

Aus der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
des Vivantes Humboldt-Klinikums Berlin

DISSERTATION

Klinische Signifikanz des Merkmals „gesetzlich betreut“ im
Kontext stationärer psychiatrischer Behandlung

*Clinical significance of having a legal guardian in the context of
inpatient psychiatric health care*

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Sabine Bendix

Datum der Promotion: 26.06.2022

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis	6
Geschlechtergerechte Sprache.....	8
Abkürzungsverzeichnis.....	9
Abstract.....	11
Deutsche Version	11
Englische Version	12
1. Einleitung.....	14
1.1 Gesetzliche Betreuung in Deutschland	14
1.2 Geschichte der gesetzlichen Betreuung.....	14
1.2.1 Von den ersten Rechtsnormen bis zum Bürgerlichen Gesetzbuch.....	14
1.2.2 Das Bürgerliche Gesetzbuch von 1900 bis heute.....	16
1.3 Die Situation gesetzlich betreuter Menschen in Deutschland.....	20
1.3.1 Keine systematische Datenerfassung	20
1.3.2 Quantitative Aspekte	21
1.3.3 Qualitative Aspekte und Trends	23
1.4 Gesetzliche Betreuung und Psychiatrie	25
1.4.1 Fürsorge vs. Selbstbestimmung.....	25
1.4.2 Unterbringung und ärztliche Zwangsmaßnahmen	27
1.4.3 Schwere psychische Erkrankungen – <i>Severe Mental Illness</i>	29
1.4.4 <i>Staging</i> bei schweren psychischen Erkrankungen.....	31
1.5 Stand der Forschung.....	32
1.5.1 Entwicklungen und Trends bei Unterbringungsraten und -quoten.....	32
1.5.2 Risiken im Aufnahmезusammenhang	33

1.5.3 Risiken im Behandlungsverlauf.....	34
1.5.4 Gesetzliche Betreuung.....	35
1.6 Zielsetzung der Arbeit und Hypothesen	36
2. Material und Methodik	38
2.1 Studiendesign.....	38
2.2 Beschreibung der Stichprobe.....	40
2.3 Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten, stationärer Verlauf.....	40
2.4 Statistik und Auswertung	42
3. Ergebnisse.....	45
3.1 Stellenwert der Betreuten innerhalb der klinischen Gesamtpopulation	45
3.1.1 Quantitative Aspekte	45
3.1.2 Soziodemographische Aspekte.....	53
3.1.3 Unterschiede in den Haupt- und Nebendiagnosen	55
3.2 Risiken im Aufnahmezusammenhang	69
3.2.1 Art der stationären Aufnahme	69
3.2.2 Unfreiwillige Behandlung, Fremdaggressivität und Suizidalität	70
3.3 Risiken im Behandlungsverlauf	72
3.3.1 Verweildauer und Wiedereinweisung (Re-Entry)	72
3.3.2 Fixierungen und besondere Vorkommnisse	79
3.3.3 Suizidalität und Fremdaggressivität.....	81
3.3.4 Unterschiede in der Art der Entlassung	84
3.4 Risikoprofil für das Merkmal „gesetzlich betreut“	85
4. Diskussion	87
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	87
4.2 Diskussion der Methoden	88
4.3 Stellenwert der Betreuten innerhalb der klinischen Gesamtpopulation	92

4.3.1 Quantitative Aspekte	92
4.3.2 Soziodemographische Aspekte	95
4.3.3 Diagnostische Aspekte	96
4.4 Erhöhte Risiken im Aufnahmезusammenhang	104
4.5 Erhöhte Risiken im Behandlungsverlauf	110
4.6 Kumulation von Risiken in der Gruppe der gesetzlich Betreuten.....	115
Literaturverzeichnis	117
Eidesstattliche Versicherung	126
Lebenslauf.....	127
Danksagung	128

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Anteil der gesetzlich Betreuten an den täglichen Aufnahmen (relativ)	46
Abbildung 2	Absolute Anzahl der täglichen Aufnahmen.....	47
Abbildung 3	Inanspruchnahme von Bettenkapazitäten (jährlich).....	51
Abbildung 4	Stellenwert der Betreuten innerhalb der klinischen Gesamtpopulation....	52
Abbildung 5	Anteil gesetzliche Betreuung bei SMI und Untergruppen (patient*innenbezogen)	102

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Beschreibung der Stichprobe (fallbezogen)	41
Tabelle 2	Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten, stationärer Verlauf (fallbezogen)	42
Tabelle 3	Anzahl der Aufnahmen (jährlich).....	49
Tabelle 4	Vergleich der belegten Betten (jährlich).....	50
Tabelle 5	Soziodemographische Aspekte (patient*innenbezogen)	54
Tabelle 6	Hauptdiagnosen allgemein (patient*innenbezogen)	56
Tabelle 7	Hauptdiagnosen allgemein (fallbezogen).....	57
Tabelle 8	F0-Hauptdiagnosen (patient*innenbezogen).....	58
Tabelle 9	F1-Hauptdiagnosen (patient*innenbezogen).....	60
Tabelle 10	F2-Hauptdiagnosen (patient*innenbezogen).....	61
Tabelle 11	F3-Hauptdiagnosen (patient*innenbezogen).....	62
Tabelle 12	F4-Hauptdiagnosen (patient*innenbezogen).....	63
Tabelle 13	Anzahl der Komorbiditäten allgemein (patient*innenbezogen)	64
Tabelle 14	Hauptdiagnosen Severe Mental Illness (patient*innenbezogen)	65
Tabelle 15	Anzahl der Komorbiditäten Severe Mental Illness (patient*innenbezogen)	67
Tabelle 16	Hauptdiagnose affektive Störungen (patient*innenbezogen).....	68
Tabelle 17	Art der stationären Aufnahme (fallbezogen).....	69
Tabelle 18	Unfreiwillige Behandlung, Fremdaggressivität, Suizidalität bei Aufnahme (fallbezogen)	71
Tabelle 19	Verweildauer	72
Tabelle 20	Verweildauern und Hauptdiagnosen (fallbezogen)	74
Tabelle 21	Verweildauern und Hauptdiagnosen (fallbezogen) (Fortsetzung).....	75
Tabelle 22	Vergleich Häufigkeiten F1-Hauptdiagnosen bei Verweildauer < 1 Tag (fallbezogen)	76
Tabelle 23	Vergleich Häufigkeiten F2-Hauptdiagnosen bei Verweildauern ≥ 47 Tagen (fallbezogen)	77
Tabelle 24	Vergleich Häufigkeiten F3-Hauptdiagnosen bei Verweildauern ≥ 47 Tagen (fallbezogen)	78
Tabelle 25	Wiederaufnahme (Re-Entry) (patient*innenbezogen)	79
Tabelle 26	Fixierungen (fallbezogen).....	80
Tabelle 27	Besondere Vorkommnisse (fallbezogen)	81
Tabelle 28	Unterschiede im Summenwert Suizidalität (fallbezogen)	82
Tabelle 29	Unterschiede im Summenwert Fremdaggressivität (fallbezogen)	83

Tabelle 30	Art der Entlassung (fallbezogen).....	84
Tabelle 31	Binomiale logistische Regression – Risikoprofil „gesetzlich betreut“	86

Geschlechtergerechte Sprache

Die Sprache in der vorliegenden Arbeit orientiert sich am „Leitfaden für eine geschlechtergerechte Sprache in der Verwaltung“ der Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen des Landes Berlin¹. In wörtlichen Zitaten kommt es vereinzelt zu nicht geschlechtergerechten Formulierungen.

¹ Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, 3. Auflage, Dezember 2012.

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
a.F.	alte Fassung
ahd.	althochdeutsch
Art.	Artikel
BaDo	Basisdokumentation
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGHSt	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BtÄndG	Betreuungsrechtsänderungsgesetz
DDR	Deutsche Demokratische Republik
F0	Organische psychische Störungen
F1	psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	affektive Störungen
F4	neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzstörung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
GG	Grundgesetz
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ISG	Kölner Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
lat.	Lateinisch
M	Mittelwert
n. Chr.	nach Christus
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
SD	<i>Standard Deviation</i> (Standardabweichung)
SMI	<i>Severe Mental Illness</i>

UN-BRK UN-Behindertenrechtskonvention
USA *United States of America* (Vereinigte Staaten von Amerika)
v. Chr. vor Christus

Abstract

Deutsche Version

Hintergrund: In der Bundesrepublik Deutschland sind rund 1,5 % der Bevölkerung gesetzlich betreut, am häufigsten aufgrund von psychischen Erkrankungen. Jedoch ist bislang wenig darüber bekannt, was diese Personengruppe im Kontext der stationären Psychiatrie von nicht betreuten Personen unterscheidet. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Stellenwert der Behandlung gesetzlich betreuter Patient*innen in der psychiatrischen Klinik eines Krankenhauses der Schwerpunktversorgung zu untersuchen, um daraus Optimierungspotenziale in den Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassprozessen abzuleiten.

Methoden: Auf der Basis von angereicherten Routinedaten erfolgte eine retrospektive Analyse von 18.138 konsekutiven Behandlungsfällen in der psychiatrischen Klinik des Vivantes Humboldt-Klinikums Berlin über einen Zeitraum von sieben Jahren (2006 – 2012).

Ergebnisse: Der Anteil gesetzlich betreuter Personen an der untersuchten Stichprobe betrug 16,6 %. Ihr respektiver Anteil an den stationären Aufnahmen (28,5 %) und an den in Anspruch genommenen Bettenkapazitäten (36,2 %) war deutlich höher. Gesetzlich betreute Personen zeigten häufiger Hauptdiagnosen aus dem Spektrum der *Severe Mental Illness* (SMI) (39,3 %), vor allem nicht-affektive psychotische Störungen (31,4 %), außerdem organische psychische Erkrankungen (25,8 %). Sie wiesen eine höhere Krankheitsschwere auf. Die stationäre Aufnahme erfolgte häufiger notfallmäßig und unfreiwillig, außerdem häufiger aufgrund von Fremdaggressivität. Der stationäre Verlauf war durch längere Aufenthalte, hohe Wiederaufnahmeraten und eine Häufung von Fixierungen und fremdaggressiven Ereignissen geprägt. Die Entlassung erfolgte häufiger regulär als in der nicht betreuten Personengruppe. Die Eigenschaften männlich, unfreiwillige Behandlung, komorbide Suchterkrankung, Hauptdiagnose aus dem SMI-Spektrum, Aufnahme als Notfall, Aufnahme wegen Fremdaggression und fremdaggressives Verhalten während des Aufenthaltes erhöhten die Wahrscheinlichkeit gesetzlich betreut zu sein.

Schlussfolgerungen: Gesetzlich betreute Personen waren überwiegend von schweren

und chronischen psychischen Erkrankungen betroffen und vereinten Eigenschaften in sich, die mit Risiken und Komplikationen bei der stationären Aufnahme und im Behandlungsverlauf sowie einer hohen Inanspruchnahme infrastruktureller Ressourcen einhergingen. Das Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung erschien in der Mehrzahl der Fälle gerechtfertigt. Zur Prävention der genannten Risiken bieten sich Lösungsansätze an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Setting an. Dazu gehören eine Anpassung stationärer Behandlungsabläufe an die spezifischen Bedürfnisse dieser relevanten klinischen Subgruppe, ein Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen und nicht zuletzt eine bessere Vernetzung aller an der Versorgung und Behandlung beteiligten Akteur*innen unter intensivem Einbezug der gesetzlichen Betreuer*innen.

Englische Version

Background: In Germany, around 1.5 % of the population have a court-appointed legal guardian, most commonly because of psychiatric disorders. However, little is known about the differences between patients with and without legal guardians in the context of inpatient psychiatric health care. The objective of the present study is to examine the significance of the treatment of patients with legal guardians in the psychiatric department of a general hospital in order to derive potentials in optimizing admission, treatment and discharge processes.

Methods: A retrospective analysis of 18.138 consecutive treatment cases in the psychiatric department of the Vivantes Humboldt-Klinikum Berlin over a period of 7,5 years (2006 – 2012) was carried out on the basis of a set of routine data.

Results: 16.6 % of the investigated population had a legal guardian. Their respective proportions of admissions (28.5 %) and inpatient beds (36.2 %) were markedly higher. Patients with legal guardians more often showed main diagnoses from the severe mental illness (SMI) spectrum (39.3 %), mainly comprising non-affective psychotic disorders (31.4 %) and organic mental disorders (25.8 %). They had a higher disease severity. They were more often admitted as an emergency, they showed more compulsory admissions and admissions due to aggressive behavior. Their length of inpatient stay was longer, the readmission rate was higher and there was a cumulation of restraint and aggressive incidents. The discharge from inpatient care was more often planned than in the group of

patients without legal guardians. The factors male gender, compulsory treatment, comorbid substance abuse disorder, main diagnosis from the SMI spectrum, admission as an emergency, admission due to aggressive behavior, and aggressive behavior during inpatient stay increased the probability of having a legal guardian.

Conclusion: Persons with legal guardians were mostly affected by severe and chronic mental illness and showed a set of characteristics that accompanied risks and complications during admission and inpatient stay, as well as a high utilization of infrastructural resources. The existence of a legal guardian seemed justified in most of the cases investigated. Methods to prevent the above mentioned risks should preferably focus on the interface between inpatient and outpatient settings. This includes the adaptation of inpatient treatment processes to the specific needs of this relevant clinical subgroup, further development of outpatient care structures and last but not least improved networking between all persons and institutions providing psychiatric care, encompassing close cooperation with legal guardians.

1. Einleitung

1.1 Gesetzliche Betreuung in Deutschland

1,5 % der Menschen in Deutschland haben eine gesetzliche Betreuung, am häufigsten aufgrund einer psychischen Erkrankung (1, 2). Dennoch ist nur wenig darüber bekannt, was diese Menschen im Kontext stationärer psychiatrischer Behandlung von nicht Betreuten unterscheidet und welche besonderen Herausforderungen und Chancen sich daraus für die Behandlung ergeben.

Die Literatur beschäftigt sich überwiegend mit den Auswirkungen der Betreuungsgesetzgebung auf die Praxis und dem Qualitätskonzept von gesetzlicher Betreuung. Medizinische Forschungsarbeiten mit einem inhaltlichen Fokus auf gesetzliche Betreuung im klinischen Kontext gibt es bislang nicht. Auch in wissenschaftlichen Untersuchungen von Themen wie Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen, von denen Menschen mit Betreuung häufig betroffen sind, wird nur in vereinzelt Fällen der Einfluss des Parameters gesetzliche Betreuung in die Auswertung mit einbezogen.

