Mail: boris.schiffer@rub.deboris.schiffer@rub.de

these findings, the differences do not seem to be explained exclusively by selection effects. Thus, a release through to reasons of disproportionality or its structural-systemic implications seem to represent a risk factor for unfavorable legal probation for other reasons.

Keywords: Offender treatment, forensic psychiatry, reelinquency, legal probation, principle of proportionality

1 Einleitung

Im Jahr 2016 erfolgte die jüngste Novellierung jenes Teils des Strafgesetzbuches (StGB), in dem die Maßregeln der Besserung und Sicherung geregelt sind. Die gesamte Gesetzesänderung erfolgte mit dem übergeordneten Zweck, lange Verweildauern im psychiatrischen Maßregelvollzug (MRV) gem. § 63 StGB in der Breite zu senken (BT-Drucksache 18/7244). Zwar wurde die grundsätzlich unbefristete Ausgestaltung dieser Vorschrift beibehalten und an den Entlassmöglichkeiten per se nichts geändert; insbesondere § 67 d Abs. 6 StGB wurde jedoch gänzlich neu ausgestaltet. Dieser Absatz regelt u. a. die Erledigung der Maßregel aus Gründen der Unverhältnismäßigkeit. Wiegt nämlich das individuelle Freiheitsgrundrecht des Untergebrachten in einer Rechtsgüterabwägung schwerer als der Sicherheitsanspruch der Allgemeinheit, so ist die Maßregel für erledigt zu erklären – ungeachtet des bis dahin erreichten Behandlungsstandes. Durch die Formulierung klar definierter Kriterien für die besagte Rechtsgüterabwägung wurde dieser Entlassmodus zwar deutlich aufgewertet, nach der Systematik des Gesetzes dürfte eine Aussetzung zur Bewährung jedoch immer Vorrang haben. Im Gegensatz dazu geht Baur (2017) davon aus, dass eine Maßregel-aussetzung zur Bewährung bei Überschreiten der 6-Jahres Schwelle nur noch in Ausnahmefällen erwogen werden könne. Zwar gibt es bislang keine systematische bundesweite Untersuchung zur entsprechenden Rechtspraxis seit Inkrafttreten des Gesetzes, allerdings deuten die Zahlen des Kerndatensatzes der Länder (Ceus/FOGS, 2022) eher daraufhin, dass die Bewährungsentlassung mit einem Anteil von 74 % (vor der Novelle in 2015) sowie 71 % (4 Jahre nach ihrem Inkrafttreten 2020) praktisch unverändert den Regelfall darzustellen scheint. Lediglich im Jahr 2017, dem Jahr mit den lt. Kerndatensatz bislang meisten Erledigungsfällen (sowohl im Bund als auch in NRW) sank der Anteil der Bewährungsentlassenen über alle Beendigungsfälle hinweg einmal auf einen Anteil von 61 % (in NRW 52 %, aber hier lag der Anteil der Bewährungsentlassungen über alle Beendigungsfälle auch in 2015 und 2020 mit 66 % bzw. 65 % ebenfalls deutlich unter dem Bundes-

durchschnitt). Leider weist der Kerndatensatz die Anzahl der Beendigungsfälle gruppiert nach Unterbringungs-dauern >6 bzw. >10 Jahren nicht explizit aus, so dass anhand dieser Daten schwierig zu beurteilen ist, ob sich der Anteil der längerfristig Untergebrachten seit Inkrafttreten der Novelle vergrößert hat; die durchschnittlichen Entlassverweildauern deuten über die Jahre 2015 (9,85 Jahre), 2017 (9,44 Jahre) und 2020 (8,93 Jahre) allerdings nicht unbedingt darauf hin.

Bereits kurz nach der Gesetzesänderung wurden einige möglicherweise unbeabsichtigte Implikationen der Novelle problematisiert (Baur & Querengässer, 2017; Schmidt-Quernheim, 2017; Querengässer et al. 2019): Darunter fallen der Verzicht auf eine Übergangsregelung, unzureichende Einflussmöglichkeiten auf Krisen und Probleme nach der Entlassung, eine unklare Rechtslage hinsichtlich paralleler Freiheitsstrafen sowie eine mögliche Überforderung der forensischen Kliniken bzw. Nachsorgeambulanzen, was Entlassvorbereitungen, den Aufbau eines tragfähigen Entlasssettings und die poststationäre Betreuung angeht.

Bereits im damaligen Gesetzentwurf angekündigt wurde eine Evaluierung der Novelle durch das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV). Diese wurde Ende 2021 veröffentlicht und deren Fazit liest sich wie ein voller Erfolg (BMJV, 2021): Die Belegungszahlen seien bundesweit zurückgegangen und die mittleren Verweildauern gesunken. Dabei stellen sich nicht nur methodische Fragen und Zweifel an der Nachhaltigkeit dieser Entwicklungen (Müller, 2021), auch bleibt unklar, ob die Sicherheit der Allgemeinheit etwa durch höhere Delikt-rückfallraten belastet wurde. Bei entsprechend entlassenen Patienten handelt es sich regelhaft um solche, die die MRV-Kliniken selten mit einer günstigen Legalprognose verlassen. Hinweise auf den Verlauf der Wiedereingliederung oder gar der Legalbewährung sucht man in der Evaluation des BMJV vergeblich.

Um diese Forschungslücke – zumindest für Nordrhein-Westfalen – zu schließen, brachte der damalige Landesbeauftragte für den MRV ein Forschungsprojekt auf den Weg, das eine wesentlich umfassendere Evaluation zum Ziel hatte. Bereits publiziert wurden Ergebnisse zu Populationsunterschieden zwischen bedingt auf Bewährung und aus Gründen der Verhältnismäßigkeit entlassenen Patienten des Maßregelvollzugs (Hein et al., 2021) sowie Teilbefunde zum Behandlungsverlauf und der Wiedereingliederung von Patienten mit Verhältnismäßigkeitserledigung (Hein et al., 2022a; b). Die vorliegende Arbeit fokussiert nun auf die Legalbewährung der untersuchten Entlasskohorte, wie sie sich anhand der eingeholten BZR-Auszüge darstellt.

1.1 Legalbewährung ehemaliger Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs

Aus der bundesweiten Rückfalluntersuchung von Jehle et al. (2010) lassen sich Rückfallquoten von ehemals gem. § 63 StGB untergebrachten psychisch kranken Rechtsbrechern entnehmen. In einem dreijährigen Risikozeitraum (*time at risk* = TAR) weisen knapp 5 % der beim Indexdelikt Schuldunfähigen und 14 % der vermindert Schuldfähigen erneute BZR-Einträge auf. Auch eine Verlängerung der TAR auf 6 Jahre geht nur mit einer moderaten Erhöhung der Rückfallraten einher (9 % bzw. 23 %; Jehle et al., 2013), dasselbe gilt für eine Verlängerung auf 9 Jahre (14 % bzw. 27 %; Jehle et al., 2016). Im Vergleich zu Rückfallraten von Straftätern, die aus einer Haftstrafe ohne Bewährung entlassen wurden, imponiert die Legalbewährung ehemaliger MRV-Patienten damit wesentlich günstiger: Ehemalige Inhaftierte werden bereits innerhalb von drei Jahren zu 45 % rückfällig; betrachtet man eine TAR von 12 Jahren, steigt die Rückfallquote gar auf zwei Drittel (Jehle et al., 2016).

Selbst wenn andere Studien, die auf kleineren Stichproben basieren, höhere Rückfallquoten ehemaliger Maßregelvollzugspatienten aufweisen (z. B. 15 % in einer einjährigen TAR: Bezzel, 2008; 16 % in einer zweijährigen: Veissmann, 2018; 22 % bei einer vierjährigen TAR: Seifert & Möller-Mussavi, 2005), handelt es sich im internationalen Vergleich um niedrige Quoten. Aus Großbritannien werden Rückfallraten von 33 % (bezogen auf eine mittlere TAR von 6 Jahren) berichtet (Coid et al., 2007), aus Schweden 38 % (bezogen auf eine mittlere TAR von 9 Jahren; Tabita et al., 2012). Vergleichbar hohe Rückfallraten finden sich für Deutschland nur in der bisher einzigen Langzeitkatamnese-Studie von Seifert et al. (2018): 35,2 % der ehemals gem. § 63 StGB untergebrachten Patienten wurden bei einer mittleren TAR von über 16 Jahren rückfällig; darunter weniger als die Hälfte (12,8 %) mit Gewalt- und/oder Sexualdelikten.

Unseres Kenntnisstandes nach existieren aus Deutschland bislang keine Untersuchungen zur Rückfälligkeit ehemaliger MRV-Patienten in Abhängigkeit vom juristischen Entlassmodus. Aus den Niederlanden werden insofern ambivalente Befunde berichtet, als dass jene Patienten, die gegen den Rat von externen Sachverständigen auf Bewährung entlassen wurden, wesentlich höhere Rückfallquoten aufwiesen als jene, bei denen das Gericht der positiven Entlassempfehlung folgte (Nagtegaal & Boonmann, 2016).

1.2 Hypothesen und Fragestellung

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollte untersucht werden, wie sich die Legalbewährung zweier Gruppen von ehemaligen Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs darstellt. Verglichen wurden Patienten, deren Maßregel gem. § 67 d Abs. 2 StGB bedingt zur Bewährung ausgesetzt wurde oder gem. § 67 d Abs. 6 StGB auf Grundlage einer Erledigungsentscheidung frei kamen.

Wir erwarteten erstens eine signifikant schlechtere Legalbewährung (hinsichtlich Rückfallhäufigkeit und -geschwindigkeit sowie der Art und Schwere der begangenen Taten) der Erledigergruppe im Vergleich zu den Bewährungsentlassenen (Hypothese 1). Zweitens gingen wir davon aus, dass diese vergleichsweise ungünstigere Legalbewährung nicht ausschließlich auf Selektionseffekte zurückzuführen sein würde, sondern sich auch im Vergleich zu einer aus früheren Entlassjahrgängen zusammengestellten Gruppe zeigen würde, die u. a. hinsichtlich Delikt- und Diagnoseverteilung gematcht wurde (Hypothese 2).

Abschließend sollte explorativ der Frage nachgegangen werden, ob sich die vonseiten der Behandlungspraxis als problematisch erachteten eingeschränkten Interventionsmöglichkeiten nach erfolgter Verhältnismäßigkeitserledigung in den Daten widerspiegeln.

2 Methoden

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine längsschnittliche Rückfallanalyse mit einem zwei-Quellen-Design. Zur Fall-Identifikation und zur soziodemographischen Beschreibung der Stichprobe wurden klinische Basisdaten herangezogen. Zur Ermittlung der Rückfälligkeit wurden Auszüge aus dem Bundeszentralregister (BZR) ausgewertet, die im Rahmen des Gesamtprojekts beim Bundesamt für Justiz (BfJ) angefordert wurden.

Die Stichprobe bestand mit $N = 384$ aus allen zwischen dem 01.08.2016 und dem 31.07.2018 aus dem Maßregelvollzug gem. § 63 StGB in NRW (ggf. kombiniert mit § 67g/h StGB) entlassenen Patienten. Darunter wurden $n = 227$ bedingt auf Bewährung gem. § 67 d Abs. 2 StGB entlassen (Kontrollgruppe; KG). Bei weiteren $n = 157$ wurde die Maßregel aus Gründen der Verhältnismäßigkeit in diesem Zeitraum für erledigt erklärt (Untersuchungsgruppe; UG). In der Untersuchungsgruppe befanden sich 6,4 % Frauen. Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 32,7 Jahre ($SD = \pm 11,51$), und die mittlere Unterbringungsdauer lag bei 12,8 Jahren ($SD = \pm 6,56$). In der Kontrollgruppe befanden sich 9,7 % Frauen. Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 34,5 Jahre ($SD = \pm 10,99$), und die mittlere Unterbrin-

ungsdauer lag bei 10,3 Jahren ($SD = \pm 5,95$). Für die Darstellung weitere Stichprobenparameter sei an dieser Stelle auf die o. g. Erstpublikation verwiesen (Hein et al., 2021).

Basierend auf der initialen Stichprobe (UG und KG zusammengenommen) wurden für $n = 366$ Patienten BZR-Auszüge angefordert. Die Differenz erklärt sich durch zwischenzeitlich erfolgte (und uns zur Kenntnis gebrachte) Todesfälle sowie einer in Einzelfällen fälschlichen Zuordnung zu den Gruppen, die erst im Projektverlauf bekannt wurde. Somit wurden für $n = 149$ (95 %) der initialen UG und für $n = 217$ (96 %) der initialen KG Auszüge angefordert.

Zusätzlich wurde zu jenen $n = 74$ Patienten der UG, die aus Kliniken in Trägerschaft des LWL entlassen wurden, eine Zwillingsgruppe (ZG) gebildet, die aus individuell nach den Kriterien Delikt, Diagnose, Lebensalter, Geschlecht und Unterbringungsdauer gematchten Patienten bestand, deren Unterbringung im Rahmen einer Bewährungsaussetzung vor dem 01.08.2016 beendet worden war¹.

Von diesen insgesamt $n = 440$ angeforderten BZR-Auszügen gingen 381 (86,6 %) in die Untersuchung ein. Zu 9 Patienten wurde kein Auszug und zu 14 ein leerer Auszug übersandt; möglicherweise befanden sich hierunter weitere Todesfälle, über die wir zuvor keine Kenntnis erlangten. In 5 Fällen war der BZR-Auszug im relevanten Eintrag unvollständig. In 24 Fällen ergaben sich nicht auflösbare Diskrepanzen zwischen der Entlassart, die hinsichtlich des Indexverfahrens im BZR-Eintrag angegeben wurde, und jener, die aus den Aufzeichnungen der Klinik hervorging. Diese Fälle wurden im Sinne eines konservativen Verfahrens für größtmögliche methodische Sicherheit ebenso aus der Auswertung ausgeschlossen, wie weitere 7 Fälle aus diversen anderen Gründen (z. B. unklarer Ablauf, Entlassung außerhalb des Index-Zeitraumes, direkte Verlegung in Haft nach der MRV-Unterbringung).

Im Falle eines erneuten Eintrages wurde die Dauer bis zum ersten Rückfalldelikt errechnet und dabei *unterschiedliche Delikte* betrachtet bzw. Zeiträume errechnet:

1. BZR-Eintrag generell: Hierunter gezählt wird jeder Eintrag im BZR (exkl. Sucheinträge).

¹ Der direkte Vergleich der Bewährungsentlassenen und Verhältnismäßigkeitserledigten Patienten aus ein und derselben Kohorte hinsichtlich der Deliktrückfälligkeit ist fehleranfällig, da sich die beiden Gruppen schon auf struktureller Ebene sehr unterscheiden (z. B. hinsichtlich Diagnosen und Delikten), sodass keine klaren kausalen Aussagen getroffen werden können. Daher wurde über diese (in der Projektausschreibung vorgesehene) Vergleichsebene hinaus eine weitere Vergleichsgruppe an bewährungsentlassenen Patienten erstellt, bestehend aus gematchten (also strukturell vergleichbaren) Patienten früherer Entlassjahrgänge, für die ebenfalls BZR-Auszüge angefordert wurden.

2. Einschlägige Delikte: Darunter verstanden werden Delikte, die mindestens einem der Indexdelikte entsprechen, die zur initialen MRV-Unterbringung geführt hatten.
3. Gewaltdelikte: Diese Kategorie bezieht sich auf Delikte unter Anwendung tätlicher Gewalt (also exkl. Nötigung, Bedrohung – aber inkl. Raub).
4. Sexualdelikte: Es handelt sich um Delikte, die sich dem Bereich der Sexualstraftaten zuordnen lassen. Darunter fallen auch »hands-off«-Taten, wie Exhibitionismus oder Delikte im Kontext von Kinderpornographie.

Ebenfalls wurden unterschiedliche Sanktionsarten analysiert. Da aus den BZR-Auszügen keine Tathintergründe hervorgehen und auch innerhalb von Deliktarten unterschiedliche Schweregrade subsummiert werden, stellt die Auswertung nach Sanktionsart einen impliziten Hinweis auf die Deliktschwere dar. Unterteilt wurde in:

1. Delikte, die mit einer Geldstrafe geahndet wurden,
2. Delikte, die zu Freiheitsentzug führten, auch wenn dieser (zunächst) zur Bewährung ausgesetzt wurden. Darunter fallen (Bewährungs-)Haftstrafen oder MRV-Unterbringungen, selbst wenn diese gem. § 67 b StGB direkt zur Bewährung ausgesetzt wurden – unabhängig davon, ob es zu einem späteren Bewährungswiderruf kam.
3. Delikte, die zu direktem Freiheitsentzug führten, also Haftstrafen oder MRV-Unterbringungen ohne Bewährung.

Der individuelle Risikozeitraum (*time at risk* = TAR) jedes Patienten wurde aus der Differenz zwischen dem Entlassdatum aus dem Maßregelvollzug und dem Ausstellungsdatum des BZR-Auszugs errechnet.

Zur Bestimmung der Zeitdauer bis zum ersten Neueintrag diente das im BZR vermerkte »Datum der (letzten) Tat: [. . .]«, d. h. des ersten Folgedelikts nach Entlassung aus dem MRV. Fand sich hierzu im BZR-Auszug keine Information, wurde (im Sinne einer konservativen Schätzung) das Datum des BZR-Eintrags selbst herangezogen.

Nicht als erneuter Eintrag berücksichtigt wurden Neueintragungen von Delikten, die auf die Zeit vor oder während der Unterbringung im MRV datierten, sowie Bewährungswiderrufe aus früheren bzw. dem Indexdelikt², sofern sie nicht mit einem erneuten Delikt einhergingen.

² Insgesamt 16mal erfolgte ein Bewährungswiderruf während der TAR, darunter elfmal bezüglich der zuvor erfolgten Aussetzung der Unterbringung gem. § 63 StGB zur Bewährung – dies betraf der gesetzlichen Logik folgend nur Patienten der KG – und sechsmal bezüglich

Tabelle 1: Anteile sowie Teststatistiken zum Gruppenvergleich UG vs. KG

Delikt-/Sanktionsart	UG (n = 138)		KG (n = 183)		Anteils- vergleich	Überlebenszeit- analyse	
	n	Anteil	n	Anteil		Chi ²	Log-Rank	HR^{1}
BZR-Eintrag überhaupt ²	38	27,5 %	17	9,3 %	18,45***	22,30***	0,28
Einschlägiges Delikt ³	27	19,6 %	5	2,7 %	24,84***	27,77***	0,12
Gewaltdelikt ⁴	13	9,4 %	3	1,6 %	10,06**	11,16**	0,16
Sexualdelikt ⁵	8	5,8 %	1	0,5 %	7,96**	8,43**	0,09
Geldstrafe	21	15,2 %	14	7,7 %	4,64*	5,46*	0,46
Freiheitsentzug ⁶	22	15,9 %	4	2,2 %	20,00***	22,13***	0,12
Freiheitsentzug direkt ⁷	15	10,9 %	2	1,1 %	14,99***	16,03***	0,09

Anmerkungen:

- Mehrfacheinträge möglich, d. h. ein Patient kann im Risikozeitraum beispielsweise sowohl ein einschlägiges Delikt als auch ein Sexualdelikt aufweisen. Gleiches gilt für die Sanktionsarten.
- Die Anzahlen und Anteile beziehen sich auf den gesamten überblickten Risikozeitraum. Dieser betrug in der UG durchschnittlich 3 Jahre und 9 Monate, in der KG 4 Jahre.

¹ HR = *hazard ratio*

² gewertet werden alle BZR-Neueintragungen (exkl. Sucheinträge)

³ Delikte, die mindestens einem der Indexdelikte der initialen MRV-Unterbringung entsprechen

⁴ Delikte unter Anwendung tätlicher Gewalt (inkl. Raub)

⁵ Delikte aus dem Bereich der Sexualstraftaten (inkl. Hands-off-Taten)

⁶ Inkl. zunächst zur Bewährung ausgesetzter Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregel

⁷ Darunter nicht zur Bewährung ausgesetzte Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel

3 Ergebnisse

3.1 Berechnung der Risikozeiträume

Die Risikozeiträume unterscheiden sich zwischen der KG mit durchschnittlich 4 Jahren (entspricht 1474 Tagen) und der UG mit 3 Jahren und 9 Monaten (entspricht 1358 Tagen) deskriptiv zwar nur um ca. 3 Monate aber dennoch statistisch signifikant mit $t = 4,37$ ($p < 0,001$).

Noch deutlicher ist dieser Unterschied in der TAR natürlich im Vergleich mit der ZG, die ja in retrospektiver Betrachtung wesentlich früher entlassen wurde ($t = 15,80$; $p < 0,001$). Im Mittel befanden sich die Patienten dieser Gruppe bereits seit 8 Jahren und 8 Monaten (entspricht 3172 Tagen) in Freiheit. Die entsprechende LWL-Vergleichsgruppe der UG befand sich im Mittel seit 3 Jahren und 6 Monaten (entspricht 1290 Tagen) in Freiheit.

des Widerrufs zuvor zur Bewährung ausgesetzter Straftat (KG und UG zusammen). In einem Fall erfolgten sowohl ein Haft- als auch ein Unterbringungs Widerruf.

In sieben der 16 Fälle (44 %) erfolgte der Widerruf im Kontext eines eigenständig im BZR eingetragenen Rückfalldeliktes, das auch anderweitig sanktioniert wurde.

3.2 Gruppenvergleich der Neueintragungen zwischen UG und. KG

Aufgrund des vergleichbaren Risikozeitraumes zwischen UG und KG (Hypothese 1) wurden zur Untersuchung der Häufigkeit erneuter BZR-Einträge zunächst die dichotomen Raten für alle sieben Eintragungs- und Sanktionsarten errechnet und per Chi²-Tests miteinander verglichen.

Beim Binnenvergleich der Entlasskohorte nach Art der Entlassung imponieren deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der BZR-Neueintragungen und Deliktrückfälle (siehe Tabelle 1). Grundsätzlich finden sich in Bezug auf alle getesteten Eintragungs- bzw. Sanktionsarten höhere Anteile in der UG. Die Überrepräsentation steigt mit zunehmender Delikt- und Sanktionsschwere. So werden in der UG dreimal so viele BZR-Neueinträge berichtet, aber sechsmal so viele Gewalt- bzw. zwölfmal so viele Sexualdelikte. Ähnlich progressiv verhält es sich mit zunehmender Sanktionsschwere.

Wie aus Tabelle 1 ebenfalls zu entnehmen, unterscheidet sich die Art der verhängten Sanktionen deutlich. Während in der UG mehr als jeder zweite Patient mit Neueintrag während der TAR zu einem erneuten Freiheitsentzug verurteilt wurde (wenn auch nicht unbedingt als Reaktion auf den *ersten* BZR-Neueintrag), wurde diese Sanktionsart

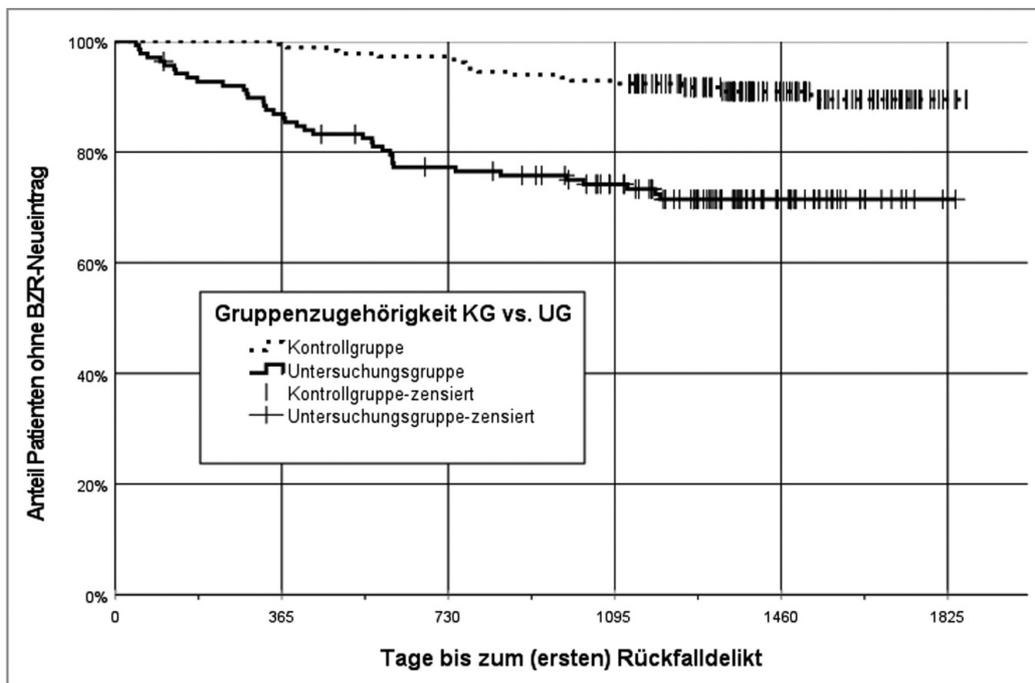


Abbildung 1: Kumulierte Anteile der KG und UG ohne BZR-Neueintrag im Zeitverlauf, Kaplan-Meier-Schätzung

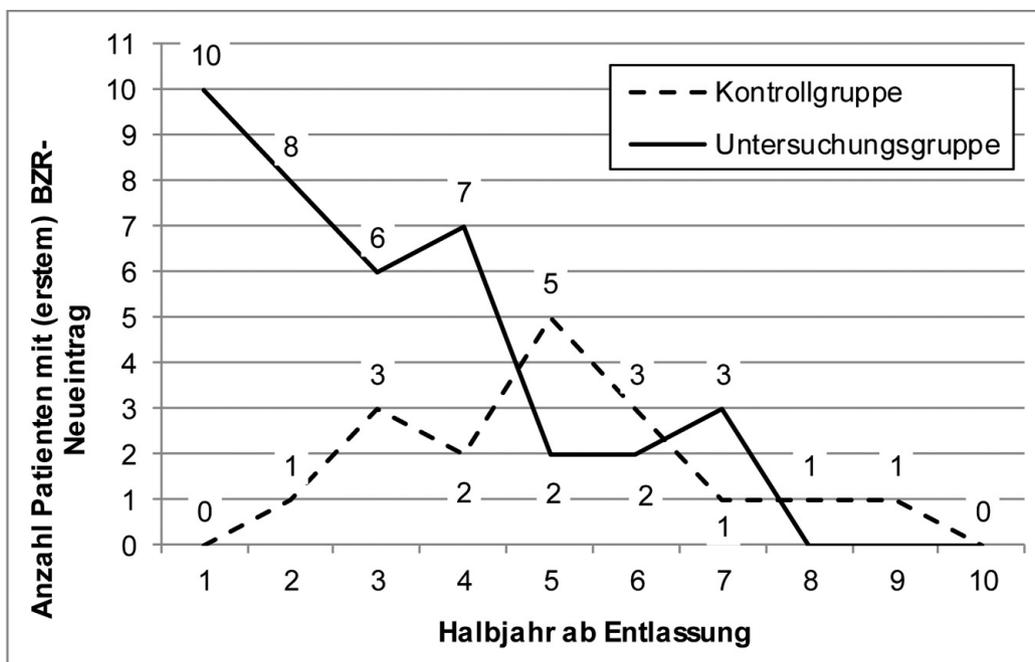


Abbildung 2: Anzahl an Patienten der KG und UG mit (erstem) BZR-Neueintrag je Halbjahr nach erfolgter Entlassung

nur für jeden vierten Patienten der KG gewählt. Über beide Gruppen hinweg wurde bei 15 der insgesamt 26 mit Freiheitsentzug sanktionierten ehemaligen Patienten erneut eine Maßregel angeordnet (zweimal gem. § 64 StGB, 13mal gem. § 63 StGB – worunter jedoch drei direkt gem. § 67b StGB zur Bewährung ausgesetzt wurden). Dies entspricht einem Anteil von 58% gegenüber reinen Haftstrafen als erneutem Freiheitsentzug.

Die Berechnung der dichotomen Rückfallraten per Chi²-Test erfolgte jedoch primär zur Vergleichbarkeit der vorliegenden Daten mit anderen Studien, da es sich eigentlich um ein statistisch inadäquates Verfahren für die Betrachtung von Zeitreihen handelt (siehe dazu auch Zwiener et al., 2011). Als statistisch korrektes Verfahren wurde eine Zeitreihenanalyse (Kaplan-Meier-Verfahren) zur Darstellung der unterschiedlichen Rückfallgeschwindigkeit erstellt und die

jeweiligen *Überlebenskurven* grafisch ausgegeben. Dies wiederum für alle sieben Delikt- und Sanktionsarten. Der Gruppenvergleich erfolgte mittels *Log-rank*-Test. Zur Quantifizierung des Einflusses des Faktors Entlassmodus auf die Rückfallgeschwindigkeit wurden *Cox*-Regressionen berechnet. Bei dem daraus resultierenden Parameter *hazard ratio* (HR) handelt es sich – etwas vereinfacht ausgedrückt – um die Quantifizierung eines zeitkonstanten Nachteils bzw. Vorteils hinsichtlich der Re-Delinquenz einer der beiden Gruppen. Vorteile des zeitreihenanalytischen Vorgehens sind, dass einerseits auch sehr unterschiedliche TAR miteinander verglichen werden können (wie es beim Vergleich von ZG und UG in Hypothese 2 der Fall ist), und dass andererseits je alle Patienten berücksichtigt werden. Jene ohne Rückfall vor Ende der TAR werden als »zensierte Fälle« (»censored cases«) mit einbezogen.

Bei der Interpretation der Tabelle 1 ist die Ungenauigkeit der Anteilsvergleiche (s.o.) zu beachten. Die errechneten χ^2 -Werte lassen nicht nur den Verlaufaspekt außen vor, sie unterschätzen die eigentlichen Differenzen sogar noch, da die UG über eine (wenn auch nur geringfügig) kürzere TAR verfügt (s.o.). Die Befunde werden jedoch auch durch die statistisch adäquaten Überlebenszeitanalysen bestätigt. Die *Log-rank*-Teststatistik unterschreitet für jede Delikt-/Sanktionskategorie das Signifikanzniveau.

Die HR (siehe letzte Spalte in Tabelle 1) als Quantifizierung der Gruppenunterschiede ist am Beispiel des Wertes von 0,28 für jeglichen BZR-Neueintrag (etwas vereinfacht) zu interpretieren: Das Risiko eines Neueintrages ist nach einer Bewährungsentlassung nur gut ein Viertel so hoch, wie in der UG. Die HR unterstützen damit die Befunde eines zunehmenden Risikos für gravierendere Rückfalltaten nach erfolgter Verhältnismäßigkeitserledigung, da der Vorteil der KG mit zunehmender Delikt-/Sanktionsschwere steigt (erkennbar an den kleiner werdenden HR).

Die auf der Kaplan-Meier-Methode beruhende Überlebensschätzung illustriert in Abbildung 1, verdeutlicht darüber hinaus die Unterschiede in der *Geschwindigkeit*, in der es zu Neueintragungen kommt: Während es in der Untersuchungsgruppe bereits in den ersten Monaten nach Entlassung zu Neueinträgen kommt und die Kurve danach abflacht, erfolgt der erste Neueintrag in der Kontrollgruppe erst gegen Ende des ersten Jahres. Die Kurve beginnt erst danach langsam und relativ linear zu sinken. Diese unterschiedlichen Geschwindigkeiten werden auch in Abbildung 2 deutlich, die den Anteil der Neueintragungen in Halbjahren ab Entlassung darstellt.

Entsprechende Abbildungen wurden für alle Eintragungs-/Sanktionskategorien erstellt. In keinem Fall über-

kreuzten sich jedoch die Überlebenskurven, was für die Anwendbarkeit der *Log-Rank*-Teststatistik spricht.

3.3 Gruppenvergleich der Neueintragungen zwischen UG und ZG

Aufgrund der sehr divergierenden Risikozeiträume zwischen der ZG (n = 60) und der entsprechenden UG (n = 64) wird auf die Angabe der (nicht vergleichbaren) Anzahlen und Anteile und die Berechnung der (nicht aussagekräftigen) χ^2 -Werte verzichtet und in Tabelle 2 nur auf die Überlebenszeitanalyse eingegangen.

Tabelle 2: Teststatistiken zur gruppenvergleichenden Überlebenszeitanalyse zwischen UG vs. ZG

Delikt-/Sanktionskategorie	Überlebenszeitanalyse	
	Log-Rank	HR ¹
BZR-Neueintrag überhaupt ²	7,25**	0,36
Einschlägiges Delikt ³	8,17**	0,23
Gewaltdelikt ⁴	3,59°	0,30
Sexualdelikt ⁵	5,08*	0,02
Geldstrafe	7,33**	0,16
Freiheitsentzug ⁶	3,12°	0,43
Freiheitsentzug direkt ⁷	4,17*	0,28

Anmerkungen:

Mehrfacheinträge möglich, d. h. ein Patient kann im Risikozeitraum beispielsweise sowohl ein einschlägiges Delikt als auch ein Sexualdelikt aufweisen. Gleiches gilt für die Sanktionsarten.

¹ HR = *hazard ratio*

² gewertet werden alle BZR-Neueintragungen (exkl. Sucheinträge)

³ Delikte, die mindestens einem der Indexdelikte der initialen MRV-Unterbringung entsprechen

⁴ Delikte unter Anwendung tätlicher Gewalt (inkl. Raub)

⁵ Delikte aus dem Bereich der Sexualstraftaten (inkl. Hands-off-Taten)

⁶ Inkl. zunächst zur Bewährung ausgesetzter Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregel

⁷ Darunter nicht zur Bewährung ausgesetzte Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel

Ersichtlich wird aus Tabelle 2, dass die UG auch im Vergleich zur ZG, also zu strukturell vergleichbaren Patienten mit einer Bewährungsentlassung, wesentlich ungünstiger abschneidet (Hypothese 2). Sämtliche HR bewegen sich unter 0,5; lassen also mindestens auf eine Halbierung des Risikos für entsprechende Neueintragungen schließen, wenn eine Bewährungsentlassung erfolgt. Dass die statistische Testung nicht in allen Fällen signifikante Ergebnisse zeitigt, liegt in der kleinen Stichprobengröße sowie den geringen absoluten Rückfallzahlen begründet. So kam es während des Untersuchungszeitraumes in der ZG beispielsweise nur zu einem einzigen Sexualdelikt.