Um die ethischen und rechtlichen Dimensionen gesetzlicher Betreuung nachvollziehen zu können, ist es wichtig, die Geschichte dieses Rechtsinstruments und seiner Vorläufer zu kennen (Kapitel 1.2). Eine Zusammenstellung der verfügbaren statistischen Eckdaten ermöglicht einen Überblick über die Situation der gesetzlich Betreuten in Deutschland (Kapitel 1.3). Im Kontext psychiatrischer Behandlung bewegen sich betreuungsrechtliche Fragestellungen und insbesondere der häufig damit einhergehende Zwang in einem rechtlichen und ethischen Spannungsfeld, das ebenfalls beleuchtet werden soll (Kapitel 1.4). Zum Abschluss wird die Fragestellung dieser Arbeit vor dem Hintergrund des Forschungsstandes zum Themenkomplex stationäre Psychiatrie, Unterbringung und Zwangsmaßnahmen hergeleitet (Kapitel 1.5).

1.2 Geschichte der gesetzlichen Betreuung

1.2.1 Von den ersten Rechtsnormen bis zum Bürgerlichen Gesetzbuch

Um die heutigen in Deutschland geltenden Rechtsnormen zu verstehen, ist es nötig, sich mit ihren Ursprüngen im römischen Recht vor über 2.500 Jahren zu beschäftigen. In

dieser Zeit entstand die Idee, dass bestimmte volljährige Mitglieder der Gesellschaft bei der Besorgung ihrer Angelegenheiten besondere Unterstützung durch andere Personen benötigen.

Das Römische Reich (8. Jahrhundert v. Chr. bis 5. Jahrhundert n. Chr.)

Die im antiken Rom geltenden Herrschaftsverhältnisse sahen den einzelnen Menschen weniger als Individuum denn als Teil eines Familienverbands. Der Hausvater hatte die uneingeschränkte Macht über alle Personen und Sachen im Haushalt (3). Hierzu gehörte neben dem Recht über Leben und Tod auch die alleinige Verfügungsgewalt über das Familienvermögen (4). Im römischen Volk stand ein erheblicher Anteil der Bevölkerung unter dieser Art der Bevormundung (5). Es wurde zwischen den Rechtsinstituten *tutela* (lat. Schutz, Vormundschaft) und *cura* (lat. Pflegschaft, Fürsorge, Aufsicht) unterschieden (3).

Die Pflegschaft (*cura*) ähnelte der Vormundschaft und betraf fürsorgebedürftige Personen, die keinem Familienoberhaupt unterstanden (3). Dies waren unter anderem geschäftsunfähige „Verschwender“, aber auch „Geisteskranke“ (*furiosi*) während der Dauer der Erkrankung. In Zeiten geistiger Verwirrung galten die *furiosi* als geschäftsunfähig, nicht jedoch in „lichten Zwischenräumen“ (4, 6). Zwar existierte das Rechtsinstitut der Entmündigung, jedoch nicht für psychisch erkrankte Menschen. Ihre rechtliche Handlungsfähigkeit wurde zielgenau beschränkt und die Pflegschaft lediglich in Ausnahmefällen eingerichtet, je nach Ausmaß der Einschränkungen und nur für die Dauer der Erkrankung. Im Gegensatz hierzu wurden „Verschwender“ (*prodigi*) dauerhaft und „mit konstitutiver, rechtsentziehender Wirkung“ entmündigt, da als höchstes Gebot die „Erhaltung des Vermögens für die Nachkommen“ galt (4, 6).

Der Einfluss der römischen Rechtstradition in Europa war so stark, dass noch bis zur Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert in den geltenden Rechtsordnungen keine Entmündigung von psychisch erkrankten Menschen vorgesehen war (4).

Die germanischen Volksstämme (2. Jahrhundert v. Chr. bis 5. Jahrhundert n. Chr.)

Bei den germanischen Völkern wurde die Hausgewalt (*mund*, ahd. Schutzgewalt, Vormundschaft) ebenfalls durch den Hausvater ausgeübt, es unterstanden ihr „Kinder bis zur Gründung ihres eigenen Hausstandes“, sowie Frauen und Unfreie. Die *mund*

beinhaltete „die Verhängung von Strafen und die Pflicht für Unterhalt zu sorgen“. Gab es keinen Hausvater, „lag die Gewalt beim ältesten männlichen Verwandten“ (6, 7).

Das Mittelalter (5. bis 15. Jahrhundert)

Im Mittelalter bestand die „allumfassende Hausgewalt des Vaters“ (*mund*) weiter, was auch beinhaltete, dass der gradnächste männliche Verwandte die Vormundschaft übernahm. In der karolingischen Zeit setzte eine Art Obervormundschaft des Königs zur Überwachung des Vormunds ein. Dieser hatte ein Nutzungsrecht am Vermögen des Mündels, war aber auch verpflichtet es zu verwalten und am Ende der Vormundschaft herauszugeben. Das „Nutzungsrecht am Vermögen“ verlor im Spätmittelalter an Wichtigkeit, „die Vormundschaft wurde zu einer vergüteten Pflichtaufgabe, der Vormund von der Verwaltung eingesetzt und beaufsichtigt“ (6, 7).

Frühe Neuzeit (16. bis 18. Jahrhundert)

Ab dem 16. Jahrhundert wurde die Vormundschaft „zunehmend als eine öffentliche Aufgabe“ wahrgenommen, das Amt des Vormundes (*Curator*) wurde durch die Obrigkeit übertragen und war ihrer Aufsicht unterstellt (6). Gemäß „der römischen Rechtstradition führten Geisteskrankheit, Geistesschwäche und Verschwendung“ zwar zur Vormundschaft. Die Geschäftsfähigkeit psychisch erkrankter Menschen war während der „lichten Zwischenräume“ jedoch nicht berührt (5, 6).

1.2.2 Das Bürgerliche Gesetzbuch von 1900 bis heute

Ende des 18. Jahrhunderts fand eine Abkehr von den klassischen römischen Rechtsanschauungen statt. Der *Code Civil*, ein in Frankreich 1804 erlassenes Gesetzeswerk, hatte in der Folge großen Einfluss auf die weitere rechtliche Entwicklung in Deutschland, was sich im Bürgerlichen Gesetzbuch widerspiegelte (4). Es trat am 1. Januar 1900 in Kraft und war das erste privatrechtliche Gesetzeswerk, das im gesamten Reichsgebiet Gültigkeit besaß (4, 6).

Die Vormundschaft über psychisch Kranke wurde de facto einer Entmündigung gleichgesetzt. Im Gegensatz zur römischen Rechtstradition spielten nun die Interessen der Allgemeinheit eine deutlich größere Rolle, vor allem der Geschäftsverkehr (4). Diese Rechtsauffassung war noch bis zur Einführung des Betreuungsgesetzes 1992 gültig (6).

Eine wichtige Rolle bei der Einrichtung einer Vormundschaft spielte der Begriff der Mündigkeit. Mündig zu sein bedeutet zum einen „nach Erreichung eines bestimmten Alters gesetzlich zur Vornahme von Rechtshandlungen berechtigt“, zum anderen „als erwachsener Mensch zu eigenem Urteil, selbstständiger Entscheidung befähigt“ zu sein². Für eine Vormundschaft musste einem erwachsenen Menschen eine Unmündigkeit nachgewiesen werden (6).

Sowohl das Vorliegen einer „Geisteskrankheit“ als auch einer „Geistesschwäche“ galten als Grund für eine Entmündigung und gingen mit einer Beschränkung bzw. Aufhebung der Geschäftsfähigkeit einher, wenn die betreffende Person ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgen konnte. Das heißt, das Vorliegen einer Geisteskrankheit allein war nicht ausreichend für die Entmündigung (4, 5). War jedoch einmal eine Entmündigung ausgesprochen, so blieben eventuelle zwischendurch auftretende Phasen geistiger Klarheit ohne Bedeutung. Ebenso unbeachtet blieb, ob vielleicht nur Teilbereiche der Geistestätigkeit von der Krankheit beeinträchtigt wurden. Die Entmündigung konnte jedoch bei Wiedergewinn des „normalen Vernunftgebrauchs“ aufgehoben werden. Wer aufgrund einer Geisteskrankheit entmündigt wurde, war gemäß § 104 BGB geschäftsunfähig, konnte also keine wirksamen Rechtsgeschäfte tätigen (4).

Nationalsozialismus 1933 bis 1945

Zur Zeit des Nationalsozialismus lag der Fokus staatlichen Handelns auf Volk, Rasse und Familie. In diesem Zusammenhang kam es zu einem Umdenken bezüglich des Rechtsinstituts der Entmündigung, das zunehmend als ein Mittel zum Schutz des „Volkskörpers“ aufgefasst wurde. Vormundschaftsgerichte wurden instrumentalisiert. Es waren nicht mehr alle Menschen vor dem Gesetz gleich, da eine einzelne Person nur dann als rechtsfähig galt, wenn sie in der Lage war, ihre Pflichten gegenüber der „Volksgemeinschaft“ zu erfüllen. Durch diese vom nationalsozialistischen Denken beeinflussten Rechtsvorstellungen wurde die planmäßige Ermordung tausender psychisch kranker und geistig behinderter Menschen erst möglich (4). Ab 1939 wurden drei große Tötungsaktionen durchgeführt, die Psychiatrie stand in dieser Zeit im Dienst des Nationalsozialismus (4, 8).

² zitiert nach <https://www.duden.de/rechtschreibung/muendig> (abgerufen am 19.04.2021).

Nachkriegszeit ab 1945

Im neu entstandenen Grundgesetz der BRD von 1949 wurde der Menschenwürde höchste Priorität beigemessen. Auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen durften sich nun gegen Verletzungen ihrer Menschenwürde zur Wehr setzen (4). Jedoch ergab sich zu diesem Zeitpunkt noch keine „Signalwirkung zur Reform des Entmündigungs-, Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts“ (5).

Auch in der DDR wurde an den Instrumenten Vormundschaft und Pflegschaft und der damit einhergehenden Entmündigung festgehalten (9).

Das Betreuungsgesetz von 1990

Unter anderem aufgrund neuer Erkenntnisse über psychische Erkrankungen und Therapiemöglichkeiten veränderte sich in den 1980er Jahren der Blick auf psychisch kranke Menschen und ihre Bedürfnisse. Der Fokus richtete sich zunehmend auf die Hilfebedürftigkeit und damit einhergehende Betreuungsnotwendigkeit und die Vermeidung von unnötigen Rechtseingriffen (4).

In den 1970er und 1980er Jahren kamen zunehmend „Forderungen nach einer Reform des Rechts der Entmündigung und Vormundschaft“ auf, wozu auch der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ beitrug (auch „Psychiatrie-Enquête“ genannt), der 1975 im Auftrag des Bundestages von einer Sachverständigenkommission erstellt wurde. In diesem wurden u.a. eine zu hohe Entmündigungsrate, ein „Mangel an Fachärzten mit ausreichenden Kenntnissen und Erfahrungen für die Begutachtung in Vormundschaftssachen [und] eine überholte Terminologie mit der Folge eines zu großen Interpretationsspielraumes“ bemängelt (6, 10).

Das neue Betreuungsgesetz vom 12.09.1990 trat am 01.01.1992 in Kraft und hatte die Verbesserung der Rechte von geistig behinderten und psychisch kranken Menschen zum Ziel. Eingriffe sollten dabei so gering wie möglich gehalten werden, um mehr Autonomie und Selbstbestimmung bei der Gestaltung ihres Lebens zu ermöglichen (5). Eine grundlegende Änderung betraf die Streichung von § 6 BGB, dem Entmündigungsparagrafen. Man verließ den stigmatisierenden und diskriminierenden Begriff der Entmündigung und entschied sich für Betreuung, worin gleichzeitig die Absicht

hervortrat, die persönliche Betreuung der Betroffenen mehr in den Vordergrund zu stellen (6).

Die Anordnung einer Betreuung aufgrund gesellschaftlich unangepassten Verhaltens oder wegen Neigung zu Straftaten war nun nicht mehr möglich (4). Voraussetzung für eine gesetzliche Betreuung ist eine psychische Krankheit oder Behinderung. Zusätzlich muss der oder die Betroffene nicht mehr in der Lage sein, seine Angelegenheiten selbst zu erledigen (§ 1896 BGB).

Die Geschäftsfähigkeit wird von der Betreuung grundsätzlich nicht mehr tangiert. Ein*e Betreuer*in kann „für geschäftsunfähige wie auch für geschäftsfähige Personen“ eingesetzt werden (§ 1896 Abs. 1 Satz 2 BGB). Ebenso wenig werden die Ehe- und Testierfähigkeit beeinträchtigt (5).

Ein integraler Bestandteil des neuen Betreuungsgesetzes ist die „persönliche Betreuung“. Der*die Betreuer*in wird verpflichtet, sich am Wohl und den Wünschen der*des Betreuten zu orientieren (§ 1901 BGB), außerdem soll er*sie die persönliche Lebensgestaltung akzeptieren und sich mit der betreuten Person vor der Erledigung wichtiger Angelegenheiten abstimmen und auseinandersetzen. Ein weiterer zentraler Punkt ist die Genesung der Betroffenen (5).

Die Betreuungsrechtsänderungsgesetze

1998, 2005, 2009 und 2013 wurden insgesamt vier Betreuungsrechtsänderungsgesetze verabschiedet, in denen das Betreuungsrecht angepasst und ergänzt wurde. Beispielsweise wurden aufgrund einer anfänglichen Kostenexplosion feste Stundensätze für die Vergütung von Betreuer*innen festgelegt. Die Stellung von Vorsorgevollmachten wurde gestärkt und diese im Zuge des 1. BtÄndG in § 1904 (Heilbehandlung) und § 1906 (Unterbringung) ausdrücklich mit aufgenommen (5, 6, 11). Auch Fragen in Bezug auf Patient*innenverfügungen wurden geregelt (6).