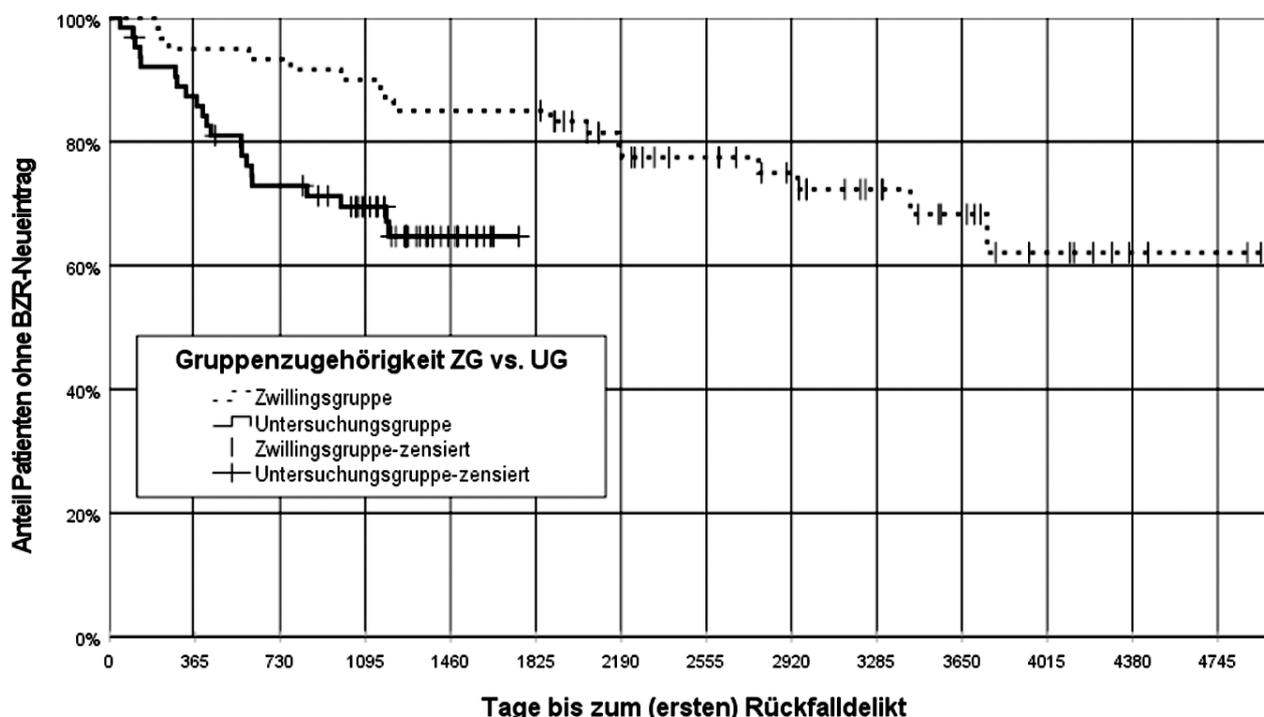


Abbildung 3: Kumulierte Anteile der ZG und UG ohne BZR-Neueintrag im Zeitverlauf, Kaplan-Meier-Schätzung

Anmerkung: Die hier analysierten Gruppen setzen sich aus Patienten zusammen, die aus Kliniken in Trägerschaft des LWL entlassen wurden; Zwillingssgruppe: n = 60; Untersuchungsgruppe n = 64.

Abbildung 3 lässt die unterschiedlichen Entwicklungen auch graphisch deutlich werden. Während in der Untersuchungsgruppe auf Basis der Kaplan-Meier-Schätzung bereits nach drei Jahren für ein gutes Drittel der Patienten erneute BZR-Eintragungen erfolgten, erreicht die Zwillingssgruppe diesen Anteil erst nach gut zehn Jahren; nach drei Jahren liegt die Quote in der ZG erst bei 10 %. Auch für den Vergleich dieser beiden Gruppen gilt, dass sich die Überlebenskurven für keine der Delikt-/Sanktionsarten kreuzten.

3.4 Eingeschränkte Reaktionsmöglichkeiten bei Erledigung der Unterbringung

Die Besonderheit, dass es nach erfolgter Erledigung der MRV-Unterbringung (jenseits des PsychKG) keine Möglichkeit mehr gibt, durch stationäre Maßnahmen auf Krisen der ehemaligen MRV-Patienten zu reagieren, wurde einleitend problematisiert. Zu Widerrufen ausgesetzter Unterbringungen gem. § 63 StGB kam es auch in der vorliegenden Studie in mind. 11 Fällen³ (also bei 6 % aller Pa-

tienten der KG) – sei es in Form einer zeitlich befristeten Krisenintervention gem. § 67 h StGB oder einer unbefristeten Wiedereinsetzung gem. § 67 g StGB. Da die Widerruf in 7 von 11 Fällen nicht im Kontext eines erneuten BZR-Eintrags geschahen, lässt sich ableiten, dass in diesen Fällen aus präventiven Gesichtspunkten die Notwendigkeit erkannt wurde, eine erneute Behandlung im forensisch-psychiatrischen Kontext anzuregen.

Selbstverständlich hat es derartige Konstellationen auch in der Gruppe der Patienten gegeben, die nach einer Verhältnismäßigkeitserledigung in Freiheit kamen. Es ist anzunehmen, dass hierdurch ein Teil der höheren Deliktrückfallraten erklärt werden kann, da entsprechende deliktpräventive Interventionsmöglichkeiten nicht zu Verfügung standen.

4 Diskussion

In der vorliegenden Studie imponiert die Legalbewährung der Gruppe bewährungsentlassener Patienten mit über 90 % bei durchschnittlich immerhin fast vierjähriger TAR etwas günstiger als man vor dem Hintergrund vergleichbarer Voranalysen (Jehle et al. 2013; 2016; Seifert & Möller-Mussavi, 2005) hätte erwarten können. Dies sogar vor dem Hintergrund, dass unsere Definition (jeglicher Neu-Eintrag

³ Aus Erfahrung ist davon auszugehen, dass nicht jeder Widerruf Eingang ins BZR findet.

ins BZR) konservativer ausfällt, als in den berichteten Studien. Auch die Ausdifferenzierung nach einschlägigen, Gewalt- sowie Sexualdelikten resultiert in sehr niedrigen Quoten. Die Sanktionsverteilung unterstreicht dabei die geringe Deliktschwere. Kommt es zu erneuter Delinquenz ist die Haupt-Sanktionsform eine Geldstrafe. Von direkt verhängtem erneutem Freiheitsentzug waren nur 2 (!) von 183 ehemaligen Patienten im Risikozeitraum betroffen. Diese Befunde können durchaus als Erfolgsbeleg einer Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug gewertet werden. Resultiert diese in einer positiven Entlassprognose (was eine notwendige Bedingung für eine Bewährungsentlassung darstellt), so wird die positive Prognose mit erfreulich hoher Wahrscheinlichkeit zutreffen.

In allen Belangen deutlich ungünstiger zeigt sich jedoch die Legalbewährung der ehemaligen MRV-Patienten, die nach einer Erledigung wegen Verhältnismäßigkeit entlassen wurden. Mehr als jeder Vierte aus dieser Gruppe weist innerhalb des Risikozeitraums von durchschnittlich knapp vier Jahren mindestens einen erneuten BZR-Eintrag auf, jeder Fünfte begeht mindestens ein einschlägiges Delikt, fast jeder Zehnte ein Gewaltdelikt und immerhin fast jeder Neunte wurde direkt wieder zu Freiheitsentzug verurteilt.

Vor dem Hintergrund, dass der Gesetzgeber durch die Novelle implizit vorgibt, bei langen Verweildauern höhere Risiken einzugehen, sind die ermittelten Gruppenunterschiede im Grunde erwartungsgemäß. Sie lassen sich sogar insofern als günstig interpretieren, als dass bei umgekehrter Betrachtung immerhin mehr als zwei Drittel der Entlassenen mit bestenfalls »gemischter« Prognose im Risikozeitraum doch nicht auffällig wurden. Zumal sich auch diese Auffälligkeiten überwiegend im Bagatellbereich zeigen, was an der hohen Quote an Geldstrafen deutlich wird.

Die deutlichen Gruppenunterschiede in der Dauer bis zu erneuten Eintragungen im BZR können indes als Beleg für die Bedeutung eines tragfähigen und passenden Entlassraums interpretiert werden. Es ist bekannt, dass das Entlasssetting im Falle einer Verhältnismäßigkeitserledigung oft »mit heißer Nadel gestrickt« werden muss – also aus sozialpsychiatrischer Sicht nicht den Empfehlungen und Anforderungen entspricht (Hein et al. 2022a). Gerade in den von vielen Behandlern und Patienten gleichermaßen als herausfordernd erlebten ersten Monaten nach der Entlassung kommt es in der Kontrollgruppe zu keinem einzigen Neueintrag. Offensichtlich können diese Patienten auf mehr interne und externe Ressourcen zugreifen, die sie stabilisieren.

So deutlich die Gruppenunterschiede auch ausfallen – betrachtet man die beiden Gruppen zusammengenom-

men, so scheint die Gesamtpopulation entlassener MRV-Patienten in den letzten Jahren nicht rückfallgefährdeter geworden zu sein. Hierzu bietet sich ein Vergleich mit der Studie von Seifert und Möller-Mussavi (2005) an, da der hiesige Risikozeitraum sehr ähnlich ist zu jener Studie, in der die mittlere TAR 3,9 Jahre betrug. In der damaligen Stichprobe, die nur auf Bewährungsentlassenen basierte, kam es zu 22% Rückfälligkeit insgesamt (18% in der vorliegenden Studie) und zu je 4% Sexual- und Gewaltdelinquenz (hier 3% Sexual- und 5% Gewaltdelinquenz). Bei nahezu 50% der katamnestic gescheiterten Patienten wurden bei Seifert und Möller-Mussavi (2005) von Seiten der Justiz freiheitsentziehende Maßnahmen (ohne Bewährung) in die Wege geleitet. Dieser Anteil beträgt in der vorliegenden Studie sogar nur 29%.

Wenn aber heute die Gesamtgruppe (mindestens) ebenso gut abschneidet wie vor knapp 20 Jahren die Gruppe mit der günstigeren Prognose, wie lässt sich dies interpretieren? Eine Erklärung dürfte sicherlich im Ausbau und der Professionalisierung der forensischen Nachsorgeambulanz in den letzten beiden Dekaden zu nennen sein. Deren stützende und mithin rückfallpräventive Wirkung ist in der Fachwelt unbestritten und empirisch belegt (Schmidt-Quernheim & Seifert, 2014; Seifert et al., 2003). Allerdings scheint sie von den Erledigern weniger gut angenommen zu werden als von den Bewährungsentlassenen (Hein et al., 2022b), was auch die Beobachtung erklären würde, dass gerade in den ersten Monaten nach Entlassung in der Kontrollgruppe kein Rückfall geschieht.

Über beide Gruppen hinweg wurde bei mehr als der Hälfte der mit Freiheitsentzug sanktionierten ehemaligen Patienten erneut eine freiheitsentziehende Maßregel angeordnet. Dies verdeutlicht wohl die Persistenz psychiatrischer Probleme als deliktrelevant.

Zusammenfassend scheint die Gesetzesnovelle nicht wie befürchtet zu insgesamt höheren Rückfallraten bei aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten zu führen; selbst die Mehrheit der entsprechend entlassenen Patienten weist unproblematische Legalbewährungsverläufe auf. Allerdings findet sehr offenbar eine Ausdifferenzierung statt, die dazu führt, dass sich das früher verteilte Rückfallrisiko inzwischen in jener Gruppe der Patienten kumuliert, die den MRV aufgrund einer Verhältnismäßigkeitserledigung verlassen.

So nachvollziehbar und folgerichtig dies rechtsdogmatisch auch erscheinen mag, so ist aus behandlungspraktischer Sicht nach wie vor zu bemängeln, dass effektive Interventionsmöglichkeiten zur Vermeidung neuerlicher Straftaten bei dieser Gruppe weiterhin fehlen. Denn mit den vorliegenden Möglichkeiten kann die Risikokumulation in dieser Gruppe nicht effektiv eingegrenzt wer-

den. Eine entsprechende Nachschärfung der Gesetzesgrundlage – in Form der Schaffung ebensolcher Interventionsformen – erscheint daher wünschenswert.

4.1 Limitationen und Ausblick

Grundsätzlich gelten für die vorliegende Studie sämtliche Besonderheiten, die für die Rückfallforschung auf Grundlage von Auszügen aus dem BZR zu beachten sind: Darunter fallen methodische Unschärfen aufgrund von zwischenzeitlich getilgten Einträgen sowie zum Teil ungenaue oder unvollständige Meldungen. Zudem sollte nicht in Vergessenheit geraten, dass mehrere Monate vergehen können, ehe eine Ab-/Verurteilung vom jeweiligen Gericht an das BfJ gemeldet und ins BZR eingetragen wird. Diesen Besonderheiten wurde durch ein konservatives Vorgehen bei der Datenaufbereitung versucht Rechnung zu tragen. Jenseits der nie aktenkundig gewordenen Delinquenz (Dunkelfeld), zeigt sich auch anhand eines Quervergleichs der vorliegenden BZR-Daten mit Angaben der zuständigen Bewährungshelfer (siehe Hein et al., 2022b) zum Wiedereingliederungsverlauf, dass ein gewisses »Graufeld« existiert. Basierend auf dieser Quelle wurde für die KG eine Rückfälligkeit von 12 % und für die UG von 35 % berichtet – also leicht höhere Werte, als jene, die durch das BZR abgebildet werden. Freilich fällt diese systematische Unterschätzung beim Vergleich mit Ergebnissen aus anderen Studien, die ebenfalls auf BZR-Auszügen basieren, nicht ins Gewicht.

Jene neun bewährungsentlassene Patienten, die im Risikozeitraum ohne erneutes (aktenkundig gewordenes) Delikt mit einem Bewährungswiderruf in den MRV wieder aufgenommen wurden, wurden in der hiesigen Studie weder von der Auswertung ausgeschlossen noch als delikttrückfällig eingestuft. Natürlich ist davon auszugehen, dass es bei diesen Patienten faktisch zu einer Verkürzung der TAR gekommen ist, doch trifft dies ebenfalls für all jene Patienten zu, die auf anderer Grundlage stationär psychiatrisch behandelt wurden. Ein streng konservativ begründeter Ausschluss dieser Patienten aus der Auswertung wäre indes mit einer systematischen Verzerrung einhergegangen. Denn genau jene Patienten mit offensichtlichen psychiatrischen Krisen oder Auffälligkeiten, die aber (vielleicht auch wegen rechtzeitiger Intervention durch § 67g/h StGB) *nicht* in Delikttrückfälligkeit mündeten, wären dann aus der Analyse herausgefallen.

Aus dem Vergleich zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe aus derselben Entlasskohorte ergibt sich die Wahrscheinlichkeit von Selektionseffekten, die die Ergebnisse insofern beeinflussen, als dass die unterschiedli-

che Legalbewährung stets zu einem unklaren Anteil durch die prä- und peristationären Gruppenunterschiede erklärbar bleibt. Konkret heißt dies, dass nicht mit hinreichender Sicherheit davon auszugehen ist, dass die gezeigten Unterschiede primär auf den Entlassmodus zurückgehen.

Eben aufgrund dieser Einschränkung wurde der Vergleich mit einer gematchten Zwillingssgruppe angestellt. Dass sich auch in diesem Gruppenvergleich deutliche Unterschiede in allen Belangen der Legalbewährung zeigen, deutet stark daraufhin, dass es nicht bzw. nur zu einem geringen Teil Selektionseffekte sind, die zum höheren Rückfallrisiko der Verhältnismäßigkeitserledigten beitragen. Offensichtlich kann dieser Entlassmodus bzw. die damit verbundenen Besonderheiten (Zeitdruck bei der Gestaltung des Empfangsraumes, eingeschränkte Interventionsmöglichkeiten) unabhängig vom Behandlungs- und Entlassverlauf als Risikofaktor für eine schlechtere Legalbewährung gelten.

5 Fazit

Durch die vorliegende Studie wird die Gesetzesnovelle des Maßregelrechts aus 2017 erstmals bezüglich der Auswirkungen auf die Legalbewährung entlassener Patienten evaluiert. Jenseits von reinem Auszählen der Bestands- und Entlasszahlen wird auch die Ergebnisqualität einbezogen. Dabei zeigt sich zweierlei: Zwar hat die Gesetzesänderung nicht dazu geführt, dass die Gesamtheit der entlassenen MRV-Patienten »gefährlicher« geworden ist. Wohl aber dazu, dass das Risiko für eine ungünstige Legalbewährung in der Gruppe der Patienten mit einer Verhältnismäßigkeitserledigung kumuliert – dies sogar weitgehend unabhängig von Selektionseffekten – und dass das Rückfallrisiko durch einige unbeabsichtigte Implikationen dieses Entlassmodus offensichtlich noch potenziert wird.

Die Novelle mag damit erst einmal das vorab definierte Ziel erreicht haben, die Belegung der MRV-Kliniken nach § 63 StGB in der Breite zu senken. Dies geht im Falle der »Erlediger« jedoch mit höheren Re-Delinquenzraten einher, die zumindest teilweise durch die Implementierung spezifischer Interventionsmöglichkeiten analog zu § 67h StGB verringert werden könnten.

Insgesamt kann jedoch festgehalten werden, dass auch das Gros der Patienten, die wegen fehlender Verhältnismäßigkeit einer Fortdauerentscheidung aus der Maßregel frei kamen, über einen relevanten Zeitraum delikt- und straffrei bleibt. Von einer Legalbewährungsquote von knapp drei Vierteln ist der Strafvollzug bei derartiger Schwere der Indexdelikte nach wie vor weit entfernt.

Literaturverzeichnis

- Baur, A. (2017). Das neue Recht der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und seine Konsequenzen für die Praxis. *JR* 2017(8), 413-419. <https://doi.org/10.1515/juru-2017-0079>
- Baur, A., & Querengässer, J. (2017). Falscher Weg zum richtigen Ziel? – Rechtsdogmatische und therapeutische Überlegungen zu Verhältnismäßigkeitserledigungen im Maßregelvollzug als Folge der Reform des Unterbringungsrechts. *Monatschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 100(5), 313-327.
- Bezzel, A. (2008). *Therapie im Maßregelvollzug – und dann? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB)* [Doctoral-dissertation] Universität Regensburg.
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2021). Evaluierung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz zur Wirksamkeit des Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften vom 16. Juli 2016 (BGBl. I S. 1610). Heruntergeladen von https://www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/Dokumente/Evaluierung_63.pdf?
- Ceus/FOGS, 2022. Kerndatensatz im Maßregelvollzug, Teil 2: Tabellenband 2020 mit Zeitreihen ab 2010. Unveröffentlichte Daten.
- Coid, J., Hickey, N., Kahtan, N., Zhang, T., & Yang, M. (2007). Patients discharged from medium secure forensic psychiatry services: reconvictions and risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 223-229.
- Hein, N., Querengässer, J., & Schiffer, B. (2021). Erledigungen aus dem Maßregelvollzug nach § 63 StGB aus Gründen der Verhältnismäßigkeit gemäß § 67 d Absatz 6 StGB-differenzielle Merkmale der betroffenen Patienten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 15, 376-385.
- Hein, N., Querengässer, J., & Schiffer, B. (2022a). Verhältnismäßigkeitserledigungen als Ausdruck gescheiterter Maßregelvollzugsbehandlung? – Eine Analyse von Therapieverläufen. *Recht und Psychiatrie*, 40(2), 72-80.
- Hein, N., Querengässer, J. & Schiffer, B. (2022b). Verhältnismäßigkeitserledigungen gem. § 67 d Abs. 6 StGB als Risikofaktor für eine erfolgreiche Wiedereingliederung. *Recht und Psychiatrie*, 40(3), 146-154.
- Jehle, J.-M., Albrecht, H.-J., Hohmann-Fricke, S., & Tetal, C. (2010). Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2004 bis 2007. Heruntergeladen von https://www.bmj.de/SharedDocs/Archiv/Downloads/Legalbewaehrung_nach_strafrechtlichen_Sanktionen_2007_2010_u_2004_2010.pdf?
- Jehle, J.-M., Albrecht, H.-J., Hohmann-Fricke, S., & Tetal, C. (2013). Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2007 bis 2010 und 2004 bis 2010. Heruntergeladen von https://www.bmj.de/SharedDocs/Archiv/Downloads/Legalbewaehrung_nach_strafrechtlichen_Sanktionen_2007_2010_u_2004_2010.pdf?
- Jehle, J.-M., Albrecht, H.-J., Hohmann-Fricke, S., & Tetal, C. (2016). Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2010 bis 2013 und 2004 bis 2013. Heruntergeladen von https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/StudienUntersuchungenFachbuecher/Legalbewaehrung_nach_strafrechtlichen_Sanktionen_2010_2013.pdf?
- Müller, J. (2021). *Standards für die Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug und Implikationen der Neuregelung 2016*. Vortrag auf der Interdisziplinären Fachtagung Best Practice und Innovation im Maßregelvollzug am 08.11.2021 in Rostock
- Nagtegaal, M. H., & Boonmann, C. (2016). Conditional release of forensic psychiatric patients consistent with or contrary to behavioral experts' recommendations in the Netherlands: Prevalence rates, patient characteristics and recidivism after discharge from conditional release. *Behavioral Sciences & the Law*, 34 (2-3), 257-277.
- Querengässer, J., Jörges, A.-M., & Schiffer, B. (2019). Verhältnismäßigkeitserledigungen – die Novellierung des § 67 d StGB als Herausforderung für Sozialarbeit und Psychotherapie im Maßregelvollzug. *Recht und Psychiatrie*, 37, 68-74
- Schmidt-Quernheim, F. (2017). Wenn Recht auf Wirklichkeit trifft – das neue Recht der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 67 d Abs. 6 StGB. *Kerbe*, 4, 28-31.
- Schmidt-Quernheim, F., & Seifert, D. (2014). Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Der Nervenarzt*, 85(9), 1133-1143.
- Seifert, D., Klink, M., & Landwehr, S. (2018). Rückfalldaten behandelnder Patienten im Maßregelvollzug nach § 63 StGB. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 12(2), 136-148.
- Seifert, D., & Möller-Mussavi, S. (2005). Aktuelle Rückfalldaten der Essener prospektiven Prognosestudie. Werden Deliktrückfälle forensischer Patienten (§ 63 StGB) seltener? *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 73, 16–22.
- Seifert, D., Schiffer, B., & Leygraf, N. (2003). Plädoyer für die forensische Nachsorge. *Psychiatrische Praxis*, 30(05), 235-241.
- Tabita, B., De Santi, M. G., & Kjellin, L. (2012). Criminal recidivism and mortality among patients discharged from a forensic medium secure hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(4), 283-289.
- Veismann, S. (2018). Legalbewährung bei aus dem Hamburger Maßregelvollzug (§ 63 entlassenen Patienten). [Doctoraldissertation] Universität Hamburg.
- Zwiener, I., Blettner, M., & Hommel, G. (2011). Survival analysis— part 15 of a series on evaluation of scientific publications. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(10), 163–169.

Psychosoziale Komplexbetreuung bei schwerer psychischer Erkrankung: Implementierung und Begleitevaluation eines sektorübergreifenden Versorgungsmodells an einem psychiatrischen Fachkrankenhaus

Person-Centered Psychosocial Complex Care for People with Severe Mental Illness: Implementation and Evaluation of a Cross-Sectoral Care Model at a Psychiatric Hospital

Autoren

Isabelle Reinhardt¹, Josephine Heinz¹, Jürgen Zielasek¹, Sandra Engemann¹, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank^{1,2}

Institute

- 1 LVR-Institut für Forschung und Bildung, LVR-Institut für Versorgungsforschung
- 2 LVR-Klinik Köln, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Schlüsselwörter

schwere psychische Erkrankung, sektorübergreifende Versorgung, psychosoziales Versorgungsmodell, Zwangsaufnahmen

Keywords

severe mental illness, cross-sectoral care, psychosocial care model, compulsory admissions

Bibliografie

Psychiat Prax

DOI 10.1055/a-1706-0217

ISSN 0303-4259

© 2022. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Isabelle Reinhardt, LVR-Institut für Forschung und Bildung, LVR-Institut für Versorgungsforschung, Wilhelm-Griesinger-Straße 23, 51109 Köln, Deutschland
isabelle.reinhardt@lvr.de

ZUSAMMENFASSUNG

Studienziel Implementierung und Evaluation eines sektorübergreifenden Komplexmodells für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung („severe mental illness“, SMI).

Methodik Das Versorgungsmodell wurde an einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachklinik implementiert. Mithilfe eines intensiven Fallmanagements setzte das pa-

tientenzentrierte und bedarfsorientierte Komplexmodell für Menschen mit SMI am Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung an. Die Evaluation erfolgte mittels einer gematchten Kontrollgruppe (Interventionsgruppe: n = 46; Kontrollgruppe: n = 21).

Ergebnisse Nach klinischer Einschätzung profitierten zwei Drittel der Patient*innen vom Versorgungsmodell. Bei den Betroffenen zeigte sich im Behandlungsverlauf eine signifikante Reduktion der Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgungsstrukturen sowie eine Verbesserung der klinischen Symptomatik.

Schlussfolgerung Für Menschen mit SMI besteht eine Versorgungslücke beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung, die durch das Versorgungsmodell partiell geschlossen werden konnte.

ABSTRACT

Aim of the study Implementation and evaluation of a cross-sectoral complex care model for persons with severe mental illness (SMI).

Methods The care model was implemented at a psychiatric-psychotherapeutic specialized clinic. Within this patient-centered and needs-oriented complex care model, intensive case management was applied to transition persons with SMI between inpatient and outpatient mental health care. Evaluation was conducted using a matched control group design (n = 46/21).

Results According to clinical assessment, two thirds of the patients benefited from the care model. In the course of treatment, the patients showed a significant reduction in the use of inpatient psychiatric care structures and an improvement in clinical symptoms.

Conclusion For people with SMI, there is a care gap in the in the transition from inpatient to outpatient care, which could be partially closed.

Einleitung

„Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung („severe mental illness“, SMI) haben [...] komplexe Behandlungsbedarfe [die] oft mit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen verbunden sind.“ ([1], S. 5). Die Versorgung von Menschen mit SMI ist durch häufige Akutaufnahmen in psychiatrischen Kliniken [2], Zwangsunterbringungen [3] und freiheitseinschränkende Maßnahmen während stationärer Aufenthalte [4] belastet, während die Sicherstellung der längerfristigen ambulanten Behandlung oft schwierig ist [2].

Während sich international in der ambulanten Versorgung von Menschen mit SMI einige Ansätze als erfolgreich herausgestellt haben (z. B. [5, 6]), existieren in Deutschland (noch) keine flächendeckenden intensivierten ambulanten Versorgungsstrukturen für die Betroffenen. Aus Modellvorhaben gibt es Hinweise auf eine Reduktion stationärer Behandlungstage (z. B. [7, 8]) und Zwangsmaßnahmen [9]. Die Modelle wurden bislang jedoch nicht über die jeweilige Modellregion wesentlich hinausgehend umgesetzt und waren meist nur für bestimmte Patient*innengruppen vorgesehen [10]. Stationersetzende Versorgungsmodelle (z. B. Home Treatment, stationsäquivalente Behandlung) konnten sich bislang ebenfalls nicht flächenhaft durchsetzen [11]. Psychiatrische Institutsambulanz können aufgrund ihrer überwiegend limitierten und pauschalierten Finanzierung den intensiven Versorgungsbedarf von Menschen mit SMI meistens nicht decken. Gemeindepsychiatrische Modelle fokussieren auf die psychosoziale Betreuung im außerklinischen Bereich und sehen die Klinik allenfalls als die letzte Möglichkeit der Krisenhilfe [12–15]. Bei klinikbasierten Modellen mit Elementen von Home Treatment und intensivierter ambulanter Betreuung ist die soziale Teilhabe seltener im Fokus (z. B. [16]). Schließlich wird die Versorgung somatischer Komorbiditäten – obwohl dringend erforderlich [17] – häufig nicht ausreichend berücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund wurde ein bedarfsorientiertes und personenzentriertes, sektorübergreifendes, psychosoziales Komplexbetreuungsmodell (*PsyKom-Modell*) für Menschen mit SMI entwickelt, implementiert und begleitend evaluiert. Das PsyKom-Modell setzte am Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung an. Hauptziele waren die Reduktion stationärer Wiederaufnahmen und Zwangsaufnahmen, die klinische Besserung und Stabilisierung der Betroffenen sowie eine verbesserte soziale Teilhabe. Nach erfolgter Stabilisierung sollte eine Überleitung in die ambulante Regelversorgung vollzogen werden können, ohne dass es zu einer erneuten Dekompensation kommt.

Das PsyKom-Modell wurde im Rahmen eines vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Projekts von 2017 bis 2020 entwickelt und implementiert. Die Begleitevaluation wurde von der zuständigen Ethikkommission (Ärztzekammer Nordrhein) beraten.

Methoden

Setting

Die Implementierung erfolgte in einer für ca. 600 000 Einwohner*innen einer Großstadt zuständigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachklinik der regionalen Pflichtversorgung. Das Modell wurde in einem Teilbereich einer Abteilung für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie umgesetzt (eine geschützte Aufnahmestation und eine offen geführte, sozialpsychiatrisch ausgerichtete Station sowie die Institutsambulanz). Pro Jahr versorgen die beiden beteiligten Stationen ca. 1228 voll- und teilstationäre Fälle. Die zu der Abteilung zählende Institutsambulanz versorgt jährlich ca. 3665 ambulante Patient*innen.

Zielgruppe

In das Modell wurden Menschen mit SMI aufgenommen, die mindestens 2 der folgenden Kriterien erfüllten, darunter obligat Kriterium 1 oder Kriterium 2: 1) mindestens ein unfreiwilliger stationär-psychiatrischer Aufenthalt in den vergangenen 12 Monaten; 2) erhebliche Beeinträchtigung der selbstständigen Inanspruchnahme von Hilfemaßnahmen oder der Teilhabe; 3) hoher individueller psychosozialer Unterstützungsbedarf; 4) Komorbidität von psychischer und somatischer Erkrankung; 5) Risiko für forensische oder öffentlich-rechtliche Zwangsunterbringung; 6) häufige regel- oder grenzüberschreitende Verhaltensweisen; 7) eingeschränkte Funktionsfähigkeit (GAF-Wert < 50).

Versorgungsmodell

Das PsyKom-Modell setzte vornehmlich am Übergang von der stationären zur ambulanten Weiterbehandlung an [18]. Die meisten Patient*innen wurden noch während des stationären Aufenthalts rekrutiert und sie willigten zur Teilnahme am Versorgungsmodell und der Evaluation im Rahmen der Studie ein. Im Rahmen des Modells wurden die Patient*innen sektorübergreifend – zumeist in personeller Kontinuität – von ausgewähltem Stationspersonal in den ambulanten Bereich hinein weiterbetreut. Zentrales Element war ein intensives Fallmanagement, das die Leistungen bedarfsgerecht auf der Grundlage eines individuellen, partizipativ mit dem/der Betroffenen erstellten Hilfeplans (IHP) steuerte und koordinierte. Diese Funktion übernahmen Pflegekräfte und/oder Sozialarbeiter*innen (Komplexbetreuende: „KOBs“), die sich neben ihrer Haupttätigkeit im stationären Setting auch im PsyKom-Projekt engagierten. Sie waren den Betroffenen häufig bereits aus vorhergehenden stationären Aufenthalten bekannt und vertraut. Die KOBs waren mit insgesamt 2 Vollzeitstellen tätig (verteilt auf 2 Sozialarbeitende, 6 Pflegekräfte und 1 Facharzt). Der Arbeitsumfang der KOBs im PsyKom-Projekt variierte zwischen 4–19 Wochenstunden. Die Intensität der Betreuung war zu Beginn der Intervention meist am stärksten, wenn notwendig, konnten mehrfach in der Woche aufsuchende Kontakte stattfinden. Die KOBs wurden durch eine Fachärztin und einen externen Supervisor supervidiert.

Die benötigten Unterstützungsleistungen wurden gemeinsam mit den Betroffenen identifiziert und durch die KOBs – teils

in Klinikräumen und teils aufsuchend im Lebensumfeld der Patient*innen – erbracht. Die Leistungen umfassten ein effektives Medikamenten- und Nebenwirkungsmanagement, die Koordination somatischer Versorgungsbedarfe, die Vermittlung psychotherapeutischer und psychoedukativer Elemente, ein zielorientiertes Skills-Training, die Arbeit im sozialen Umfeld, Angehörigenarbeit, den Einbezug komplementärer Dienste und Versorgungskoordination sowie die Zusammenführung von Ressourcen aus SGB V und SGB IX. Ausdrücklich möglich war dabei auch eine niederschwellige Unterstützung und Begleitung durch die KOBs im Alltag der Betroffenen, z. B. beim Einkaufen, bei der Wohnungssuche, bis hin zu einer dringlichen Wohnungsrenovierung. Bei Kontaktlatenzen erfolgte proaktiv die Kontaktaufnahme seitens der KOBs. Es wurde eine individuelle Behandlungsdauer und -dichte ermittelt, die bedarfsorientiert im Zeitverlauf angepasst wurde. Bei erfolgreichem Verlauf und ausreichender Stabilisierung erfolgte die Beendigung der PsyKom-Behandlung und Überleitung in die ambulante Regelversorgung.

Evaluation

Die Evaluation wurde mithilfe einer gematchten Kontrollgruppe durchgeführt. Die Interventionsgruppe wurde zwischen September 2017 bis Dezember 2018 gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien für die Aufnahme in die Komplexbehandlung durch die KOBs rekrutiert. Die Teilnahme an der Evaluation war Teil der Einwilligung zur Studie, Patient*innen wurden jedoch nicht vom Versorgungsmodell ausgeschlossen, wenn sie an der Fragebogenerhebung nicht teilnehmen wollten oder konnten. Die Kontrollgruppe wurde im Zeitraum von April bis Dezember 2018 in einer anderen Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie dieser Klinik rekrutiert, in der das Versorgungsmodell nicht eingeführt worden war. Hierfür wurden Matching-Kriterien vorab festgelegt (Hauptdiagnose; Anzahl stationär-psychiatrischer Behandlungstage in den letzten 24 Monaten [< 100 Tage vs. > 100 Tage]). Die Endpunkte wurden in Bezug auf die oben genannten Ziele des Modells vorab definiert und operationalisiert.

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte zu 3 Messzeitpunkten (vor Einschluss in das Modell [t_0] sowie 12 und 18 Monate später [t_{12} und t_{18}]). Sie umfasste Routinedaten aus dem elektronischen Krankenhausinformationssystem (Anzahl Wiederaufnahmen und stationäre Behandlungstage in der sektorversorgenden Klinik), klinische Fremdbeurteilungen durch die Behandelnden (GAF [19] und CGI [20]) sowie Fragebogenerhebungen bei den Patient*innen (Soziodemografische Daten, Behandlungszufriedenheit [21], Lebenszufriedenheit [22], Soziale Inklusion und Teilhabe [23]). Nach Beendigung der PsyKom-Behandlung gaben die KOBs – wann immer möglich gemeinsam mit den Patient*innen – eine globale Bewertung der Behandlung ab. Grundlage für die Einteilung in erfolgreiche, teilweise erfolgreiche oder nicht erfolgreiche Behandlung war die Bewertung der Erreichung der zuvor gemeinsam entwickelten und im Behandlungsplan festgehaltenen Ziele. Die Bewertung wurde nach Abschluss der Behandlung im Behandlungsteam diskutiert und

konsentiert. Schließlich fand eine anonyme schriftliche Befragung der KOBs kurz nach Projektstart („Erwartungen an das Modell“) und 12 Monate später („Erfahrungen mit dem Modell“) statt.