Im Mai 2021 ist das Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts verabschiedet worden, das am 01.01.2023 in Kraft treten wird. Es beinhaltet eine weitere Modernisierung des Betreuungsrechts unter Berücksichtigung in der UN-BRK enthaltener Vorgaben und der Untersuchungsergebnisse von Matta et al. (1).

1.3 Die Situation gesetzlich betreuter Menschen in Deutschland

1.3.1 Keine systematische Datenerfassung

Eine einheitliche Basisdokumentation, die beispielsweise die Altersstruktur, die Geschlechterverteilung oder die Gründe für die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung erfassen würde, gibt es bis heute nicht.

In den ersten zehn Jahren nach der großen Reform des Betreuungsrechts von 1990 gab es kaum Untersuchungen, die sich mit der Anwendung des Betreuungsrechts und den Auswirkungen der Gesetzesänderungen auf die Lebenswirklichkeit der gesetzlich Betreuten beschäftigt hätten. Noch weniger genügten wissenschaftlichen Ansprüchen (12). Ziel dieser umfangreichen und lange herbei gesehnten Reform war es gewesen, die Situation von alten, psychisch kranken und behinderten Menschen zu verbessern, indem ihre Rechte gestärkt und ihre Wünsche und Vorstellungen respektiert würden. Die Frage, ob diese Ziele in der Praxis umgesetzt werden konnten, blieb lange unbeantwortet. Es wurden Zweifel laut, ob es überhaupt eine ausreichend große Zahl an gut ausgebildeten Betreuerinnen und Betreuern gab, um die durch die Reform vorgegebenen Aufgaben qualifiziert wahrnehmen zu können. In der Antwort der Bundesregierung vom 05.03.1997 auf eine große Anfrage wurde deutlich, dass nur sehr wenige Informationen über gesetzlich betreute Menschen vorlagen. So konnten beispielsweise Fragen nach der Alters- oder Geschlechtsstruktur dieser Personengruppe oder nach der Anzahl der Betreuungen aufgrund psychischer Erkrankungen nicht beantwortet werden. Die Bundesländer hatten der Bundesregierung zwar ihre Geschäftsübersichten zur Verfügung gestellt. Zu weitergehenden Erhebungen waren sie jedoch nicht bereit, da dies bedeutet hätte, einzelne Betreuungsakten auswerten zu müssen (13).

2003 erteilte die Bundesregierung dem Kölner Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) den Auftrag einer ersten breit angelegten rechtstatsächlichen Untersuchung über die Situation gesetzlich Betreuter, zwei weitere folgten in den Jahren 2009 und 2018. Zum einen erstellten die Autor*innen der genannten Untersuchungen jeweils Qualitätskonzepte zur Analyse der bestehenden rechtlichen Betreuungen³, um der Frage nachzugehen, welche Qualifikationen ein*e Betreuer*in haben muss und inwiefern die praktische Umsetzung von Betreuung den festgesetzten Anforderungen

³ rechtliche Betreuung und gesetzliche Betreuung werden synonym verwendet.

entsprachen. Zum anderen wurden ausführlich quantitative Aspekte und Strukturdaten der Betreuungen dargestellt. Dabei handelt es sich um die einzigen ausführlichen und größtenteils repräsentativen Zusammenstellungen der Lebenssituationen gesetzlich betreuter Personen in Deutschland.

Diese Untersuchung beschäftigte sich mit der Qualität von Betreuungen und stellte somit – nach über zehn Jahren – eine erste Evaluation des reformierten Betreuungsgesetzes dar (14). Des Weiteren sollte eine Datenbasis geschaffen werden, um analysieren zu können, wie es in den zehn Jahren seit der Reform des Betreuungsrechts zu dem konstatierten erheblichen Anstieg der Betreuungen und damit der Kosten gekommen war. In der zweiten Untersuchung von 2009 ging es um die Evaluation des 2. Betreuungsrechtsänderungsgesetzes und dessen Auswirkungen für Betreute, Betreuende, Betreuungsbehörden und Gerichte (11). Es sollte außerdem die Verbreitung von Vorsorgevollmachten untersucht werden. In der aktuellsten Untersuchung von 2018 ging es um die Qualität rechtlicher Betreuung vor dem Hintergrund der seit 2009 in Deutschland verbindlich geltenden UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) (1). Darin verpflichten sich die Vertragsstaaten, Menschen mit Behinderungen Zugang zu Unterstützung bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit zu gewähren und ihre Präferenzen zu achten (Artikel 12 UN-BRK). Die Qualitätsdebatte beschäftigte sich auch mit der Frage, ob diese Prinzipien in der deutschen Wirklichkeit im Betreuungswesen umgesetzt werden.

1.3.2 Quantitative Aspekte

Die neuesten verfügbaren Zahlen über die Anzahl der laufenden Betreuungsverfahren stammen vom Jahresende 2015 (15). Zu diesem Zeitpunkt waren in Deutschland 1.276.538 Betreuungsverfahren anhängig, wobei diese Zahl auch Verfahren einbezog, die zum Erhebungszeitpunkt noch nicht entschieden waren und von denen ein Teil nicht zu einer Betreuung geführt hat. Nach einer Hochrechnung von Matta et al. lässt sich daraus eine Zahl von ca. 1.248.900 betreuten Personen Ende 2015 ableiten. Dabei handelt es sich um 1,5 % der Bevölkerung (1). Neuere Zahlen sind nicht verfügbar.

In den ersten zehn Jahren nach der Betreuungsrechtsreform 1990 war es zu einer Verdopplung der Betreuungen auf eine Million gekommen, was zu einem immensen Anstieg der Kosten und einer Überlastung der Vormundschaftsgerichte geführt hatte (14). Zu den Gründen für diesen Anstieg und der Frage, inwiefern die hohe Zahl der

Betreuungen tatsächlich ein hohes in der Bevölkerung vorhandenes Betreuungsbedürfnis widerspiegelte, gab es in der Fachöffentlichkeit unterschiedliche Auffassungen.

Als eine Ursache des Anstiegs der Betreuungen wurde der demographische Wandel genannt, also das Älterwerden der Gesellschaft und damit einhergehend eine zunehmende Zahl von Menschen mit Demenz (6, 12, 14). Wenn man die Zahl der an schwerer und mittelschwerer Demenz erkrankten über 65-Jährigen betrachtet, die für Ende 2000 auf ca. 900.000 geschätzt wurde, stellt sich die Frage, ob nicht eigentlich ein noch viel höherer Bedarf für Betreuungen bestanden hätte (6). Auf der anderen Seite berichteten die Autor*innen der ISG-Studie von 2003 von einer verbreiteten Praxis in Pflegeheimen, vor Abschluss von Heimverträgen Betreuungen einzurichten, sie teilweise sogar zur Voraussetzung für die Aufnahme in ein Heim zu machen (14). Ähnliche Aussagen finden sich auch bei anderen Autor*innen, beispielsweise bei Weber (16). Daraus ergibt sich zwingend die Frage, ob tatsächlich jede auf diese Weise für ältere Menschen eingerichtete Betreuung erforderlich wäre. Außerdem hätten stationäre Einrichtungen Aufgaben an gesetzliche Betreuer*innen abgegeben, die vorher von ihnen selbst erledigt worden waren, wie z.B. das Auszahlen von Taschengeld oder Besuche bei Ärzt*innen (6). Sowarka spricht von einer „kompensatorischen Einrichtung“ einer gesetzlichen Betreuung in Fällen, wenn beispielsweise eine „bedarfsgerechte Infrastruktur für Behinderte“ fehle (12).

Als eine weitere Ursache des Anstiegs wurde der Nachholbedarf an Betreuungen in den neuen Bundesländern genannt (6, 12). Ein anderer Aspekt ist das Einrichten von Betreuungen, um bestehende Sozialleistungsansprüche (v.a. Sozialhilfe) realisieren zu können (14).

Zusammenfassend kann der Anstieg der Betreuungszahlen einerseits als ein Erfolg der Reform und als Zeichen dafür gewertet werden, dass nach alter Rechtslage die Betroffenen noch nicht gemäß ihrem Bedarf unterstützt worden waren, wohingegen nun das Ziel der Hilfestellung in den Vordergrund trat und das Rechtsinstrument der Betreuung in der Gesellschaft an Akzeptanz gewann (6). Nichtsdestotrotz gibt es Hinweise, dass in manchen Bereichen systematisch Betreuungen aus Gründen eingerichtet wurden und werden, die von den Autor*innen der Betreuungsrechtsreform vermutlich so nicht intendiert waren. Die Interpretation der Zahlen und Trends bewegt sich im Spannungsfeld zwischen dem Wunsch der Betroffenen nach Autonomie, dem Ziel

von Angehörigen und professionellen Helfer*innen, Hilfebedürftige zu unterstützen und zu begleiten, aber auch dem Bestreben der verschiedenen Akteurinnen und Akteure, kostensparend zu agieren.

Zum Zeitpunkt der zweiten ISG-Studie 2009 war weiterhin eine kontinuierliche Zunahme der Betreuungen in Deutschland zu verzeichnen, die Steigerungsrate flachte jedoch ab. Eine Zunahme an Vorsorgevollmachten war zu beobachten, die vor allem ehrenamtliche Betreuungen ersetzen, da beide in der Regel von Angehörigen übernommen werden. Die Steigerungsrate der beruflichen Betreuungen war weiterhin hoch und betraf vor allem die Gruppe der jüngeren Menschen mit psychischen Erkrankungen (11). Seit 2013 ist die Zahl der anhängigen Betreuungsverfahren insgesamt leicht rückläufig (1).

1.3.3 Qualitative Aspekte und Trends

In den drei rechtstatsächlichen Untersuchungen wurden Informationen über die Art der Betreuung (Anteil ehrenamtliche und Berufsbetreuer*innen), das Geschlechterverhältnis, die Altersstruktur, den Grund für die Einrichtung der gesetzlichen Betreuung, den Familienstand, die Wohnsituation und die finanzielle Situation erhoben.

Nach Aussage der Betreuungsbehörden in der Befragung des ISG 2016/2017 wurden 52,8 % der Betreuungen durch Ehrenamtliche und 47,2 % durch Berufsbetreuer*innen geführt (1). Seit der ersten ISG-Studie verschiebt sich das Verhältnis zunehmend zugunsten der Berufsbetreuer*innen. In der 2001/2002 durchgeführten Befragung hatte der Anteil der ehrenamtlichen Betreuungen noch 70 % betragen (14). Durch die steigende Beliebtheit von Vorsorgevollmachten konnten viele ehrenamtliche Betreuungen verhindert werden, da Angehörige nicht mehr eine Betreuung übernehmen mussten, wenn bereits eine Vorsorgevollmacht vorlag. Seit der Einführung des 2. BtÄndG ließ sich ein Anstieg der im Zentralen Vorsorgeregister gespeicherten Vorsorgevollmachten beobachten, allerdings ist der Eintrag einer Vollmacht in das Register nicht verpflichtend, so dass von einem in Wirklichkeit weitaus höheren Anteil von Vorsorgevollmachten auszugehen ist. Insgesamt liegen wenige Informationen über Bevollmächtigte und die von ihnen vertretenen Personen vor (11).

Auf den Familienstand wurde zuletzt in der Untersuchung von 2009 Bezug genommen. 10 % der Betreuten waren verheiratet, 15 % verwitwet, 15 % geschieden und über 50 %

ledig. Dies entsprach ungefähr den Proportionen aus der Voruntersuchung (11). Neuere Zahlen liegen diesbezüglich nicht vor.

38 % der gesetzlich Betreuten lebten laut der Untersuchung von 2016/2017 in einem Heim, 62 % lebten in einem Privathaushalt. Der Anteil der im Heim lebenden Betreuten war seit der ersten Untersuchung von 2003 stetig gesunken (52 % im Jahr 2003, 47 % im Jahr 2009) (1, 11, 14).

88 % der Betreuten waren mittellos, 12 % waren vermögend und trugen die Kosten für ihre Betreuung selbst (1).

Seit der Untersuchung von 2003 zeigte sich eine deutliche Verschiebung des Geschlechterverhältnisses innerhalb der Betreuten zugunsten männlicher Betreuer. Im Jahr 2000 entsprach das Geschlechterverhältnis der Betreuten annähernd dem bundesweiten Geschlechterverhältnis der über 18-Jährigen Bevölkerung. Der Anteil von Frauen sank von 53 % (Zahlen von 2000) zunächst auf knapp unter 50 % (Zahlen von 2006) und zuletzt auf 45 % (Zahlen von 2016) (1, 11, 14).

Hinsichtlich der Altersgruppen waren über 69-Jährige und insbesondere über 69-jährige Frauen in der Gruppe der Betreuten überrepräsentiert. Bei nur 14 % über 69-Jähriger in der Bevölkerung betrug der Anteil über 69-Jähriger in der Gruppe der Betreuten 32 % (14). Im zeitlichen Verlauf zwischen den ISG-Studien von 2003 und 2018 wurde der Anteil der über 69-Jährigen unter den Betreuten schrittweise kleiner von ursprünglich 32 % auf zuletzt 22 %. Der Anteil der unter 40-Jährigen stieg leicht von 25 % auf 28 %. In der mittleren Altersgruppe zwischen 40 und 69 stieg der Anteil leicht von 44 % auf zuletzt 51 % (1, 11, 14)⁴.

In der aktuellen ISG-Studie von 2018 erfolgte die Untersuchung der Gründe für die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung durch Befragung von Berufsbetreuer*innen nach ihrer Häufigkeit. Am häufigsten wurde die „sonstige psychische Krankheit einschließlich Persönlichkeitsstörung“ als Grund für die Einrichtung einer Betreuung genannt. Es folgten „Mischform von Krankheit und Behinderung“, „psychische Krankheit infolge Abhängigkeitserkrankung“, „Demenz“, „geistige Behinderung“, sowie als seltenste Ursache „körperliche Behinderung“. Über einzelne psychiatrische Diagnosen wurden

⁴ Beim Addieren der in den Publikationen genannten prozentualen Anteile ergeben sich durch Aufrunden jeweils 101 %.

keine Aussagen getroffen (1). In den Jahren 2001/2002 hatten diesbezüglich eine Befragung von Gerichten und Aktenanalysen stattgefunden und es zeigten sich deutliche Unterschiede zu späteren Untersuchungen. Laut Angaben der Gerichte war Demenz mit 46 % der Fälle der häufigste Grund für die Einrichtung einer Betreuung. Die „sonstige psychische Krankheit“ wurde erst an vierter Stelle nach geistiger Behinderung und einem „Mischbild aus Krankheit und Behinderung“ genannt und war die Ursache für 12 % der gesetzlichen Betreuungen. In der Gruppe der 40-69-Jährigen stellten laut Aktenanalyse schon damals die psychischen Erkrankungen den Hauptgrund für die Einrichtung der Betreuung dar (40 % der Fälle), während in der Gruppe der über 69-Jährigen in über der Hälfte der Fälle die Demenz als Ursache genannt wurde.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Anteil von älteren Personen unter den gesetzlich Betreuten seit 20 Jahren stetig abnimmt. Damit einhergehend lässt sich beobachten, dass Demenz als Ursache für die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung an Bedeutung verliert. Die Gruppe der gesetzlich Betreuten wird zunehmend von jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen dominiert. Eine Ursache hierfür ist vermutlich, dass ältere Menschen, für die früher Angehörige als ehrenamtliche Betreuer*innen eingesetzt wurden, zunehmend über Vorsorgevollmachten verfügen, was die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung überflüssig macht. Gleichzeitig zeigt sich in Bezug auf jüngere Menschen mit psychischen Erkrankungen wie bereits erwähnt eine zunehmende Aufgabenverschiebung von Akteur*innen des sozialpsychiatrischen Hilfesystems auf gesetzliche Betreuer*innen – aus Gründen der steigenden bürokratischen Anforderungen, aber auch mit dem Ziel Kosten und Zeit zu sparen (6, 14).

1.4 Gesetzliche Betreuung und Psychiatrie

1.4.1 Fürsorge vs. Selbstbestimmung

Das reformierte Betreuungsrecht war Ausdruck eines neuen Blicks auf Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Bedürfnisse. Im Vordergrund stand und steht eine persönliche Begleitung des hilfebedürftigen Menschen unter Wahrung seiner Autonomie und Selbstbestimmungsrechte ohne unnötige Rechtseingriffe.

Der Psychiater Wolf Crefeld stellte fest, dass gesetzliche Betreuung für viele Betroffenen trotzdem weiterhin Stigma und Ausgrenzung bedeutet. Er nannte Beispiele von Bankangestellten, die keine Geschäfte ohne die Unterschrift der*des gesetzlichen

Betreuer*in gelten lassen wollen (17). Trotz der großen Relevanz für die Praxis werden betreuungsrechtliche Fragen im Medizinstudium nicht ausreichend thematisiert und auch fast 30 Jahre nach der Reform des Betreuungsrechts ist immer noch vielen Ärzt*innen unbekannt, dass betreute Personen nicht „entmündigt“ sind (18). Ein Beweis dafür sind Klinikärzt*innen, die die Einverständniserklärung einer betreuten Person nicht anerkennen. Diese und ähnliche Situationen dürften jedem und jeder von gesetzlicher Betreuung Betroffenen aus dem Alltag bekannt sein (17).

Der Wunsch nach Fürsorge des Betreuers oder der Betreuerin und das Recht auf Selbstbestimmung der betroffenen Person geraten gerade im Kontext medizinischer Behandlungen immer wieder in Konflikt. Auf der einen Seite dürfen die Betreuer*innen als gesetzliche Vertreter*innen für die Betroffenen entscheiden, auf der anderen Seite sollen sie die freie Entfaltung von deren Persönlichkeit unterstützen (19).

Das Selbstbestimmungsrecht ist in der deutschen Rechtsprechung allgemein beachtet und wird vom Grundgesetz garantiert. Es hat „Vorrang vor dem standesethisch begründeten Heilauftrag“ der*des Ärzt*in, wie eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 13.09.1994 bekräftigt (BGHSt 11, 111). In Art. 12 der UN-BRK ist das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderungen ein zentraler Punkt. Jeder Mensch kann „über seinen Körper und das, was mit ihm geschieht, frei bestimmen“. Eine „Heilbehandlung, die in die körperliche Integrität eingreift oder das Befinden [...] vorübergehend beeinträchtigt, [stellt eine] Körperverletzung dar, [...] unabhängig davon, ob die Behandlung erfolgreich oder missglückt, kunstgerecht oder fehlerhaft war“. Ein solcher Eingriff wird erst durch die Einwilligung der Patient*innen oder ihrer gesetzlichen Vertreter*innen gerechtfertigt. Auch bei Menschen, die ihre körperliche Unversehrtheit nicht preisgeben wollen, obwohl dadurch ein lebensgefährliches Leiden geheilt werden kann, muss das „Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ gemäß Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG gewährleistet werden. Der*die Ärzt*in muss vor der Durchführung eines Eingriffs eine Einwilligung der*des Patient*in einholen (20).

Um sein Selbstbestimmungsrecht nutzen zu können, ist Einwilligungsfähigkeit die Voraussetzung, also die Fähigkeit, Art, Bedeutung und Tragweite einer Maßnahme zu erfassen und diesbezüglich einen Willen zu bilden. Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen stellt sich in der Praxis regelmäßig die Frage, inwiefern sie im Moment der Ablehnung von medizinischen Maßnahmen einwilligungsfähig sind. Das Vorliegen einer

psychischen Krankheit allein begründet – entgegen einer in der Praxis unter Nicht-Psychiater*innen weit verbreiteten Annahme – keine Einwilligungsunfähigkeit. Es müssen begründete Zweifel an der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit der Person bestehen (18). Dies kann der Fall sein, wenn der*die Patient*in seine*ihre Wahlmöglichkeit aufgrund von krankheitsbedingtem Antriebsverlust, Ambivalenz oder psychomotorischer Unruhe nicht nutzen kann, wenn er*sie die gegebene Information beispielsweise aufgrund einer Störung von Kognition oder Auffassung nicht ausreichend versteht, wenn die gegebenen Informationen aufgrund eines verlorenen Bezugs zur Wirklichkeit nicht für realitätsbezogene und angemessene Entscheidungen genutzt werden können, wenn sein*ihr Wesen krankheitsbedingt vorübergehend verändert ist und er*sie nicht „in Übereinstimmung mit [seinen*ihren eigenen] Werten, Zielen [und] Haltungen [entscheiden]“ kann (20, 21).

1.4.2 Unterbringung und ärztliche Zwangsmaßnahmen

Im Falle einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit ist zu prüfen, ob die betreffende Person über eine Vollmacht oder eine gesetzliche Betreuung verfügt, die den Bereich Gesundheitssorge mit einbezieht (20). Die Pflichten des*der gesetzlichen Betreuer*in gegenüber der betreuten Person sind in § 1901 BGB festgelegt: „Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.“ Das heißt, dass nicht die Vorstellungen und Überzeugungen des*der Betreuer*in im Vordergrund stehen, sondern die individuellen Bedürfnisse und Ansichten der betreuten Person. Beispielsweise darf auch im Fall von Verwahrlosung ein*e Betreuer*in erst dann eingreifen, wenn Leib und Leben der betreffenden Person erheblich bedroht sind, und muss ansonsten ihren individuellen Lebensentwurf respektieren (20).

Eine unfreiwillige Behandlung im Krankenhaus und ärztliche Zwangsmaßnahmen sind „schwerwiegende Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht“ und dürfen nur letztes Mittel sein (18). Die Voraussetzungen für die Behandlung eines Menschen gegen seinen Willen sind in §§ 1906 und 1906a geregelt. Am häufigsten kommt eine sogenannte Unterbringung gemäß § 1906 im Zusammenhang mit der Zwangseinweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus vor. Diese bedarf einer richterlichen Genehmigung („Richtervorbehalt“). Damit eine solche Unterbringung zulässig ist, muss eine von zwei

möglichen Voraussetzungen zutreffen. Erste Voraussetzung ist das Vorliegen von Eigengefährdung, also der Gefahr, „dass [der*die Betreute] sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt“ (§ 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB). Dies kann beabsichtigt oder unbeabsichtigt sein. Beispiele hierfür sind orientierungsloses Umherirren im Straßenverkehr, Verweigern von Essen und Trinken oder andere gefährliche Handlungen wie das Rauchen im Bett. Dieses gefährliche Verhalten muss Folge einer „psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung“ sein.

Die zweite mögliche Voraussetzung ist die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung oder Heilbehandlung „zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens“ (§ 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB). Eine Behandlung ist jedoch nur zulässig, wenn eine realistische Aussicht auf Erfolg besteht und diese nur im Rahmen einer stationären Unterbringung und nicht ambulant erfolgen kann. Eine zwingende Voraussetzung ist auch hier, dass die Gefährdung von Leib und Leben „auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung“ bestehen muss. Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass jeder Mensch das Recht hat, sich im Fall von Krankheit „nicht behandeln zu lassen und unter Umständen an seiner Krankheit sogar zu sterben“. Nur wenn die Verweigerung der Behandlung aufgrund einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit nicht als eigenverantwortliche Entscheidung zu werten ist, darf gegen den Willen der Betroffenen gehandelt werden (22).

Das Ziel der Unterbringung nach § 1906 ist einzig und allein der Schutz von Leib und Leben der Betroffenen. Der Schutz des Vermögens ist als Unterbringungsgrund nicht ausreichend. Hier genügt ein Einwilligungsvorbehalt. Beim Vorliegen von Fremdgefährdung, also zum Schutz anderer Personen vor der betreuten Person, ist explizit keine Unterbringung nach dem Betreuungsrecht zulässig. In diesem Fall muss die Unterbringung nach den Landesgesetzen über die Unterbringung psychisch Kranker erfolgen. Diese sind unabhängig davon, ob die betreffende Person betreut ist oder nicht (22).

Der Wunsch nach Unterbringung von Menschen, die sich psychisch auffällig verhalten, entsteht häufig auch dann, wenn der- oder diejenige als Störung der öffentlichen Ordnung oder des Hausfriedens empfunden wird. Oft liegen in diesen Fällen jedoch die Voraussetzungen für eine Unterbringung nicht vor, was durch das Betreuungsgericht

gründlich zu überprüfen ist. Wie Seichter et al. es formulieren: „Nicht jeder, der stört, kann auch untergebracht werden!“ (22).

1.4.3 Schwere psychische Erkrankungen – *Severe Mental Illness*

Davon ausgehend, dass von gesetzlicher Betreuung am ehesten Menschen betroffen sind, deren Alltagskompetenz aufgrund von schweren und chronischen psychischen Erkrankungen eingeschränkt ist, stellt sich die Frage, um welche Erkrankungen es sich dabei handelt.

In der Literatur findet sich als Bezeichnung für schwere psychische Erkrankungen häufig der Begriff *Severe Mental Illness* (SMI). Die Definitionen unterscheiden sich je nach Anwendungskontext. Zum einen findet sich das Konzept der SMI im Gesundheitswesen zur Entscheidungshilfe bei der Verteilung begrenzt vorhandener Ressourcen auf die verschiedenen Patient*innengruppen je nach ihrem Bedarf (23). In diesem Zusammenhang werden neben den psychiatrischen Diagnosen auch Kriterien wie Behandlungshistorie und Einschränkungen des Funktionsniveaus berücksichtigt (24, 25). In der wissenschaftlichen Literatur hingegen wird meistens eine ausschließlich diagnosebasierte Definition von SMI gewählt. Häufige in diesem Kontext einbezogene Diagnosen sind Erkrankungen aus dem Schizophrenie-Spektrum (26–32) oder andere psychotische Störungen (27, 29, 31–35), sowie bipolare Störungen (26, 28, 30–33) und schwere Depression (28, 30, 33–35).

Es ist schwer, aus dem Querschnittsbild einer Erkrankung eine reliable Aussage über die Symptomschwere und den Grad der funktionalen Einschränkungen zu treffen. Dies ist zuverlässig nur durch die Verlaufsbeobachtung im Längsschnitt möglich. Die daraus folgende Frage, welche psychiatrischen Erkrankungen in ihrem Verlauf am ehesten mit schweren funktionellen und kognitiven Einschränkungen einhergehen, führt unweigerlich zurück zu den Anfängen der Psychiatriegeschichte.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts unterteilte Kraepelin die schweren psychischen Erkrankungen in zwei große Gruppen. Erkrankungen mit im Vordergrund stehenden kognitiven Abbauprozessen und Denkstörungen bezeichnete er als *Dementia praecox*. Bleuler prägte 1911 hierfür den Begriff der Schizophrenie. Die andere Gruppe von Erkrankungen mit überwiegend affektiver Symptomatik bezeichnete Kraepelin als „manisch depressives Irresein“ (später bipolare Störungen) (36). In dieser Tradition

wurden psychotische Symptome mit dem Vorliegen einer Schizophrenie gleichgesetzt, unabhängig von eventuell vorhandenen affektiven Merkmalen. 1978 postulierten Pope und Lipinski, dass schwere bipolare Störungen entgegen der herrschenden Meinung ebenfalls mit psychotischen Merkmalen, Denkstörungen und kognitiven Einschränkungen einhergehen können (37). Lake hob 2008 hervor, dass sowohl affektive Erkrankungen als auch Schizophrenien aufgrund von phänotypischen und genotypischen Gemeinsamkeiten zu dauerhaften Störungen der Kognition und der Exekutivfunktionen führen und mit chronisch progredienten Krankheitsverläufen einhergehen können. Eine sinnvolle Unterscheidung „ätiologischer und/oder pathophysiologischer Entitäten“ sah er nicht in der Trennung zwischen Schizophrenie und affektiven Störungen, sondern vielmehr in der Gegenüberstellung psychotischer (mit Denkstörungen und potenziell schweren Verläufen einhergehender) und nicht-psychotischer Störungen (36). In Übereinstimmung hiermit stellten auch Kapczinski et al. fest, dass eine „Vorgeschichte psychotischer Symptome“ zu kognitiven Einbußen führen kann (38).

Psychotische Symptome wurden demnach von verschiedenen Autoren als entscheidendes Kriterium für das Vorliegen einer schweren chronischen psychischen Erkrankung mit dauerhaften Funktionseinschränkungen betrachtet.