Datenauswertung

Die Daten wurden mittels SPSS 25 ausgewertet. Häufigkeiten bei nominalskalierten Variablen wurden mittels Chi-Quadrat-Test berechnet. Für Prä-Post-Vergleiche bei verbundenen Stichproben wurde der Wilcoxon- bzw. der Friedman-Test genutzt. Gruppenvergleiche wurden mithilfe des Mann-Whitney-U-Test berechnet, bei mehreren Messzeitpunkten wurden gemischte zweifaktorielle Varianzanalysen („mixed ANOVA“) berechnet, da das Verfahren als ausreichend robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilungen gilt [24]. Die Effektstärke r wurde aus den Prüfgrößen und den Stichprobengrößen berechnet [25]. Berichtet werden Analysen nach dem Intention-to-treat Prinzip (ITT), wobei fehlende Werte mithilfe eines einfachen Imputationsverfahrens (LOCF) ersetzt wurden. Zusätzlich erfolgten Analysen nach Ausschluss der Drop-outs (Treatment per Protocol, TPP). Alle statistischen Verfahren wurden mit zweiseitiger Testung verwendet. Ein Fehler I. Ordnung unter 5% ($p < 0,05$) wurde als statistische Signifikanz der beobachteten Gruppenunterschiede interpretiert.

Ergebnisse

Beschreibung der Interventions- und Kontrollgruppe bei Studieneinschluss

Insgesamt wurden 46 Patient*innen für das PsyKom-Modell rekrutiert. Die Rekrutierung der Kontrollgruppe war schwierig, da diese Patient*innen im Gegensatz zur Interventionsgruppe keinen Mehrwert aus der Studie für sich ausmachen konnten. Schließlich musste die Rekrutierung bei 21 Kontrollpatient*innen beendet werden. Die Daten bei Einschluss in die Untersuchung (► Tab. 1) zeigen, dass sich die 2 Gruppen trotz Matching in einigen Variablen zuungunsten der Interventionsgruppe unterschieden.

Klinische Bewertung des Behandlungserfolgs in der Interventionsgruppe

Die 46 Patient*innen der Interventionsgruppe verblieben durchschnittlich 15 ± 9 Monate im Versorgungsmodell (456 ± 278 Tage; Median 483 Tage; Spannweite 1–890 Tage). Die durchschnittliche Betreuungsintensität durch die KOBs betrug ca. 3,5 Stunden pro Patient*in pro Woche. Nach Abschluss des Projekts wurden die Patient*innen durch das KOB-Betreuungsteam und die supervidierende Fachärztin überwiegend gemeinsam mit den Patient*innen je nach Zielerreichung in 3 Kategorien eingeteilt (► Tab. 2).

29 von 46 Fällen (63%) wurden als erfolgreich (Kategorie A: Behandlungsziele erreicht oder überwiegend erreicht und erfolgreiche Überleitung in die ambulante Regelversorgung) oder zumindest in Teilen erfolgreich bewertet (Kategorie B). Die anhand des individuellen Hilfeplans gemeinsam mit den Patient*innen vereinbarten Behandlungsziele umfassten psychosoziale Bereiche (z. B. Verbesserung der Wohnsituation, Krisen-

► Tab. 1 Beschreibung der Stichprobe bei Studieneinschluss.

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		p
soziodemografische Angaben					
Alter (MW; SD)	41	12	41	13	0,887
Geschlecht: weiblich (n; %)	20	44	9	43	0,962
höchster Schulabschluss: ohne/gering (n; %)	22	47,8	11	52,4	0,776
aktuelle berufliche Situation: arbeitslos (n; %)	21	45,6	11	52,4	0,144
Lebensunterhalt: ALG II/Hartz IV (n; %)	20	43,5	9	45,0	0,585
Migrationshintergrund (n; %)					
eigene Migrationserfahrung	8	17,4	2	9,5	0,470
kein Migrationshintergrund	20	43,5	14	66,7	
Wohnsituation (letzte 6 Monate) (n; %)					
eigene Wohnung	25	54,3	8	38,1	0,138
wohnungslos	3	6,5	3	14,3	
Paarbeziehung: alleinstehend (n; %)	32	69,6	13	61,9	0,565
klinische Charakteristika					
Hauptdiagnosegruppe nach ICD-10 (n; %)					
F1 (Sucht)	0	–	1	4,8	0,351
F2 (Psychose)	35	76,1	16	76,2	
F3 (Affektive Störung)	5	10,9	3	14,3	
F6 (Persönlichkeitsstörung)	6	13,0	1	4,8	
Anzahl Nebendiagnosen (MW; SD)	2,2	1,6	1,2	1,5	0,008
davon psychiatrische Nebendiagnosen (F-Diagnosen) (MW; SD)	1,3	1,1	0,8	1,1	0,018
davon somatische Nebendiagnosen (nicht F-Diagnosen) (MW; SD)	0,9	1,3	0,4	0,8	0,127
Funktionsniveau (GAF), (MW; SD)	29	9,5	36	12,5	0,017
Schweregrad (CGI), (MW; SD)	2,2	0,8	2,8	0,6	0,006
Fragebogenerhebung (Selbstbeurteilung)					
Behandlungszufriedenheit (ZUF-8) (MW; SD)	24,2	5,0	24,7	4,4	0,707
Lebensqualität (WHOQOL-BREF), Gesamtskala (MW; SD)	82,1	15,8	82,7	19,1	0,819
Lebensqualität (WHOQOL-BREF), Unterskala psychische Gesundheit (MW; SD)	56,8	20,2	53,8	24,0	0,903
Anzahl Kontaktpersonen (F-INK) (MW; SD)	4,4	2,3	6,2	2,6	0,022
Inklusion (F-INK) (MW; SD)	1,7	0,6	1,9	0,6	0,323
Partizipation (F-INK) (MW; SD)	0,8	0,3	0,9	0,4	0,731
frühere stationäre Behandlungen (Routinedaten)	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		p
	MW (Mdn)	SD (range)	MW (Mdn)	SD (range)	p
durchschnittliche Anzahl stationärer Behandlungstage (letzte 12 Monate)	119 (106)	76 (0–337)	72 (69)	60 (8–225)	0,007
davon durchschnittliche Anzahl stationärer Behandlungstage mit Zwangsunterbringung	59 (46)	61 (0–316)	32 (14)	40 (0–118)	0,041
durchschnittliche Anzahl stationärer Aufenthalte (letzte 12 Monate)	4 (3)	3,7 (0–18)	3 (2)	2,3 (1–9)	0,039
davon durchschnittliche Anzahl stationärer Aufenthalte mit Zwangsunterbringung	2 (2)	1,7 (0–7)	1 (1)	1,5 (0–5)	0,022
MW = Mittelwert; n = Anzahl; SD = Standardabweichung; p = Signifikanz; Mdn = Median; range = Spannweite					

► **Tab.2** Einteilung der Patient*innen der Interventionsgruppe hinsichtlich des Behandlungserfolgs (Bewertung der KOBs, überwiegend in Abstimmung mit Patient*innen).

Kategorie	Anzahl Patient*innen von 46 (n, %)	klinische Bewertung	Verweildauer (in Tagen)	
			n (SD)	Mdn (range)
A	26 (56,5)	erfolgreiche/weitgehend erfolgreiche und mit der Überleitung in die ambulante Regelversorgung regelhaft abgeschlossene PsyKom-Behandlung	545 (242)	599 (97–890)
B	3 (6,5)	in Teilen erfolgreiche PsyKom-Behandlung und/oder keine erfolgreiche Überleitung in die ambulante Regelversorgung	785 (42)	786 (754–832)
C	17 (37)	PsyKom-Behandlung ohne Erfolg/Drop-out	265 (245)	293 (1–757)

n = Anzahl; % = Prozent; SD = Standardabweichung; Mdn = Median; range = Spannweite

hilfe, Bereitstellung dauerhafter ambulanter psychosozialer Hilfen), medizinisch-therapeutische Aspekte (z. B. Symptomreduktion, Motivation zur Suchtmittelabstinenz, Aufbau einer Tagesstruktur, Sicherung oder Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit) sowie individuelle Ziele (z. B. Förderung sozialer/familiärer Kontakte). Die Hilfen wirkten sich nach klinischer Einschätzung auch positiv auf die körperliche Gesundheit der Betroffenen aus. Als wesentliche Wirkfaktoren des vorliegenden Modells wurden die Behandlungsintensität und -dauer sowie die (personelle) Behandlungskontinuität und Patient*innen-zentrierung betrachtet.

In 17 Fällen (37%) war die Behandlung ohne Erfolg bzw. sie wurde – teilweise sehr rasch nach der Entlassung – durch die Betroffenen abgebrochen (Drop-out). In 2 Fällen wurde die Komplexbehandlung seitens der KOBs beendet. Grund hierfür waren nicht tolerierbare, grenzüberschreitende Verhaltensweisen seitens der Patient*innen. Wesentliche den Behandlungserfolg limitierende Faktoren waren aus Sicht der Komplexbetreuenden eine diskontinuierliche Medikamenteneinnahme, fortgesetzter Suchtmittelkonsum, aber auch psychosoziale Faktoren wie Wohnungslosigkeit und/oder prekäre Wohnverhältnisse und fehlende soziale Unterstützung [26]. Bei 3 Patient*innen gelang auch nach sehr langer Dauer im Modell keine adäquate Überleitung in die Regelversorgung, schließlich endete bei diesen Patient*innen die Behandlung aufgrund der begrenzten Projektdauer.

Klinischer Verlauf und Versorgungsverlauf

Stationäre Aufenthalte und Behandlungstage (Routinedaten)

Im Vergleich der 3 Messzeitpunkte (t_0 , t_{12} , t_{18}) der Interventionsgruppe zeigten sich signifikante Reduktionen der stationär-psychiatrischen Behandlungstage und der Aufenthalte, jeweils gesamt und mit Zwangsunterbringung. Post-hoc-Tests zeigten signifikante Unterschiede zwischen Einschluss in das Versorgungsmodell (t_0) und t_{12} sowie zwischen t_0 und t_{18} . Die Unterschiede zwischen t_{12} und t_{18} waren statistisch nicht signifikant (► **Tab.3**).

Im Gruppenvergleich über alle 3 Messzeitpunkte zeigten sich signifikante Haupteffekte, die Interaktionseffekte blieben

jedoch unter dem Signifikanzniveau. Lediglich bei den stationär-psychiatrischen Behandlungstagen zeigte sich ein Trend in Richtung einer stärkeren Reduktion bei der Interventionsgruppe ($p=0,09$). Da der Messzeitpunkt t_{18} bei 33% der Patient*innen der Kontrollgruppe (und bei 6,5% der Interventionsgruppe) mit der ersten Welle der COVID-19-Pandemie zusammenfiel (Zeitraum März–Juni 2020), wurde eine Zusatzanalyse ohne den t_{18} -Messzeitpunkt durchgeführt, um den konfundierenden Faktor der Pandemie mit ihren erheblichen Veränderungen hinsichtlich Versorgungsangeboten der Klinik und Inanspruchnahmeverhalten der Patient*innen auszugrenzen. Dabei zeigte sich eine signifikante Interaktion bei der Anzahl der stationär-psychiatrischen Behandlungstage. Eine Kontrastanalyse zeigte eine signifikante Reduktion der stationären Behandlungstage von t_0 zu t_{12} in der Interventionsgruppe ($p=0,01$), aber nicht in der Kontrollgruppe ($p=0,40$) (► **Tab.3**).

Funktionsniveau und klinischer Gesamteindruck (Fremdbeurteilung)

Die Beurteilungen der Behandelnden liegen zu t_0 für 44 Patient*innen der Interventionsgruppe (96%) und 19 Patient*innen der Kontrollgruppe (90%) vor. Bei insgesamt 4 Patient*innen wurde die Dokumentation seitens der Behandelnden zu t_0 versäumt. Zu t_{12} liegen die Beurteilungen bei 36 PsyKom- (78%) und 5 Kontrollpatient*innen (24%) vor; und zu t_{18} bei 9 PsyKom- (20%) und 0 Kontrollpatient*innen. Hauptgründe für fehlende Werte war ein Kontaktabbruch oder diskontinuierliche Kontaktgestaltung seitens der Betroffenen, oder aber die Behandlung war abgeschlossen und Patient*innen konnte nicht mehr erreicht werden. Der t_{18} -Messzeitpunkt wurde aufgrund der hohen Anzahl fehlender Werte nicht in die Auswertung einbezogen. Patient*innen der Interventionsgruppe wiesen im Prä-Post-Vergleich (t_0 – t_{12}) eine signifikante Verbesserung des Funktionsniveaus und eine signifikante Verringerung des Schweregrads der Erkrankung auf. Im Gruppenvergleich über 2 Messzeitpunkte (t_0 , t_{12}) zeigte sich eine signifikante Interaktion beim Schweregrad der Erkrankung: Die Interventionsgruppe zeigte eine stärkere Verbesserung des Schweregrads der Erkrankung im Vergleich zu der Kontrollgruppe (► **Tab.4**). Die Er-

► **Tab. 3** Versorgungsverlauf: stationär-psychiatrische Behandlungstage (durchschnittliche monatliche Verweildauer) und Anzahl stationärer Aufenthalte.

	Interventionsgruppe (n = 46)			Kontrollgruppe (n = 21)			ANOVA (t ₀ /t ₁₂ /t ₁₈ ; nur Interventionsgruppe)			Mixed ANOVA (t ₀ /t ₁₂ /t ₁₈ ; beide Gruppen)			Mixed ANOVA (t ₀ /t ₁₂ ; beide Gruppen)				
	t ₀	t ₁₂	t ₁₈	t ₀	t ₁₂	t ₁₈	Test	Sign.	Post-hoc Test	Test; Effektstärke	Zeit x Gruppe	Gruppe	Zeit x Gruppe	Zeit	Gruppe		
durchschnittliche monatliche stationäre Verweildauer* ¹	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	χ ²	P			F	F	F	F	F		
	9,9 (6,4)	7,2 (8,8)	5,7 (8,9)	6,0 (5,0)	7,4 (6,9)	5,0 (7,9)	23,4	0,001	t ₀ -t ₁₂ : 0,001 t ₁₂ -t ₁₈ : 0,292 t ₀ -t ₁₈ : 0,001	χ ² = 3,43; r = 0,28 - χ ² = 4,48; r = 0,32	2,5 0,09	0,7 0,40	4,6 0,04	3,8 0,03	0,50 0,48	1,26 0,27	
davon durchschnittliche monatliche stationäre Verweildauer mit Zwangsunterbringung* ¹	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	χ ²	P			F	F	F	F	F		
	4,9 (5,0)	1,9 (4,7)	2,2 (4,7)	2,6 (3,4)	1,6 (3,3)	0,8 (1,7)	26,9	0,001	t ₀ -t ₁₂ : 0,001 t ₁₂ -t ₁₈ : 0,874 t ₀ -t ₁₈ : 0,001	χ ² = 3,95; r = 0,30 - χ ² = 3,80; r = 0,29	1,0 0,37	2,8 0,10	1,54 0,21	6,4 0,00	1,54 0,21	6,90 0,01	2,11 0,15
durchschnittliche monatliche Anzahl stationärer Aufenthalte	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	χ ²	P			F	F	F	F	F		
	0,36 (0,3)	0,28 (0,4)	0,30 (0,7)	0,22 (0,2)	0,22 (0,2)	0,18 (0,3)	12,7	0,002	t ₀ -t ₁₂ : 0,018 t ₁₂ -t ₁₈ : 0,429 t ₀ -t ₁₈ : 0,002	χ ² = 2,37; r = 0,23 - χ ² = 3,16; r = 0,27	0,2 0,72	1,5 0,23	1,05 0,31	0,4 0,61	1,05 0,31	1,26 0,27	2,09 0,15
davon durchschnittliche Anzahl stationärer Aufenthalte mit Zwangsunterbringung	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	χ ²	P			F	F	F	F	F		
	0,16 (0,1)	0,08 (0,2)	0,13 (0,4)	0,10 (0,1)	0,06 (0,1)	0,05 (0,9)	27,1	0,001	t ₀ -t ₁₂ : 0,001 t ₁₂ -t ₁₈ : 0,833 t ₀ -t ₁₈ : 0,001	χ ² = 3,69; r = 0,28 - χ ² = 3,90; r = 0,29	0,4 0,57	1,7 0,03	1,05 0,31	1,5 0,23	1,05 0,31	6,87 0,01	2,14 0,15

alle Parameter wurden für die letzten 12 Monate (t₀ und t₁₂) bzw. die letzten 6 Monate (t₁₈) erhoben; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanz; r = Effektstärke; χ² = Chi-Quadrat-Test; F = Prüfwert Mixed ANOVA
* kumulierte Tage stationär/Anzahl der Monate

► **Tab. 4** Klinische Einschätzung, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität, Inklusion und Partizipation.

Variablen	Interventionsgruppe (IV)			Kontrollgruppe (KG)			Prä-Post Interventionsgruppe t_0/t_{12} ; ITT/LOCF		Prä-Post Interventionsgruppe t_0/t_{12} ; TPP-Analyse		Mixed ANOVA (IV/KG vs. t_0/t_{12})		
	t_0	t_{12}	t_{12} LOCF	t_0	t_{12}	t_{12} LOCF	Test	Sign.	Test	Sign.	Zeit x Gruppe	Zeit	Gruppe
	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	Z	P	Z	P	F	F	F
Funktionsniveau (GAF)	28,7 (9,5)	37,1 (12,7)	35,1 (12,6)	36,2 (12,4)	34,4 (15,3)	36,8 (13,2)	2,95	0,003	2,95	0,003	2,10 0,152	5,25 0,026	3,86 0,054
Schweregrad (CGI)	2,2 (0,8)	3,0 (0,8)	2,8 (0,9)	2,8 (0,8)	2,6 (1,1)	2,7 (0,8)	3,63	0,001	3,63	0,001	7,42 0,008	7,42 0,008	2,08 0,154
Behandlungszufriedenheit (ZUF-8)	24,2 (5,0)	26,1 (2,8)	26,3 (3,2)	24,7 (4,4)	24,5 (5,2)	23,9 (5,0)	2,28	0,023	2,28	0,023	5,43 0,025	1,06 0,308	0,721 0,401
Lebensqualität (WHOQOL-BREF) Gesamtscore	82,1 (16,6)	94,2 (16,1)	86,0 (19,6)	82,7 (19,1)	92,3 (10,8)	84,5 (17,7)	1,36	0,176	1,36	0,176	2,45 0,127	1,32 0,258	0,43 0,837
Lebensqualität (WHOQOL-BREF), Skala psychische Gesundheit Transf. Score	56,8 (20,2)	58,9 (17,6)	58,1 (18,8)	53,8 (24,0)	63,5 (7,6)	56,2 (21,3)	0,48	0,678	0,48	0,678	0,42 0,521	0,66 0,422	0,002 0,964
Anzahl Kontaktpersonen (F-INK)	4,4 (2,2)	3,7 (2,1)	4,1 (2,2)	6,2 (2,6)	4,4 (2,1)	5,4 (2,8)	0,37	0,715	0,37	0,715	0,71 0,406	0,71 0,406	4,81 0,034
Skala Inklusion (F-INK, G)	1,66 (0,6)	1,87 (0,7)	1,78 (0,7)	1,87 (0,6)	2,14 (0,3)	1,91 (0,5)	0,54	0,586	0,54	0,586	0,19 0,891	0,65 0,423	1,090 0,303
Skala Partizipation (F-INK, C)	0,8 (0,3)	1,0 (0,5)	0,9 (0,49)	0,9 (0,4)	1,0 (0,4)	0,9 (0,4)	0,53	0,596	0,53	0,596	0,64 0,430	0,07 0,792	0,00 0,994

n = Anzahl; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Z = Prüfwert Wilcoxon-Test; ITT = Intention-to-treat-Analyse; LOCF = last observation carried forward; TPP = Treatment-per-protocol-Analyse; zweiseitige Testung; p = Signifikanz

► Tab. 5 Erwartungen und Erfahrungen der Komplexbetreuenden.

Item	Erwartungen an das Versorgungsmodell t ₀ (n=7)		Erfahrungen mit dem Versorgungsmodell t ₁₂ (n=9)		Signifikanz p
	MW (Median)	SD (Spannweite)	MW (Median)	SD (Spannweite)	
Item 1: Betreuungsintensität	1,3 (1)	0,5 (1–2)	1,2 (1)	0,4 (1–2)	0,837
Item 2: Vertrauensverhältnis zu den betreuten Patient*innen	1,7 (2)	0,5 (1–2)	1,8 (2)	0,4 (1–2)	0,837
Item 3: Individuelle, patient*innengerechte Versorgung	2 (2)	0 (2)	1,4 (2)	0,7 (0–2)	0,142
Item 4: Planung der Versorgung im nachstationären Bereich und im Bereich der sozialen Integration	1,7 (2)	0,5 (1–2)	1,1 (1)	0,6 (0–2)	0,298
Item 5: Versorgungssituation für die Patient*innen	1,8 (2)	0,5 (1–2)	1,4 (1)	0,5 (1–2)	0,091
Item 6: Meine Arbeitsbedingungen	0,1 (0)	0,4 (0–1)	–0,2 (0)	0,4 (–1–0)	0,299
Item 7: Art und Intensität, mit der ich mich um Patient*innen kümmern kann	1,4 (1)	0,5 (1–2)	1,2 (1)	0,7 (0–2)	0,606

Die Erwartungen und Erfahrungen konnten auf einer 5-stufigen Skala von –2 (geringe Erwartungen/schlechte Erfahrungen) bis +2 (hohe Erwartungen/gute Erfahrungen) angegeben werden.

n = Anzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung; Mann-Whitney-U-Test, zweiseitige Testung.

gebnisse der hier vorgestellten ITT/LOCF-Analysen unterschieden sich nicht grundlegend von den TPP-Analysen.

Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität, soziale Inklusion und Teilhabe (Selbstbeurteilung)

An der Fragebogenerhebung nahmen zu t₀ 25 der 46 Patient*innen der Interventionsgruppe und alle 21 Kontrollpatient*innen teil. Für die Nichtteilnahme gaben 18 Patient*innen erkrankungsbezogene Gründe an (Belastung durch lange Befragung), weitere 3 Patient*innen gaben keine Gründe an. Auch hier wurde der t₁₈-Messzeitpunkt aufgrund einer sehr hohen missing-Quote in den Nachbefragungen (s. o.) beider Gruppen nicht in die Auswertung einbezogen. Im Prä-Post-Vergleich (t₀, t₁₂) der Interventionsgruppe zeigte sich eine signifikante Besserung der Behandlungszufriedenheit, im Gruppenvergleich wurde eine signifikante Interaktion bei der Behandlungszufriedenheit deutlich (► Tab. 4). Auch hier unterschieden sich die Ergebnisse der ITT/LOCF-Analysen nicht grundlegend von den TPP-Analysen.

Bewertung des Komplexmodells durch die Komplexbetreuenden (KOBs)

Die sieben befragten KOBs (78% aller KOBs) äußerten zu Projektbeginn (t₀) hohe Erwartungen an das Komplexmodell (höchste Zustimmung für „individuelle patientengerechte Versorgung“ und „Versorgungssituation für Patient*innen“). Die geringsten Erwartungen wurden an das Item „Meine Arbeitsbedingungen“ gestellt. Die 9 nach 12 Monaten (t₁₂) zu ihren Erfahrungen befragten KOBs (100% aller KOBs) äußerten eine

hohe bis sehr hohe Zufriedenheit mit dem Modell, insbesondere beim „Vertrauensverhältnis zu den Patient*innen“ und bei der „Individuellen, patientengerechten Versorgung“. Die Unterschiede zwischen den beiden Zeitpunkten waren statistisch nicht signifikant (► Tab. 5).

Diskussion

Das Projekt PsyKom zeigte die Machbarkeit und klinische Effektivität der Einführung eines sektorübergreifenden, psychosozialen Komplexversorgungsmodells für schwer psychisch Erkrankte am Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung an einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachklinik. Für diese Patient*innen hatte es zuvor – ausweislich vielfacher, häufig unfreiwilliger stationärer psychiatrischer Akutaufnahmen – keine zufriedenstellende ambulante Versorgungsform gegeben.

Das PsyKom-Modell zeichnet sich durch eine besondere Flexibilität in der Behandlungsintensität und -dauer sowie eine (personelle) Behandlungskontinuität und Patient*innenzentrierung aus. Es zeigte sich in der klinischen Bewertung des Versorgungsverlaufs, dass etwa zwei Drittel der Gruppe der Patient*innen mit SMI von dem Versorgungsmodell profitierten und anschließend überwiegend in die Regelversorgung übergeleitet werden konnten. Die Dauer der Komplexbehandlung war interindividuell sehr variabel (wenige Wochen/Monate bis zu mehr als 2 Jahren). Einige therapeutische Erfolge waren sehr beeindruckend und selbst dann erzielbar, wenn zuvor lange Phasen sehr ungünstiger Verläufe mit Chronifizierung von

Krankheitssymptomen und erheblichen psychosozialen Einschränkungen vorlagen.

Die Begleitevaluation zeigte, dass das Versorgungsmodell klinisch effektiv hinsichtlich einer Reduktion der stationär-psychiatrischen Behandlungstage, der Anzahl der stationären Aufenthalte und der Zwangsunterbringungen war. Im Versorgungsmodell behandelte Patient*innen erreichten im Verlauf eine bessere Funktionsfähigkeit und einen geringeren Schweregrad der Erkrankung und sie waren zufriedener mit der Behandlung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Diese Ergebnisse stehen im Einklang miteinander und mit Ergebnissen aus anderen personenzentrierten Versorgungsmodellen (vgl. [5, 8, 27]). Die Kombination aus administrativen und klinischen Datenquellen stellt eine Stärke dieser Studie dar und kann bei der Interpretation der Daten hilfreich sein. Eine reduzierte Inanspruchnahme könnte theoretisch auch auf Unter- oder Fehlversorgung hindeuten. In dem vorliegenden Modell spricht die parallel verbesserte klinische Symptomatik aber eher für die Wirksamkeit des Versorgungsmodells.

Verantwortlich für das Fehlen signifikanter Veränderungen in Bezug auf Inklusion, Partizipation und Lebenszufriedenheit der Betroffenen könnte die eher kleine Stichprobe dieser Studie sein, allerdings sind die Ergebnisse hierzu auch in der Literatur eher uneinheitlich [27]. Die Effekte der PsyKom-Intervention werden im Gruppenvergleich möglicherweise unterschätzt, da die Kontrollgruppe im Vergleich zu der Interventionsgruppe trotz Matching weniger schwer krank und sozial beeinträchtigt war. Dies hängt damit zusammen, dass es sehr schwer war, gerade schwer psychisch Erkrankte zur Studienteilnahme als Kontrollpatient*innen zu motivieren (kein Mehrwert durch ein therapeutisches Angebot).

In der Rückschau zeigten sich aus Sicht der Behandelnden eine Reihe förderlicher und hinderlicher Faktoren für den Erfolg der Komplexbehandlung, die bei der Weiterentwicklung des Modells berücksichtigt werden sollten. Die Modellimplementierung gestaltete sich für die Behandlungsteams herausfordernd aufgrund der zeitlich parallelen Tätigkeit der Teammitglieder im Stationsdienst. Andererseits wurde gerade die Flexibilität in Bezug auf die Versorgungsleistungen vonseiten der Behandelnden als notwendig und vorteilhaft empfunden. Damit bieten Modellvorhaben wie PsyKom – anders als z. B. die bereits gesetzlich verankerte stationsäquivalente Behandlung (STäB) [11] – wesentliche Vorteile für die Versorgung schwer Erkrankter. Es stellt sich die Frage, warum Modellvorhaben trotz zahlreicher positiver Evaluationen (z. B. [7, 8, 16]) noch nicht Eingang in die Regelversorgung gefunden haben. Auch die S3-Leitlinie für psychosoziale Therapien empfiehlt aufsuchende Behandlung mit einem hohen Empfehlungscharakter [28].

Vonseiten der Patient*innen stieß das Modell an seine Grenzen bei wohnungslosen Menschen und fortgesetztem Substanzkonsum. Ferner zeigte sich, dass die Überleitung in die Regelversorgung frühzeitig geplant und langfristig vorbereitet werden muss. Ausgehend von den bisherigen Erfahrungen soll das Modell weiterentwickelt und in einer größeren, methodisch anspruchsvolleren Studie – auch mit gesundheitsökonomischer Evaluation – evaluiert werden.

Limitationen der Evaluation

Es wurde eine methodisch einfache Begleitevaluation ohne Randomisierung bei der Gruppeneinteilung durchgeführt. Die eingeschränkte Vergleichbarkeit von Interventions- und Kontrollgruppe könnte möglicherweise zu einer Unterschätzung der Interventionseffekte führen. Außerdem schränkt die kleine Stichprobengröße der Kontrollgruppe möglicherweise die statistische Power ein. Die schriftliche Befragung war für viele Patient*innen krankheitsbedingt nur mit Einschränkungen durchführbar. Aus diesem Grund sind die Stichprobengrößen bei den Befragungsergebnissen kleiner als bei den Routinedaten zu Wiederaufnahmen und stationären Behandlungstagen. Die Letzteren dürften aber auch im Verlauf – selbst bei Drop-outs – (weitgehend) vollständig vorliegen, da die Patient*innen aufgrund der Sektorzuständigkeit der Klinik nur selten oder gar nicht in anderen Kliniken aufgenommen werden.

KONSEQUENZEN FÜR KLINIK UND PRAXIS

Für schwer psychisch erkrankte Menschen mit komplexem Hilfsbedarf besteht eine Versorgungslücke beim Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich, die mit der PsyKom-Intervention in etwa zwei Dritteln der Fälle gefüllt werden konnte. Um eine Komplexbetreuung wie beim PsyKom-Projekt erfolgreich und nachhaltig aufstellen zu können, sind eine bedarfsadaptierte Betreuungsintensität und ausreichende Zeitperspektiven erforderlich.

Interessenkonflikt

JZ: Member of the Scientific Committee of the annual congress of the DGPPN. Member of the DGPPN.

Literatur

- [1] DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Hrsg. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Kapitel 1: Zielsetzung, Anwendungsbereich und Adressaten. 2. Auflage. Berlin: Springer; 2019: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf
- [2] Frick U, Frick H, Langguth B et al. The revolving door phenomenon revisited: time to readmission in 17 415 patients with 37 697 hospitalisations at a German psychiatric hospital. PLOS One 2013; 8: e75612
- [3] Zielasek J, Gaebel W. Mental health law in Germany. Br J Psych International 2015; 12: 14–16
- [4] Adorjan K, Steinert T, Flammer E et al. Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenarzt 2017; 88: 802–810
- [5] Dieterich M, Irving CB, Bergman H et al. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2017; 1: CD007906. doi:10.1002/14651858.CD007906.pub3

- [6] Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A et al. Implementation of the crisis resolution team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 74. doi:10.1186/s12888-015-0441-x
- [7] Schöttle D, Schimmelmann BG, Karow A et al. Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *J Clin Psychiatry* 2014; 75: 1371–1379. doi:10.4088/JCP.13m08817
- [8] Neumann A, Baum F, Seifert M et al. Verringerung vollstationärer Behandlungstage in psychiatrischen Kliniken mit Modellvorhaben zur patientenzentrierten Versorgung mit globalem Budget (§ 64b SGB V). *Psychiat Prax* 2021; 48: 127–134. doi:10.1055/a-1274-3731
- [9] Wullschlegler A, Berg J, Bempohl F et al. Can “Model Projects of Need-Adapted Care” Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? *Front Psychiatry* 2018; 9: 168. doi:10.3389/fpsyt.2018.00168
- [10] Schmid P, Steinert T, Borbé R. Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorenübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiat Prax* 2013; 40: 414–424
- [11] Knorr R, Huter J, Dittmeyer V et al. Zwei Jahre stationsäquivalente Behandlung: Ein Werkstattbericht. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2021; 89: 12–22. doi:10.1055/a-1183-4140
- [12] Aktion Psychisch Kranke. Personenzentrierte Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2006
- [13] Steinhart I, Wienberg G. Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. *Psychiat Prax* 2016; 43: 65–68
- [14] Magez J, Ruppert D, Valentini J et al. „Die Krücke steht in der Ecke...“ – Erfahrungen psychisch kranker Menschen in einem Versorgungsmodell der ambulanten sektorenübergreifenden vernetzten Versorgung. Eine qualitative Studie. *Psychiat Prax* 2018; 45: 359–366
- [15] Ruppert D, Stegbauer C, Bramesfeld A et al. „Die Hoffnung stirbt zuletzt...“ – sektorenübergreifende Kooperation in der Integrierten Versorgung. Eine qualitative Studie. *Psychiat Prax* 2017; 44: 134–140. doi:10.1055/s-0041-109470
- [16] Weinmann S, Wiedmann S, Breidert T et al. Klinische Wirksamkeit von „FlexiTeam“ (Home Treatment und intensivierete ambulante Behandlung) – Vergleich einer Behandlung in einem Modellprojekt nach § 64b in Berlin mit der stationären Behandlung. *Psychiat Prax* 2019; 46: 249–255. doi:10.1055/a-0881-1124
- [17] Richter D, Gühne U, Stein J et al. Die Effekte nicht-pharmakologischer, gesundheitsfördernder Interventionen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiat Prax* 2018; 45: 347–357
- [18] Heinz J, Engemann S, Reinhardt I et al. Personenzentrierte, psychosoziale Komplexbetreuung – ein Versorgungsmodell mit schwer psychisch Erkrankten im Fokus. *Soziale Psychiatrie* 2019; 163: 24–26
- [19] Saß H, Wittchen HU, Zaudig M et al. Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Deutsche überarbeitete Version. Göttingen: Hogrefe; 2003
- [20] Busner J, Targum SD. The Clinical Global Impression Scale. Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry (Edgmont)* 2007; 4: 28–37
- [21] Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW. Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validierungsuntersuchung. *Psychother med Psycho* 1989; 39: 248–255
- [22] Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H. WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO. Instrument zur Erfassung von Lebensqualität. 1. Auflage, Göttingen: Hogrefe; 2000
- [23] Schützwohl M, Souza PML, Rackel Y. Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen (F-INK). *Psychiat Prax* 2017; 44: 65–74
- [24] Salkind NJ. *Encyclopedia of Research Design* (Vol. 2). Los Angeles: Sage; 2010
- [25] Lenhard W, Lenhard A. Berechnung von Effektstärken. Abgerufen unter: Dettelbach: Psychometrica; 2016. doi:10.13140/RG.2.2.17823.92329
- [26] Gouzoulis-Mayfrank E. Projekt PsyKom: Implementierung und Evaluation eines Modells der personenzentrierten, psychosozialen Komplexbetreuung schwer Betroffener mit psychischen Störungen an der LVR-Klinik Köln. Unveröffentlichter Abschlussbericht an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW; 2020
- [27] DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Hrsg. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Kapitel 10: Systeminterventionen. 2. Auflage. Berlin: Springer; 2019
- [28] DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Hrsg. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Kapitel 7: Darstellung aller Empfehlungen und Statements im Überblick. 2. Auflage. Berlin: Springer; 2019: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf



Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie – reale Praxis in einem Verbund psychiatrischer Kliniken

A. Weide¹ · J. Vrinssen¹ · O. Karasch¹ · T. Blumenröder¹ · A. Staninska¹ · S. Engemann¹ · M. Banger² · M. Grümmer³ · R. Marggraf⁴ · J. Muysers⁵ · S. Rinckens⁶ · N. Scherbaum⁷ · T. Supprian⁸ · A. Tönnesen-Schlack⁹ · R. Mennicken^{10,11} · J. Zielasek^{1,12} · E. Gouzoulis-Mayfrank^{1,13}

¹ LVR-Institut für Forschung und Bildung, LVR-Institut für Versorgungsforschung, Köln, Deutschland

² LVR-Klinik Bonn, Bonn, Deutschland

³ LVR-Klinik Düren, Düren, Deutschland

⁴ LVR-Klinik Viersen, Viersen, Deutschland

⁵ LVR-Klinik Langenfeld, Langenfeld, Deutschland

⁶ LVR-Klinik Mönchengladbach, Mönchengladbach, Deutschland

⁷ LVR-Klinikum Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Kliniken der Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland

⁸ LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

⁹ LVR-Klinik Bedburg-Hau, Bedburg-Hau, Deutschland

¹⁰ LVR-Klinikverbund, Köln, Deutschland

¹¹ FOM Hochschule für Oekonomie und Management, Essen, Deutschland

¹² Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland

¹³ Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln, LVR-Klinik Köln, Köln, Deutschland

Seit den 1990er-Jahren wird an psychiatrischen Kliniken in Deutschland der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung (BehV) angeboten [10]. Behandlungsvereinbarungen dienen als Vorsorgeinstrumente für künftige Krisensituationen. Das Angebot einer BehV wird allerdings von den Betroffenen wenig in Anspruch genommen. Es ist bislang unklar, welche Patient*innen mit dem Angebot erreicht werden und warum die Inanspruchnahme von BehV insgesamt gering ist.