In der vorliegenden Arbeit wird eine diagnosebasierte Definition von *Severe Mental Illness* gewählt, die diesem Konzept Rechnung trägt. Es werden hier unter SMI explizit nur psychische Erkrankungen verstanden, die mit psychotischen Merkmalen einhergehen. Gemeint sind damit zum Einen alle F2-Diagnosen (Schizophrenien (F20), schizotype Störungen (F21), anhaltende wahnhaftige Störungen (F22), akute vorübergehende psychotische Störungen (F23), induzierte wahnhaftige Störungen (F24), schizoaffective Störungen (F25), sowie sonstige und andere psychotische Störungen (F28 bzw. F29)), zum Anderen mit psychotischen Merkmalen einhergehende affektive Störungen (Manien mit psychotischen Symptomen (F30.2), manische und depressive Episoden bipolarer Erkrankungen mit psychotischen Symptomen (F31.2 bzw. F31.5), gemischte Episoden bipolarer Erkrankungen (F31.6), schwere depressive Episoden mit psychotischen Symptomen (F32.3), sowie schwere Episoden rezidivierender depressiver Störungen mit psychotischen Symptomen (F33.3)).

1.4.4 *Staging* bei schweren psychischen Erkrankungen

Wie beschrieben wurde schon Anfang des 20. Jahrhunderts erkannt, dass bestimmte psychische Erkrankungen chronisch progredient verlaufen und mit hirnrorganischen Abbauprozessen und demenzartigen Endstadien (*Dementia praecox*) einhergehen können (39).

Seit Mitte der 1990er Jahre etablieren sich im Zusammenhang mit *Severe Mental Illness* zunehmend Modelle zum klinischen *Staging*, namentlich vor allem für bipolare Störungen, Depression und Schizophrenie. Sie verfolgen einen mehrdimensionalen Ansatz, um Aussagen über den Schweregrad der Erkrankung zu treffen und damit praktische Anhaltspunkte bezüglich Prognose und Behandlungsstrategien zu liefern (40). Es werden neben akuten Krankheitssymptomen und neurobiologischen Markern auch die kognitive Leistungsfähigkeit und das psychosoziale Funktionsniveau einbezogen. Auch Komorbiditäten spielen bezüglich der Krankheitsschwere eine Rolle und werden als Belastungsfaktor genannt.

Das Modell von Kapczinski et al. für bipolare Störungen von 2009 ist eines der am besten entwickelten und schlägt die Einteilung des Krankheitsverlaufs in vier klinische Stadien vor, wobei Stadium I mit klar abgrenzbaren Krankheitsepisoden einhergeht, die Kognition unbeeinträchtigt bleibt und insgesamt eine gute Prognose und Behandlungsmöglichkeiten bestehen, wohingegen Stadium IV einen palliativen Endzustand darstellt mit völliger Abwesenheit von Autonomie, schweren kognitiven und funktionellen Einschränkungen, sowie einer sehr schlechten Prognose für den weiteren Verlauf.

Schwere bleibende kognitive Beeinträchtigungen sind in diesem Modell ab Stadium III zu verzeichnen, das bereits mit dem Abbau hirnrorganischer Strukturen und einer sehr schlechten Prognose einhergeht (41). Cosci und Fava leiteten in ihrer systematischen Übersichtsarbeit von 2013 *Staging*-Modelle für verschiedene psychiatrische Krankheitsbilder aus der verfügbaren Literatur ab und formulierten auch für die Schizophrenie vier Stadien (prodromal, akut, residual, chronisch), wobei hier ebenfalls Stadium III einen bereits chronifizierten, mit kognitiven Abbauprozessen einhergehenden Zustand beschrieb (42).

Aus den in § 1896 Abs. 1 BGB geregelten Voraussetzungen für eine gesetzliche Betreuung, die „auf seinen Antrag oder von Amts wegen“ bestellt wird, wenn „ein

Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit [...] seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen“ kann, und der in den genannten *Staging*-Modellen definierten Krankheitsstadien ließe sich ableiten, dass Menschen mit gesetzlicher Betreuung in den häufigsten Fällen bereits fortgeschrittenen Stadien (III bis IV) schwerer psychischer Erkrankungen zuzuordnen sind.

1.5 Stand der Forschung

Wie einleitend erwähnt, gibt es bislang keine wissenschaftlichen Untersuchungen darüber, was gesetzlich Betreute im Kontext der stationären psychiatrischen Behandlung von nicht Betreuten unterscheidet.

Die oben genannten Themenkomplexe jedoch, die im Zusammenhang mit gesetzlicher Betreuung und stationärer Psychiatrie eine Rolle spielen, waren und sind gut untersucht. Zu nennen sind vor allem Trends bei Unterbringungszahlen, sowie Risiken im Zusammenhang mit der Aufnahme im Krankenhaus und dem stationären Verlauf.

1.5.1 Entwicklungen und Trends bei Unterbringungsraten und -quoten

Die Fachliteratur beschäftigt sich seit der Einführung des neuen Betreuungsgesetzes intensiv mit den Zahlen und Trends von Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken. Exemplarisch sollen hier einige Ergebnisse von Veröffentlichungen aus den Jahren 2001 bis 2011 zusammengefasst werden, die sich auf Zahlen aus den Jahren 1988 bis 2009 beziehen.

Als allgemein anerkannt gilt in der Literatur, dass die absolute Zahl der Zwangseinweisungen über die Jahre kontinuierlich gestiegen ist. Darsow-Schütte et al. stellten eine Verdopplung der Einweisungen nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) im Zeitraum zwischen 1988 und 1998 fest (43), Müller et al. sprachen von mehr als einer Verdreifachung der Zwangseinweisungen nach BGB und einer Verdopplung der PsychKG-Einweisungen in den Jahren 1992 bis 2000 (44). Valdes-Stauber et al. stellten einen signifikanten Anstieg der jährlichen Unterbringungsraten (Zwangseinweisungen bezogen auf die Bevölkerungszahl) fest, sowohl bei PsychKG- als auch bei BGB-Unterbringungen (45). Spengler et al. stellten ebenfalls fest, dass die Unterbringungsraten sowohl nach BGB als auch nach PsychKG im Zeitraum zwischen

1992 und 2003 stiegen. Der Anteil der Unterbringungen nach BGB nahm dabei zu, betraf jedoch zu ungefähr der Hälfte Bewohner*innen von Heimen (46).

Trotz der steigenden absoluten Zahl von Zwangseinweisungen blieb die Unterbringungsquote (Unterbringungen bezogen auf die stationären Behandlungsfälle) konstant (43, 45), was mit den tendenziell immer kürzeren stationären Behandlungen begründet wurde, die gehäufte Wiederaufnahmen zur Folge haben. Dies kann als Hinweis dafür gesehen werden, dass der Ausbau ambulanter psychiatrischer Versorgungsstrukturen nicht ausreichend erfolgt und die konsequente Enthospitalisierung in der Praxis noch nicht wie gewollt umsetzbar ist (45). Müller et al. befürchteten außerdem eine steigende Bereitschaft der Gesellschaft zu Zwang gegen Menschen mit „störendem und abweichendem Verhalten“, unter anderem beeinflusst durch eine tendenziöse mediale Berichterstattung (44).

1.5.2 Risiken im Aufnahmезusammenhang

Zwangseinweisungen

Personen, die von unfreiwilligen Aufnahmen im Krankenhaus betroffen sind, haben häufiger eine Hauptdiagnose aus dem Spektrum der psychotischen Störungen/Schizophrenien (47–56) oder der organischen psychischen Störungen (49, 52, 55, 56). Sie sind häufiger männlich (48, 51, 52, 54, 56), älter (53, 55, 56) und haben häufiger eine komorbide Suchterkrankung (56).

Diese Personengruppe ist häufiger arbeitslos (51, 53) oder berentet (56), lebt allein und ist nicht verheiratet bzw. verwitwet (51, 53–55). Auch Menschen mit Migrationshintergrund sind häufiger von Zwangseinweisungen betroffen (47, 49, 56, 57).

Die Vorstellung erfolgt häufiger notfallmäßig (50), außerhalb der regulären Arbeitszeiten des Krankenhauses (52, 56, 58) und aufgrund einer akuten psychopathologischen Verschlechterung (53). Es ist häufiger vor der Aufnahme keine Medikamenteneinnahme erfolgt (59) und keine ambulante Behandlung aufgesucht worden (56), auch psychosoziale Unterstützung fehlt häufig (59, 60), viele Betroffene sind obdachlos (49).

Der häufigste Aufnahmearbeit ist Eigen- oder Fremdgefährdung (47, 53, 56, 58), die betroffenen Personen haben häufiger in der Woche vor Aufnahme (in der zitierten Arbeit nicht näher definierten) Kontakt zur Polizei gehabt (57).

Patient*innen mit längeren stationären Aufenthalten werden mit höherer Wahrscheinlichkeit initial zwangseingewiesen (51, 53, 58).

Notfallmäßige stationäre Aufnahme

Patient*innen, die notfallmäßig und ungeplant stationär aufgenommen werden, zeigen häufiger eine hohe Krankheitsschwere (61) und Leitsymptome wie Ärger, Aggressivität, Impulsivität, Realitätsverkennung oder Desorganisation (62). Sie haben Psychosen (61–63), affektive Störungen (61–63) oder eine Suchterkrankung (63). Sie sind häufiger männlich (63). Die Aufnahme erfolgt häufiger unfreiwillig (62, 63).

Ein struktureller Faktor, durch den notfallmäßige Aufnahmen unter Umständen vermieden werden können, ist die Verfügbarkeit von stationären Bettenkapazitäten im Krankenhaus und niedrigschwelligen Aufnahmenangeboten (63).

1.5.3 Risiken im Behandlungsverlauf

Fremdaggressivität

Fremdaggressive Personen sind häufiger männlich (64) und werden häufiger unfreiwillig im Krankenhaus behandelt (64, 65). Sie haben häufiger Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis und andere psychotische Störungen oder Abhängigkeitserkrankungen (64–67).

Zwangsmaßnahmen

Zu Zwangsmaßnahmen während der stationären Behandlung kommt es häufiger bei Menschen mit einer hohen Krankheitsschwere (49, 68, 69) und den Diagnosen Schizophrenie (49, 68) oder organische psychische Störung (49). Diese Personen sind häufiger männlich und jüngeren Alters (49). Die Aufnahme ist häufig gegen ihren Willen erfolgt (69).

Auslöser für Zwangsmaßnahmen sind am häufigsten Fremdaggression bzw. aggressives Verhalten allgemein (49, 68, 69).

Lange stationäre Aufenthalte

Risikofaktoren für besonders lange stationäre Aufenthalte sind männliches Geschlecht (70), Migrationshintergrund (70), Obdachlosigkeit (70, 71) und Diagnose einer Psychose

(70, 72). Das Auftreten von Zwangsmaßnahmen verlängert ebenfalls die stationäre Aufenthaltsdauer (71).

Menschen, die lange stationär im Krankenhaus behandelt werden müssen, haben häufiger einen hohen Unterstützungsbedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (72).

Hohe Wiederaufnahmeraten

Zu besonders häufigen erneuten stationären Wiederaufnahmen nach Entlassung kommt es bei Menschen mit Psychose (73). Die initiale Aufnahme erfolgte häufiger wegen Fremdgefährdung (71, 73) oder Alkoholintoxikation (71). In der Vorgeschichte kam es bereits zu wiederholten stationären Aufnahmen (71) oder unfreiwilligen Behandlungen (73, 74).

Menschen mit hohen Wiederaufnahmeraten sind häufig jünger und unverheiratet (74).

1.5.4 Gesetzliche Betreuung

Trotz der verschiedenen untersuchten Einflussfaktoren, die die Patient*innen selbst und ihre Lebensumstände betrafen, wurde die Frage nach dem Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung in der zitierten Literatur kaum gestellt. Schmitz-Buhl et al. stellten fest, dass zwangseingewiesene Patient*innen mit höherer Wahrscheinlichkeit einen gesetzlichen Betreuer haben als freiwillig aufgenommene (56), Kirschenbauer et al. fanden einen höheren Anteil gesetzlich betreuter Patient*innen bei Einweisungen wegen Fremdgefährdung (60). In einer italienischen Untersuchung zeigte sich kein Zusammenhang zwischen gesetzlicher Betreuung und Zwangseinweisung, was an der abweichenden Rolle gesetzlicher Betreuer*innen in Italien liegen mag (53).

Reynolds untersuchte 2002 erstmalig anhand einer für die USA repräsentativen Stichprobe (N = 65.013) die Risikofaktoren für das Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung (*guardianship*) und kam zu dem Ergebnis, dass 0,3 % der selbstständig lebenden (*community-dwelling*) Erwachsenen in den USA gesetzlich betreut waren. Als Risikofaktoren beschrieb er höheres Alter, „körperliche und emotionale Beeinträchtigungen“, ein kleines familiäres Netzwerk und Alleinleben (75).

In den USA wird zwischen zwei Arten gesetzlicher Betreuung unterschieden. Der *legal guardian* ist beispielsweise für medizinische Entscheidungen verantwortlich, während der *conservator* finanzielle Befugnisse hat. Aufgrund der unterschiedlichen rechtlichen

Gegebenheiten wurde in der vorliegenden Arbeit auf Vergleiche mit der Situation in anderen Ländern verzichtet.

1.6 Zielsetzung der Arbeit und Hypothesen

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den Stellenwert der gesetzlich betreuten Patientinnen und Patienten in einer psychiatrischen Klinik mit Pflichtversorgungsauftrag zu untersuchen, um aus den Ergebnissen Optimierungspotenziale für die Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassprozesse abzuleiten.

Diese Personengruppe besitzt einen besonderen Stellenwert, da ihre Untersuchung ermöglicht, Erkenntnisse über Menschen mit chronischen und fortgeschrittenen psychischen Erkrankungen im Kontext der stationären Psychiatrie zu gewinnen. Der zweite wichtige Aspekt sind die eingeschränkte Selbstbestimmung und der institutionelle Zwang, die mit gesetzlicher Betreuung einher gehen können. Vor dem Hintergrund der seit 2009 in Deutschland verbindlich geltenden UN-BRK stellt sich die Frage nach dem Ausmaß und den Anlässen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, denen seelisch behinderte Menschen in der betreuungsrechtlichen Realität ausgesetzt sind.