Hintergrund und Fragestellung

Behandlungsvereinbarungen (BehV) zwischen Patient*in und den behandelnden Ärzt*innen werden mit dem Ziel der Förderung der Betroffenenautonomie angeboten [1, 4, 12, 14]. Zielgruppen sind insbesondere Patient*innen mit Psychosen aus dem Formenkreis der Schizophrenien oder bipolaren Störungen, bei denen

in akuten Krankheitsphasen Einschränkungen der Selbstbestimmungsfähigkeit zu erwarten sind [1]. BehV werden in einer stabilen Phase der Erkrankung abgeschlossen, bei der die Patient*innen ihren Willen frei entwickeln und äußern können [1, 15]. Sie werden auf Basis eines strukturierten Gesprächsprozesses zwischen Patient*in und Behandelnden und häufig vor dem Hintergrund der gemeinsamen Erfahrungen mit vorausgegangenen Krisensituationen mit Eskalationen und Zwangsmaßnahmen erstellt [5, 13]. In BehV werden typischerweise konkrete Vorgehensweisen bei der Psychopharmakotherapie und der Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen festgelegt. Es können aber auch Maßnahmen vereinbart werden, die über die medizinische Behandlung hinausgehen (z. B. allgemeine Aspekte des Umgangs mit der Patientin/dem Patienten, präferierte Station für die Behandlung, Kontaktierung einer bestimmten Vertrauensperson u.v.m.; [8, 13]). Einer BehV liegt ein dia-



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Hier steht eine Anzeige.



logischer Prozess zugrunde, der die Versorgung verbessern, die Adhärenz erhöhen und bei den Patient*innen zu mehr Selbstsicherheit im Umgang mit der Erkrankung führen soll [9]. Die Wirksamkeit von BehV in Bezug auf Wiederaufnahmen und Zwangsmaßnahmen ist unklar, es spricht aber einiges dafür, dass BehV Empowerment und subjektives Kontrollempfinden bei den Betroffenen verbessern [3, 9, 11]. In der S3-Leitlinie *Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen* werden BehV zur Vermeidung von Zwang empfohlen [6].

Das Angebot von BehV ist an psychiatrischen Kliniken in Deutschland weit verbreitet, die Nutzungsrate durch die Betroffenen jedoch gering. Nach einer Umfrage aus dem Jahr 2009 in psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsauftrag und/oder der Möglichkeit einer Akutaufnahme lag die jährliche Abschlussrate im Median bei 2,7 BehV pro Klinik [2]. Eine weitere Umfrage in Bayern ergab für 2013 bis 2014 eine noch geringere Abschlussrate von 1,4 BehV pro Jahr und Klinik [12]. Die Gründe für diese geringe Inanspruchnahme des Angebots der BehV sind sicherlich komplex, wobei sowohl patient*innen- als auch institutionsbezogene Einflussfaktoren in Frage kommen. Auch ist unklar, ob mit dem Angebot der BehV die Zielgruppe der schwer psychisch Erkrankten mit Psychosen und bipolaren Störungen und einer Vorgeschichte von Zwangsunterbringungen und Zwangsmaßnahmen erreicht wird.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Verbreitung von BehV in einem großen Klinikverbund mit neun psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkliniken mit einem Versorgungsauftrag für knapp 4,5 Mio. Menschen zu analysieren.

Dabei standen folgende Fragestellungen im Fokus der Analyse:

1. Wie hoch ist die Inanspruchnahme von BehV aller voll- und teilstationär behandelten Fälle im Zeitraum 2016 bis 2020 in den Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie (einschließlich Gerontopsychiatrie und Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen) der Kliniken des Landschaftsverbands Rheinland (LVR)?

Hintergrund: Behandlungsvereinbarungen (BehV) werden an vielen psychiatrischen Kliniken angeboten, aber sie werden wenig in Anspruch genommen.

Ziel der Arbeit: Untersucht wurden die Quoten von BehV unter stationären Patient*innen und die klinischen Charakteristika der Patient*innen, die eine BehV abschließen.

Material und Methoden: Retrospektive Analyse von Routinedaten aus der einheitlichen Statistikdatenbank/Basisdokumentation des LVR-Klinikverbunds mit neun psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Es wurden alle voll- und teilstationär aufgenommenen Fälle der Jahre 2016 bis 2020 berücksichtigt. Erfasst wurden das Vorhandensein einer BehV, Alter, Geschlecht und Hauptdiagnose bei Entlassung sowie Voraufenthalte, Unterbringungen nach dem PsychKG NRW (Psychisch-Kranken-Gesetz Nordrhein-Westfalen) und Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen (Isolierung/Fixierung) in den 24 Monaten vor der Indexaufnahme.

Ergebnisse: Insgesamt 467 von 117.662 Patient*innen (0,4 %) hatten eine BehV abgeschlossen. Patient*innen mit BehV litten häufiger an einer Schizophrenie, einer bipolaren affektiven Störung oder an einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung. In der Vorgeschichte hatten sie mehr stationäre Voraufenthalte und häufiger Erfahrungen mit Zwangsunterbringungen und Zwangsmaßnahmen. Allerdings hatten 50 % der Patient*innen mit BehV andere Diagnosen und der überwiegende Teil dieser Patient*innen hatte in den vergangenen 24 Monaten keine unfreiwilligen Unterbringungen und keine Zwangsmaßnahmen aufgewiesen.

Diskussion: Behandlungsvereinbarungen werden insgesamt selten abgeschlossen. Das Angebot erreicht die gewünschte Zielgruppe der Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen und Vorerfahrungen mit unfreiwilligen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen, aber auch andere Patient*innen. Ergänzende qualitative Untersuchungen sind erforderlich, um Inhalte und Zielsetzungen von BehV näher zu analysieren.

Schlüsselwörter

Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung · Zwangsmaßnahmen · Schizophrenie · Bipolare Störung · Borderline Persönlichkeitsstörung

2. Welche Patient*innen werden mit BehV erreicht? Wie lassen sich Patient*innen mit BehV im Hinblick auf patientenspezifische Charakteristika (z. B. Alter, Hauptdiagnose, Erfahrungen mit Zwangsunterbringungen/ Zwangsmaßnahmen, Häufigkeit der stationären Versorgung) charakterisieren?
3. Wie unterscheiden sich Patient*innen mit und ohne BehV im Hinblick auf patientenspezifische Charakteristika?
3. Patient*innen mit einer BehV weisen im Vergleich zu Patient*innen ohne BehV häufiger Erfahrungen mit Zwangsunterbringungen und Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte auf.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Es erfolgte eine retrospektive Analyse aller Fälle, die von 2016 bis 2020 voll- oder teilstationär in den Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie (einschließlich Gerontopsychiatrie und Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen) der Kliniken des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) behandelt wurden. Der LVR-Klinikverbund umfasst neun psychiatrische Fachkrankenhäuser, die gemeinsam ein Einzugsgebiet von ca. 4,5 Mio. Einwohnern versorgen. Datenquelle war die Statistikdatenbank des Klinikverbunds, die seit dem Jahr 1990 zu Zwecken der Qualitätssicherung und -entwicklung aufgebaut

Folgende Hypothesen lagen den Auswertungen zugrunde:

1. Patient*innen mit einer BehV weisen im Vergleich zu Patient*innen ohne BehV häufiger Diagnosen aus dem Formenkreis der Schizophrenien (ICD-10 F2) und der bipolaren Störungen (ICD-10 F30/31) auf.
2. Patient*innen mit einer BehV haben im Vergleich zu Patient*innen ohne BehV eine höhere Anzahl stationärer Voraufenthalte.

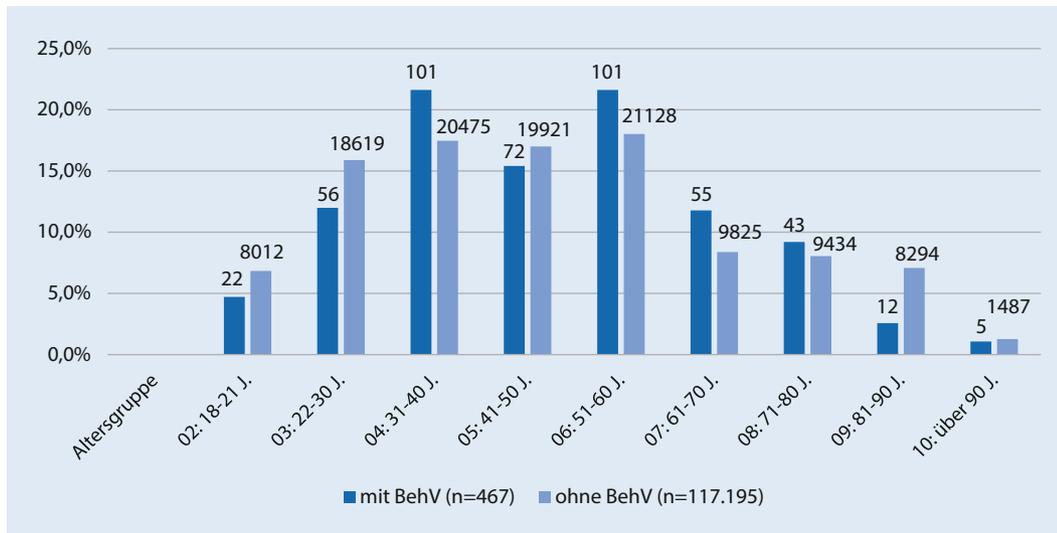


Abb. 1 ◀ Altersverteilung der Patient*innen mit und ohne Behandlungsvereinbarung (BehV)

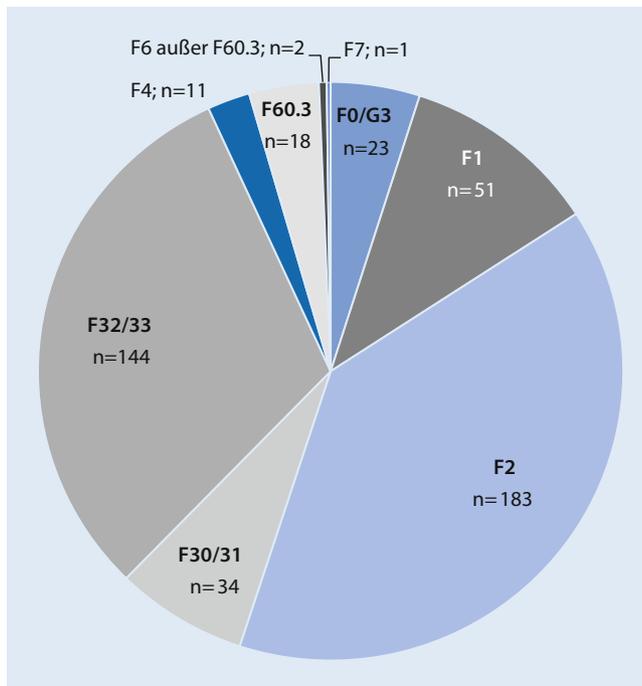


Abb. 2 ◀ Hauptentlassungsdiagnosen der 467 Patient*innen mit Behandlungsvereinbarung (BehV; für ICD-10-Codes s. Tab. 1)

und kontinuierlich weiterentwickelt wurde und standardisierte pseudonymisierte Individualdaten aus den elektronischen KIS (Krankenhausinformationssystem)-Akten aller Behandlungsfälle enthält. Das Vorliegen einer BehV wird standardisiert in einem eigens hierfür implementierten und auswertbaren KIS-Feld dokumentiert. In die Analyse wurden alle Patient*innen ab einem Alter von 18 Jahren mit mindestens einer voll- oder teilstationären Aufnahme im Zeitraum 01.01.2016 bis 31.12.2020 einbezogen. Bei Patient*innen mit mehr als einer Aufnahme im Erhebungszeitraum wurde als Indexaufenthalt der erste

Aufenthalt definiert, bei dem zum Zeitpunkt der Aufnahme das Vorliegen einer BehV dokumentiert war. Bei Patient*innen ohne BehV wurde als Indexaufenthalt der erste Aufenthalt im Erhebungszeitraum definiert. Zwecks Erfassung der Voraufenthalte, Zwangsunterbringungen und Zwangsmaßnahmen wurde der Zeitraum von 24 Monaten vor dem Aufnahme-datum des jeweiligen Indexaufenthaltes betrachtet.

Folgende Variablen wurden erfasst: Vorliegen einer BehV, Alter, Geschlecht und Hauptdiagnose bei Entlassung sowie Anzahl der Voraufenthalte, Unterbringungen

nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz-NRW (PsychKG-NRW) und Zwangsmaßnahmen (Fixierung/Isolierung) in den 24 Monaten vor dem Indexaufenthalt. Die Analyse der Diagnosen erfolgte nach den zweistelligen und bei den affektiven Störungen (F3) zusätzlich nach den dreistelligen ICD-10-Diagnosegruppen.

Die Analyse der Inanspruchnahme und Vergleiche zwischen Patient*innen mit und ohne BehV erfolgten mittels deskriptiver Analysen und schließender Verfahren. Die Testungen (χ^2 -Test, Mann-Whitney-U-Test) erfolgten zweiseitig und eine statistische Signifikanz wurde bei $p < 0,01$ angenommen. Als Effektstärke für die χ^2 -Tests wurden Cramers-V und beim Mann-Whitney-U-Test der Pearson-Korrelationskoeffizient r verwendet. Anschließend wurde eine binomiale logistische Regressionsanalyse durchgeführt, um die einzelnen (unabhängigen) Variablen dahingehend zu untersuchen, wie stark ihr Einfluss auf das Eintreten des Abschlusses einer BehV (als binomiale abhängige Variable) war. Die logistische Regressionsanalyse wurde mit der abhängigen dichotomen Variable „BehV ja/nein“ und den unabhängigen Variablen Klinik, Alter, Geschlecht, Hauptdiagnosegruppe, Anzahl der stationären Voraufenthalte, Vorliegen mindestens einer Zwangsunterbringung (ja/nein) und Vorliegen mindestens einer Zwangsmaßnahme (Isolierung/Fixierung: ja/nein) bei Voraufenthalten in den 24 Monaten vor dem Indexaufenthalt berechnet. Bezüglich der Hauptdiagnosen wurden unter Berücksichtigung der

Tab. 1 Hauptentlassungsdiagnosen der Patient*innen mit und ohne Behandlungsvereinbarung (BehV)				
ICD-10-Diagnose		Mit BehV [n]	Ohne BehV [n]	Quote BehV [%]
F0/G3	Organische psychische Störung	23	13.787	0,17
F1	Substanzbezogene Störung	51	27.132	0,19
F2	Schizophrenie	183	16.722	1,09
F3	Affektive Störung	178	47.806	0,37
Darunter				
F30	Manie	1	145	0,69
F31	Bipolare Störung	33	2328	1,42
F32	Depressive Episode	59	24.964	0,24
F33	Rezidivierende depressive Störung	85	20.357	0,42
F34; F38	Anhaltende affektive Störung; andere affektive Störung	0	8	0,00
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung	11	7230	0,15
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	20	3027	0,66
Darunter				
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörung	18 ^a	2635	0,68
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung	1	301	0,33
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderung	1	8	12,5
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störung der Impulskontrolle	0	76	0,00
F64; F65; F68; F69	Störung der Geschlechtsidentität; Störung der Sexualpräferenz; andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	0	7	0,00
Sonstige	–	1 ^b	1491	0,07
Gesamt		467	117.195	0,40

^aAlle 18 Fälle mit ICD-10 F60.3 (emotional-instabile Persönlichkeitsstörung)
^bICD-10 F7 (Intelligenzminderung)

Ergebnisse der deskriptiven Analysen vier Gruppen gebildet (F2, F30/31, F6 und alle weiteren F-Diagnosen). Im Rahmen der logistischen Regressionsanalyse wurden Odds Ratios (OR) und Wald- χ^2 berechnet.

Die Analysen erfolgten mithilfe von Microsoft Excel 2016 (Microsoft, Redmond, Washington, USA) und der Statistikprogramme SPSS Statistics (IBM, Armonk, New York, USA), R (R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>; R Version 4.2) und Knime (Konstanz Information Miner 4.6.4, KNIME AG, Zurich, Switzerland).

Ergebnisse

Im Erhebungszeitraum wurden 117.662 Patient*innen voll- oder teilstationär aufgenommen. Darunter hatten 467 Pa-

tient*innen eine BehV entsprechend einem Anteil von 0,4% mit einem Range zwischen 0,1% und 0,9% in den neun Kliniken. Von den 467 Betroffenen mit BehV waren 201 (43%) männlich und 266 (57%) weiblich. Bei den Betroffenen ohne BehV war das Geschlechterverhältnis umgekehrt (53% männlich, 47% weiblich). Der Unterschied war signifikant mit einer Odds Ratio (OR) für Frauen von 1,52 (95%-Konfidenzintervall 1,267–1,828). Das Lebensalter der Patient*innen mit und ohne BehV war vergleichbar (mit BehV: 48,5 ± 17,5 Jahre; ohne BehV: 48,1 ± 19,6 Jahre; [jeweils MW ± SD]) und verteilte sich über ein breites Altersspektrum mit zwei flachen Gipfeln in den Altersgruppen 31 bis 40 Jahre und 51 bis 60 Jahre (Abb. 1).

Die Verteilung der Hauptdiagnosen findet sich in Tab. 1 und Abb. 2. Unter den 467 Patient*innen mit BehV fanden sich

am häufigsten Patient*innen mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien (ICD-10 F2; $n = 183$) und der affektiven Störungen (F3; $n = 178$) gefolgt von substanzbezogenen Störungen (F1; $n = 51$). Unter den Patient*innen mit affektiven Störungen fanden sich am häufigsten rezidivierende depressive Störungen (F33; $n = 85$), depressive Episoden (F32; $n = 59$) und bipolare Störungen (F31; $n = 33$).

Überdurchschnittlich hoch lag die Quote für das Vorliegen einer BehV bei Patient*innen mit einer Psychose aus dem Formenkreis der Schizophrenien (F2: 1,09%), einer Manie (F30: 0,69%), einer bipolaren affektiven Störung (F31: 1,42%) und einer Persönlichkeitsstörung (F6: 0,66%). Für die Gruppe der Patient*innen mit einer Manie oder bipolaren Störung (F30/31) lag die Quote durchschnittlich bei 1,36%. Eine weitergehende Analyse der 20 Fälle mit BehV und einer Persönlichkeitsstörung ergab, dass in 90% der Fälle eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vorlag (F60.3; $n = 18$).

Die Patient*innen mit BehV ($n = 467$) hatten in den 24 Monaten vor dem Indexaufenthalt durchschnittlich $2,4 \pm 7,1$ stationäre Voraufenthalte. Bei den Patient*innen ohne BehV ($n = 117.195$) waren es $0,3 \pm 1,4$ Aufenthalte (jeweils MW ± SD). Der Gruppenunterschied war signifikant (Mann-Whitney-U-Test: $U = 14.463.276$; $Z = -34,33$; $p < 0,01$; Pearson-Korrelationskoeffizient $r = 0,1$). 90% der Patient*innen ohne BehV und 44% der Patient*innen mit BehV hatten keinen Voraufenthalt ($\chi^2 = 1118$; $df = 1$; $p < 0,01$; Cramers $V = 0,097$). In Abb. 3 findet sich die Verteilung der Anzahl der Voraufenthalte. 0,9% der Patient*innen mit BehV ($n = 4$) und 0,1% der Patient*innen ohne BehV ($n = 71$) hatten 20 und mehr stationäre Vorbehandlungen ($\chi^2 = 34,61$; $df = 1$; $p < 0,01$; Cramers $V = 0,017$).

Patient*innen mit BehV hatten häufiger Voraufenthalte mit Unterbringung nach PsychKG-NRW (22,3% [$n = 104$] bei Patient*innen mit BehV vs. 2,0% [$n = 2351$] bei Patient*innen ohne BehV) sowie häufiger Voraufenthalte mit Fixierungen (9,2%; $n = 43$ vs. 0,6%; $n = 739$) und Isolierungen (11,8%; $n = 55$ vs. 0,5%; $n = 596$). Die Gruppenunterschiede waren signifikant sowohl für die Unterbringung nach PsychKG-NRW ($\chi^2 = 925,02$; $df = 1$; $p < 0,01$;

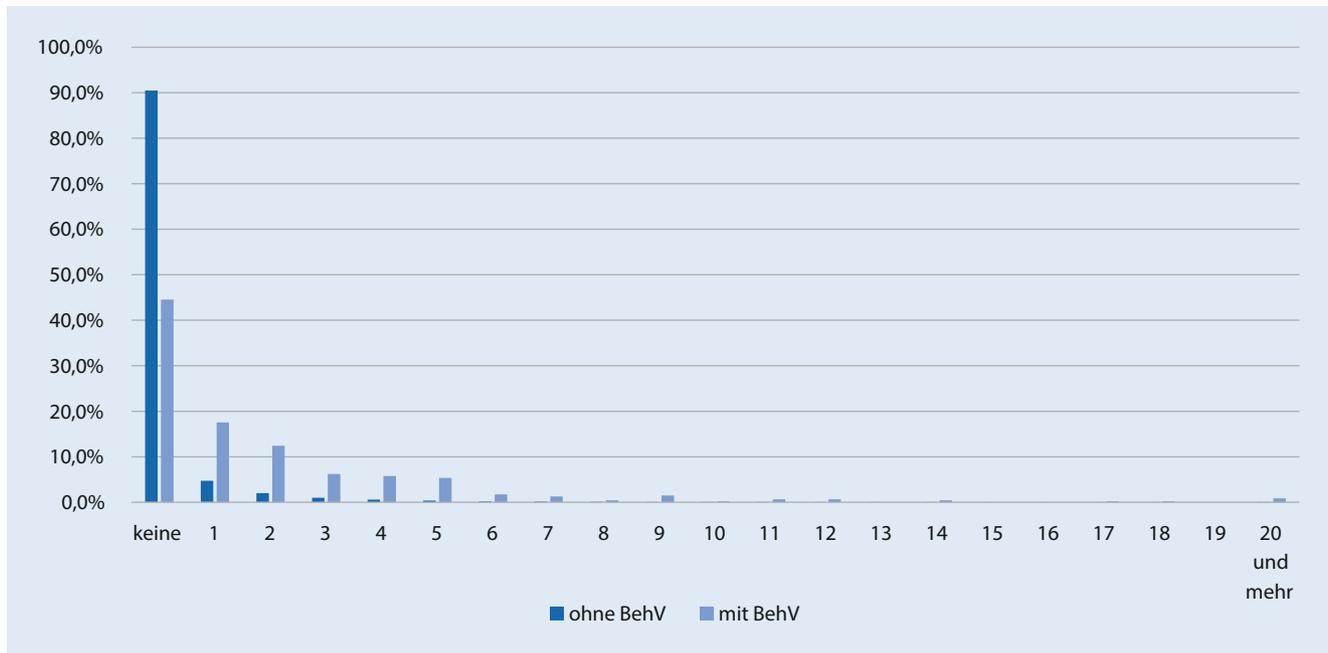


Abb. 3 ▲ Anzahl der voll- oder teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Voraufenthalte in den 24 Monaten vor der Indexaufnahme bei Patient*innen mit und ohne Behandlungsvereinbarung (BehV)

OR 14,0; Cramers V = 0,089) als auch für Fixierungen ($\chi^2 = 505,41$; $df = 1$; $p < 0,01$; OR 16,0; Cramers V = 0,066) und Isolierungen ($\chi^2 = 1053,1$; $df = 1$; $p < 0,01$; OR 26,1; Cramers V = 0,096). Sämtliche Effektstärken waren sehr gering.

Das Regressionsmodell war statistisch signifikant, $\chi^2 = 860$, $p < 0,001$ mit einer Varianzaufklärung von Nagelkerkes $R^2 = 0,144$. **Tab. 2** zeigt die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse. Alle aufgelisteten Variablen erhöhten die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer BehV. Am größten war der Einfluss der Klinik: Im Vergleich zu der Klinik mit den wenigsten BehV (Klinik 3, Referenz) lagen die OR der anderen Kliniken bei 2,9–18,8. Des Weiteren war eine BehV beim Vorliegen der folgenden Variablen wahrscheinlicher: stationäre Voraufenthalte (OR = 1,08; d. h. die Odds Ratio erhöhte sich mit jedem zusätzlichen Voraufenthalt um jeweils 8%), PsychKG Unterbringung und Fixierung oder Isolierung in mindestens einem Voraufenthalt (OR = 4,93 und OR = 1,67), Hauptdiagnose aus den Gruppen der Schizophrenien (F2: OR = 3,58), bipolaren Störungen (F30/31: OR = 4,61) und Persönlichkeitsstörungen (F6: OR = 3,18), und weibliches Geschlecht (OR = 1,53).

Diskussion

Die Studie ist unseres Wissens die bislang umfassendste Analyse zur Abschlussrate von Behandlungsvereinbarungen (BehV) in psychiatrischen Kliniken im deutschsprachigen Raum. Mit einem Anteil von 0,4% schlossen nur wenige Patient*innen in den Kliniken des LVR-Klinikverbunds eine BehV ab. Somit bestätigt sich der bekannte Befund, dass das Angebot in den Kliniken zwar vorhanden, die Nutzungsrate jedoch gering ist [2, 12, 14]. Mögliche Gründe hierfür könnten der zeitliche Aufwand mit einem etwa ein- bis zweistündigen Gespräch zwischen Patient*in und Behandler*in [13], Uneinigkeit hinsichtlich der Behandlungsmodalitäten zwischen Patient*in und Behandler*in oder fehlendes Wissen über das Angebot der BehV sein. Weiterhin denkbar wären Gründe wie personelle Ressourcenknappheit seitens der Klinik oder fehlende Nachfrage seitens der Patient*innen [2]. Die Unterschiede zwischen den Kliniken können auch durch unterschiedliche Versorgungstraditionen mit begründet sein oder durch einen unterschiedlichen zeitlichen Verlauf der Implementierung in den verschiedenen Kliniken. Die an der Umfrage von Borbé und Mitarbeitenden beteiligten psy-

chiatrischen Kliniken gaben als wichtigsten Grund für das Nichtzustandekommen von BehV die mangelnde Nachfrage seitens der Patient*innen an [2]. Hierzu wären weitergehende Untersuchungen bei den Betroffenen und ihren Angehörigen sowie bei den Professionellen in verschiedenen Sektoren des Versorgungssystems erforderlich.

Nach unseren Analysen erreicht das Angebot der BehV zumindest zum Teil die beabsichtigten Zielgruppen: Signifikant häufiger fanden wir eine BehV bei Betroffenen mit häufigen stationären Voraufenthalten, Unterbringungen und Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte sowie bei Betroffenen mit den Diagnosen einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung/Manie. Aufgrund der häufig rezidivierend auftretenden akuten Exazerbationen dieser Erkrankungen und der damit einhergehenden Notaufnahmen erscheinen BehV für diese Patient*innengruppen besonders geeignet. Etwas häufiger als es der relativen Häufigkeit des Krankheitsbildes im Diagnosespektrum der Kliniken entsprach, fanden wir BehV auch bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen, wobei es sich fast ausschließlich um emotional-instabile Persönlichkeitsstö-

Tab. 2 Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse hinsichtlich der abhängigen dichotomen Variable „Behandlungsvereinbarung ja/nein“								
Variable	Schätzung	Standardfehler	Wald	df	p-Wert	Odds Ratio	CI (95 %)	
							Lower	Upper
Klinik 1	2,771	0,355	60,857	1	< 0,001	15,98	8,363	34,165
Klinik 2	2,870	0,338	71,993	1	< 0,001	17,64	9,616	36,719
Klinik 4	2,332	0,347	45,188	1	< 0,001	10,31	5,501	21,752
Klinik 5	1,381	0,377	13,401	1	< 0,001	3,98	1,972	8,802
Klinik 6	1,564	0,403	15,069	1	< 0,001	4,78	2,221	10,982
Klinik 7	2,933	0,357	67,410	1	< 0,001	18,78	9,781	40,273
Klinik 8	1,066	0,379	7,876	1	0,005	2,90	1,429	6,442
Klinik 9	1,497	0,418	12,801	1	< 0,001	4,47	1,996	10,521
Geschlecht: weiblich	0,424	0,096	19,546	1	< 0,001	1,53	1,267	1,844
Diagnosegruppe: F2 ^a	1,274	0,105	146,595	1	< 0,001	3,58	2,907	4,392
Diagnosegruppe: F30/31 ^a	1,528	0,189	65,388	1	< 0,001	4,61	3,129	6,577
Diagnosegruppe: F6 ^a	1,158	0,248	21,825	1	< 0,001	3,18	1,899	5,040
Stationäre Voraufenthalte	0,076	0,009	76,158	1	< 0,001	1,08	1,061	1,098
Fixierung oder Isolierung in Voraufenthalt	0,515	0,212	5,920	1	0,015	1,67	1,108	2,544
PsychKG in Voraufenthalt	1,596	0,177	80,909	1	< 0,001	4,93	3,441	6,906

Wald-Statistik: $z^2 = \left(\frac{\text{Schätzung}}{\text{Standardfehler}} \right)^2$, Odds Ratio: OR = exp (Schätzung)
df Freiheitsgrad
^aFür ICD-10 Codes s. Tab. 1; die Odds Ratio wurde jeweils in Bezug auf die Gruppe aller weiteren F-Diagnosen ermittelt

ungen handelte. Deren Krankheitsverlauf ist erfahrungsgemäß ebenfalls durch wiederholte akute Krisen gekennzeichnet, sodass auch Erkrankte dieser Gruppe vom Abschluss einer BehV profitieren könnten. Interessant ist der Befund, dass die Betroffenen mit depressiven Störungen zwar keine Überrepräsentation von BehV aufwiesen, in der absoluten Anzahl jedoch einen großen Anteil der Patient*innen mit BehV ausmachten. Auch hatten mehr als 40% der Betroffenen mit BehV keine stationären Voraufenthalte und die Mehrheit der Betroffenen mit BehV wiesen keine unfreiwilligen Unterbringungen und keine Zwangsmaßnahmen in den 24 Monaten vor dem Indexaufenthalt auf. Hier wäre durch weitergehende inhaltliche Analysen zu klären, welche Versorgungsfragen bei diesen Betroffenen in den BehV geregelt werden.

In der multivariaten logistischen Regressionsanalyse zeigte sich die Klinik als stärkster prognostischer Faktor für das Vorliegen einer BehV, gefolgt von der Erfahrung einer Zwangsunterbringung in einem Voraufenthalt, der Diagnosegruppe, Erfahrung einer Zwangsmaßnahme in einem Voraufenthalt, Geschlecht der Betroffenen (Frauen überwogen) und der Anzahl der stationären psychiatrischen Voraufenthalte. Daraus lassen sich modifizierbare

Faktoren eruieren, deren Veränderung zu einer höheren Abschlussrate führen könnten, beispielsweise durch ein gezieltes Ansprechen der Patient*innen bestimmter Diagnosegruppen oder durch spezielle Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für das Personal an bestimmten Kliniken. Daneben könnten auch durch allgemeine Maßnahmen Besserungen der Abschlussrate erwartet werden. So zeigte eine Befragung von 565 Patient*innen mit bipolaren affektiven Erkrankungen in Großbritannien, dass mehr als 80% der Befragten Interesse an einer BehV hatten, dass aber häufig logistische Aspekte dagegensprachen oder aber Sorgen um den Stellenwert der BehV in akuten Erkrankungsphasen, in denen die eigene Entscheidungsfindungskapazität nicht eingeschränkt ist [7]. Hieraus ergibt sich, dass neben dem Vorliegen der logistischen und der Implementierungsvoraussetzungen auch Aufklärungsarbeit hinsichtlich der Möglichkeit des Abschlusses einer BehV sowie Beratung hinsichtlich der Implikationen des Abschlusses, der Gültigkeit und der praktischen Umsetzung wichtig sein dürften.

Eine Stärke der vorliegenden Studie ist die Vollerfassung in einem großen Klinikverbund mit einer Stichprobengröße von 117.662 Patient*innen über einen Zeit-

raum von fünf Jahren. Die Ergebnisse dürften repräsentativ für Deutschland sein, zumal die Kliniken des LVR-Klinikverbunds typische Pflichtversorgungskliniken sind. Für die Repräsentativität spricht auch der Day-Mix-Index (DMI) des LVR-Klinikverbunds, der mit 0,9687 vergleichbar ist mit dem DMI von 0,9613 aus Nordrhein-Westfalen, Bayern und Sachsen-Anhalt [16]. Eine weitere Stärke der vorliegenden Studie ist, dass mehrere Variablen aus der Routedokumentation zur Charakterisierung der Patient*innengruppe für die Analyse herangezogen wurden. Somit konnte ein gutes Bild zur Charakterisierung der Patient*innen geschaffen werden, welche eine BehV abschließen. Allerdings konnten Persönlichkeits-, differenzierte psychosoziale oder Ressourcenvariablen nicht berücksichtigt werden, weil diese Variablen sich nicht in den Routinedaten finden. Auch andere potenziell wichtige Faktoren, wie z. B. die Präferenzen der Behandelnden und deren Bewertung von Behandlungssituationen, konnten im Rahmen dieser Untersuchung nicht berücksichtigt werden, da hierzu keine Informationen in den analysierten Routinedaten vorliegen. Limitierend ist zudem der retrospektive Charakter der Untersuchung, sodass zwar ein gutes Bild der Ist-Situation gelang, jedoch nur Assoziationen und keine kausalen Zu-

sammenhänge zwischen dem Abschluss einer BehV und den modifizierenden Variablen aufgedeckt werden konnten. Ferner besteht die Limitation, dass einige Patient*innen mit BehV in der Analyse unberücksichtigt blieben, die zwar im Betrachtungszeitraum eine BehV, aber keinen stationären Aufenthalt aufwiesen, so dass sie keinen Indexfall darstellten. Auch musste der betrachtete Zeitraum vor dem Abschluss einer BehV auf 24 Monate limitiert werden, weil Zwangsmaßnahmen erst ab dem Jahr 2014 in auswertbarer Form in der Statistikdatenbank vorlagen. Schließlich muss einschränkend festgehalten werden, dass stationäre Aufenthalte in anderen Kliniken außerhalb des LVR-Klinikverbunds nicht erfasst werden konnten. Allerdings ist die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in NRW stark nach dem Sektorprinzip organisiert, sodass insbesondere Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen ganz überwiegend im sektoral zuständigen Krankenhaus behandelt werden.

In Folgeuntersuchungen sollten über die Routinedaten hinaus weitere Patient*innenvariablen erhoben werden, die eine differenziertere Charakterisierung der Patient*innen über die Hauptdiagnose hinaus zulassen. Dazu könnten beispielsweise Persönlichkeitseigenschaften der Betroffenen, psychische und somatische Komorbiditäten sowie Aspekte des individuellen Inanspruchnahmeverhaltens zählen. In einem Mixed-Methods-Ansatz ließe sich auch qualitativ inhaltsanalytisch anhand von Interviews ermitteln, welche Zielsetzungen BehV in der Versorgungspraxis verfolgen, und welche hinderlichen und förderlichen Faktoren für den Abschluss einer BehV existieren. Ferner könnte im Rahmen eines prospektiven, längsschnittlichen Designs untersucht werden, in welchem Ausmaß Patient*innen durch den Abschluss einer BehV profitieren. Im Fokus solcher Folgeanalysen könnten die Auswirkungen von BehV auf den Versorgungsverlauf und die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen stehen. Weitere relevante Indikatoren, die in einem prospektiven Design Berücksichtigung finden könnten, wären die Behandlungadhärenz sowie die Behandlungszufriedenheit und Recovery der Patient*innen.

Joint crisis plans in mental health hospitals—Real practice in an association of psychiatric hospitals

Background: Joint crisis plans (JCPs) are offered in many psychiatric hospitals, but patients only rarely make use of them.

Objective: To assess the rates of JCPs among inpatients of mental health hospitals and to analyze the clinical characteristics of patients who make use of a JCP.

Material and methods: We carried out a retrospective analysis of routine data from the statistical database/basis documentation of the LVR hospital association, which consists of nine psychiatric hospitals. The basis documentation is consistent in the nine hospitals. All admissions between 2016 and 2020 were considered. We recorded the existence of a JCP, age, gender and main diagnosis at release, as well as previous hospital stays, detention under the Mental Health Act of the Federal State of NRW and experiences with compulsory measures (seclusion/restraint) in the previous 24 months before index admission.

Results: Out of a total of 117,662 inpatients 467 (0.4%) had completed a JCP. Patients with JCP were more likely to be diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or emotionally unstable personality disorder. Patients with a JCP had more previous inpatient stays and they had more frequently experienced detentions and compulsory measures. However, 50% of the patients with a JCP had other diagnoses and the vast majority of them had experienced no detention or compulsory measure in the 24 months preceding the first documentation of a JCP.

Conclusions: Overall, the use of JCPs is limited. The targeted group of patients with severe mental illness and previous experience with involuntary placements and compulsory measures make use of the offer of a JCP but so do other patients as well. Additional qualitative analyses are required in order to analyze the content and objectives of JCPs in more detail.

Keywords

Psychiatric psychotherapeutic care · Compulsory measures · Schizophrenia · Bipolar disorder · Borderline personality disorder

Fazit für die Praxis

- Bei insgesamt geringer Reichweite des Angebots einer BehV wurden insbesondere Patient*innen mit Schizophrenien, bipolaren Störungen und emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen sowie Patient*innen mit häufigen stationären Voraufenthalten und Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen (Isolierung) erreicht. Patient*innen mit depressiven Störungen und Patient*innen ohne Vorerfahrungen mit unfreiwilligen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen nahmen aber das Angebot ebenfalls in Anspruch.
- Künftig könnten inhaltsanalytische Untersuchungen von BehV und qualitative Befragungen von Betroffenen und Ärzt*innen dazu beitragen, Inhalte und Zielsetzungen der BehV sowie fördernde und hinderliche Faktoren für den Abschluss einer BehV zu eruieren. Zudem sollte im Rahmen prospektiver längsschnittlicher Studien untersucht werden, ob und inwiefern Patient*innen Vorteile im Versorgungsverlauf durch den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung haben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln, LVR-Klinik Köln
Köln, Deutschland
euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Weide, J. Vrinssen, O. Karasch, T. Blumenröder, A. Staninska, S. Engemann, M. Banger, M. Grümmner, R. Marggraf, J. Muysers, S. Rinckens, N. Scherbaum, T. Suppran, A. Tönnesen-Schlack, R. Mennicken, J. Zielasek und E. Gouzoulis-Mayfrank geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Borbé R, Jaeger S, Steinert T (2009) Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie. *Psychiatr Prax* 36:7–15
2. Borbé R, Jaeger S, Borbé S, Steinert T (2012) Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Nervenarzt* 83:638–643
3. Braun E, Gaillard A, Vollmann J, Gather J, Scholten M (2022) Mental health service users' perspectives on psychiatric advance directives: a systematic review. *Psychiatr Serv*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202200003>
4. Campbell LA, Kisely SR (2009) Advance treatment directives for people with severe mental illness (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005963.pub2>
5. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2014) Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychischer kranker Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85:1419–1431
6. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2022) S3-Leitlinie Zwangsstörungen „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ Version 30.06.2022; (Registernummer 038-017). <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-017.html>. Zugegriffen: 29. Sept. 2022
7. Gergel T, Das P, Owen G, Stephenson L, Rifkin L, Hindley G, Dawson J, Keene AR (2021) Reasons for endorsing or rejecting self-binding directives in bipolar disorder: a qualitative study of survey responses from UK service users. *Lancet Psychiatry* 8(7):599–609
8. Grätz J (2009) Behandlungsvereinbarungen in der Gemeindepsychiatrie: Evaluation der Erfahrungen in Halle (Saale). Dissertation. <https://opendata.uni-halle.de/bitstream/1981185920/7454/1/Behandlungsvereinbarungen%20in%20der%20Gemeindepsychiatrie.pdf>. Zugegriffen: 17. Mai 2022
9. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G (2009) Views of service users and providers on joint crisis plans—single blind randomized controlled trial. *Soc Psychiatr Epidemiol* 44:369–376
10. Hildebrandt B, Dietz A (1998) Bielefeld: Offenheit und Neugier waren der Anfang. In: Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg) Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S29–44
11. Hirsch S, Steinert T (2019) Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Dtsch Arztebl Int* 116:336–343
12. Schwarz K (2020) Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie. Eine methodenplurale Studie zur Einstellung klinisch tätiger Psychiater. Dissertation. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/26138/1/Schwarz_Katja.pdf. Zugegriffen: 17. Mai 2022
13. Stoecker R (2017) Odysseus in der Psychiatrie: Zu den ethischen Grundlagen von Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie. *Jahrb Wiss Ethik* 22(1):183–204
14. Swanson J, Swartz M, Ferron J, Elbogen E, Van Dorn R (2006) Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five U.S. cities: prevalence, demand, and correlates. *J Am Acad Psychiatry Law* 34:43–57
15. Swartz MS, Swanson JW, Easter MM, Robertson AG (2021) Implementing psychiatric advance directives: the transmitter and receiver problem and the neglected right to be deemed incapable. *Psychiatr Serv* 72:219–221
16. Zielasek J, Vrinssen J, Gouzoulis-Mayfrank E (2021) Utilization of Inpatient Mental Health Care in the Rhineland During the COVID-19 Pandemic. *Front Public Health* 9:593307



OPEN ACCESS

EDITED BY

Elke Van Hoof,
Vrije University Brussels, Belgium

REVIEWED BY

Gaia Sampogna,
University of Campania "L. Vanvitelli",
Italy
Christiane Montag,
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Germany

*CORRESPONDENCE

Jürgen Zielasek
✉ juergen.zielasek@lvr.de

SPECIALTY SECTION

This article was submitted to
Public Mental Health,
a section of the journal
Frontiers in Psychiatry

RECEIVED 31 May 2022

ACCEPTED 30 November 2022

PUBLISHED 22 December 2022

CITATION

Zielasek J, Lehmann I, Vrinssen J and
Gouzoulis-Mayfrank E (2022) Analysis
of the utilization, processes,
and outcomes of inpatient mental
healthcare during the first three
waves of the COVID-19 pandemic
in the federal state of North
Rhine-Westphalia, Germany.
Front. Psychiatry 13:957951.
doi: 10.3389/fpsy.2022.957951

COPYRIGHT

© 2022 Zielasek, Lehmann, Vrinssen
and Gouzoulis-Mayfrank. This is an
open-access article distributed under
the terms of the [Creative Commons
Attribution License \(CC BY\)](#). The use,
distribution or reproduction in other
forums is permitted, provided the
original author(s) and the copyright
owner(s) are credited and that the
original publication in this journal is
cited, in accordance with accepted
academic practice. No use, distribution
or reproduction is permitted which
does not comply with these terms.

Analysis of the utilization, processes, and outcomes of inpatient mental healthcare during the first three waves of the COVID-19 pandemic in the federal state of North Rhine-Westphalia, Germany

Jürgen Zielasek^{1,2*}, Isabell Lehmann¹, Jürgen Vrinssen¹ and
Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank^{1,3}

¹LVR-Institute for Healthcare Research, Cologne, Germany, ²Medical Faculty, Heinrich Heine University Düsseldorf, Düsseldorf, Germany, ³LVR Clinic Cologne, Cologne, Germany

Background: During the first phase of the Coronavirus-19 disorder (COVID-19) pandemic in the spring of 2020, utilization of inpatient mental healthcare was significantly reduced. We now report on a long-term observational study of inpatient mental healthcare in a large psychiatric hospital association in North Rhine-Westphalia, Germany, covering the second and third pandemic waves of autumn and winter 2020 followed up until June 2021.

Objectives: Analysis of the changes of inpatient and day patient mental healthcare utilization in an association of psychiatric hospitals during the COVID-19 pandemic from January 2020 until June 2021.

Materials and methods: We used the statistics database of the association of the nine psychiatric hospitals of the Rhineland Regional Council (Landschaftsverband Rheinland, LVR). We compared the case numbers of the pandemic period with previous years and analyzed changes in the diagnostic spectrum, rates of coercion and therapeutic outcomes. We also analyzed age, gender, diagnoses and coercive measures of patients tested positive for COVID-19 during inpatient psychiatric healthcare.

Results: Case rates were reduced during and after the COVID-19 pandemic episodes of 2020 and the following months of spring and summer 2021. Changes varied between diagnostic groups, and there were even increases of case numbers for acute psychotic disorders. Coercive measures increased during the pandemic, but therapeutic outcomes were maintained at the pre-pandemic level. Women and patients of higher ages were overrepresented among psychiatric inpatients with COVID-19.

Conclusion: The COVID-19 pandemic led to over during reductions of inpatient psychiatric hospital admissions and changes of the diagnostic spectrum accompanied by increased rates of coercive measures. These effects may reflect an overall increased severity of mental disorders during the COVID-19 pandemic, deferrals of inpatient admissions or a lack of outpatient mental healthcare services utilization. To differentiate and quantitate these potential factors, further studies in the general population and in the different mental healthcare sectors are needed. In order to reduce the number of COVID-19 cases in psychiatric hospitals, vaccination of people of higher ages and with dementias seem to be the most needed strategy.

KEYWORDS

COVID-19, pandemic, psychiatric services utilization, mental healthcare, inpatient

Introduction

The coronavirus-19 (COVID-19) pandemic had an overall negative impact on the mental health of the general population (1, 2). Due to its medical and social consequences, the COVID pandemic has been traumatizing the general population for long time periods and increased the need of mental healthcare (3, 4). However, the individual mental health responses were heterogenous with a subgroup of approximately one third of the population showing increasing levels of anxiety and/or depression during the first year of the pandemic (5). Ahrens and coworkers (6) described marked interindividual differences in perceived stress between subgroups. In vulnerable groups, psychological state deteriorated over time, putting them at risk for mental disorder development. Consequently, health services should especially identify and allocate resources to vulnerable individuals (6).

Analyzing the time pattern of service utilization during a pandemic is of central importance to prepare services for future pandemics. For example, in a recent UK survey, Bu and coworkers (7) found that mostly friends and families were approached when people in lockdown faced mental health problems. Until now, there have been few reports about the utilization of inpatient mental healthcare during the pandemic. In an earlier study, we showed a reduction of overall inpatient psychiatric admission rates accompanied by a shift toward more acute cases during the initial pandemic phase of early 2020 in Germany (8). Some mental health services were reorganized to include telepsychiatry (9–11). An Italian study indicated an increased demand for urgent psychiatric consultations predominantly for vulnerable groups like people living in psychiatric facilities (12). Following the first pandemic wave in early 2020, two more waves developed in the course of 2020 and 2021. Emergency psychiatric admissions increased even after lockdown measures were

curtailed, indicating over during effects of the pandemic and lockdown measures on mental healthcare services (13, 14). Therefore, we were interested in performing a follow-up study of psychiatric hospital admission rates spanning the subsequent pandemic phases in 2020 and 2021. Besides admission rates, we analyzed the long-term numbers and diagnoses of inpatients with mental disorders and COVID-19 comorbidity. These analyses should help to assess the impact of the COVID-19 pandemic on psychiatric inpatient utilization and to clinically characterize psychiatric inpatients with mental disorders who develop COVID-19 infections. Such analyses are expected to be helpful to prepare mental healthcare systems for future virus pandemics.

We studied admission rates and admission diagnoses of adult psychiatry departments of nine psychiatric hospitals of the hospital association of the Rhineland Regional Council [Landschaftsverband Rheinland (LVR)], which have approximately 2,835 beds and 750 day patient places. These hospitals provide mental healthcare services to approximately half of the population of the Rhineland (4.4 million inhabitants) and are representative of mental healthcare services in Germany as shown by their typical day mix indices (8).

Materials and methods

The observation period for this study was 1 January 2018 until 30 June 2021. This observation period covered the first minor phase of the COVID-19 pandemic in Germany in spring 2020, which was followed by a period of low COVID case numbers in summer 2020 and then by a two more pronounced waves of COVID 19 cases from fall 2020 until early spring 2021. Numbers of COVID-19 cases then again decreased in summer of 2021. We therefore compared the time period 1 January 2018 until 30 June 2019, with the time period 1 January 2020 until 30 June 2021.

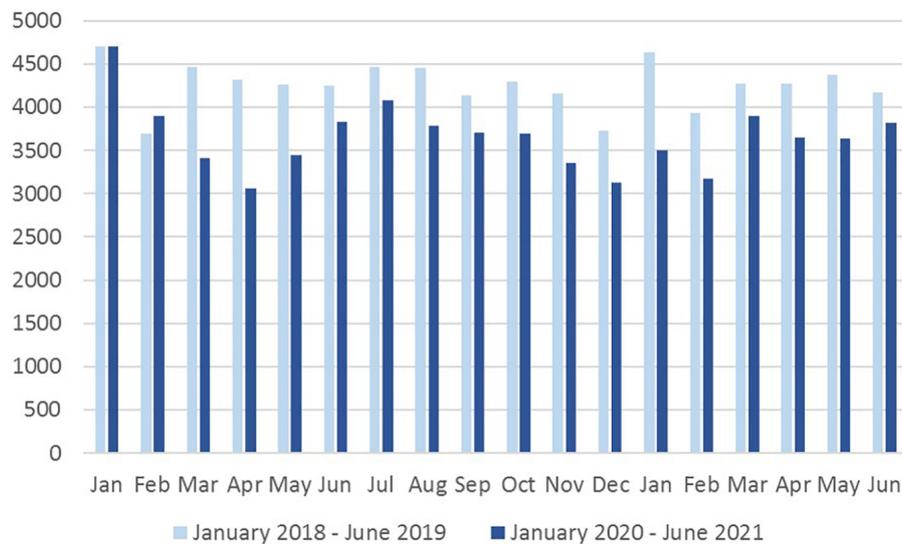


FIGURE 1

Monthly admission rates. Shown are the monthly admission rates in the adult psychiatric departments of nine psychiatric hospitals of the Rhineland region in Germany in the time periods 1 January 2018 until 30 June 2019 (light blue bars) and 1 January 2020 until 30 June 2021 (dark blue bars).

Clinical routine data were obtained from the LVR statistics database. These data are documented for clinical routine purposes of quality insurance and remuneration. They included age and sex, diagnoses, length of stay, frequency of coercive measures (involuntary admission, restraint and seclusion) and COVID-19 test results. The clinical routine data of the nine psychiatric hospitals are transferred on a daily basis to an anonymized statistics database, which serves quality assurance purposes. We analyzed the anonymized aggregated data of the departments of general psychiatry, addiction medicine, geriatric psychiatry and psychosomatic medicine by means of time series analysis of the monthly inpatient and day patient admission rates, frequencies of diagnoses of mental disorders, gender and age of patients. We also studied the number, age and gender of inpatients with COVID-19 as identified by the corresponding ICD-10-codes in the statistics database. Additional analyses addressed measures of coercion as identified by the rates of involuntary hospitalizations under the auspices of the North Rhine-Westphalia Mental Health Act, and the case-based rates of coercive measures (seclusion and restraint). For statistical analyses, we calculated odds ratios to assess the risk of COVID-19 infection in different groups of patients. We used Chi-square tests to compare rates of categorical variables between groups and used Student's *t*-test to compare the age distributions of people with and without COVID-19. Statistical analyses were performed using standard statistical software (SPSS 26, Konstanz Information Miner and GraphPad Version 9.3.1). We performed this retrospective epidemiological study following the principles of the Helsinki Declaration.

Results

Comparing the monthly inpatient and day patient admission rates for two 18-months observation periods, there was a decline of 12.5% in inpatients and 25.9% in outpatients (Figure 1). Numbers decreased already in March 2020, when the first COVID 19 pandemic wave occurred in Germany, and similarly so in summer 2020 coincidentally with the second wave. Admission rates never fully recovered to the pre-pandemic values throughout the observation period. The decline of case numbers affected nearly all diagnostic groups, but was different between diagnostic groups. Table 1 shows the changes for the 10 most frequent diagnoses of 2018/2019. The decline was most pronounced among those with affective and substance related disorders. Delirium superimposed on dementia (ICD-10 diagnostic group F05.1) increased slightly and a relatively large increase of 18% was observed for patients with acute polymorphic psychotic disorders (ICD-10 diagnostic group F23.1 from 539 to 636 cases).

We observed increased rates of involuntary admission and involuntary inpatient treatment accompanied by increased rates of coercive measures (restraint and seclusion) in 2020 compared to 2019 (Table 2). Rates were significantly different between the two observation periods for all three variables (two-sided Chi-square-test for all three comparisons $p < 0.0001$ and $df = 1$; PsychKG Chi-square = 280.3; restraint Chi-square = 172.8; seclusion Chi-square = 21.93).

During the reporting period January 2020 until June 2021, 475 cases of COVID-19 were documented among inpatients of the nine psychiatric hospitals. These cases occurred mainly in

TABLE 1 Change in the frequency of the 10 most frequent admission diagnoses of the 2018/2019 period.

	2018/2019	2020/2021	Difference	Change
F10.2	13,308	10,740	-2,568	-19%
F20.0	9,803	8,975	-828	-8%
F33.2	9,316	8,170	-1,146	-12%
F32.2	8,025	6,182	-1,843	-23%
F11.2	4,075	3,154	-921	-23%
F05.1	2,298	2,397	+99	+4%
F60.31	2,231	2,126	-105	-5%
F33.1	1,941	1,808	-133	-7%
F10.3	1,757	1,062	-695	-10%
F43.2	1,666	1,355	-311	-19%

We assessed the main discharge diagnoses in nine psychiatric hospitals of the Rhineland in Germany before the COVID pandemic (1 January 2018–30 June 2019) and during the COVID pandemic (1 January 2020–30 June 2021). Shown are the ICD-10 codes and numbers of admitted cases for the 10 most frequent admission diagnoses of the pre-pandemic time period (World Health Organization International Classification of Disorders, 10th revision (<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/V>; last accessed 2 November 2021). Mental disorders with high rates of relative decreases are labeled in brown and one disorder is labeled in red as it showed a relative increase. F10.2, paranoid schizophrenia; F33.2, recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms; F32.2, severe depressive episode without psychotic symptoms; F11.2, mental and behavioral disorders due to use of opioids, dependence syndrome; F05.1, delirium superimposed on dementia; F60.31, emotionally unstable personality disorder (borderline type according to the German modification of the ICD-10; <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/block-f60-f69.htm>); F33.1, recurrent depressive disorder, current episode moderate; F10.3, mental and behavioral disorders due to use of alcohol, withdrawal state; F43.2, adjustment disorders.

TABLE 2 Rates of involuntary psychiatric hospitalization under the auspices of the Mental Health Act (Psych KG NRW) and rates of coercive measures in the nine LVR psychiatric hospitals.

	2018/2019	2020/2021
PsychKG cases	14.3% (<i>n</i> = 11,393)	17.5% (<i>n</i> = 12,027)
Cases with restraint	3.3% (<i>n</i> = 2,622)	3.7% (<i>n</i> = 2,573)
Cases with seclusion	3.3% (<i>n</i> = 2,631)	4.6% (<i>n</i> = 3,186)
Number of admitted patients	79,756	68,894

Numbers in brackets are the numbers of cases of involuntary psychiatric hospitalization under the auspices of the Mental Health Act (Psych KG NRW) and numbers of cases with coercive measures (restraint and seclusion) followed by total numbers of cases in the respective observation periods. Data are presented for the periods January 2018 to June 2019 (before the COVID-19 pandemic) and January 2020 to June 2021 (during the COVID-19 pandemic).

the fall and winter months of 2020 and early in 2021 (Figure 2). All COVID-19 cases occurred in inpatients, no cases were observed in day patients. In total, 145 cases were identified between 0 and 4 days after inpatient admission, 97 cases were identified within 5–14 days after admission, and 233 cases were identified later during the course of psychiatric inpatient treatment. Allowing for an incubation period of several days, these figures indicate that the majority of COVID-19 infections (330/475 = 70%) occurred during the inpatient stay. Most

psychiatric COVID-19 patients (*n* = 128) were diagnosed with an organic mental disorder including Alzheimer's dementia (Figure 3). For affective disorders and disorders of the group of schizophrenias, we found similar rates of both infected and non-infected inpatient psychiatric cases. In the group of addiction disorders, COVID-19 cases were relatively underrepresented. The odds ratios for finding a COVID-19 patient in the diagnostic group of the organic mental disorders including the dementias was as high as 4.25 [95%CI 3.44; 5.24], while in the group of addiction disorders, it was only 0.37 [95% CI 0.28; 0.49].

Psychiatric inpatients with COVID-19-infections were significantly older (median 58 years, mean \pm SD 57 \pm 21 years) compared to non-COVID-19 patients (median 46 years, mean \pm SD 47 \pm 18 years; *t*-test double-sided *p* < 0.0001, *T* = 10.1507; *df* = 479.02). The relative risk of COVID-19 infection of psychiatric inpatients was significantly increased in women compared to men (relative risk for women 1.32 95% confidence interval 1.100–1.587; Chi-square test *p* < 0.00225; *df* = 1; Chi-Square 9.3374). We found significantly higher rates of involuntary admissions and coercive measures among psychiatric inpatient cases with COVID-19 as compared to non-COVID-19 patient cases (Figure 4).

Discussion

In this follow up study, we confirm our findings obtained during the first wave of COVID-19 infections in Germany in spring 2020, in which we had shown a reduction of case numbers of psychiatric inpatients (8), which mostly in patients with affective and addiction disorders. We confirm the previously observed trend toward more acute cases, as indicated by diagnostic shifts toward more acute mental illnesses like Acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia (ICD-10 F23.1) and increased rates of coercive measures. We further extend our initial findings by showing that these changes were over during beyond the second wave of COVID-19 in late 2020 and early 2021. In addition, we show that the admission rates did not recover during the periods of decreased COVID-19 cases in the summers of 2020 and 2021. This may be due to over during pandemic effects on outpatient consultation rates, which may have led to under assignment of patients to psychiatric inpatient care. Similar findings of an overall decrease of total numbers of unplanned psychiatric hospital admissions were reported from another large German hospital network in 2020 (15, 16). Of note, the diagnostic spectrum was somehow different in that Fasshauer et al. reported that the decrease of unplanned admissions was less pronounced for cases with substance use disorders. This may have been due to a focus on emergency admissions in the studies by Fasshauer et al. compared to all types of hospital admissions in our study.

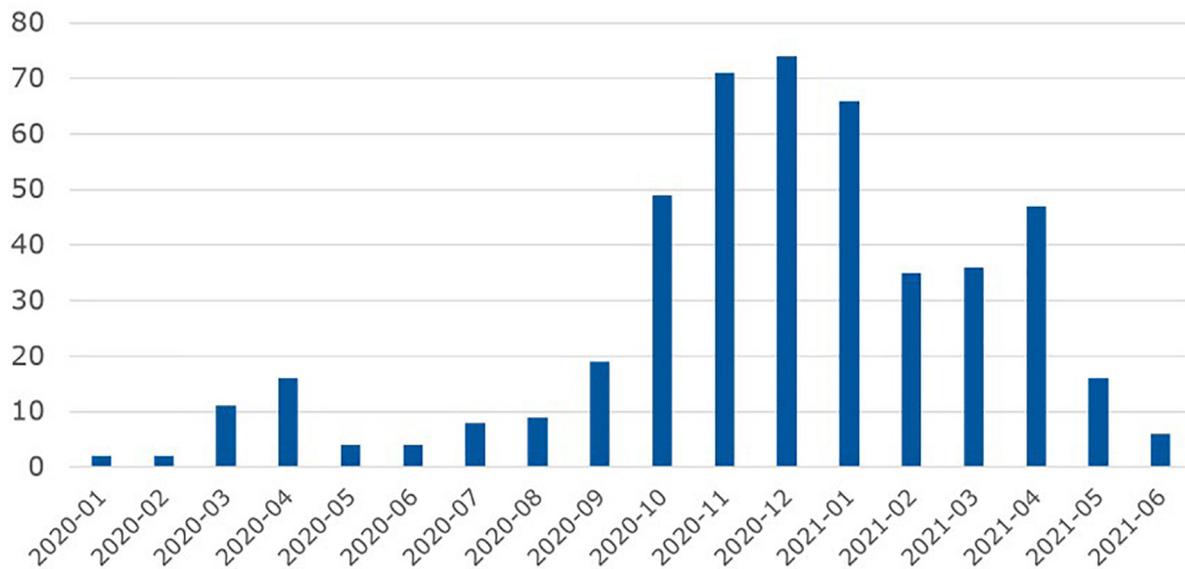


FIGURE 2

Monthly case numbers of COVID-19 among psychiatric inpatients of the nine psychiatric LVR-hospitals. Observation period: 1 January 2020 until 30 June 2021.

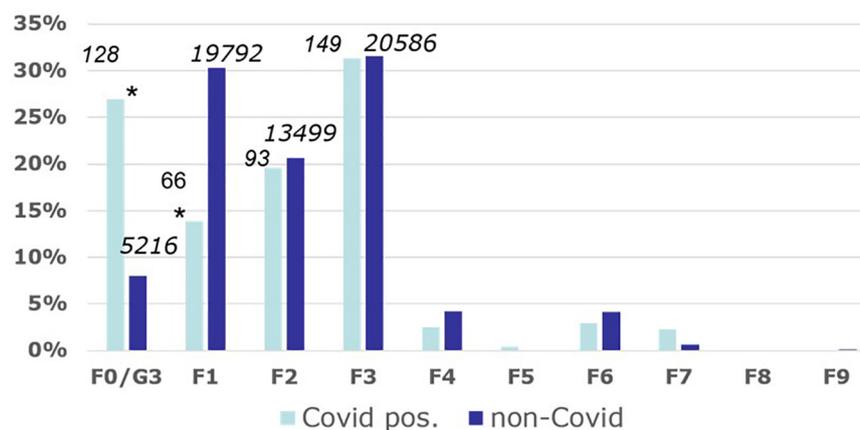
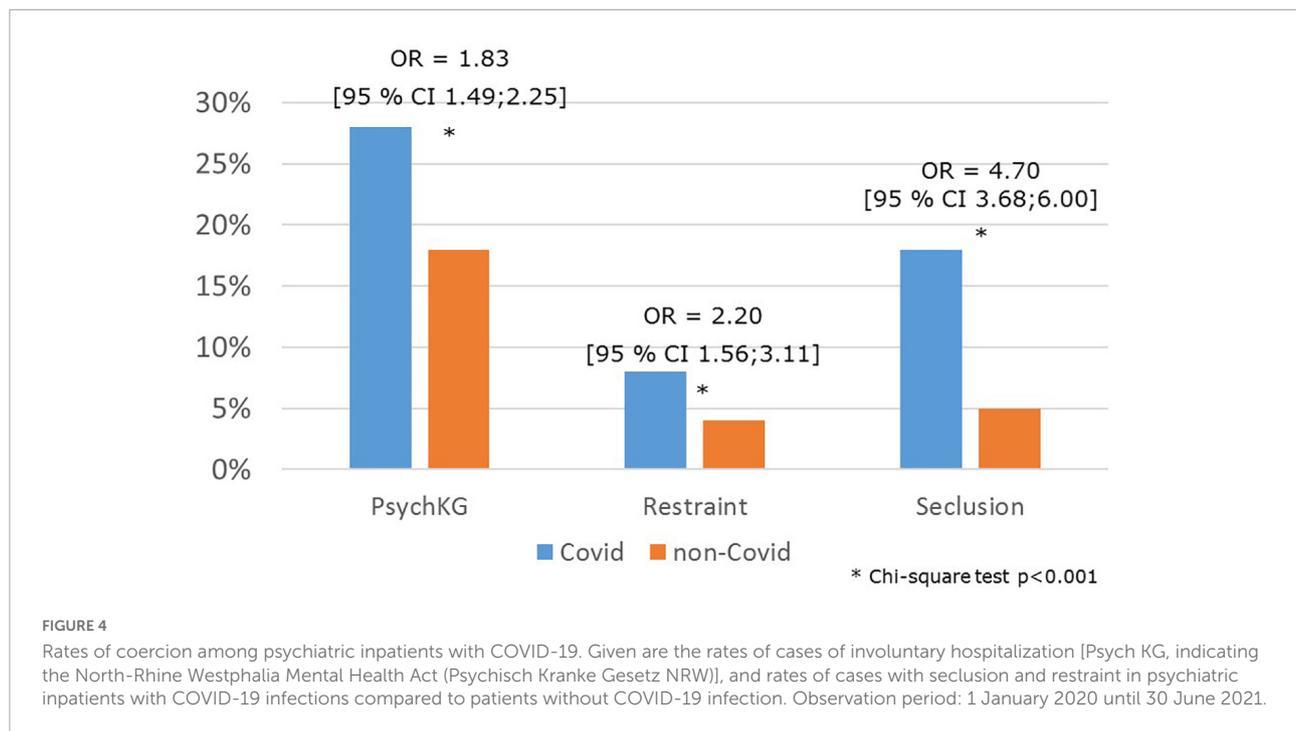


FIGURE 3

Spectrum of mental disorders of COVID-19-infected psychiatric inpatients. Frequency of COVID-19-cases in different diagnostic groups of psychiatric inpatients of the LVR psychiatric hospitals as differentiated by the World Health Organization International Classification of Disorders, 10th revision (<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/V>; last accessed 2 November 2021). The figures above each bar indicate absolute case numbers during the observation period 1 January 2020 until 30 June 2021. Asterisks indicate that the group differences were significant in Chi square tests ($p < 0.001$). For example: The bars for the diagnostic group F0/G3 (organic mental disorders including dementias) indicate that 27% of all COVID-19-cases, but only 9% of the non-COVID-19-cases, were diagnosed with an F0/G3 disorder. F1, mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use; F2, schizophrenia, schizotypal and delusional disorders; F3, mood (affective) disorders; F4, neurotic, stress-related and somatoform disorders; F5, behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors; F6, disorders of adult personality and behavior; F7, mental retardation; F8, disorders of psychological development; F9, behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence.

In addition, we extend our previous findings by showing increased rates of involuntary admissions and coercive measures, which may be due to a relative increase of more severe psychiatric cases during the pandemic and/or the impact of the need to enforce hygiene measures in acute psychiatric wards. In line with our findings, Fasshauer et al.

(16) also reported increased rates of involuntary psychiatric admissions and coercive measures in their sample from a large German wide hospital network. Flammer et al. (17), who used the case registry for coercive measures of the state of Baden-Wuerttemberg, Germany, reported similar trends. In contrast, one international study reported declining rates



of seclusion and restraint in a Canadian psychiatric hospital during the COVID-19-pandemic (18). Further detailed studies focusing on patient characteristics associated with coercive measures are warranted to identify explanations for such divergent findings.

Especially older people with dementia are a particularly vulnerable group for contracting COVID-19 and the pandemic led to increased mental strains and depression also in caretakers, as was shown in a recent German questionnaire survey of caretakers (19). As in our previous study, there was an overrepresentation of women, people of higher ages and patients with organic mental disorders including dementias among the psychiatric inpatient cases with COVID-19. This finding is now on a firmer empirical basis given the longer observation period and the high number of cases in our present study.