Es wurden unter Berücksichtigung dieser Aspekte drei Themenkomplexe untersucht. Zunächst wurde der Stellenwert der gesetzlich betreuten Personengruppe in der klinischen Gesamtpopulation bemessen, von den in Anspruch genommenen Ressourcen über soziodemographische bis hin zu diagnostischen Besonderheiten. Ein weiterer Fokus lag auf den mit der stationären Aufnahme assoziierten Risiken wie Eigen- und Fremdgefährdung, aber auch unfreiwillige Behandlung. Zuletzt wurden die mit dem stationären Behandlungsverlauf einhergehenden Risiken wie Fixierungen und besondere Vorkommnisse erforscht.

Ein tieferes Verständnis der Besonderheiten gesetzlich betreuter Menschen ermöglicht zum einen, Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht zu gestalten und Stigmata abzubauen, aber auch Erwartungen an zu erzielende Therapieerfolge anzupassen und Ressourcen risikoadaptiert zu verteilen.

Im Einzelnen wurden die folgenden Hypothesen getestet:

1. Der Anteil gesetzlich betreuter Patient*innen am jeweiligen Gesamtaufkommen der Klinik ist hoch und liegt zwischen 25 % und 40 %.
2. Bei den affektiven Störungen haben gesetzlich Betreute häufiger eine bipolare Erkrankung und häufiger eine komorbide Erkrankung aus dem F1-, F4- und F6-Spektrum.
3. Gesetzlich betreute Personen werden häufiger notfallmäßig und außerhalb der regulären Arbeitszeiten in die Klinik aufgenommen.
4. Die Aufnahme von gesetzlich betreuten Personen erfolgt häufiger unfreiwillig und ist häufiger mit Risikomerkmalen wie Fremdaggressivität assoziiert.
5. Gesetzlich betreute Personen weisen längere stationäre Verweildauern auf als nicht betreute Personen, unabhängig von der Tatsache, ob sie untergebracht sind oder sich freiwillig in Behandlung befinden.
6. Im Krankenhaus behandelte Personen mit gesetzlicher Betreuung sind häufiger von Fixierungen betroffen und verursachen häufiger besondere Vorkommnisse.
7. Das Risikoprofil für das Merkmal „gesetzlich betreut“ beinhaltet die Merkmale männliches Geschlecht, psychotische Störung, komorbide Suchterkrankung und unfreiwillige Behandlung.

2. Material und Methodik

2.1 Studiendesign

Es wurde eine retrospektive Analyse von Routinedaten durchgeführt. Diese wurden mittels einer von Chefarzt Prof. Dr. Peter Bräunig und einem Kollegen entwickelten Basisdokumentation (BaDo) erhoben, die am Department für seelische Gesundheit des Vivantes Humboldt-Klinikums im Berliner Bezirk Reinickendorf standardmäßig eingesetzt wurde und alle zwischen dem 01.01.2006 und dem 31.12.2012 aufgenommenen vollstationären Fälle beinhaltet. Nicht darin enthalten sind ambulante und teilstationär behandelte Fälle.

Das Department für seelische Gesundheit verfügte im Beobachtungszeitraum neben einer Akutstation zur Krisenintervention über acht störungsspezifische Stationen für jeweils zehn bis 17 Patient*innen. Im Einzelnen handelte es sich um eine Station für untergebrachte Patient*innen, zwei Stationen für Schizophrenie und andere psychotische Störungen, eine suchtmmedizinische Station, zwei gerontopsychiatrische Stationen sowie zwei Stationen für affektive Erkrankungen und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Die stationäre Bettenkapazität wurde über den Beobachtungszeitraum von 108 auf 123 Betten erweitert.

Die Datenerhebung erfolgte jeweils zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme mithilfe der BaDo-Datenbank. Sie erfasste zum einen fallbezogene Routinedaten entsprechend § 21 KHEntgG wie Geburtsdatum, Geschlecht, Postleitzahl, Wohnort, Aufnahme- und Entlassungsdatum, Patient*innenummer und Diagnoseschlüssel (ICD-10-Kode⁵). Darüber hinaus wurden Informationen im Zusammenhang mit der stationären Aufnahme und Entlassung sowie dem klinischen Verlauf abgefragt. Beispiele hierfür sind das Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung, die Art der Aufnahme und Entlassung, der Aufnahmegrund, sowie Angaben über Fixierungen, Unterbringungen und besondere Vorkommnisse.

Bezüglich der Aufnahmeart wurde erfasst, ob es sich um eine geplante, ungeplante oder notfallmäßige Aufnahme handelte. Außerdem wurden Informationen über eine mögliche Einweisung durch Fach- oder Hausärzt*in, Verlegung aus anderen Kliniken und ggf.

⁵ Internationale Klassifikation psychischer Störungen.

Begleitung durch Behörden (Polizei, Feuerwehr, sozialpsychiatrischer Dienst) oder dritte Personen gesammelt. Bezüglich der Entlassungsart wurde erfasst, ob es sich um eine reguläre oder irreguläre Entlassung (Entlaufen, Behandlungsabbruch gegen ärztlichen Rat, disziplinarische Gründe) bzw. eine Verlegung handelte.

Als Aufnahmegrund konnten, wenn zutreffend, Angaben über das Vorliegen von Fremdaggression oder Suizidalität gemacht werden.

Eine Fixierung ist laut Vivantes-Psychiatriepflegestandard „eine mechanische Bewegungseinschränkung eines Patienten und dient der Abwendung einer akuten Eigen- und Fremdgefährdung, nachdem vorangegangene Deeskalationsversuche fehlgeschlagen sind“⁶. Sie erfolgt auf schriftliche ärztliche Anordnung für einen begrenzten Zeitraum in einem Fixierbett mit 5-fach Fixiersystem. In der Datenbank erfasst wurden die fallbezogene Dauer und Anzahl sowie die Gründe der Fixierungen (Selbstschädigung, Fremdschädigung, Sachbeschädigung).

Bei einer Unterbringung handelt es sich um die Behandlung einer psychisch erkrankten Person gegen ihren Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus aufgrund einer Gefahr für sich selbst oder für andere. Voraussetzung ist eine gerichtliche Anordnung auf Grundlage des Berliner PsychKG oder des BGB. Die Unterbringung ist sofort zu beenden, sobald ihre Voraussetzungen entfallen oder sich die Gefahr durch minderbelastende Maßnahmen beheben lässt. In der Datenbank wurden die Art und die fallbezogene Dauer der Unterbringung erfasst.

Als sogenannte besondere Vorkommnisse wurden Ereignisse bezeichnet, die sich potentiell gravierend auf den Behandlungsverlauf von Patient*innen oder den Klinikbetrieb auswirken, bzw. mit versicherungsrechtlichen und anderen juristischen Konsequenzen einhergehen können. Im Einzelnen zählten dazu wurden Fremdaggression, Entweichung, Sachbeschädigung, Selbstverletzung, Suizidversuch, plötzlicher Tod sowie „Sonstiges“.

⁶ Psychiatriepflegestandard 02 Fixierung, Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH, Stand 2017.

2.2 Beschreibung der Stichprobe

Im Beobachtungszeitraum zwischen dem 01.01.2006 und dem 31.12.2012 wurden insgesamt N = 18.138 Behandlungsfälle in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Departments für seelische Gesundheit vollstationär aufgenommen. Dabei handelte es sich um 8.381 Patient*innen. Das Humboldt-Klinikum ist eine psychiatrische Klinik mit Pflichtversorgungsauftrag für den Berliner Bezirk Reinickendorf mit ca. 254.000 Einwohner*innen. Die von der Stichprobe umfassten Fälle entsprechen der Gesamtheit der Personen, die im Beobachtungszeitraum eine stationäre psychiatrische Behandlung im Humboldt-Krankenhaus in Anspruch genommen haben. Sie repräsentiert daher nicht die allgemeine Bevölkerung des Bezirks, sondern stellt eine selektierte Population mit mittelschweren bis schweren Krankheitsbildern einschließlich komplexer psychiatrischer und somatischer Komorbiditäten dar.

Von den behandelten Fällen waren 56,9 % männlich und dementsprechend 43,1 % weiblich (Tabelle 1). Das Alter betrug im Durchschnitt 49,2 Jahre (SD = 17,1). Die fallbezogen häufigste Hauptdiagnose waren Suchterkrankungen (32,3 %), gefolgt von affektiven Störungen (30,3 %). Eine gesetzliche Betreuung hatten 28,5 % der Behandlungsfälle.

Aus dem Versorgungsbezirk Berlin-Reinickendorf stammten 84,2 % der Fälle, 9,4 % kamen aus anderen Berliner Bezirken, 3,8 % kamen nicht aus Berlin.

2.3 Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten, stationärer Verlauf

Anhand der erfassten Daten ließ sich der stationäre Verlauf vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zur Entlassung näher charakterisieren (Tabelle 2).

Am häufigsten erfolgte die Aufnahme notfallmäßig (58,1 %), nur in 19,5 % der Fälle geplant. Die Entlassung erfolgte meist regulär (67,2 %). Die durchschnittliche Verweildauer betrug 17,09 Tage (SD = 25,15) mit einer Spanne von unter 1 bis 736 Tagen. In einem Drittel der Fälle dauerte die stationäre Behandlung bis zu 3 Tagen, in zwei Drittel länger.

In 8,5 % der Fälle kam es während des stationären Aufenthaltes mindestens zu einer Fixierung. 8,1 % der Fälle waren untergebracht. Zu besonderen Vorkommnissen kam es in 2,1 % der Fälle.

Tabelle 1 Beschreibung der Stichprobe (fallbezogen)

Variable		Stichprobe (N = 18.138)
Geschlecht	männlich	56,9 %
	weiblich	43,1 %
Alter (Jahre)	M (SD)	49,2 (17,1)
	18-20 Jahre	2,7 %
	21-30 Jahre	12,1 %
	31-40 Jahre	17,0 %
	41-50 Jahre	26,4 %
	51-60 Jahre	17,6 %
	61-70 Jahre	11,1 %
	> 70 Jahre	13,1 %
Hauptdiagnose	F0	10,2 %
	F1	32,3 %
	F2	12,2 %
	F3	30,3 %
	F4	9,3 %
	F5	0,1 %
	F6	1,7 %
	F7	0,4 %
	F8	0,1 %
	F9	0,1 %
	fehlend	3,4 %
Gesetzliche Betreuung	besteht	28,5 %
	besteht nicht/unbekannt	71,5 %
Wohnort	Berlin-Reinickendorf	84,2 %
	Berlin andere	9,4 %
	außerhalb Berlins	3,8 %
	fehlend	2,6 %

Tabelle 2 Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten, stationärer Verlauf (fallbezogen)

Variable		Stichprobe (N = 18.138)
Art der Aufnahme	keine Angabe	1,0 %
	geplant	19,5 %
	ungeplant	21,3 %
	Notfall	58,1 %
Art der Entlassung	regulär	67,2 %
	irregulär	21,6 %
	verstorben	0,4 %
	Verlegung	10,7 %
Verweildauer (Tage)	M (SD)	17,09 (25,15)
	≤ 3 Tage	34,0 %
	> 3 Tage	66,0 %
Fixierung während Aufenthalt	ja	8,5 %
	nein	91,5 %
Unterbringung	ja	8,1 %
	nein	91,9 %
Besonderes Vorkommnis	ja	2,1 %
	nein	97,9 %

2.4 Statistik und Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mittels SPSS Statistics Version 27.0.0.0 (IBM). Tabellen und Grafiken wurden mit Microsoft Office Home and Student 2016 (Microsoft Corp.) erstellt. Eine initiale statistische Beratung erfolgte durch die Novustat GmbH.

Bei den erfassten Daten handelte es sich um kategoriale und metrische Variablen. Die metrischen Variablen (Alter, Anzahl der Nebendiagnosen, Verweildauer, Anzahl der Aufenthalte, Anzahl der Fixierungen, Anzahl der besonderen Vorkommnisse, Summenwerte von Suizidalität und Fremdaggressivität) waren zwar gemäß Kolmogorov-Smirnov-Test nicht normalverteilt, $p < .001$. Die Größe der Stichprobe (N = 18.138)

rechtfertigte dennoch die Anwendung parametrischer Verfahren, da die Normalverteilungsvoraussetzung asymptotisch erfüllt war.

Die deskriptive Darstellung metrischer Daten erfolgte mittels Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD). Kategoriale Daten wurden als absolute und relative Anteile dargestellt.

Die gruppenweise Einteilung der Population nach Liegedauern erfolgte anhand der 10., 50. und 90. Perzentile.

Um Mittelwerte zwischen Gruppen zu vergleichen, wurden T-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Zusammenhänge zwischen kategorialen Variablen wurden mittels Chi-Quadrat-Tests überprüft. Um die kategorialen Variablen männliches Geschlecht, Fixierung während des Aufenthalts, unfreiwillige Behandlung, komorbide Suchterkrankung, *Severe Mental Illness*, Verweildauer ≥ 47 Tage, Aufnahme als Notfall, Aufnahme wegen Fremdaggression und Fremdaggression während des Aufenthalts darauf zu prüfen, ob sie die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer gesetzlichen Betreuung (dichotome Variable) beeinflussen, wurde eine binomiale logistische Regression durchgeführt.

Die statistischen Betrachtungen erfolgten für personenspezifische Eigenschaften (z.B. Diagnose, Geschlecht, Komorbiditäten) patient*innenbezogen. Hier wurde für jede*n Patient*in der jeweils letzte Behandlungsfall innerhalb des Untersuchungszeitraums ausgewählt. Dies war durch die Bildung einer Rangfolge anhand der Aufnahmedaten und anschließende Filterung des Datensatzes möglich. Patient*innen waren eindeutig durch ihre jeweilige Patient*innennummer unterscheidbar. Die Wahl des jeweils letzten Behandlungsfalls erfolgte, um die Wahrscheinlichkeit einer korrekten Hauptdiagnose zu erhöhen, da bei psychiatrischen Krankheitsbildern häufig erst der Längsschnittverlauf der Erkrankung eine korrekte Festlegung der Diagnose zulässt, je nach Phasenhaftigkeit und Ausprägung der akuten und residualen Symptome.

Betrachtungen aufnahme- und verlaufsbezogener und somit ressourcenrelevanter Eigenschaften (z.B. Art der stationären Aufnahme, Häufigkeit von Fixierungen oder besonderen Vorkommnissen) erfolgten fallbezogen.