The strengths of our analysis lie in the large numbers of observed cases, the long observation period covering several phases of the pandemic, the new analysis of psychiatric COVID-19 cases and the representativeness of the studied psychiatric hospitals for general psychiatry in Germany. Limitations are the use of routine data documented for clinical and remuneration purposes and the retrospective nature of the study.

Taken together, our study and results from other studies indicate that while psychiatric inpatient case numbers decreased, case severity and disease acuity increased in psychiatric outpatient emergency units (20, 21) and inpatient mental healthcare during the COVID-19 pandemic in Germany. Similar trends were reported from Denmark (9), France (22), Italy (23, 24), Portugal (25), Switzerland (13, 14), and the

United Kingdom (26–29) suggesting that these trends are not specific to national mental healthcare services, but reflect more general effects of the pandemic on mental healthcare in Europe. This may have been due to a reduction of mild cases referred to psychiatric services during the pandemic or a reduced rate of use of outpatient services, but it may also indicate that referrals to psychiatric hospitals were deferred until a higher than usual case severity was reached, or that the COVID-19 pandemic led to an increased rate of acute and severe mental disorders in the general population.

An Italian study during the initial COVID-19 pandemic phase showed that the utilization of mental healthcare services increased and was modulated by individual psychosocial factors like the type of coping strategy, indicating that such factors need to be taken into account when preparing mental healthcare services for future pandemics (30). Further large scale follow-up studies in the general population are needed to address these issues. Hence, in response to the experiences during the COVID-19 pandemic the role of psychiatrists and psychiatry are changing with increased responsibilities for ascertaining adequate mental and somatic healthcare for vulnerable people with mental disorders (31, 32).

Data availability statement

The data analyzed in this study is subject to the following licenses/restrictions: The study was based on

anonymized hospital records which cannot be transferred to others due to data protection regulations. Requests to access aggregated statistical analyses should be directed to JZ, juergen.zielasek@lvr.de.

Ethics statement

Ethical review and approval was not required for the study on human participants in accordance with the local legislation and institutional requirements. Written informed consent for participation was not required for this study in accordance with the national legislation and the institutional requirements.

Author contributions

JZ and EG-M designed the study. JZ and JV analyzed the data. All authors interpreted the results and wrote the manuscript.

References

- Vindegard N, Benros M. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun.* (2020) 89:531–42. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.048
- Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui L, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. *J Affect Disord.* (2020) 277:55–64. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.001
- Adhanom Ghebreyesus T. Addressing mental health needs: an integral part of CO-VID-19 response. *World Psychiatry.* (2020) 19:129–30. doi: 10.1002/wps.20768
- Unützer J, Kimmel R, Snowden M. Psychiatry in the age of COVID-19. *World Psychiatry.* (2020) 19:130–1. doi: 10.1002/wps.20766
- Shevlin M, Butter S, McBride O, Murphy J, Gibson-Miller J, Hartman T, et al. Refuting the myth of a ‘tsunami’ of mental ill-health in populations affected by COVID-19: evidence that response to the pandemic is heterogeneous, not homogeneous. *Psychol Med.* (2021): Epub ahead of print. doi: 10.1017/S0033291721001665
- Ahrens K, Neumann R, Kollmann B, Brokelmann J, von Werthern N, Malyszau A, et al. Impact of COVID-19 lockdown on mental health in Germany: longitudinal observation of different mental health trajectories and protective factors. *Transl Psychiatry.* (2021) 11:392. doi: 10.1038/s41398-021-01508-2
- Bu F, Mak H, Fancourt D. Rates and predictors of uptake of mental health support during the COVID-19 pandemic: an analysis of 26,720 adults in the UK in lockdown. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* (2021) 56:2287–97. doi: 10.1007/s00127-021-02105-w
- Zielasek J, Vrinssen J, Gouzoulis-Mayfrank E. Utilization of inpatient mental health care in the Rhineland during the COVID-19 pandemic. *Front Public Health.* (2021) 9:593307. doi: 10.3389/fpubh.2021.593307
- Hansen J, van Sas T, Flojstrup M, Brabrand M, Hvolby A. The effect of the march 2020 COVID-19 lockdown on national psychiatric contacts in Denmark: an interrupted time series analysis. *Brain Behav.* (2021) 11:e2264. doi: 10.1002/brb3.2264
- Markowitz J, Milrod B, Heckman T, Bergman M, Amsalem D, Zalman H, et al. Psychotherapy at a distance. *Am J Psychiatry.* (2021) 178:240–6. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20050557
- Schaub A, Michel C, Beck P, Falkai P. [Inpatient psychiatric treatment in the corona-crisis by psychologists and psychiatrists in home-office and in the clinic]. *Fortschr Neurol Psychiatr.* (2021) 89:424–32. doi: 10.1055/a-1483-9904
- Di Lorenzo R, Pinelli M, Bertani D, Cutino A, Dragone D, Elia C, et al. The impact of COVID-19 pandemic on psychiatric emergencies in two different settings: emergency room and community mental health service. *Front Psychiatry.* (2022) 13:894939. doi: 10.3389/fpsy.2022.894939
- Ambrosetti J, Macheret L, Folliet A, Wullschlegler A, Amerio A, Aguglia A, et al. Psychiatric emergency admissions during and after COVID-19 lockdown: short-term impact and long-term implications on mental health. *BMC Psychiatry.* (2021) 21:465. doi: 10.1186/s12888-021-03469-8
- Ambrosetti J, Macheret L, Folliet A, Wullschlegler A, Amerio A, Aguglia A, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on psychiatric admissions to a large Swiss emergency department: an observational study. *Int J Environ Res Public Health.* (2021) 18:1174. doi: 10.3390/ijerph18031174
- Fasshauer J, Bollmann A, Hohenstein S, Hindricks G, Meier-Hellmann A, Kuhlen R, et al. Emergency hospital admissions for psychiatric disorders in a German-wide hospital network during the COVID-19 outbreak. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* (2021) 56:1469–75. doi: 10.1007/s00127-021-02091-z
- Fasshauer J, Bollmann A, Hohenstein S, Mouratis K, Hindricks G, Meier-Hellmann A, et al. Impact of COVID-19 pandemic on involuntary and urgent inpatient admissions for psychiatric disorders in a German-wide hospital network. *J Psychiatr Res.* (2021) 142:140–3. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.07.052
- Flammer E, Eisele F, Hirsch S, Steinert T. Increase in coercive measures in psychiatric hospitals in Germany during the COVID-19 pandemic. *medRxiv.* (2022) [Preprint]. doi: 10.1101/2022.02.03.22270373
- Martin K, Arbour S, McGregor C, Rice M. Silver linings: observed reductions in aggression and use of restraints and seclusion in psychiatric inpatient care during COVID-19. *J Psychiatr Mental Health Nurs.* (2021): Epub ahead of print. doi: 10.1111/jpm.12752
- Dominic C, Wie G, Piguet O, Kumfor F, Diehl-Schmid J. Auswirkungen der COVID-19-pandemie auf neuropsychiatrische Symptome von Menschen mit Demenz und die psychische Gesundheit ihrer pflegenden Angehörigen. Eine Online-Studie. Impact of the COVID-19 pandemic on neuropsychiatric symptoms of patients with dementia and the mental health of their caregivers.

Funding

This study was supported by institutional funds of the LVR Hospital Association.

Conflict of interest

The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Publisher’s note

All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.

An online survey. *Nervenheilkunde*. (2021) 40:861–9. doi: 10.1055/a-1548-4602

20. Aly L, Sondergeld R, Hölzle P, Frank A, Knier B, Pausch E, et al. Die COVID-19-pandemie veränderte nicht die zahl, aber die art psychiatrischer notfälle: versorgungsdaten aus vergleichszeiträumen von 2019 und 2020 [The COVID-19 pandemic has not changed the number but the type of psychiatric emergencies: a comparison of care data between 2019 and 2020]. *Nervenarzt*. (2020) 91:1047–9. doi: 10.1007/s00115-020-00973-2

21. Hoyer C, Ebert A, Szabo K, Platten M, Meyer-Lindenberg A, Kranaster L. Decreased utilization of mental health emergency service during the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. (2021) 271:377–9. doi: 10.1007/s00406-020-01151-w

22. Pignon B, Gourevitch R, Tebeka S, Dubertret C, Cardot H, Dauriac-Le Masson V, et al. Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to COVID-19 in Paris and suburbs. *Psychiatry Clin Neurosci*. (2020) 74:557–9. doi: 10.1111/pcn.13104

23. Beghi M, Brandolini R, Casolaro I, Beghi E, Cornaggia C, Fraticelli C, et al. Effects of lockdown on emergency room admissions for psychiatric evaluation: an observational study from the AUSL Romagna, Italy. *Int J Psychiatry Clin Pract*. (2020) 2:1–5. doi: 10.1080/13651501.2020.1859120

24. Boldrini T, Girardi P, Clerici M, Conca A, Creati C, Di Cecilia G, et al. Consequences of the COVID-19 pandemic on admissions to general hospital psychiatric wards in Italy: reduced psychiatric hospitalizations and increased suicidality. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. (2021) 110:110304. doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110304

25. Gonçalves-Pinho M, Mota P, Ribeiro J, Macedo S, Freitas A. The impact of COVID-19 pandemic on psychiatric emergency department visits—A descriptive study. *Psychiatr Q*. (2020): Epub ahead of print. doi: 10.1007/s11126-020-09837-z

26. Abbas M, Kronenberg G, McBride M, Chari D, Alam F, Mukaetova-Ladinska E, et al. The early impact of the COVID-19 pandemic on acute care mental health services. *Psychiatr Serv*. (2021) 72:242–6. doi: 10.1176/appi.ps.202000467

27. Chen S, Jones P, Underwood B, Moore A, Bullmore E, Banerjee S, et al. The early impact of COVID-19 on mental health and community physical health services and their patients' mortality in Cambridgeshire and Peterborough, UK. *J Psychiatr Res*. (2020) 131:244–54. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.09.020

28. Chen S, She R, Qin P, Kershenbaum A, Fernandez-Egea E, Nelder J, et al. The medium-term impact of COVID-19 lockdown on referrals to secondary care mental health services: a controlled interrupted time series study. *Front Psychiatry*. (2020) 11:585915. doi: 10.3389/fpsy.2020.585915

29. Tromans S, Chester V, Harrison H, Pankhania P, Booth H, Chakraborty N. Patterns of use of secondary mental health services before and during COVID-19 lockdown: observational study. *BJPsych Open*. (2020) 6:e117. doi: 10.1192/bjo.2020.104

30. Menculini G, Tortorella A, Albert U, Carmassi C, Carrà G, Cirulli F, et al. Access to mental health care during the first wave of the COVID-19 pandemic in Italy: results from the comet multicentric study. *Brain Sci*. (2021) 11:1413. doi: 10.3390/brainsci11111413

31. Stewart D, Appelbaum P. COVID-19 and psychiatrists' responsibilities: a WPA position paper. *World Psychiatry*. (2020) 19:406–7. doi: 10.1002/wps.20803

32. Kuzman M, Curkovic M, Wasserman D. Principles of mental health care during the COVID-19 pandemic. *Eur Psychiatry*. (2020) 63:e45. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.54



Adapting and Implementing Apps for Mental Healthcare

Jürgen Zielasek^{1,2} · Isabelle Reinhardt¹ · Laura Schmidt¹ · Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank¹

Accepted: 1 June 2022 / Published online: 15 July 2022

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2022

Abstract

Purpose of Review To describe examples of adapting apps for use in mental healthcare and to formulate recommendations for successful adaptation in mental healthcare settings.

Recent Findings International examples are given to explore implementation procedures to address this multitude of challenges.

Summary There are only few published examples of adapting apps for use in mental healthcare. From these examples and from results of studies in implementation science in general clinical settings, it can be concluded that the process of adapting apps for mental healthcare needs to address clinician training and information needs, user needs which include cultural adaptation and go beyond mere translation, and organizational needs for blending app use into everyday clinical mental healthcare workflows.

Keywords Cultural adaptation · Blended care · Mental disorders · Implementation research

Introduction

With the advent of smartphones and apps, a great potential to improve mental healthcare was created. In a survey of use of depression and anxiety apps, Wasil and coworkers [1] showed that these apps had about 10,000 monthly downloads, several thousand daily active users, and several hundred thousand monthly active users. Potential promises of mental health app use include but are not limited to increased utilization of mental healthcare, shortening of waiting times, better access to mental healthcare for people from rural or remote areas, empowerment of persons with mental illness, and increased therapeutic flexibility about when and where therapy may take place. Increasing evidence suggests clinical efficacy for many mental healthcare apps, but there is at best limited clinical efficacy of standalone apps for mental

disorders of “heightened severity” [2•]. Internet-based cognitive behavioural therapy has been shown to be effective in clinical routine practice, albeit with variable effect sizes, for example in depression and anxiety. Acceptability of the interventions was moderate to high and healthcare providers are faced with the challenge to select and integrate appropriate types of intervention for their clinical settings [3]. Early studies had shown that clinical efficacy in routine practice was high, for example in a large Dutch study of online cognitive behavioural treatment in routine clinical practice following a general practitioner referral for depression, panic disorder, posttraumatic stress disorder, or “burnout”. Study attrition, however, was high with 33% at 6 weeks and 65% at 1 year [4••]. There are a number of important barriers to routine clinical use of apps in professional mental healthcare settings including their integration with clinical practice and clinical workflows [5]. Gaebel and coworkers had provided a survey of the various states of implementation of e-mental health in six European countries pre-COVID [6•], and the COVID-19 pandemic decreased professionals’ negative sentiments about telehealth, but it also highlighted critical issues of technical difficulties and of challenges of adapting telehealth and digital healthcare to routine clinical workflows [7]. This review focuses on the potential that adapting apps to specific mental healthcare settings may have for increasing the uptake of efficient mental healthcare apps in clinical practice.

This article is part of the Topical Collection on *Psychiatry in the Digital Age*

✉ Jürgen Zielasek
juergen.zielasek@lvr.de

¹ Section of Healthcare Research, LVR-Institute for Research and Education, Wilhelm-Griesinger Str. 23, 51109 Cologne, Germany

² Medical Faculty, Heinrich Heine University Düsseldorf, Düsseldorf, Germany

Smartphones and apps are part of a wider “digital psychiatry” system, which also includes other technologies like artificial intelligence and virtual reality [8••]. The implementation of digital healthcare interventions like apps in clinical practice is subject to many barriers and facilitators, and scaling up to certain populations and/or settings are important challenges [9]. Surveys of people with mental illnesses and mental healthcare professionals show that although much research has been invested in studies showing the efficacy of mental healthcare apps, knowledge and clinical uptake are still limited. Few studies in real-world clinical settings are available regarding patient willingness to use an app for mental healthcare. As an example, Lipschitz and coworkers [10•] surveyed 149 US veterans who had consultations for anxiety, depression, or posttraumatic stress disorder. Eighty percent owned a smart device and 71% used apps in general. Seventy-three percent took interest in using an app for mental illness, but only 11% had done so. Recommendations by mental health providers were an important factor of raising interest in using a mental health app, and the most frequent concerns were lack of efficacy, data privacy, and how to find suitable apps. These factors seem to be of importance when adapting apps to mental healthcare.

Compared to other sectors, the digitalization of healthcare provision in general seems to be slow [11], and mental healthcare is no exception. In a recent German physician survey, 40% of respondents indicated that digital health apps were completely unknown to them, while 57% used mobile apps in their everyday work life [11]. For virtual reality applications (not necessarily as smartphone apps), the uptake was shown to be even lower in a recent Australian survey among mental healthcare professionals [12]. The task for professionals of identifying high-quality, evidence-based mental healthcare apps is complicated in that few repositories evaluate mental health apps and provide detailed information about clinical trials about the recommended apps, like the German DIGA list (Digitale Gesundheitsanwendungen, Digital Health Applications; <http://diga.bfarm.de>), or the American Psychiatric Association App Advisor project (<https://psychiatry.org/psychiatrists/practice/mental-health-apps>). Many apps have overlapping functionalities or are not updated regularly [13]. Uptake is also constrained from the patients’ side. One recent study in Germany examined the uptake of an app-based symptom checker in an outpatient psychotherapy clinic, showing that 71% of the 49 users would have preferred a face-to-face over an app-based diagnostic assessment, although the usability of the app was rated very favourably by the users [14]. In a much smaller study with 17 veterans in the USA, acceptability and willingness to recommend a smartphone-based self-management intervention for people with severe mental illness were very good in that all but one veteran would have recommended the app to a friend. However, the question whether the veterans would

have preferred a face-to-face service was not included [15]. Thus, acceptability may depend on the usability of the app, the care setting, and the target patient group, indicating that user group-specific and care setting-specific app adaptations may lead to increased rates of usability and acceptance. The last review on the topic of the integration of mobile apps into psychiatric treatment in 2017 [16] had reported that the integration process involved several aspects with a focus on the clinical workflow, the patient’s culture and day-to-day life, and the patient’s socioeconomic status. The app itself should be evaluated from user, clinical, business, and information systems perspectives. Specific methods to address user experiences and integrate such experiences in the mental health app development process are being refined [17]. An “onboarding” process may be necessary, whereby both app standalone solutions (with an app being prescribed by a physician) and physician-guided solutions are possible. A central aspect of an app as a “good product” may be usability also for persons with disabilities, cognitive issues, or low health literacy. Issues of “digital exclusion” of those without the necessary financial resources to own a smartphone or of those living in areas without internet access arise. Apps need to be developed in a culturally sensitive way, and this may lead to different culturally adapted solutions for different ethnic groups within a mental healthcare service. Social concerns and liability issues must be addressed.

A systematic literature review retrieved 48 studies about the implementation of electronic mental health interventions in routine mental healthcare and identified 37 areas of barriers and facilitators, which were categorized by the review authors into three broad categories: (1) acceptance by patients and professionals on the background of their preferences and expectations; (2) appropriateness of the intervention; and (3) availability, reliability, and interoperability of the intervention [18••]. Obviously, the multitude and complexities of these factors will make the clinical adaptation of mental health apps in mental healthcare a major undertaking, which seems to be beyond the faculties of single psychiatrists or single psychiatric hospitals. Another aspect is the multitude of healthcare apps and more specifically apps for mental healthcare, which is difficult to oversee for individual mental healthcare providers. A recent systematic review of mental healthcare apps reported finding 158 articles (2013–2018) and most research targeted depression and anxiety disorders. However, only 16% of the studies were randomized controlled clinical trials (RCTs) and the authors concluded that there was a need for designing interventions for more mental disorders and to focus on RCTs to improve the robustness and trustworthiness of assessments [19•].

Specific requirements by users, professionals, or the health system context may lead to needs for adaptation of existing apps, and adaptation will thus become an essential component of the larger process of implementation of apps

in clinical routine workflows. App adaptation may become necessary because of patient characteristics, like limited cognitive capacities or language difficulties. Service context factors may also play a role, for example, when an app developed for standalone use is used in a blended care setting. Professionals may require special adaptations of the app to integrate an app into a clinical data management system. Data security and data protection regulations may lead to technical adaptations with the advent of new digital platforms for exchanging mental health data (e.g. electronic patient records). An underresearched aspect for app adaptation is which modules of an app users really activate and use in clinical settings, and how to adapt an app once such data become available [20]. A similar area of few studies is the question of the cost-effectiveness of implementing apps in mental healthcare services [21•]. Cultural adaptation is a term used to describe adaptations of mental health interventions to users' cultural backgrounds and may lead to increased acceptance and usability, but a recent meta-analysis could not identify which components of cultural adaptation of mental health interventions were effective [22] and another review also did not find studies directly comparing the efficacy of culturally adapted vs. culturally non-adapted internet- and mobile-based interventions for mental disorders [23••]. Of interest, the latter review identified 55 studies and 17 components of cultural adaptation, ranging from minor language tailoring to addressing differences in concepts of mental health and its treatment. This provides a taxonomy for further studies.

Implementation

Three quarters of French general practitioners participating in an online survey were interested in using mobile health apps, and among the factors related to increasing the probability of implementing mobile health apps in clinical practice were sound scientific evidence, app certification, and the availability of training support [24]. In a similar survey of inpatient psychiatrists in the European eMEN project in Germany, Sander and coworkers [25•] showed that mental healthcare professionals perceived the severity of mental disorders, a neglect of face-to-face contacts and insufficient technical equipment as potential barriers to implementation. Specific challenges may arise for special patient groups like patients with psychotic disorders [26•] or in specific settings (e.g. forensic settings, see discussion below). Implementation in routine mental healthcare will usually occur as a “blended” treatment approach, i.e. internet-based interventions are provided in parallel to face-to-face interventions. The implementation of apps in such a clinical setting may pose time demands on clinicians, which need to be addressed when apps are adapted to blended care

[27]. For example, feedback opportunities for patients within an app need not only to be recorded; they also need to be assessed by clinicians. An important aspect of implementing new technologies in mental healthcare is to assess their usability [28•]. Recent research shows that validated short scales are becoming available, which may considerably aid in the process of adapting apps to user needs (e.g. the system usability scale for mental healthcare professionals using internet-based interventions for depression; [29]). To assess the implementation process as a whole, instruments like the Normalization Measure Development Questionnaire, which has been tested in mental healthcare settings, may be helpful [30].

Examples I-REACH: An Example of Cultural Adaptation and Adapting an App for an Inpatient Mental Healthcare Setting.

International studies show that refugees suffer from increased rates of mental healthcare problems (e.g. [31]). Due to several barriers (e.g. language and cultural barriers), current mental healthcare for refugees is insufficient. Implementation of blended care approaches in psychiatric-psychotherapeutic healthcare has the potential to improve the situation for “hard-to-reach target groups” (e.g. refugees).

The aim of the I-REACH consortium (Internet-based REFugee mentAl health Care) is to develop a culturally and contextually adapted internet-based intervention (app ALMAMAR) for Arabic and Farsi speaking refugees, and to implement and evaluate ALMAMAR in in- and outpatient settings in Germany. The evaluation of the app in an inpatient setting was planned as a controlled, multicentre intervention study, and is conducted in eight psychiatric hospitals in Germany. Refugees currently undergoing inpatient psychiatric healthcare due to a posttraumatic stress disorder, depression, or anxiety disorder are offered to use ALMAMAR as an add-on to routine mental healthcare.

ALMAMAR is based on CETA (Common Elements Treatment Approach, CETA; [32]), a transdiagnostic therapeutic intervention that has already shown medium to large effect sizes in different populations and different healthcare settings [33, 34]. CETA was designed to implement common cognitive behavioural treatment elements like psychoeducation and relaxation techniques and focusses on trauma, anxiety, depression, and behavioural problems. It allows to adapt the selection and dosing of each therapeutic element to individual treatment needs. As a preparatory step for the implementation in the I-REACH project, CETA was culturally and contextually adapted to the relevant target group (Arabic and Farsi speaking refugees) [35••]. In a second step, the adapted CETA version was converted into a digital format (app) and adapted to the specific clinical context (inpatient setting). Therefore, appropriate modules for

a psychiatric inpatient setting were selected. We decided to implement ALMAMAR as an *unguided* version in the framework of a blended care approach, hopefully reducing the workload for healthcare professionals and at the same time advancing patient self-empowerment. In the I-REACH context, ALMAMAR was considered a tool which supports communication with refugees during their inpatient stay in a psychiatric hospital.

In order to familiarize therapists with ALMAMAR, a training course for therapists (two hours) was developed. Therapists may decide which modules and exercises they assign to each patient according to the diagnosis and the current mental health status. Therapists may select a standard workflow, which consists of modules and exercises for a specific mental disorder (e.g. a standard workflow for depression), or an individualized workflow only consisting of an introductory module, where all other modules and exercises may later be assigned from a list. Therapists are able to monitor the progress in the app usage of their patients and see the content and ratings of completed modules in German. Patients have the opportunity to complete modules and exercises and to repeat these independently from therapeutic feedback. Usage frequency of modules and exercises is not predefined. The feasibility of this approach is currently under study in a controlled clinical implementation study in eight psychiatric hospitals in Germany.

Storm and coworkers [36] describe a pilot study using semistructured interviews and usability testing in Norway during the implementation of a US smartphone health app supporting self-management of somatic and mental disorders. Three persons with severe mental illness, two peer support workers, and six mental health professionals participated. Besides language translation, the study resulted in a recommendation to add context-specific content to tailor the app for its intended use in a Norwegian community in a peer-supported setting.

A project developing and adapting an app for displaced persons was the Hikma Health Electronic Health Record, initiated by a non-profit organization [37]. The authors stress the importance of three aspects as success factors for implementation: provider-tailored modular workflows, multilinguality of the app (English, Spanish, Arabic), and an offline-first capability. The last aspect is especially important for use in remote areas, where data are first recorded locally on the user's smartphone and are then sent to a central server once a connection is possible. Implementation was tested in a Syrian refugee camp in Lebanon and was underway at a rural healthcare clinic in Nicaragua.

Klein et al. [38•] described a co-design qualitative interview study to identify domains for tailoring a smoking cessation app to the needs of people with severe mental illness. The complexities of the intricate links between smoking and mental illnesses became evident, for example by addressing

the symptoms of mental illness and nicotine dependency or by providing real-time assistance when the urge to smoke arose.

For older adults, there are many customized (adapted) internet-based solutions to reduce social isolation (reviewed by Thangavel and coworkers [39]). A special group among older adults is the group of people with dementia. Rai and coworkers [40] employed a systematic approach to develop an app for cognitive stimulation therapy via touchscreen tablets using agile project management principles integrating people with dementia and their relatives. Feasibility of using this app in this setting was shown in a subsequent controlled clinical trial, indicating that the methods of adapting the app were efficient [41]. The latter study also showed that users completed the app quicker than expected and that an extension of the app was needed to maintain user engagement for longer periods of time. While this was no adaptation of a previously existing app, the project may be taken as a guidance for a successful participatory approach when adapting an app to the special needs of people with dementia and their caregivers.

In a similar co-design approach with patients and professionals, a mobile health app was developed for patients with opioid use disorders beginning with a formative phase with several iterative steps to tailor the app design and contents for this user group followed by a pilot study assessing acceptability and usability [42]. Also in the area of substance use apps, Lord and coworkers [43•] identified facilitators and barriers for implementation of substance use recovery apps for community settings, indicating a large range of aspects to be considered. Among the facilitators, careful planning, engaging a dedicated team, working closely together with the app development team to address technical issues, and consistently reviewing app usage data to inform progress were central. The team used the Consolidated Framework for Implementation Research as a guiding principle.

From a patient perspective, Chiauzzi and Newell described the multitude of available app use options for an individual with bipolar disorder [44]. While this was a single-person account, it clearly showed that the needs of adapting an app for use in mental healthcare from a patient perspective go beyond aspects of usability or cultural adaptation. Adapting the app in a broader sense may mean intense discussions between patients and treatment providers about finding the features the patient wants, determining what works, deciding how to integrate apps into clinical sessions, and taking safety and privacy precautions (Table 1 in [44]). The authors conclude that the key to effective deployment of apps in psychiatric treatment rests on the flexible use of apps rather than the sole reliance on condition-specific apps, thus addressing the broad range of lifestyle challenges for people with mental disorders. Along a similar line of thinking, Miralles and Granell based on a literature review and focus

Table 1 List of examples of frameworks and approaches for app adaptation and implementation in mental healthcare cited in the text

Target area	Example with reference
App adaptation	Comprehensive language, cultural and contextual adaptation of cognitive behavioural therapy for Arabic and Farsi speaking refugees [35••]
	Language and content adaptation for an app supporting self-management of somatic and mental disorders in Norway [36]
	Development of an offline digital health system for refugee care [37]
	Co-design process to adapt a smoking cessation app for people with severe mental illness [38•]
	Agile project management principles to adapt an app for cognitive stimulation for people with dementia and their relatives [40, 41]
App implementation	Co-design process to develop an app for patients with opioid use disorders [42]
App implementation	Establishing an ecosystem of digital mental healthcare in existing routine clinical workflows [46, 47••, 48, 49••]
	Establishing “blended” mental healthcare by combining face-to-face and online therapies [51•]

group interviews with professionals described a multitude of dimensions which may need to be considered, connected, and related when designing context-sensitive mental health apps [45]. Three basic dimensions emerged in their study, which were related to the mental disorder, technical aspects of the app, and the spatio-social context of its use.

In the USA, two examples of successful implementation of electronic mental healthcare were provided by Connolly and coworkers [46]. The authors use the term “digital clinic” to describe the synchronous provision of mental health visits (in person, by video, or by phone) and visits via digital health tools such as smartphone apps. One example describes the deliberate development of a general digital mental health clinic for patients with mood and anxiety disorders at the Boston Beth Israel Deaconess Center. Besides the development of a customizable app, the service includes the new role of a “digital navigator”, who serves to assist in app selection, technical troubleshooting, and providing clinical summaries from app data. This new service allows clinicians to focus on clinical aspects of using the new technologies (see also [47••] for a more detailed description of the “digital clinic” implementation and technology-enabled clinical care in a mental health outpatient clinic, and [48] for clinical case examples). Another approach was taken to integrate a specific app (PTSD Coach) into Veterans Administration Primary Care. App use and in-person visits are blended together in a low-intensity stepped-care intervention, with clinicians providing patients with information about tailoring their app use. The implementation process was guided by the Consolidated Framework for Implementation Research. In a broad-based implementation process, the Australian Project Synergy developed, implemented, and evaluated an e-mental health clinic platform for diverse clinical settings across different age groups and populations. The system was integrated into existing mental healthcare services and the whole process followed co-design principles. The study authors list health professional and service readiness for change, leadership at the local service level,

the appropriateness and responsiveness of the technology for the service end users, and availability of funds as important for success [49••]. The results and experiences of this process support the notion that successful app integration into routine clinical workflows is a complex task involving more steps than just adapting an app to user needs.

Special Mental Healthcare Settings

Within mental healthcare services, some areas deserve special attention because clinical studies are scarce and complicated and we focus on two special services: forensic services and services for people with intellectual disorders and comorbid mental disorders.

A recent survey in the Netherlands among forensic mental healthcare professionals showed a broad range of recommendations for fostering the implementation of digital mental healthcare in this setting [50]. Similar to non-forensic settings, the recommendations centred around the domains of the professionals, the patient, the technologies, and the organizational context. The same group of Dutch researchers has adapted a generic toolbox for adapting mental healthcare settings to the requirements of blended care for use in a forensic setting, in which an online intervention with more than 200 intervention modules was already in use, but with low frequencies (only 18% of patients used it) and with little endurance by patients (82% of patients who started a module did not finish it) [51•]. The adaptation process was user-centred and highly participative; it followed agile project management concepts and was divided into four phases (requirements for adaptation, identifying factors, content generation, and testing). The study group succeeded in developing new ways of integrating the internet-based intervention modules into clinical care, for example by better supporting professionals in their communication with patients about blended care and how to use the internet-based interventions. Although probable effects

of implementing this adapted version of the toolbox were not reported, the methods of adapting the toolbox may be used as a guideline for the process of optimizing the potential of digital technologies in blended mental healthcare.

In the field of people with mental disorders and intellectual disabilities, we could not find studies describing the adaptation of apps to this setting. However, given the challenge to develop appropriately tailored apps and especially a desire to offer non-textual interventions, it is encouraging to see studies employing virtual reality for this group of patients [52••].

A new concept is the user-centred just-in time adaptation of responses by an app itself after an automated analysis of a user's sensor data, for example for patients with depression [53•]. However, this approach has yet to be more fully studied regarding apps for mental illnesses.

Table 1 provides a summary of examples of frameworks and approaches for app adaptation and implementation in mental healthcare cited in the text.

The COVID-19 Pandemic: a Game Changer for Apps in Mental Healthcare?

The COVID-19 pandemic impacted on mental health [54] and mental healthcare. It leads to decreases of in-person consultations and increases of remote mental healthcare consultations [55•]. There was an increase of mental health app downloads [56], special app developments in mental healthcare [57], and aspects of problematic internet use especially among youths and adolescents arose [58]. A Canadian review identified 31 mobile apps and more than 100 internet sites of potential benefit for mental health [59] and reports began to appear about which mental health apps and other digital solutions were used by people with mental disorders in times of the pandemic (see, for example, Dahmen and coworkers for a study in Germany [60]). Satre and coworkers [61] described the opportunities that arose during the COVID-19 pandemic to integrate mobile app-based interventions into mental healthcare. These opportunities were influenced by increasing rates of mental disorders during the pandemic in parallel with treatment access limitations. This required the development of clinical decision processes and reliable information resources for both patients and professionals about which app to use in which clinical situation, and how to integrate them into clinical workflows. Satre and coworkers describe several “digital ecosystems”, which emerged in the USA and other countries during the COVID-19 pandemic. In a comprehensive European online survey, DeWitte and coworkers assessed the experiences and opinions of 2082 mental health professionals from 13 European countries about online consultations during the first wave of the COVID-19 pandemic in 2020 [62]. The survey

showed that there was a high uptake of online consultations and generally positive experiences, but a lack of training experiences and some concerns about relational aspects and practical considerations like privacy protection. Although this survey did not address apps, it shows that the pandemic was a driver towards digitalization of mental healthcare, and that professionals quickly adapted to the new challenges. As some of the regulatory and payment adaptation due to the pandemic was of a temporary nature, it remains to be seen which developments will be overduring.

Recommendations for Mental Healthcare Professionals

Panel reviews including a broad spectrum of stakeholders identified several dozens of facilitators and barriers for upscaling and implementing digital health solutions in healthcare [63]. More specifically, Connolly and coworkers [46] have provided suggestions for factors of success of implementing digital tools in routine mental healthcare, including but not limited to providing clinician and support staff training, integrating digital solutions into clinical workflows, and safety planning and defining borders of clinician responsibilities given the possible 24/7 use of digital technologies by patients. In order to avoid creating a new digital divide, increasing health literacy, providing hardware and software for free, and providing language and cultural adaptation of apps may be deemed necessary. For professionals working in regulatory services or policymakers, recommendations have been developed and published [6•, 64]. It may be advisable to integrate and adapt existing apps into complex local or regional digital health ecosystems, which may also allow and simplify the tailoring of apps for several clinical use cases. Torous and coworkers describe the development and implementation of such a complex platform solution employing a participative, interdisciplinary approach [65••], and the results of a similar approach in Australia have been published [49••]. These and other studies profited from strategies of user and professional co-design throughout the life cycle of a mental health app [66]. For app developers, a central tenet may be to include options for users to adapt the app to their needs, which was a frequent desire in user surveys in mental healthcare [67]. Table 2 summarizes the concluding recommendations for clinicians when considering to adapt or implement apps in their clinical routine mental healthcare practice.

A new potential which may be tapped to increase the uptake of mental health apps in specific mental healthcare settings may be peer-to-peer support, which was shown to be effective in an undergraduate student program to support digital mental health [68].