Zur Untersuchung der Risikofaktoren Suizidalität und Fremdaggressivität erfolgte eine Operationalisierung anhand von im Datensatz verfügbaren Variablen bzw. Indikatoren. Ebenso wie in der Arbeit von Bräunig (76) wurden zur Operationalisierung von Fremdaggressivität die Indikatoren Fremdaggressivität als Aufnahmegrund, Besonderes Vorkommen aufgrund von Fremdaggressivität, Besonderes Vorkommen aufgrund von Sachaggressivität, Fixierung aufgrund von Fremdaggressivität und Fixierung aufgrund von Sachaggressivität festgelegt. Um den Ausprägungsgrad der Fremdaggressivität zu messen, wurde ein Summenwert aus den genannten Indikatoren gebildet, der die Werte 0 (kein Merkmal) bis 5 (alle Merkmale) annehmen konnte. Das gleiche Procedere wurde, ebenso wie in der Arbeit von Zeisig (77), für die Operationalisierung von Suizidalität angewandt. Hier wurden die Indikatoren Suizidalität als Aufnahmegrund, Suizidversuch vor Aufnahme, Suizidversuch in der Vorgeschichte und fortbestehende Suizidalität nach Aufnahme verwendet und ebenfalls ein Summenwert (Werte von 0 bis 4) gebildet.

Das Signifikanzniveau wurde auf $p < .05$ festgelegt.

Die Diagnosegruppe *Severe Mental Illness* wurde definiert als das Vorliegen einer der folgenden Hauptdiagnosen: F20 (Schizophrenie), F21 (schizotype Störung), F22 (anhaltende wahnhaftige Störung), F23 (akute vorübergehende psychotische Störung), F24 (induzierte wahnhaftige Störung), F25 (schizoaffektive Störung), F28 (sonstige nichtorganische psychotische Störung), F29 (nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose), F30.2 (Manie mit psychotischen Symptomen), F31.2 (bipolare affektive Störung, gegenwärtig manisch Episode mit psychotischen Symptomen), F31.5 (bipolare affektive Störung, gegenwärtig depressive Episode mit psychotischen Symptomen), F31.6 (bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode), F32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen), F33.3 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen).

Im Fall fehlender Werte von Variablen wurde dies angegeben.

3. Ergebnisse

3.1 Stellenwert der Betreuten innerhalb der klinischen Gesamtpopulation

3.1.1 Quantitative Aspekte

Anteil der gesetzlich Betreuten an den behandelten Fällen

Im gesamten Beobachtungszeitraum wurden 18.138 stationäre Fälle aufgenommen. Dabei handelte es sich um 8.381 Patient*innen, die durchschnittlich 2,16 Mal stationär behandelt wurden (SD = 3,717). In 65,3 % der Fälle war es nur ein einziges Mal. Die maximale Anzahl von stationären Behandlungen pro Person im Beobachtungszeitraum betrug 105 Mal.

Von den über den gesamten Zeitraum beobachteten 8.381 Patient*innen waren 1.390 (16,6 %) gesetzlich betreut. Sie waren für 28,5 % der stationären Behandlungsfälle (N = 5.162) verantwortlich.

Pro Tag wurden 1 bis 21 Fälle aufgenommen. Im Durchschnitt waren es sieben (M = 7,18; SD = 3,314).

Abbildung 1 zeigt den jeweils taggenauen relativen Anteil der gesetzlich Betreuten an den stationären Aufnahmen über den gesamten Beobachtungszeitraum. Der mittlere Anteil der gesetzlich Betreuten an den täglichen Aufnahmen betrug 28,5 %.

Abbildung 2 zeigt die absolute Anzahl der täglichen stationären Aufnahmen betreuter und nicht betreuter Patient*innen.

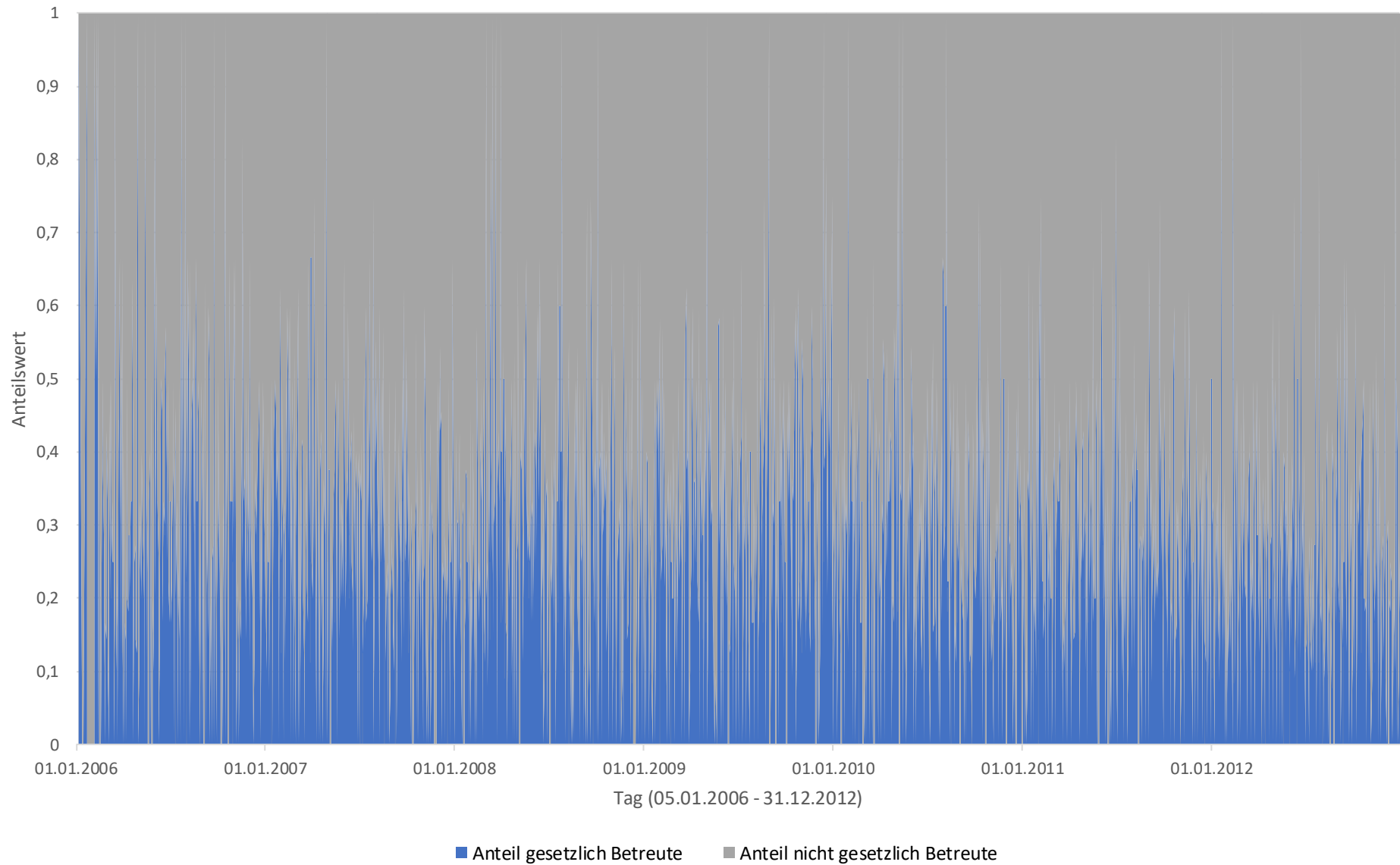


Abbildung 1 Anteil der gesetzlich Betreuten an den täglichen Aufnahmen (relativ)

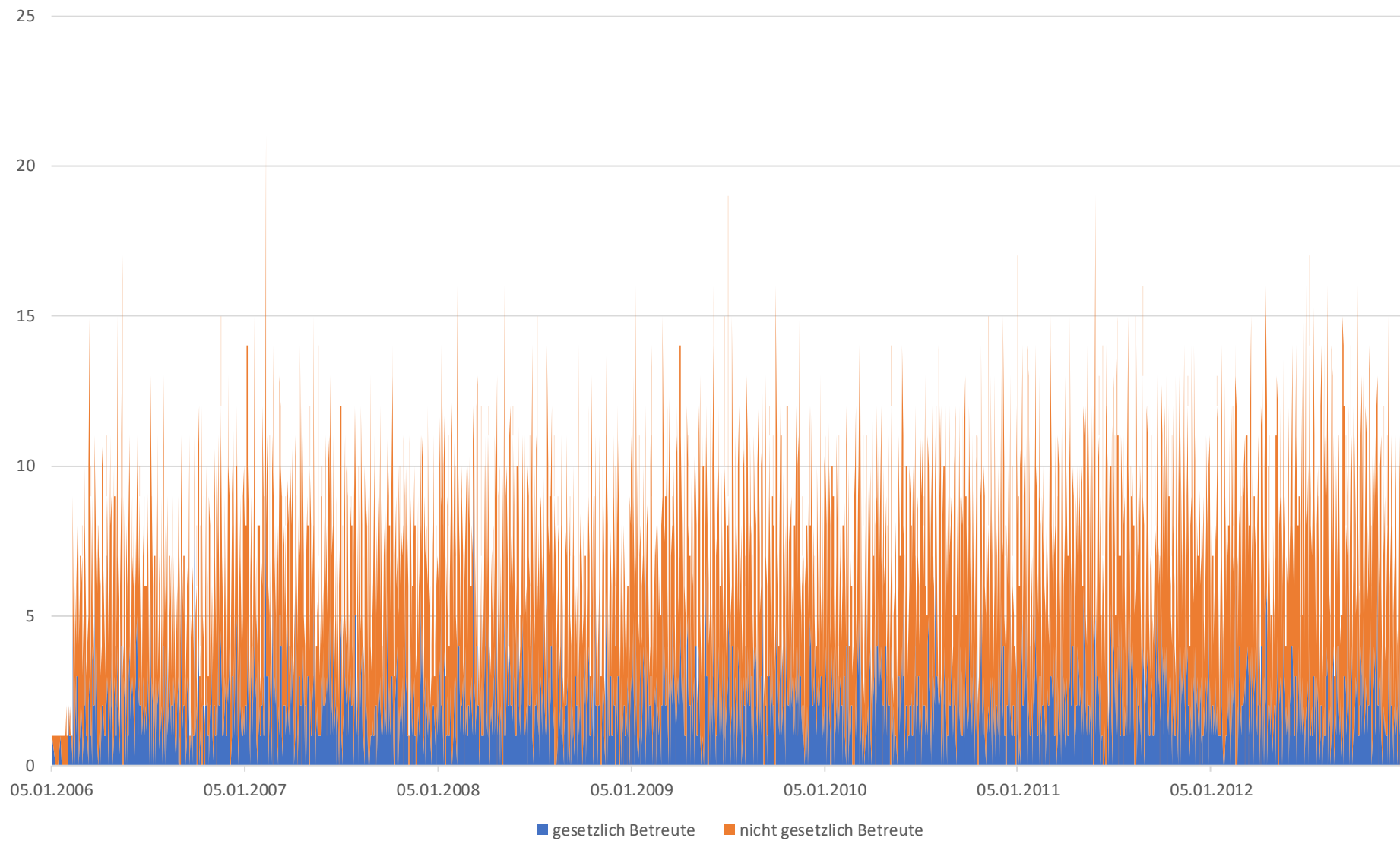


Abbildung 2 Absolute Anzahl der täglichen Aufnahmen

Tabelle 3 zeigt die jährliche Anzahl der stationären Aufnahmen betreuter und nicht betreuter Fälle. Während die absolute Anzahl der Aufnahmen in der Gruppe der nicht betreuten Personen jährlich stieg – von 1.408 im Jahr 2006 auf 2.256 im Jahr 2012 – bewegte sich die Zahl der jährlichen Aufnahmen in der Gruppe der betreuten Personen stets im Bereich des Durchschnittswertes von 737 ohne erkennbaren Anstieg über den Beobachtungszeitraum. Das Minimum waren 604 Aufnahmen (2006), maximal wurden 831 Behandlungsfälle mit gesetzlicher Betreuung aufgenommen (2009), zuletzt waren es 714 (2012). Der relative Anteil der gesetzlich betreuten an allen Behandlungsfällen bewegte sich zwischen 24,0 % (2012) und 30,6 % (2009) und betrug im Durchschnitt 28,5 %.

Tabelle 3 Anzahl der Aufnahmen (jährlich)

Jahr		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt
2006	N	1.408	604	2.012
	% Reihe	70,0 %	30,0 %	100,0 %
	% Spalte	10,9 %	11,7 %	11,1 %
2007	N	1.734	739	2.473
	% Reihe	70,1 %	29,9 %	100,0 %
	% Spalte	13,4 %	14,3 %	13,6 %
2008	N	1.743	731	2.474
	% Reihe	70,5 %	29,5 %	100,0 %
	% Spalte	13,4 %	14,2 %	13,6 %
2009	N	1.885	831	2.716
	% Reihe	69,4 %	30,6 %	100,0 %
	% Spalte	14,5 %	16,1 %	15,0 %
2010	N	1.896	746	2.642
	% Reihe	71,8 %	28,2 %	100,0 %
	% Spalte	14,6 %	14,5 %	14,6 %
2011	N	2.054	797	2.851
	% Reihe	72,0 %	28,0 %	100,0 %
	% Spalte	15,8 %	15,4 %	15,7 %
2012	N	2.256	714	2.970
	% Reihe	76,0 %	24,0 %	100,0 %
	% Spalte	17,4 %	13,8 %	16,4 %
gesamt	N	12.976	5.162	18.138
	Ø	1.854	737	2.591
	% Reihe	71,5 %	28,5 %	100,0 %
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Anteil der gesetzlich Betreuten an den belegten Betten

Die Inanspruchnahme der durchschnittlich 111 zur Verfügung stehenden Krankenhausbetten wuchs kontinuierlich über den Beobachtungszeitraum. Während im Jahr 2006 die Bettenkapazität zu 88,0 % ausgelastet war, erreichte die Belegung im Jahr 2012 mit 121,0 % ihren Höhepunkt (Tabelle 4). Bei Betrachtung der absoluten Zahl

Tabelle 4 Vergleich der belegten Betten (jährlich)

Jahr		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	Ø Belegung ^a
2006	Ø belegte Betten	63,6	34,0	97,7	88,0 %
	% Reihe	65,1 %	34,9 %	100,0 %	
	% Spalte	11,9 %	11,2 %	11,6 %	
2007	Ø belegte Betten	70,6	46,4	117,1	105,5 %
	% Reihe	60,3 %	39,7 %	100,0 %	
	% Spalte	13,2 %	15,3 %	13,9 %	
2008	Ø belegte Betten	69,4	43,1	112,8	101,3 %
	% Reihe	61,7 %	38,3 %	100,0 %	
	% Spalte	13,0 %	14,2 %	13,4 %	
2009	Ø belegte Betten	73,2	47,9	121,1	109,1 %
	% Reihe	60,5 %	39,5 %	100,0 %	
	% Spalte	13,7 %	15,7 %	14,4 %	
2010	Ø belegte Betten	79,7	47,0	126,7	114,1 %
	% Reihe	62,9 %	37,1 %	100,0 %	
	% Spalte	14,9 %	15,5 %	15,1 %	
2011	Ø belegte Betten	83,0	46,9	129,9	117,0 %
	% Reihe	63,9 %	36,1 %	100,0 %	
	% Spalte	15,5 %	15,4 %	15,5 %	
2012	Ø belegte Betten	95,9	38,4	134,7	121,0 %
	% Reihe	71,4 %	28,6 %	100,0 %	
	% Spalte	17,9 %	12,7 %	16,0 %	
gesamt	Ø belegte Betten	76,5	43,4	120,0	108,0 %
	% Reihe	63,8 %	36,2 %	100,0 %	
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Anmerkungen. ^a bezogen auf 111 Betten.

belegter Betten fiel ein schrittweiser Anstieg der durch nicht betreute Personen belegten Betten von 63,6 im Jahr 2006 auf 95,9 im Jahr 2012 auf, während sich bei der Zahl der durch betreute Personen belegten Betten kein eindeutiger Trend identifizieren ließ. Durch sie wurden zwischen 34,0 (2006) und 47,9 (2009) Betten beansprucht (Abbildung 3).