Table 2 Summary of key concluding recommendations for clinicians who consider to adapt or implement apps in their clinical routine mental healthcare practice

Target process	Recommendation
Adapting apps to mental healthcare	<p>Define the target patient population and their needs</p> <p>Consult available evidence-based app repositories as sources to identify high-quality apps for clinical use; also check medical device status and regulatory aspects of app use like data safety and data protection, costs and liability issues when adapting, prescribing or recommending apps</p> <p>Address language barriers and cultural barriers</p> <p>Provide low-threshold access (e.g. ease of use, free access)</p> <p>Consider interoperability with existing clinical information systems</p> <p>Where possible, use co-design methods involving patients and staff</p> <p>Consider the use of standardized scales to assess the degree of adaptation reached (e.g. the System Usability Scale)</p>
Implementing apps in mental healthcare	<p>Create implementation teams ideally consisting of all relevant user and staff groups</p> <p>Consider to study already available clinical digital ecosystems and consider to use standardized guides to implementation (e.g. the Consolidated Framework for Implementation Research)</p> <p>Define target processes and structures that may change following app implementation, integrate app into existing clinical workflows and existing or emerging local digital health ecosystems</p> <p>Address concerns of potential users and professionals whose workflows may be influenced by app implementation; identify and engage with motivated staff members who may become multipliers of app use</p> <p>Ascertain sustained financial and managerial leadership support</p> <p>Define borders of clinician responsibilities</p> <p>Train patients and staff</p> <p>Constantly monitor implementation success (e.g. by measuring access rates and asking users to evaluate the app; consider the repeated use of standardized instruments like the Normalization Measure Development Questionnaire to assess implementation progress)</p> <p>Provide sustained support to patients and staff to ascertain long-term success of implementation</p>

Conclusions

Digital mental healthcare, apps, and other electronic devices are emerging technologies which are now at a transition point between research and clinical implementation. Adaptation of apps to user needs and integration into existing clinical workflows is a complex process, which may, however, advance communication and patient empowerment, and support and sustain the clinical use of evidence-based clinically safe apps. The potential benefits and the unique opportunities to overcome cultural and language divides between healthcare professionals and patients by adapting apps are great. Also, processes of data sharing and user empowerment may significantly enrich clinical routine work. Such potential benefits are only beginning to emerge and implementation science will help to realize these potentials. Healthcare professionals, policy stakeholders, patients and their relatives, and technology experts need to cooperate closely to advance this novel field of mental healthcare.

Funding Work on this review was partially supported by the European Union InterReg NorthWest Europe funding program (project eMEN; <https://www.nweurope.eu/projects/project-search/e-mental-health-innovation-and-transnational-implementation-platform-north-west-europe-emen/>) and by

the German Ministry of Research and Education (project I-REACH, Funding Code 01EF1806C).

Declarations

Conflict of Interest The authors declare no competing interests.

References

Papers of particular interest, published recently, have been highlighted as:

- Of importance
 - Of major importance
1. Wasil AR, Gillespie S, Shingleton R, Wilks CR, Weisz JR. examining the reach of smartphone apps for depression and anxiety. *Am J Psychiatry*. 2020;177(5):464–5. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19090905.2020a>.
 2. ● Weisel KK, Fuhrmann LM, Berking M, Baumeister H, Cuijpers P, Ebert DD. Standalone smartphone apps for mental health—a systematic review and meta-analysis. *NPJ Digit Med*. 2019;2(2):118. <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0188-8.#>. **Standalone apps were efficient for depression and smoking-related behaviour,**

- but not for other mental disorders like anxiety or alcohol-related disorders. The authors conclude that using smartphone apps as standalone psychological interventions cannot be recommended.**
3. Etzelmüller A, Vis C, Karyotaki E, Baumeister H, Titov N, Berking M, Cuijpers P, Riper H, Ebert DD. Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2020;22(8): e18100. <https://doi.org/10.2196/18100>.
 4. ●● Ruwaard J, Lange A, Schrieken B, Dolan CV, Emmelkamp P. The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. *PLoS ONE.* 2012;7(7): e40089. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040089>. **One of the early and few studies with longer follow-up (up to one year) on online therapist-assisted cognitive behavioral therapy in routine clinical practice performed in the Netherlands yielding important information on long-term effectiveness and usability.**
 5. Huckvale K, Nicholas J, Torous J, Larsen ME. Smartphone apps for the treatment of mental health conditions: status and considerations. *Curr Opin Psychol.* 2020;36:65–70. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.04.008>.
 6. ● Gaebel W, Lukies R, Kerst A, Stricker J, Zielasek J, Diekmann S, Trost N, Gouzoulis-Mayfrank E, Bonroy B, Cullen K, Desie K, Ewalds Mulliez AP, Gerlinger G, Günther K, Hiemstra HJ, McDaid S, Murphy C, Sander J, Sebbane D, Roelandt JL, Thorpe L, Topolska D, Van Assche E, Van Daele T, Van den Broeck L, Versluis C, Vlijter O. Upscaling e-mental health in Europe: a six-country qualitative analysis and policy recommendations from the eMEN project. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2021;271(6):1005–16. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01133-y>. **Results of a European project, which addressed the needs of policymakers for the successful uptake of e-mental health interventions based on a literature review and narrative country reports.**
 7. Nitiema P. Telehealth before and during the COVID-19 pandemic: analysis of health care workers' opinions. *J Med Internet Res.* 2022;24(2): e29519. <https://doi.org/10.2196/29519>.
 8. ●● Torous J, Bucci S, Bell IH, Kessing LV, Faurholt-Jepsen M, Whelan P, Carvalho AF, Keshavan M, Linardon J, Firth J. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World Psychiatry.* 2021;20(3):318–35. <https://doi.org/10.1002/wps.20883>. **A comprehensive overview of the promises, challenges and solutions for implementing digital technologies in mental healthcare.**
 9. Klačić M, Kapp S, Hudson P, Chapman W, Denehy L, Story D, Francis JJ. Implementability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a conceptual framework. *Implement Sci.* 2022;17(1):10. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01171-7>.
 10. ● Lipschitz J, Miller CJ, Hogan TP, Burdick KE, Lippin-Foster R, Simon SR, Burgess J. Adoption of mobile apps for depression and anxiety: cross-sectional survey study on patient interest and barriers to engagement. *JMIR Ment Health.* 2019;6(1): e11334. <https://doi.org/10.2196/11334>. **A U.S. veteran survey study showing facilitators and barriers of mental health app implementation.**
 11. Burmann A, Tischler M, Faßbach M, Schneitler S, Meister S. The role of physicians in digitalizing health care provision: web-based survey study. *JMIR Med Inform.* 2021;9(11): e31527. <https://doi.org/10.2196/31527>.
 12. Chung OS, Johnson AM, Dowling NL, Robinson T, Ng CH, Yücel M, Segrave R. Are Australian mental health services ready for therapeutic virtual reality? An investigation of knowledge, attitudes, implementation barriers and enablers. *Front Psychiatr.* 2022;13: 792663. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.792663>.
 13. Lagan S, D'Mello R, Vaidyam A, Bilden R, Torous J. Assessing mental health apps marketplaces with objective metrics from 29,190 data points from 278 apps. *Acta Psychiatr Scand.* 2021;144(2):201–10. <https://doi.org/10.1111/acps.13306>.
 14. Hennemann S, Kuhn S, Withhöft M, Jungmann SM. Diagnostic performance of an app-based symptom checker in mental disorders: comparative study in psychotherapy outpatients. *JMIR Ment Health.* 2022;9(1): e32832. <https://doi.org/10.2196/32832>.
 15. Buck B, Nguyen J, Porter S, Ben-Zeev D, Reger GM. FOCUS mHealth intervention for veterans with serious mental illness in an outpatient department of veterans affairs setting: feasibility, acceptability, and usability study. *JMIR Ment Health.* 2022;9(1): e26049. <https://doi.org/10.2196/26049>.
 16. Chan S, Godwin H, Gonzalez A, Yellowlees PM, Hilty DM. Review of use and integration of mobile apps into psychiatric treatments. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(12):96. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0848-9>.
 17. Lemon C, Huckvale K, Carswell K, Torous J. A narrative review of methods for applying user experience in the design and assessment of mental health smartphone interventions. *Int J Technol Assess Health Care.* 2020;36(1):64–70. <https://doi.org/10.1017/S0266462319003507>.
 18. ●● Vis C, Mol M, Kleiboer A, Bührmann L, Finch T, Smit J, Riper H. Improving implementation of eMental health for mood disorders in routine practice: systematic review of barriers and facilitating factors. *JMIR Ment Health.* 2018;5(1): e20. <https://doi.org/10.2196/mental.9769>. **This systematic review identified 37 areas of barriers and facilitators. These encompassed three main areas of acceptance by patients and professionals, appropriateness of the intervention, and availability, reliability and interoperability.**
 19. ● Miralles I, Granell C, Díaz-Sanahuja L, Van Woensel W, Bretón-López J, Mira A, Castilla D, Casteleyn S. Smartphone apps for the treatment of mental disorders: systematic review. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2020;8(4): e14897. <https://doi.org/10.2196/14897>. **The authors found an increasing interest in smartphone-based interventions in mental healthcare over time mainly focused on high-prevalence mental disorders like depression and anxiety. Randomized controlled trials were still in the minority of study designs (15.8% of 158 articles retrieved in this systematic review).**
 20. Wasil AR, Gillespie S, Patel R, Petre A, Venturo-Conerly KE, Shingleton RM, Weisz JR, DeRubeis RJ. Reassessing evidence-based content in popular smartphone apps for depression and anxiety: developing and applying user-adjusted analyses. *J Consult Clin Psychol.* 2020;88(11):983–93. <https://doi.org/10.1037/ccp0000604>.
 21. ● Píera-Jiménez J, Etzelmüller A, Kolovos S, Folkvord F, Lupiáñez-Villanueva F. Guided internet-based cognitive behavioral therapy for depression: implementation cost-effectiveness study. *J Med Internet Res.* 2021;23(5): e27410. <https://doi.org/10.2196/27410>. **One of the few examples of a health economy study of implementing digital psychiatry in clinical practice.**
 22. Rathod S, Gega L, Degnan A, Pikard J, Khan T, Husain N, Munshi T, Naeem F. The current status of culturally adapted mental health interventions: a practice-focused review of meta-analyses. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;4(14):165–78. <https://doi.org/10.2147/NDT.S138430>.
 23. ●● Spanhel K, Balci S, Feldhahn F, Bengel J, Baumeister H, Sander LB. Cultural adaptation of internet- and mobile-based interventions for mental disorders: a systematic review. *NPJ Digit Med.* 2021;4(1):128. <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00498-1>. **This systematic review provides a list of 17 domains of cultural adaptation, which may provide a taxonomy for this area of research.**

24. Della Vecchia C, Leroy T, Bauquier C, Pannard M, Sarradon-Eck A, Darmon D, Dufour JC, Preau M. Willingness of French general practitioners to prescribe mHealth apps and devices: quantitative study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2022;10(2): e28372. <https://doi.org/10.2196/28372>.
25. Sander J, Bolinski F, Diekmann S, Gaebel W, Günther K, Hauth I, Heinz A, Kleiboer A, Riper H, Trost N, Vlijter O, Zielasek J, Gerlinger G. Online therapy: an added value for inpatient routine care? Perspectives from mental health care professionals. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;272(1):107–18. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01251-1>. **A qualitative content analysis of an online questionnaire survey of 176 German mental healthcare professionals from ten psychiatric hospitals based on the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology showing among others a need for staff training to integrate digital technologies into clinical routine practice.**
26. Bucci S, Berry N, Morris R, Berry K, Haddock G, Lewis S, Edge D. "they are not hard-to-reach clients. We have just got hard-to-reach services." Staff views of digital health tools in specialist mental health services. *Front Psychiatry*. 2019 May 10;10:344. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00344>. **A qualitative study addressing perceived barriers, acceptance and data security, safety and risk issues, from the viewpoints of mental healthcare professionals.**
27. Mol M, van Genugten C, Dozeman E, van Schaik DJF, Draisma S, Riper H, Smit JH. Why uptake of blended internet-based interventions for depression is challenging: a qualitative study on therapists' perspectives. *J Clin Med*. 2019;9(1):91. <https://doi.org/10.3390/jcm9010091>.
28. Inal Y, Wake JD, Guribye F, Nordgreen T. usability evaluations of mobile mental health technologies: systematic review. *J Med Internet Res*. 2020;22(1): e15337. <https://doi.org/10.2196/15337>. **This review shows that usability, feasibility and acceptability are studied in mental healthcare mobile intervention studies using different approaches and that the development of a standardized questionnaire may be warranted.**
29. Mol M, van Schaik A, Dozeman E, Ruwaard J, Vis C, Ebert DD, Etzelmüller A, Mathiasen K, Moles B, Mora T, Pedersen CD, Skjøth MM, Pensado LP, Piera-Jimenez J, Gokcay D, Ince BÜ, Russi A, Sacco Y, Zanalda E, Zabala AF, Riper H, Smit JH. Dimensionality of the system usability scale among professionals using internet-based interventions for depression: a confirmatory factor analysis. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):218. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02627-8>.
30. Vis C, Ruwaard J, Finch T, Rapley T, de Beurs D, van Stel H, van Lettow B, Mol M, Kleiboer A, Riper H, Smit J. Toward an objective assessment of implementation processes for innovations in health care: psychometric evaluation of the Normalization Measure Development (NoMAD) Questionnaire among mental health care professionals. *J Med Internet Res*. 2019;21(2): e12376. <https://doi.org/10.2196/12376>.
31. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2019;394(10194):240–8.
32. Murray LK, Dorsey S, Haroz E, Lee C, Alyasiry MM, et al. A common elements treatment approach for adult mental health problems in low- and middle income countries. *Cogn Behav Pract*. 2014;21(2):111–23.
33. Kane JC, Van Wyk SS, Murray SM, Bolton P, Melendez F, et al. Testing the effectiveness of a transdiagnostic treatment approach in reducing violence and alcohol abuse among families in Zambia: study protocol of the Violence and Alcohol Treatment (VATU) trial. *Global Mental Health*. 2014;4: e18. <https://doi.org/10.1017/gmh.2017.10>.
34. Murray LK, Haroz EE, Doty SB, Singh NS, Bogdanov S. Testing the effectiveness and implementation of a brief version of the Common Elements Treatment Approach (CETA) in Ukraine: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2018;19(1):1–16.
35. Böttche M, Kampisiou C, Stammel N, El-Haj-Mohamad R, Heeke C, Burchert S, Heim E, Wagner B, Renneberg B, Böttcher J, Glaesmer H, Gouzoulis-Mayfrank E, Zielasek J, Konnopka A, Murray L, Knaevelsrud C. From formative research to cultural adaptation of a face-to-face and internet-based cognitive-behavioural intervention for Arabic-speaking refugees in Germany. *Clin Psychol Europe* 2021;3(Special Issue): e4623. <https://doi.org/10.32872/cpe.4623>. **Detailed description of the cultural and language adaptation of a psychotherapeutic mental healthcare app for Arabic-speaking refugees in Germany.**
36. Storm M, Fjellså HMH, Skjærpe JN, Myers AL, Bartels SJ, Fortuna KL. Usability testing of a mobile health application for self-management of serious mental illness in a Norwegian community mental health setting. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(16):8667. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168667>.
37. Ashworth H, Ebrahim S, Ebrahim H, Bhaiwala Z, Chilazi M. A free, open-source, offline digital health system for refugee care. *JMIR Med Inform*. 2022;10(2): e33848. <https://doi.org/10.2196/33848>.
38. Klein P, Lawn S, Tsourtos G, van Agteren J. Tailoring of a smartphone smoking cessation app (Kick.it) for serious mental illness populations: qualitative study. *JMIR Hum Factors*. 2019 Sep 3;6(3):e14023. <https://doi.org/10.2196/14023>. **An interview study which focusses on identifying user needs to adapt an app to the needs of people with severe mental illness.**
39. Thangavel G, Memedi M, Hedström K. Customized information and communication technology for reducing social isolation and loneliness among older adults: scoping review. *JMIR Ment Health*. 2022;9(3): e34221. <https://doi.org/10.2196/34221>.
40. Rai HK, Schneider J, Orrell M. An individual cognitive stimulation therapy app for people with dementia: development and usability study of thinkability. *JMIR Aging*. 2020;3(2): e17105. <https://doi.org/10.2196/17105>.
41. Rai HK, Schneider J, Orrell M. An individual cognitive stimulation therapy app for people with dementia and carers: results from a feasibility randomized controlled trial (RCT). *Clin Interv Aging*. 2021;22(16):2079–94. <https://doi.org/10.2147/CIA.S323994>.
42. Waselewski ME, Flickinger TE, Canan C, Harrington W, Franklin T, Otero KN, Huynh J, Waldman ALD, Hilgart M, Ingersoll K, Ait-Daoud Tiouririne N, Dillingham RA. A mobile health app to support patients receiving medication-assisted treatment for opioid use disorder: development and feasibility study. *JMIR Form Res*. 2021;5(2): e24561. <https://doi.org/10.2196/24561>.
43. Lord S, Moore SK, Ramsey A, Dinauer S, Johnson K. Implementation of a substance use recovery support mobile phone app in community settings: qualitative study of clinician and staff perspectives of facilitators and barriers. *JMIR Ment Health*. 2016;3(2): e24. <https://doi.org/10.2196/mental.4927>. **An example of using the Consolidated Framework of Implementation Research as a guiding principle for developing and implementing a mental health app.**
44. Chiauuzi E, Newell A. Mental health apps in psychiatric treatment: a patient perspective on real world technology usage *JMIR Ment Health*. 2019;6(4): e12292. <https://doi.org/10.2196/12292>.
45. Miralles I, Granell C. considerations for designing context-aware mobile apps for mental health interventions. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(7):1197. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071197>.
46. Connolly SL, Kuhn E, Possemato K, Torous J. Digital clinics and mobile technology implementation for mental health care. *Curr Psychiatry Rep*. 2021;23(7):38. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01254-8>.

47. ●● Rodriguez-Villa E, Rauseo-Ricupero N, Camacho E, Wisniewski H, Keshavan M, Torous J. The digital clinic: implementing technology and augmenting care for mental health. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Sep–Oct;66:59–66. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.009>. **A comprehensive report about the implementation of a digital ecosystem implemented in clinical mental healthcare. The cornerstones are integrating digital technologies into clinical workflows, evidence-based healthcare, and shared decision making. Apps and sensors are used to collect data and inform healthcare service provision, which can supplement and/or integrate other telehealth applications.**
48. Rauseo-Ricupero N, Henson P, Agate-Mays M, Torous J. Case studies from the digital clinic: integrating digital phenotyping and clinical practice into today's world. *Int Rev Psychiatry*. 2021;33(4):394–403. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1859465>.
49. ●● LaMonica HM, Iorfino F, Lee GY, Piper S, Occhipinti JA, Davenport TA, Cross S, Milton A, Ospina-Pinillos L, Whittle L, Rowe SC, Dowling M, Stewart E, Ottavio A, Hockey S, Cheng VWS, Burns J, Scott EM, Hickie IB. Informing the future of integrated digital and clinical mental health care: synthesis of the outcomes from project synergy. *JMIR Ment Health*. 2022;9(3): e33060. <https://doi.org/10.2196/33060>. **A concise report about the development, implementation and evaluation of a digital mental healthcare platform in routine mental healthcare in Australia. The project is an example of co-design development and practical experiences of adapting and integrating e-mental health features into clinical mental healthcare.**
50. Kip H, Oberschmidt K, Bierbooms JPA. eHealth technology in forensic mental healthcare: recommendations for achieving benefits and overcoming barriers. *Int J Forensic Ment Health* 2021;20:1, 31–47. <https://doi.org/10.1080/14999013.2020.1808914>.
51. ● Kip H, Wentzel J, Kelders SM. Shaping blended care: adapting an instrument to support therapists in using eMental health. *JMIR Ment Health*. 2020;7(11): e24245. <https://doi.org/10.2196/24245>. **A participative approach towards fostering the implementation of a web-based multimodular mental healthcare intervention in a blended care forensic setting by improving a toolbox for professionals used when informing and guiding patients.**
52. ●● Nabors L, Monnin J, Jimenez S. A scoping review of studies on virtual reality for individuals with intellectual disabilities. *Advn Neurodevelopmental Dis*. 2020;4:344–56. **An important review of the use of virtual reality for individuals with intellectual disabilities, a group which is often neglected as a user group for e-mental health applications although features like non-textual training may be of specific benefit for this group.**
53. ● Teepe GW, Da Fonseca A, Kleim B, Jacobson NC, Salamanca Sanabria A, Tudor Car L, Fleisch E, Kowatsch T. Just-in-time adaptive mechanisms of popular mobile apps for individuals with depression: systematic app search and literature review. *J Med Internet Res*. 2021;23(9): e29412. <https://doi.org/10.2196/29412>. **A review on automatic interventions provided by apps detecting momentary mental health states.**
54. Leucht S, Cipriani A, Furukawa TA, Peter N, Tonia T, Papakonstantinou T, Holloway A, Salanti G. A living meta-ecological study of the consequences of the COVID-19 pandemic on mental health. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2021;271(2):219–21. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01242-2>.
55. ● Patel R, Irving J, Brinn A, Broadbent M, Shetty H, Pritchard M, Downs J, Stewart R, Harland R, McGuire P. Impact of the COVID-19 pandemic on remote mental healthcare and prescribing in psychiatry: an electronic health record study. *BMJ Open*. 2021;11(3): e046365. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046365>. **A study from the U.K. showing that analysing electronic healthcare utilization data can provide rapid information on the clinical implementation of remote mental healthcare services during times of a virus pandemic.**
56. Wang X, Markert C, Sasangohar F. Investigating popular mental health mobile application downloads and activity during the COVID-19 pandemic. *Hum Factors*. 2021;7:18720821998110. <https://doi.org/10.1177/0018720821998110>.
57. Jaworski BK, Taylor K, Ramsey KM, Heinz A, Steinmetz S, Pagano I, Moraja G, Owen JE. Exploring usage of COVID coach, a public mental health app designed for the COVID-19 pandemic: evaluation of analytics data. *J Med Internet Res*. 2021;23(3): e26559. <https://doi.org/10.2196/26559>.
58. Gansner M, Nisenson M, Lin V, Pong S, Torous J, Carson N. Problematic internet use before and during the COVID-19 pandemic in youth in outpatient mental health treatment: app-based ecological momentary assessment study. *JMIR Ment Health*. 2022;9(1): e33114.
59. Strudwick G, Sockalingam S, Kassam I, Sequeira L, Bonato S, Youssef A, Mehta R, Green N, Agic B, Soklaridis S, Impey D, Wiljer D, Crawford A. Digital interventions to support population mental health in Canada during the COVID-19 pandemic: rapid review. *JMIR Ment Health*. 2021;8(3): e26550.
60. Dahmen A, Keller FM, Derksen C, Kötting L, Lippke S. Which digital services do psychosomatic rehabilitation patients use during the corona pandemic and do interrelations with anxiety and depressive symptoms exist? *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2021;71(12):508–14. <https://doi.org/10.1055/a-1503-5548>. **Article in German.**
61. Satre DD, Meacham MC, Asarnow LD, Fisher WS, Fortuna LR, Iturralde E. Opportunities to integrate mobile app-based interventions into mental health and substance use disorder treatment services in the wake of COVID-19. *Am J Health Promot*. 2021;35(8):1178–83. <https://doi.org/10.1177/08901171211055314>.
62. De Witte NAJ, Carlbring P, Etzelmueller A, Nordgreen T, Karekla M, Haddouk L, Belmont A, Øverland S, Abi-Habib R, Bernaerts S, Brugnera A, Compare A, Duque A, Ebert DD, Eimontas J, Kassianos AP, Salgado J, Schwerdtfeger A, Tohme P, Van Assche E, Van Daele T. Online consultations in mental healthcare during the COVID-19 outbreak: an international survey study on professionals' motivations and perceived barriers. *Internet Interv*. 2021;26(25): 100405. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100405>.
63. Schlieter H, Marsch LA, Whitehouse D, Otto L, Londral AR, Teepe GW, Benedict M, Ollier J, Ulmer T, Gasser N, Ultsch S, Wollschlaeger B, Kowatsch T. Scale-up of digital innovations in health care: expert commentary on enablers and barriers. *J Med Internet Res*. 2022;24(3): e24582. <https://doi.org/10.2196/24582>.
64. Van Daele T, Karekla M, Kassianos AP, Compare A, Haddouk L, Salgado J, Ebert DD, Trebbi G, Bernaerts S, Van Assche E, De Witte NAJ. Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *J Psychother Integrat* 2020;30(2):160.173. <https://doi.org/10.1037/int0000218>.
65. ●● Torous J, Wisniewski H, Bird B, Carpenter E, David G, Elejaldo E, Fulford D, Guimond S, Hays R, Henson P, Hoffman L, Lim C, Menon M, Noel V, Pearson J, Peterson R, Susheela A, Troy H, Vaidyam A, Weizenbaum E, Naslund JA, Keshavan M. Creating a digital health smartphone app and digital phenotyping platform for mental health and diverse healthcare needs: an interdisciplinary and collaborative approach. *J Technol Behav Sci*. 2019;4:73–85. **An example of a comprehensive digital system solution to implement and integrate digital psychiatric services employing an iterative co-design approach and providing versatile functions to tailor the system to specific service needs.**

66. Storm M, Venegas M, Gocinski A, Myers A, Brooks J, Fortuna KL. Stakeholders' perspectives on partnering to inform the software development lifecycle of smartphone applications for people with serious mental illness: enhancing the software development lifecycle through stakeholder engagement. *Proc IEEE Glob Humanit Technol Conf.* 2021;2021:195–9. <https://doi.org/10.1109/ghtc53159.2021.9612444>.
67. Alqahtani F, Orji R. Insights from user reviews to improve mental health apps. *Health Informatics J.* 2020;26(3):2042–66. <https://doi.org/10.1177/1460458219896492>.
68. Rosenberg BM, Kodish T, Cohen ZD, Gong-Guy E, Craske MG. A novel peer-to-peer coaching program to support digital mental health: design and implementation. *JMIR Ment Health.* 2022;9(1): e32430. <https://doi.org/10.2196/32430>.

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Skizze eines neuen § 64 StGB – Alternativen und Ergänzungen zum Reformvorschlag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe

Von Dr. Jan Querengässer,
Dr. Alexander Baur und Dörte Berthold *

Abstract

Mehrere Fachverbände und eine eigens dazu eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe haben sich in den letzten Monaten mit der Neugestaltung des § 64 StGB befasst. Mitte Mai 2022 brachten die Unionsparteien einen darauf gestützten Gesetzentwurf in den Bundestag ein. Ziel aller Regelungsvorschläge ist es, den rasanten Anstieg an Unterbringungsanordnungen zu bremsen oder umzukehren. Die vorliegenden Regelungsentwürfe enthalten ohne Zweifel zielführende Ansätze; sie setzen jedoch aus Sicht der Autoren falsche Schwerpunkte oder gehen nicht weit genug. Der Reformvorschlag der Bund-Länder-AG belässt weiterhin große Anordnungsspielräume, die dazu führen könnten, dass das Ziel, die Anordnungszahlen nachhaltig zu verringern, abermals verfehlt werden könnte. Auf Basis des im Februar 2022 in dieser Zeitschrift publizierten Vorstoßes „Vom gesetzlichen Anspruch und den Grenzen der gutachterlichen Möglichkeiten – Plädoyer für die Streichung der ‚Behandlungsprognose‘ aus § 64 StGB“ wird im vorliegenden Beitrag ein konkreter alternativer Regelungsvorschlag formuliert, welcher neben der Reduktion der Anordnungszahlen auch das Ziel verfolgt, die regionalen Unterschiede in der Anordnungspraxis abzuschwächen. Im Zentrum dieses Vorschlags stehen Konkretisierungen der drei Eingangsvoraussetzungen des § 64 StGB – also des „Hangs“ zum Substanzmittelkonsum im Übermaß, des Zusammenspiels von „Hang“ und Legalverhalten und der Behandlungsprognose.

Several professional associations and an official federal working group set up specifically for this purpose have been working on the redrafting of Section 64 of the German Criminal Code (StGB) in recent months. In mid-May, the CDU/CSU parties introduced a bill based on this into the German parliament. The aim of all the proposed regulations is to slow down or reverse the rapid increase in placement orders. The present draft regulations undoubtedly contain targeted approaches; however, in the view of the authors, they set the wrong priorities or do not go far enough. The reform draft of the official federal working group continues to leave a great deal of decision-making leeway, which could lead to a further failure to achieve the goal of sustainably reducing the number of placement

orders. Based on an article called „On the legal claim and the limits of the expert's possibilities – A plea for the deletion of the ‘treatment prognosis’ from § 64 StGB” published in this journal in February 2022, the present paper formulates a concrete alternative regulatory proposal that, in addition to reducing the number of orders, also aims to mitigate regional differences in ordering practices. At the heart of this proposal are concretizations of the three entry requirements of Sect. 64 StGB – i.e., the addiction to substance use in excess, the interaction of addiction and legal behavior, and the treatment prognosis.

I. Vorbemerkungen

Im Nachgang zu dem in dieser Zeitschrift im Februar publizierten Vorstoß „Vom gesetzlichen Anspruch und den Grenzen der gutachterlichen Möglichkeiten – Plädoyer für die Streichung der ‚Behandlungsprognose‘ aus § 64 StGB“¹ wurden wir gebeten, dieses Plädoyer doch einmal in Form eines konkreten Alternativentwurfs auszuformulieren – zumal es offensichtlich bei einigen Adressaten zu dem Missverständnis gekommen ist, die geforderte ersatzlose Streichung der Behandlungsprognose gehe mit dem Wegfall der Möglichkeit einher, eine laufende Unterbringung gem. § 64 StGB mangels hinreichender konkreter Erfolgsaussicht für erledigt zu erklären (§ 67d Abs. 5 StGB). Dies wäre jedoch nicht zwangsläufig die Folge, wie wir deutlich machen wollen. Wir greifen die Bitte nach einer Ausformulierung auch deswegen dankbar auf, weil sie uns die Möglichkeit gibt, den im Januar 2022 veröffentlichten Abschlussbericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BL-AG)² zur Reform des § 64 StGB aus unserer Perspektive kritisch zu bewerten. Die in diesem Bericht vorgeschlagenen Änderungen wurden am 10. Mai 2022 in fast unveränderter Form als Gesetzentwurf von den Unionsparteien CDU/CSU in den Bundestag eingebracht.³ Da auch die Begründung des Gesetzentwurfes dem Abschlussbericht der BL-AG fast in Gänze entspricht, gehen wir im Verlauf nicht gesondert auf diesen Gesetzentwurf ein.

Beginnen möchten wir diesen Beitrag mit einer eigenen, auf dem Vorschlag der BL-AG aufbauenden Skizze, wie

* Dörte Berthold ist wissenschaftliche und psychotherapeutische Mitarbeiterin im MRVZN Bad Reiburg. Ihr obliegt die Auswertung der bundesweiten Stichtagserhebung zu § 64 StGB. Dr. jur. Alexander Baur ist Habilitand an der Universität Augsburg. Dr. rer. nat. Jan Querengässer ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am LVR-Institut für Versorgungsforschung mit Sitz in Köln und am Institut für Qualitätsmanagement des Maßregelvollzugs in Bayern (IfQM) mit Sitz in Regensburg. Er nahm in beratender Funktion an einigen Sitzungen einer Unterarbeitsgruppe der Bund-Länder-AG teil, die sich mit dem Hangbegriff befasste.

¹ Querengässer/Berthold, KriPoZ 2022, 8 (14).

² Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung des Novellierungsbedarfs im Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches (StGB), Abschlussbericht vom 22.11.2021. Online abrufbar unter: https://www.bmj.de/SharedDocs/Artikel/DE/2022/0113_BMJ_Bericht_Massregelvollzug.html. (zuletzt abgerufen am 26.1.2022).

³ BT-Drs. 20/1723.

ein „neuer“ § 64 StGB aussehen könnte. Auch wenn das System strafrechtlicher Sanktionen im Bereich der Maßregeln der Besserung und Sicherung mittlerweile an mehreren Stellen zu Wertungswidersprüchlichkeiten und Dysfunktionalitäten neigt und reformbedürftig ist, begnügen wir uns vorliegend mit einem Ansatz, der sich auf die Unterbringung in der Entziehungsanstalt nach § 64 StGB beschränkt. Denn es scheint (trotz anderslautender Absichtserklärungen im Koalitionsvertrag) gegenwärtig politisch kaum durchsetzbar, grundlegende Änderungen im Bereich des Maßregelrechts anzustoßen. Insofern gilt es aus unserer Sicht nun, den gewählten reformerischen Ansatz möglichst zu optimieren. Damit grenzen wir uns auch von den kürzlich vorgelegten Vorschlägen zweier psychiatrischer Fachgesellschaften ab. Etwas verkürzt ausgedrückt setzt der Ansatz der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) das Selbstbestimmungsrecht des Patienten absolut;⁴ die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) schlägt vor, die freiheitsentziehenden Maßregeln samt der Schuldfähigkeitsregelung ganz abzuschaffen.⁵

II. Vorschlag für eine Neuformulierung des § 64 StGB

Unser Vorschlag für einen novellierten § 64 StGB, auf den wir im weiteren Text immer wieder rekurrieren werden, lautet folgendermaßen:

§ 64 StGB – Unterbringung in einer forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen

Hat eine Person eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung, infolge derer eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fort dauert, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die überwiegend auf diese Erkrankung zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihrer Erkrankung erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

Die Anordnung verfolgt das Ziel, die substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung der Person durch die Behandlung in einer forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu lindern und die Person damit über eine erhebliche Zeit von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihre Erkrankung zurückgehen.

Aufgrund des darin verwirklichten Wegfalls der Behandlungsprognose (dazu später mehr), regen wir auch eine

Anpassung des § 67d Abs. 5 StGB an, der dann wie folgt lautet:

§ 67d StGB – Dauer der Unterbringung

[...]

5) Das Gericht erklärt die Unterbringung in einer forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen für erledigt, wenn keine hinreichend konkrete Aussicht mehr vorliegt, das in § 64 Satz 2 genannte Anordnungsziel zu erreichen. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

[...]

Weiterer (redaktioneller) Anpassungsbedarf ergibt sich durch die vorgeschlagene Änderung der Begrifflichkeit auch in einigen weiteren Regelungen des StGB und der StPO, die auf § 64 StGB Bezug nehmen. Wir verzichten aus Platzgründen auf eine detaillierte Darstellung.

III. Zielsetzung(en) der anstehenden Novelle des § 64 StGB

Der Entwurf der BL-AG macht deutlich, dass es dem Gesetzgeber (erneut bzw. diesmal erst recht) sehr ernst ist, das Ziel einer nachhaltigen Reduktion der Unterbringungsanordnungen (UAO) gem. § 64 StGB zu erreichen.⁶ Auch aus unserer Sicht ist dieses Ziel durchaus sinnvoll. Die Zahl der UAO übersteigt seit langem das Angebot deutlich. Überbelegung in den Kliniken, Wartelisten und teils monatelange Organisationshaft vor Verlegung in den MRV sind dadurch inzwischen vielerorts zu einem Normalzustand geworden.⁷ Überbelegung und die darin immanente Überforderung der Behandelnden gehen jedoch immer auf Kosten der Behandlungsqualität. Dies führt dazu, dass das Behandlungssystem zurzeit nicht das zu leisten imstande ist, was es eigentlich leisten könnte.

Dennoch greift das Ziel der Reduktion der UAO nach unserem Dafürhalten als alleinige Stoßrichtung der Reform zu kurz. Denn es verkennt einen Umstand, der mindestens ebenso kritisch zu werten ist und der die Diskussionen rund um § 64 StGB seit Jahren gewissermaßen überwölbt: die drastischen rechtspraktischen Unterschiede zwischen Regionen, Bundesländern und sogar auf der Ebene einzelner Landgerichtsbezirke. Mit Zahlen lässt sich dieses Phänomen am besten in den Inzidenzunterschieden zwischen den Bundesländern beschreiben. So wurden in Brandenburg zwischen 2007 und 2016 im jährlichen Durchschnitt

⁴ Müller/Böcker/Eusterschulte/Koller/Muysers/Pollmächer, Nervenarzt 2021, 1155 (1162).

⁵ Feißt/Lewe/Kammerer, online abrufbar unter: https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/2022/Plaedoyer_fuer_eine_Transformation_der_Massregel.pdf (zuletzt abgerufen am 12.5.2022).

⁶ Schon in der letzten substanziellen Novelle 2007 des § 64 StGB wurde dieses Ziel bemüht. Die Zielerreichung lässt sich indes an zwei Zahlen illustrieren: 2007 erfolgten bundesweit 1.812 UAO gem. § 64 StGB, 2020 waren es mit 3.515 fast doppelt so viele (Quelle: Strafverfolgungsstatistik des statistischen Bundesamtes).

⁷ Vgl. dazu jüngst auch zum Vollzug einstweiliger Unterbringungen in der Untersuchungshaft Schwarz/Radorn, NStZ 2022, 270 ff.

1,01 UAO je 100.000 der strafmündigen Wohnbevölkerung ausgesprochen.⁸ In Bayern waren es im selben Zeitraum 7,09.⁹ Dieser Unterschied ist weder mit Abweichungen in der Kriminalitätsbelastung in den einzelnen Bundesländern noch mit einem unterschiedlichen Konsumverhalten bzw. der Suchtepidemiologie hinreichend erklärbar.¹⁰

Einzig regional unterschiedliche Anwendungsformen, man könnte auch von „rechtspraktischen Subkulturen“ sprechen, können derartige Diskrepanzen erklären. Denn es handelt sich hierbei um die Anwendung derselben bundesweit einheitlichen Anordnungsvoraussetzungen und nicht um Phänomene, die auf eine länderspezifische Ausgestaltung des Vollzugs zurückgehen.¹¹

IV. Exkurs: Intendierter und nicht intendierter Auslegungsspielraum

Sicherlich gibt es nicht den einen einzigen Grund zur Erklärung der erstaunlichen Beharrungstendenz der Steigungswerte der jährlichen UAO einerseits und der regionalen Differenzen andererseits. Es dürfte vielmehr – wie so oft – eine komplexe Interaktion aus Interessen und Motiven der beteiligten Institutionen vorliegen, auf die wir hier nicht weiter eingehen können. Worauf wir an dieser Stelle hingegen unseren Fokus legen wollen, ist die Beobachtung, dass sich gerade in der aktuellen Formulierung des Gesetzestextes großer nicht intendierter Auslegungsspielraum offenbart. Darunter verstehen wir Passagen oder Begrifflichkeiten, die „ungewollt“ oder auch „zufällig“ breiter ausgelegt und verstanden werden können, als es auf den ersten Blick scheint. Unserer Beobachtung und Analyse nach geschieht genau dies sehr oft in der Anwendung des § 64 StGB. Der nicht intendierte Spielraum bereitet gewissermaßen erst das Fundament, auf dem je nach Bundesland unterschiedliche Gebäude errichtet werden und auf dem im Laufe der Jahre immer größere Häuser entstanden sind.¹²

Konkret tut sich derartiger nicht (oder zumindest nicht in diesem Umfang) intendierter Auslegungsspielraum an drei Punkten im Regelungsgefüge des § 64 StGB auf: 1) an der Begrifflichkeit der zugrundeliegenden Suchtproblematik, 2) am Zusammenhang zwischen Delinquenzneigung und der Suchtproblematik sowie 3) an der geforderten hinreichend konkreten Erfolgsaussicht der Unterbringung. Diese Vielzahl an Spielräumen und deren teils komplexe Beziehung zueinander können auch erklären, wieso es so schwierig ist, durch obergerichtliche Rechtsprechung eine Einheitlichkeit herzustellen und die Auslegungsvarianten „einzufangen“.¹³

V. Änderungsbedarf und -vorschläge zur Einschränkung des Auslegungsspielraums

Der angesprochene Auslegungsspielraum begünstigt sicherlich beide als kritisch erachteten Phänomene. Im Umkehrschluss kann daher angenommen werden, dass eine Einschränkung des Spielraums gleichermaßen einen Lösungsansatz für beide Probleme darstellt. Die folgende Diskussion der Änderungsvorschläge der BL-AG und Vorstellung eigener Ergänzungen und Alternativen erfolgt somit unter dem übergeordneten Zweck, nicht intendierte Auslegungsspielräume des § 64 StGB einzuschränken, um beide Ziele (also Reduktion der UAO in der Breite sowie Harmonisierung der Anwendungspraxis) zu erreichen.

1. Begrifflichkeit der zugrundeliegenden Suchtproblematik

Das erste Eingangskriterium des § 64 StGB lautet bisher: „Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen“. Unter dem Eindruck einer „Entgrenzung“ des Hangbegriffs, also einer zunehmend weiten Auslegung desselben, mehrten sich in den letzten Jahren die Stimmen, den juristischen Hangbegriff näher an den medizinischen Sprachgebrauch anzulehnen oder durch medizinische Termini zu ersetzen. Diese Diskussion wurde auch in der BL-AG geführt.

Doch scheint diese Diskussion in einen Kompromiss gemündet zu sein. Jedenfalls sieht der Reformentwurf vor, dass sich an der Formulierung des „Hang[es], alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen“ in § 64 S. 1 StGB nichts ändert. Wohl aber fügt die BL-AG dem ersten (Haupt-)Satz einen erläuternden Nachsatz hinzu. Dieser lautet: „der Hang erfordert eine Substanzkonsumstörung, infolge derer eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fortdauert.“ Dieser Nachsatz nun hat es in der Tat in sich: Denn er „definiert“ den Hang-Begriff gewissermaßen *en passant* neu. Aus unserer Sicht ist es positiv zu vermerken, dass erstmals versucht wird, klare und objektivierbare Kriterien zu nennen, die für die Annahme eines Hanges im Sinne des § 64 StGB erfüllt sein müssen. Dies wird den Auslegungsspielraum in Bezug auf die Begrifflichkeit der zugrundeliegenden Suchtproblematik sicherlich deutlich und nachhaltig einschränken. Gleichwohl wirkt die gefundene Lösung kompliziert, was uns fürchten lässt, dass es im Zusammenspiel zwischen erkennendem Gericht und gutachterlichen Sachverständigen zu noch mehr Abstimmungs- und Übersetzungsbedarf kommen wird.

⁸ Querengässer/Traub, R&P 2021, 19 (27).

⁹ A.a.O. Fn. 8.

¹⁰ Auch die soziologisch an sich zutreffende Feststellung, gerade bei den genannten Bundesländern handele es sich um strukturell sehr unterschiedliche, greift zu kurz. Große Inzidenzunterschiede finden sich auch zwischen diesbezüglich vergleichbaren Bundesländern, z.B. zwischen Bayern und Hessen, die um den Faktor 4,2 differieren.

¹¹ Diese spielen allenfalls bei den unterschiedlich langen Verweildauern eine maßgebliche Rolle.

¹² Gewiss sieht der Gesetzgeber durch die Soll-Formulierung des § 64 StGB auch einen intendierten Auslegungsspielraum vor, doch kann dieser allein die Zunahme der UAO und die regionalen Unterschiede nicht in Gänze erklären. Denn dazu ist der Spielraum, den eine Soll-Regelung lässt, eigentlich zu eng.

¹³ Ob dazu überhaupt ein Wille vorhanden ist, ist eine andere Frage.

Zunächst ist es schade, dass der Entwurf den überholten Begriff des „berauschenden Mittels“ nicht antastet – in anderen Kontexten ist der Gesetzgeber da schon weiter.¹⁴ Gerade da in dem Entwurf der BL-AG der Begriff „Rausch“ gestrichen wird (s.u.), wäre es angebracht auch den ebenso antiquierten Terminus „berauschend“ zu ändern. Unsere Kernkritik bezieht sich aber auf den künftig erforderlichen Dreischritt: Erstens (primär vonseiten der gutachterlichen Sachverständigen) ist zu prüfen, ob bei der Person eine Substanzkonsumstörung diagnostiziert werden kann; zweitens ist zu prüfen, ob aufgrund dieser eine „dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fort dauert“; drittens muss auf dieser Grundlage der Rechtsbegriff des Hanges bejaht werden können. Wenn nun aber dieser Rechtsbegriff erst dann erfüllt ist, wenn beides andere vorliegt (der Hang „erfordert“ diese Form der Störung) und keine weitere Option zur Bejahung des Hanges denkbar ist – weshalb wird der „Hang“ dann überhaupt noch benötigt? Schließlich könnte durch die Reform sämtliches bisheriges Schrifttum zum „alten“ Hangbegriff nicht mehr als Referenz herangezogen werden. Erschienen es da nicht wesentlich konsequenter, den ohnehin problematischen Hangbegriff ganz aufzugeben? Sinnvoll, den Hang-Begriff zu erhalten, wäre es, wenn dieser direkt durch die genannten objektivierbaren Kriterien mit Leben gefüllt worden wäre. Im vorliegenden Entwurf wird jedoch die Substanzkonsumstörung als medizinisch-psychiatrische „Zwischendiagnose“ eingefügt – die zugleich verschärft und konkretisiert wird durch die erforderliche(n) Beeinträchtigung(en), die über die diagnostischen Anforderungen an die Stellung einer entsprechenden Diagnose noch hinausgehen. Aus dem Begriff der Substanzkonsumstörung wiederum ergibt sich ein weiterer Kritikpunkt. Eine Substanzkonsumstörung wird im gegenwärtigen psychiatrischen Klassifikationssystem DSM-5 klar definiert. Auch das in wenigen Jahren in Kraft tretende (und für die deutsche Versorgungslandschaft dann verbindliche) System des ICD-11 wird diesen Begriff aller Voraussicht nach so einführen. Es handelt sich somit um einen Begriff, der durch international gültige Klassifikationssysteme eindeutig definiert ist und auf die der deutsche Gesetzgeber keinen Einfluss hat. Zugleich ist es sehr wohl möglich, dass in späteren Klassifikationssystemen dieser Begriff wieder durch einen anderen ersetzt wird und aus dem medizinischen Sprachgebrauch verschwindet. Was dann? Muss dann das Strafgesetzbuch angepasst werden? Vermutlich war es dieser Umstand, der die BL-AG dazu veranlasste, den Hangbegriff nicht durch einen andernorts definierten medizinischen Begriff zu ersetzen.

Wir teilen das Ziel, sich nicht von internationalen Klassifikationssystemen abhängig zu machen, und sehen die Vorteile der vorgeschlagenen klaren und objektivierbaren

Kriterien. Im Sinne einer deutlichen Herabsetzung der Komplexität schlagen wir jedoch vor, eine „substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung, infolge derer eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fort dauert“, als erstes Eingangskriterium zu formulieren.

Der überkommene Hang-Begriff würde dabei durch den Begriff der substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung ersetzt. Dabei handelt es sich um einen Terminus, der zwar in den einschlägigen Klassifikationssystemen nicht verwendet wird (und somit weder extern definiert ist noch aus den Systemen getilgt werden kann), der im medizinischen Sprachgebrauch aber doch weit verbreitet ist und zugleich als ein neuer Rechtsbegriff ausgestaltet werden kann.¹⁵ Durch die Verbindung zu dem von der BL-AG vorgeschlagenen Nachsatz, der von uns ohne Änderung als Relativsatz übernommen wird, handelt es sich zudem um einen relativ klar objektivierbaren Terminus, der in seiner Gesamtheit nur einen geringen Auslegungsspielraum offenlassen dürfte.¹⁶ Die daraus resultierende Eingrenzung, dass nicht jede Form einer substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung als Eingangskriterium im Sinne der Maßregel genügt, ist in folgender Überlegung begründet: Es gibt Formen von Abhängigkeitserkrankungen, die ausschließlich auf körperlich-medizinischen bzw. intrapsychischen Symptomen beruhen und die das soziale Funktionsniveau der betroffenen Personen nicht oder nur marginal beeinträchtigen.¹⁷ Da das Strafrecht jedoch ein Regulativ (deviant) sozialen Verhaltens darstellt und keine Regelungsgrundlage für eine individuell-medizinische Behandlungsbedürftigkeit ist, erscheint es auch uns sinnvoll, den Aspekt eines beeinträchtigten sozialen Funktionsniveaus als Eingangsvoraussetzung aufzugreifen.

2. Konnexität zwischen Suchtproblematik und Delinquenzbegehung

Im aktuell geltenden Recht wird der Zusammenhang zwischen Suchtproblematik bzw. Hang und Straftat definiert als „rechtswidrige Tat, die sie [die Person] im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht“. Da ein Rausch (mithin ein Zustand der Intoxikation durch psychoaktive Substanzen) weder eine hinreichende noch eine notwendige Voraussetzung für die zugrundeliegende Suchtproblematik darstellt, ist es nachvollziehbar und richtig, dass der Vorschlag der BL-AG diesen Passus ersatzlos streicht und stattdessen als zweite Eingangsvoraussetzung eine „rechtswidrige Tat, die überwiegend auf

¹⁴ So etwa im Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG).

¹⁵ Und der breiter verstanden werden kann, als die Begriffe „Abhängigkeit“ bzw. „Abhängigkeitssyndrom“, die sich wiederum in ICD und DSM finden. Insofern würde auch ein (durch den folgenden Relativsatz) qualifizierter Missbrauch bzw. schädlicher Gebrauch unter Umständen als Eingangskriterium genügen und die Voraussetzung wäre nicht an eine exklusive Diagnose gebunden.

¹⁶ Natürlich wird es auch hierzu zahlreiche Urteile benötigen, ehe klar ist, was konkret unter einer „dauernde[n] und schwerwiegende[n] Beeinträchtigung“ zu verstehen ist. Dennoch erscheint dieser Terminus schon expressis verbis klarer, als der bisherige Hang zum Substanzkonsum im Übermaß.

¹⁷ So lässt sich nach ICD-10 ein Abhängigkeitssyndrom diagnostizieren, wenn die Person die Kriterien Toleranzentwicklung hinsichtlich des Suchtmittels, Craving und Entzugssymptome aufweist.

ihren Hang zurückgeht“ erfordert.¹⁸ Durch das neu hinzugefügte Adjektiv „überwiegend“ soll der geforderte Zusammenhang essentieller sein bzw. auf einem gedachten Kontinuum zwischen bloßer Koinzidenz und klarer Monokausalität zum letztem Pol hin verschoben werden.

Ohne zu verkennen, dass die Verbindung zwischen Sucht und Delinquenz in der Regel komplex und vieldimensional ist, erscheint uns dies dennoch ganz im Sinne der Verengung des Auslegungsspielraumes, sodass auch in unserem Vorschlag die Formulierung der BL-AG übernommen wird – mit der einzigen Änderung, dass wir (konkulent zur ersten Eingangsvoraussetzung) den Begriff Hang durch die substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung ersetzen. Vorgeschlagen wird daher, das Vorliegen einer „rechtswidrigen Tat, die überwiegend auf diese Erkrankung zurückgeht“ als zweites Eingangskriterium zu formulieren.

3. Erfolgsaussicht einer Behandlung im Maßregelvollzug

Der zweite Satz des § 64 StGB ist derjenige, der unserer Erfahrung nach den größten nicht intendierten Spielraum für Auslegungen lässt. Wie schon in dem bereits angesprochenen Aufsatz aus Februar 2022 ausführlich dargelegt, kann die in § 64 S. 2 StGB formulierte Forderung nach einer „hinreichend konkrete[n] Aussicht“ auf Behandlungserfolg aus empirischer Sicht nicht valide erfüllt werden.¹⁹ Es gibt schlicht keine bzw. zu schwache Prädiktoren, die zum Zeitpunkt der Begutachtung eine tragfähige Prognose über den später zu erwartenden Behandlungserfolg zulassen.²⁰ Gerade die daraus resultierende „Schwammigkeit“ öffnet den Verfahrensbeteiligten Tür und Tor, sich das Prognoseerfordernis für ihre Interessen zunutze zu machen.²¹

Wir plädieren aus diesem Grund für eine ersatzlose Streichung der Behandlungsprognose als viertes Eingangskriterium für eine UAO gem. § 64 StGB. Denn die von der BL-AG vorgeschlagene Umformulierung, statt einer „hinreichend konkreten Aussicht“ nun „tatsächliche Anhaltspunkte“ für Behandlungserfolg zu fordern, ändert nichts daran, dass es nach wie vor Aufgabe der Sachverständigen bliebe, eine Behandlungsprognose zu erstellen. Uns ist bewusst, dass das *BVerfG* bereits 1994 in einer viel zitierten

Entscheidung,²² die Rechtmäßigkeit einer Unterbringung gem. § 64 StGB „nur auf Probe“ verneint hat. Daraus wurde das Erfordernis einer hinreichend konkreten Erfolgsaussicht abgeleitet und 2007 in § 64 StGB übernommen. Doch erscheint uns die Urteilsbegründung einerseits nicht frei von Widersprüchen und andererseits in weiten Teilen auch nicht mehr kongruent zum empirischen Kenntnisstand.²³ Wir bleiben daher bei der Einschätzung, das Prognoseerfordernis als Unterbringungs voraussetzung aus dem Gesetzestext zu streichen.

Dies bedeutet aber nicht – und hier liegt das eingangs angesprochene Missverständnis – dass der gesamte zweite Satz des § 64 StGB gestrichen werden sollte. Denn dies würde ein Folgeproblem mit sich bringen, was die Möglichkeit angeht, eine Unterbringung gem. § 64 StGB wegen nicht mehr hinreichend konkreter Erfolgsaussicht für erledigt zu erklären (gem. § 67d Abs. 5 StGB). Und auch wenn aus empirischer Sicht jede Erledigungsentscheidung eine zu viel ist, weil sie einen zusätzlichen Risikofaktor für eine ungünstige Legalbewährung darstellt,²⁴ wird es als Korrektiv wichtig sein, die Möglichkeit für eine solche Beendigung der Unterbringung zu erhalten. Wenn nun aber zum Begutachtungszeitpunkt keine Aussage getroffen werden kann über den erwartbaren Behandlungserfolg, wieso soll dies dann später gelingen und eine Erledigung rechtfertigen? Dies hängt damit zusammen, dass empirische Forschung sehr wohl Prädiktoren des Behandlungserfolges ermittelt hat, dass sich diese aber überwiegend erst während des Behandlungsverlaufs manifestieren und erkennen lassen. Insofern wäre eine entsprechende Änderung die Anpassung des normativ Geforderten an das empirisch Mögliche.

Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns dafür aus, die bisher indirekt in Satz 2 verborgene Zielsetzung, was mit einer Unterbringung gem. § 64 StGB erreicht werden soll, explizit als Zielvorgabe zu benennen. Auf diese Weise kann in § 67d Abs. 5 StGB nach wie vor eine Erledigung vorgesehen bleiben, die dann eintritt, wenn das vorgegebene Ziel nicht mehr erreichbar erscheint.

So kompliziert dies auf den ersten Blick klingen mag, wird es doch klarer, wenn man sich unseren vorgeschlagenen Gesetzestext vor Augen hält. So regen wir an, dass

¹⁸ Gleichwohl bleibt offen, wieso im Entwurf der BL-AG zwar der Begriff „Rausch“ verschwindet, der ebenso antiquierte Begriff „berauschende Mittel“ jedoch bestehen bleibt.

¹⁹ A.a.O. Fn. 1.

²⁰ Auch die BL-AG erkennt dies einerseits an, indem sie darlegt: „Zwar ist es selbst nach aktueller Studienlage schwierig, zuverlässige Prädiktoren für den Erfolg der Behandlung in der Maßregel nach § 64 StGB zu identifizieren [...]“, direkt danach wird jedoch behauptet: „Erkenntnisse aus der Praxis und die Ergebnisse verschiedener Katamnese-Studien legen jedoch verschiedene Zusammenhänge nahe“. Wer nun aber eine Aufzählung dieser Zusammenhänge erwartet, sieht sich stattdessen mit dem Verweis auf eine einzige Studie konfrontiert, in der der Grad der sozialen Integration mit der Legalbewährung nach Entlassung zusammenhing. Bei allen anderen in der Folge aufgezählten Phänomenen (unzureichende Sprachkenntnisse, Therapieunwilligkeit, langjähriger Rauschmittelkonsum oder dissoziale Charakterstruktur) handelt es sich nicht etwa um „tatsächliche Anhaltspunkte“ für Therapieerfolg, sondern um mehr oder weniger empirisch belegte Anhaltspunkte *dagegen*. A.a.O. Fn. 2, S. 27.

²¹ In manchen Verfahren wird sogar offen darüber gesprochen, ob nicht die Behandlungsprognose eine „Hintertüre“ öffnet, im konkreten Fall doch noch einen „64er“ zu verhängen – oder im umgekehrten Fall zu verhindern.

²² *BVerfG*, Beschl. V. 16.3.1994 – 2 BvL 3/90 u.a.

²³ Ausführlich dazu siehe *Querengässer/Berthold*, Fn 1.

²⁴ *Querengässer/Bulla/Hoffmann/Ross*, *Nervenarzt* 2018, 71 (77).

in § 64 S. 2 StGB das Vollzugsziel folgendermaßen benannt wird: „Die Anordnung verfolgt das Ziel, die substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung der Person durch die Behandlung in einer forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen [...] zu lindern und die Person damit über eine erhebliche Zeit von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihre Erkrankung zurückgehen.“ Entsprechend dazu regen wir an, § 67d Abs. 5 StGB so umzuformulieren, dass eine Erledigung dann vorgesehen ist, „wenn keine hinreichen konkrete Aussicht mehr vorliegt, das in § 64 S. 2 benannte Anordnungsziel zu erreichen.“

Zwei weitere Änderungsvorschläge unserer Skizze beziehen sich direkt auf die Zielsetzung einer Unterbringung gem. § 64 StGB. Bisher ist als Ziel formuliert, „die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt [...] zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, [...]“ Aus therapeutischer Perspektive erscheint es wichtig, den Begriff der Heilung aus dem Gesetzestext zu streichen. Bei Suchterkrankungen ist eine Heilung im medizinischen Sinne nicht möglich.²⁵ Stattdessen sollte von einer Linderung oder einer Remission im Sinne von Besserung oder Reduktion von Krankheitssymptomen gesprochen werden; unter diesen Begriff ließe sich auch die bisherige Formulierung „vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren“ subsumieren. Aus normativer Sicht bemisst sich der Erfolg der Unterbringung primär an der Gefährlichkeitsreduktion. Unter dem Vorzeichen des Maßregelrechts stellt die Behandlung (und damit der „medizinische“ Behandlungserfolg) das Mittel zum Zweck (ebenjener Gefährlichkeitsreduktion) dar. Dies sollte auch aus der Formulierung des Gesetzestextes klarer hervorgehen, weshalb wir anregen, das Wort „damit“ einzufügen. So würde klar, dass durch die Linderung der Abhängigkeitserkrankung die Gefährlichkeitsreduktion erreicht werden soll.

4. Weitere Änderungsvorschläge

Abschließend gehen wir an dieser Stelle noch kurz auf den Titel des § 64 StGB ein, dessen Änderung wir ebenso begrüßen würden. Wenn schon die überkommenen Begriffe „Rausch“ und „berauschende Mittel“ aus dem Gesetzestext gestrichen werden sollen, erscheint es nur folgerichtig, auch den Begriff der Entziehungsanstalt, der ebenfalls weder dem aktuellen Sprachgebrauch noch der Behandlungspraxis entspricht,²⁶ zu ersetzen. Was einen zeitgemäßen Alternativbegriff angeht, halten wir den Vorschlag der DGPPN,²⁷ nämlich von „forensischen Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen“ zu sprechen, für den passendsten. Zumal sich hierin eine direkte Korrespondenz zu dem neu einzuführenden Rechtsbegriff der Abhängigkeitserkrankung innerhalb des Paragraphen ergibt.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass wir die von der BL-AG vorgeschlagenen Änderungen an „§ 67 StGB Reihenfolge der Vollstreckung“ und „§ 463 StPO Vollstreckung von Maßregeln der Besserung und Sicherung“ hinsichtlich der Erschwerung einer Halbstrafenentlassung und hinsichtlich der Berechnung des Vorwegvollzugs anhand des Zwei-Drittel-Zeitpunkts jedenfalls für vertretbar erachten.

VI. Diskussion

Alle Zeichen deuten darauf hin, dass es in allernächster Zukunft zu einer Reform des § 64 StGB kommen wird. Auch wenn sich im dafür erstellten Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe viele zielführende Ansätze wiederfinden, geht dieser Entwurf aus unserer Sicht nicht weit genug, um wenigstens den drängendsten Herausforderungen der Unterbringungspraxis zu begegnen: den rasant steigenden Anordnungszahlen und den drastischen regionalen Unterschieden.

Hierzu erscheint es uns vielmehr notwendig, die drei o.g. Eingangsvoraussetzungen des § 64 StGB (Hangbegriff, Konnexität und Behandlungsprognose) klarer zu fassen. Die Hoffnung wäre, dass weniger (vom Gesetzgeber mutmaßlich nicht so vorgesehener) Auslegungsspielraum verbleibt und sich dadurch auch die Unterbringungspraxis in den Ländern angleicht. Dafür wird es jedoch wichtig sein, an allen drei Punkten die Spielräume einzuschränken. Eine unverändert hohe Nutzung der verbleibenden Spielräume würde jedenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten, wenn der Entwurf der BL-AG ohne Änderungen so umgesetzt und verabschiedet wird. Konkret befürchten wir, dass die Behandlungsprognose nach wie vor als Hintertüre genutzt wird, um „den 64er doch irgendwie möglich zu machen“. Unserer Erfahrung nach wird die Behandlungsprognose (zumindest in Einzelfällen) nämlich dazu genutzt, bei „uneindeutigen“ Sachverhalten hinsichtlich der ersten beiden Eingangskriterien eine Anordnung dennoch zu legitimieren. Denn unter der Annahme, dass der Angeklagte ja sicherlich von einer Unterbringung gem. § 64 StGB profitieren würde (worauf auch immer dies dann gestützt ist), lässt sich gerne hinwegsehen, dass es sich möglicherweise nur um einen rudimentären „Hang“ bei unklarem Zusammenhang zur Delinquenzneigung handelt. Wir gehen davon aus, dass die Streichung der Behandlungsprognose dazu führen würde, dass Sachverständige und Gerichte gezwungen würden, mehr Wert auf eine reliable und klare Prüfung der ersten beiden Eingangsvoraussetzungen zu legen. Dies hätte dann paradoxerweise sogar den Effekt, dass die Abschaffung einer der (ursprünglich ebenfalls als Filter gedachten) Eingangsvoraussetzungen die Filterfunktion der anderen fördert.

Uns ist klar, dass die zahlreichen Probleme und Herausforderungen rund um § 64 StGB nicht alle durch unsere Skizze gelöst werden können.²⁸ Dies wird nach unserer

²⁵ Dies wird verständlich, wenn man sich die Psyhrembel-Definition des Begriffs Heilung als eine „vollständige Wiederherstellung der Gesundheit (bzw. des Ausgangszustands) nach einer Erkrankung“ vor Augen führt.

²⁶ In Maßregelvollzugskliniken gem. § 64 StGB findet weit mehr statt als eine reine „Entziehung“ von der psychoaktiven Substanz.

²⁷ A.a.O. Fn. 4.

²⁸ Als Übersicht über die aktuellen Herausforderungen forensischer Suchtbehandlung siehe *Bezzel/Schlögl/Janele/Querengässer, MSchrKrim* 2022, 65 (73).

Einschätzung aber ohne eine ganz grundlegende Überarbeitung des Sanktionenrechts sowieso nicht gelingen. Ohnehin bedarf es auch spürbarer Veränderungen in der Behandlungs- und Begutachtungspraxis. Dennoch sind wir überzeugt, dass der vorliegende Entwurf eine tragfähige Alternative zum Entwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe darstellt und bis auf Weiteres einige Probleme abfedern könnte – zumindest so lange, bis es eines Tages tatsächlich zu einer grundlegenden Revision des deutschen Sanktionensystems kommt.

VII. Anhang

Zur leichteren Verständlichkeit werden nachfolgend die in unserer Skizze vorgeschlagenen Gesetzesänderungen in konsolidierter Form (bezogen auf den gegenwärtig gültigen Gesetzestext) wiedergegeben:

§ 64 StGB – Unterbringung in einer ~~Entziehungsanstalt~~ forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen

Hat eine Person ~~den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen,~~ eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung, infolge derer eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fort dauert, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die ~~sie im Rausch begangen hat oder die überwiegend auf ihren Hang~~ diese Erkrankung zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer ~~Entziehungsanstalt forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen~~ anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ~~ihres Hanges ihrer Erkrankung~~ erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ~~ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die verfolgt das Ziel, die substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung der Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu heilen oder überwindern und die Person damit eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und~~ von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ~~ihren Hang~~ ihre Erkrankung zurückgehen.

§ 67d – StGB Dauer der Unterbringung

[...]

5) Das Gericht erklärt die Unterbringung in einer ~~Entziehungsanstalt forensischen Klinik für Abhängigkeitserkrankungen~~ für erledigt, wenn ~~die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 nicht mehr vorliegen~~ keine hinreichend konkrete Aussicht mehr vorliegt, das in § 64 Satz 2 genannte Anordnungsziel zu erreichen. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

[...]

Anhang 3: Tätigkeiten der Umlage- und der Drittmittel-finanzierten Wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen 2022

LVR-IFuB
LVR-IVF

Tätigkeiten der Umlage- und der Drittmittel-finanzierten Mitarbeitenden 2022
Personenmonate pro Projekt/Tätigkeit und Umrechnung in VK und Kosten

Projekt	Personenmonate 2022	VK (12 PM = 1,0 VK)	Höhe der Umlage- und Drittmittel- finanzierung [€]
Projekte ohne Drittmittelfinanzierung			
Qualitätsindikatoren im LVR- Klinikverbund	9,72 U	0,81	84.146€
Evaluation Genesungsbegleitung	0,37 U	0,03	3.203€
Evaluation Behandlungs- vereinbarungen	7,34 U	0,61	63.542€
Maßregelvollzug: Situation von Patient*innen mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug	2,70 U	0,23	23.373€
Analysen des Versorgungs- geschehens in der COVID-19- Pandemie	0,03 U	<0,01	259€
EVA-NETZ: Evaluation eines Modells der Integrierten Versorgung an der LVR-Klinik Köln [Kooperation mit LVR-Klinik Köln]	0,44 U	0,04	3.809€
Projekte mit Drittmittelfinanzierung			
LL-KoPsS: S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezo- gener Störung [Inno-Fonds; Laufzeit: 10/22- 03/25]	2,76 D 1,93 U	0,23 D 0,16 U	16.627€ 16.708€
I-REACH: Internet-based Refugee Mental Healthcare [BMBF; Laufzeit: 04/19-01/24]	11,96 D 4,77 U	1,00 D 0,40 U	68.380€ 41.293€
SoKo: Die Somatische Versor- gung von Menschen mit psychi- scher Komorbidität [Inno-Fonds; Laufzeit: 07/20- 06/24]	33,52 D 2,04 U	2,80 D 0,17 U	192.044€ 17.660€

Auswertung der Routinedaten der BAG-Psychiatrie [Laufzeit: unbegrenzt]	4,57 U	0,38 U	39.562€
eMEN: e-Mental Health innovation and transnational implementation platform North-West Europe [InterReg NWE; Förderung abgelaufen]	0,14 U	0,01 U	1.211€
PsyKom: Psychosoziale Komplexbehandlung bei Psychischer Erkrankung [MAGS; Förderung abgelaufen]	0,44 U	0,04 U	3.809€
WohnLos: Wohnungslosigkeit bei psychischer Erkrankung [MAGS; Förderung abgelaufen]	0,95 U	0,08 U	8.224€
CANDY: CAre appropriate to the Needs of breast cancer patients with Disability [DFG; Förderung abgelaufen]	0,05 U	<0,01 U	432€
Projektübergreifende Tätigkeiten			
IVF Sekretariat und Controlling	14,50 U	1,21 U	93.096€
IVF Tätigkeiten umlagefinanzierter Wiss. MA ohne Projektbezug (z. B. Jour fixe, Gremiensitzungen, Fachtagungen/Fortbildungsveranstaltungen, Seminare, Drittmittelanträge, Dialog-Forum u.a.)	21,39 U	1,78 U	185.173€

U = Umlagefinanzierung

D = Drittmittelfinanzierung

Die Tätigkeit der Institutsdirektorin ist in dieser Tabelle nicht berücksichtigt.

Jahressumme

Verwaltung	1,21 VK U
IVF Allgemein	1,78 VK U
IVF nicht durch Drittmittel unterstützte Projekte	1,72 VK U
IVF Drittmittelprojekte	1,24 VK U + 4,03 VK D

Summe 2022	5,95 VK U + 4,03 VK D = 9,98 VK Gesamt

Fazit

Im Jahr 2022 wurden 1,24 VK umlagefinanzierter wissenschaftlicher Mitarbeitenden im Bereich der Drittmittelprojekte eingesetzt (wobei auch diejenigen Drittmittelprojekte hier als Drittmittelprojekte gezählt wurden, die bereits vor dem 1.1.2022 abgelaufen waren und daher 2022 keine Drittmittelförderung mehr erhielten).

3,50 VK (1,78+1,72) umlagefinanzierter wissenschaftlicher Mitarbeitenden wurden im Jahr 2022 im Bereich der nicht durch Drittmittel finanzierten Projekte eingesetzt.

Die umlagefinanzierten wissenschaftlichen Personalmittel wurden damit im Jahr 2022 zu 74% ($3,50 / (3,50 + 1,24) * 100$) für nicht durch Drittmittel finanzierte Projekte/Tätigkeiten eingesetzt.