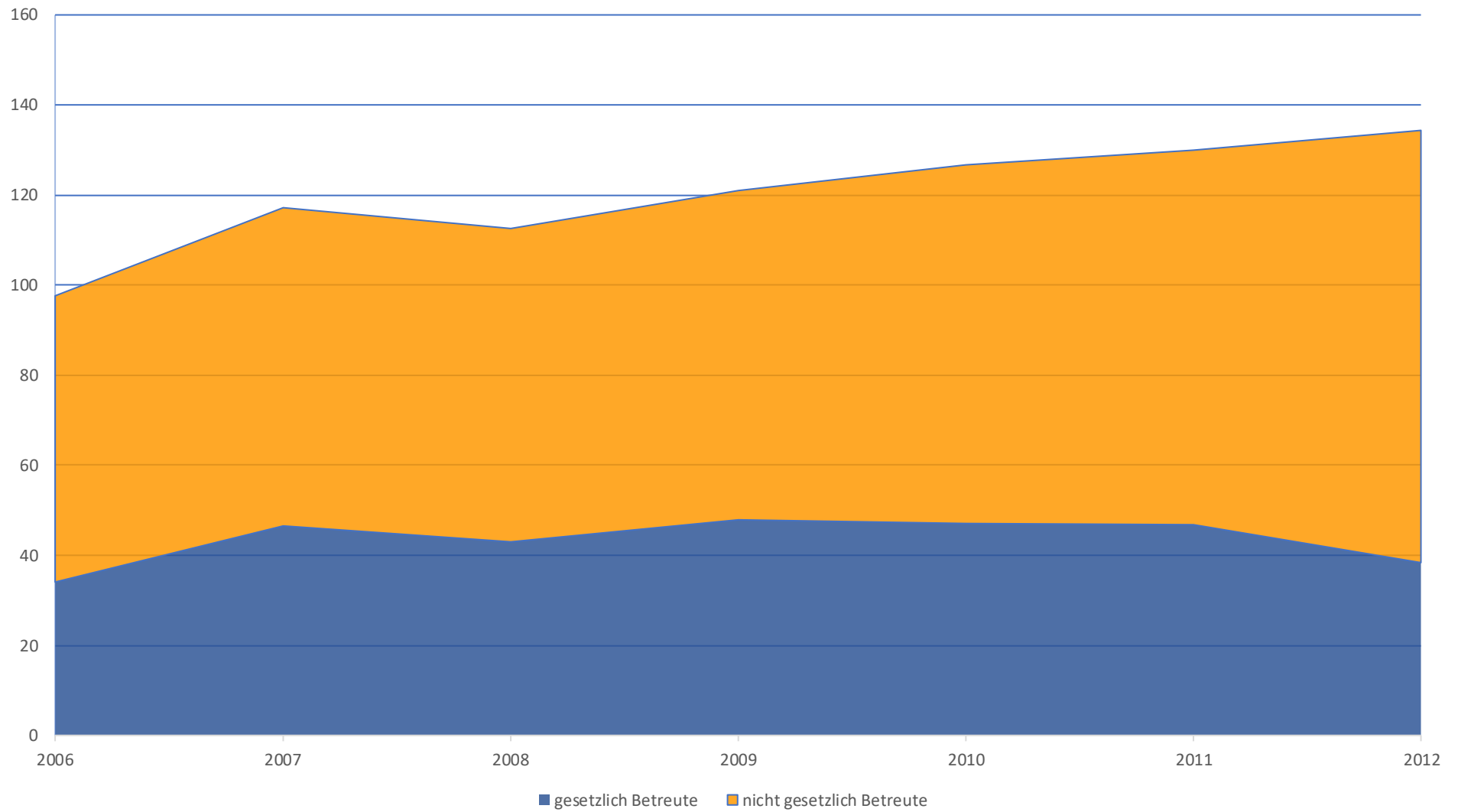
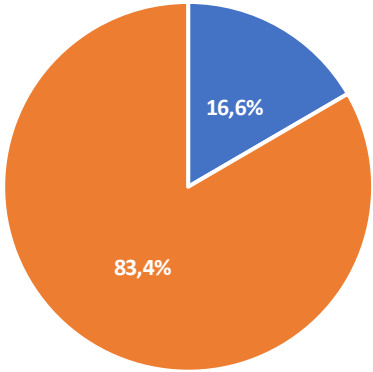


Abbildung 3 Inanspruchnahme von Bettenkapazitäten (jährlich)

Die relative Inanspruchnahme von Bettenkapazitäten durch betreute Personen bewegte sich zwischen 28,6 % (2012) und 39,7 % (2007) und betrug durchschnittlich über den gesamten Beobachtungszeitraum 36,2 % (Tabelle 4).

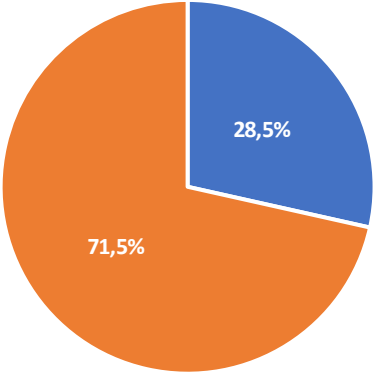
Um die Frage nach dem Anteil der gesetzlich betreuten Personen an der klinischen Gesamtpopulation zu beantworten, lässt sich feststellen, dass 16,6 % aller Patient*innen gesetzlich betreut waren. Ihr respektiver Anteil an den stationären Aufnahmen betrug 28,5 % und an den in Anspruch genommenen Bettenkapazitäten 36,2 % (Abbildung 4).

Anteil an den Patient*innen



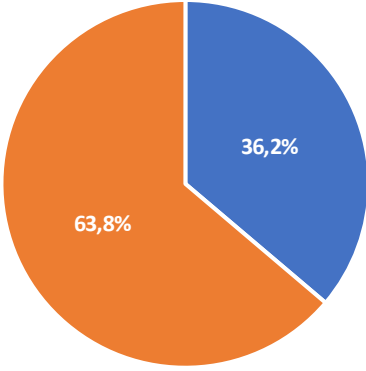
■ mit Betreuung ■ ohne Betreuung

Anteil an den Aufnahmen



■ mit Betreuung ■ ohne Betreuung

Anteil an den belegten Betten



■ mit Betreuung ■ ohne Betreuung

Abbildung 4 Stellenwert der Betreuten innerhalb der klinischen Gesamtpopulation

Die erste Hypothese konnte bestätigt werden, der Anteil gesetzlich betreuter Patient*innen am jeweiligen Gesamtaufkommen der Klinik war hoch und lag zwischen 25 % und 40 %.

3.1.2 Soziodemographische Aspekte

Gesetzlich betreute Patient*innen waren zu einem signifikant höheren Anteil männlich (55,0 %) als nicht betreute Patient*innen (50,5 %), $\chi^2(1) = 9,757$; $p < .01$. In der Gruppe der nicht gesetzlich betreuten Patient*innen war das Geschlechterverhältnis nahezu ausgeglichen (Tabelle 5).

Das Durchschnittsalter betreuter Patient*innen war signifikant höher und betrug im Durchschnitt vier Jahre mehr ($M = 54,91$; $SD = 19,81$) als in der Gruppe der nicht betreuten Patient*innen ($M = 50,83$; $SD = 19,28$), $t = 7,046$, $p < .001$. Dementsprechend zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Verteilung der Altersgruppen (Tabelle 5), $\chi^2(3) = 47,627$; $p < .001$.

Betreute Patient*innen hatten im Vergleich zu nicht betreuten Patient*innen signifikant seltener ihren Wohnsitz außerhalb Reinickendorfs ($\chi^2(1) = 15,785$; $p < .001$) oder außerhalb Berlins ($\chi^2(1) = 15,544$; $p < .001$) (Tabelle 5).

Tabelle 5 Soziodemographische Aspekte (patient*innenbezogen)

N = 8.381		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	Statistik
Geschlecht					$\chi^2(1)$
weiblich	N	3.464	625	4.089	9,757**
	% Reihe	84,7 %	15,3 %	100,0 %	
	% Spalte	49,5 %	45,0 %	48,8 %	
männlich	N	3.527	765	4.292	
	% Reihe	82,2 %	17,8 %	100,0 %	
	% Spalte	50,5 %	55,0 %	51,2 %	
Altersgruppe					$\chi^2(3)$
18 - 24	N	634	89	723	47,627***
	% Reihe	87,7 %	12,3 %	100,0 %	
	% Spalte	9,2 %	6,5 %	8,7 %	
25 - 44	N	2.163	382	2.545	
	% Reihe	85,0 %	15,0 %	100,0 %	
	% Spalte	31,2 %	27,9 %	30,7 %	
45 - 64	N	2.360	431	2.791	
	% Reihe	84,6 %	15,4 %	100,0 %	
	% Spalte	34,1 %	31,5 %	33,7 %	
≥ 65	N	1.766	468	2.234	
	% Reihe	79,1 %	20,9 %	100,0 %	
	% Spalte	25,5 %	34,2 %	26,9 %	
Durchschnittsalter (SD)					t
		50,83 (19,28)	54,91 (19,81)		7,046***
Wohnort Berlin					$\chi^2(1)$
ja	N	6.349	1.297	7.646	15,544***
	% Reihe	83,0 %	17,0 %	100,0 %	
	% Spalte	93,9 %	96,6 %	94,4 %	
nein	N	410	45	455	
	% Reihe	90,1 %	9,9 %	100,0 %	
	% Spalte	6,1 %	3,4 %	5,6 %	
Wohnort Reinickendorf					$\chi^2(1)$
ja	N	5.554	1.155	6.709	15,785***
	% Reihe	82,8 %	17,2 %	100,0 %	
	% Spalte	82,7 %	87,1 %	83,4 %	
nein	N	1.165	171	1.336	
	% Reihe	87,2 %	12,8 %	100,0 %	
	% Spalte	17,3 %	12,9 %	16,6 %	

Anmerkungen. ** p<.01. *** p<.001.

3.1.3 Unterschiede in den Haupt- und Nebendiagnosen

Diagnosegruppen allgemein

Hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung der Hauptdiagnosen unterschieden sich die gesetzlich betreuten und die nicht betreuten Personen signifikant voneinander.

In der patient*innenbezogenen Betrachtung war der Anteil von Personen mit Hauptdiagnosen aus dem Spektrum der organischen psychischen Störungen (F0) und der nicht-affektiven psychotischen Störungen (F2) innerhalb der Gruppe mit gesetzlicher Betreuung signifikant größer als in der Gruppe ohne gesetzliche Betreuung. Innerhalb der F2-Hauptdiagnosen war dieser Unterschied besonders ausgeprägt. Während nur 4,4 % der nicht betreuten Personen eine Hauptdiagnose aus dem Spektrum der nicht-affektiven psychotischen Störungen aufwiesen, betrug dieser Anteil innerhalb der Gruppe der gesetzlich betreuten Personen fast ein Drittel (31,4 %), $\chi^2(1) = 1041,919$; $p < .001$ (Tabelle 6).

In der fallbezogenen Betrachtung waren ebenfalls Hauptdiagnosen aus dem F2- und dem F0-Spektrum in der gesetzlich betreuten Gruppe am häufigsten (Tabelle 7).

Die Anteile der Hauptdiagnosen aus dem Spektrum der Abhängigkeitserkrankungen (F1), der affektiven (F3) und der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) hingegen waren innerhalb der Gruppe der Patient*innen und Fälle ohne gesetzliche Betreuung signifikant höher.

Tabelle 6 Hauptdiagnosen allgemein (patient*innenbezogen)

Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(1)$
F0	N	924	358	1.282	140,685***
	% Reihe	72,1 %	27,9 %	100,0 %	
	% Spalte	13,2 %	25,8 %	15,3 %	
F1	N	1.816	187	2.003	99,978***
	% Reihe	90,7 %	9,3 %	100,0 %	
	% Spalte	26,0 %	13,5 %	23,9 %	
F2	N	308	436	744	1041,919***
	% Reihe	41,4 %	58,6 %	100,0 %	
	% Spalte	4,4 %	31,4 %	8,9 %	
F3	N	2.532	248	2.780	176,626***
	% Reihe	91,1 %	8,9 %	100,0 %	
	% Spalte	36,2 %	17,8 %	33,2 %	
F4	N	998	44	1.042	131,455***
	% Reihe	95,8 %	4,2 %	100,0 %	
	% Spalte	14,3 %	3,2 %	12,4 %	
F5	N	9	-	9	1,791 ^a
	% Reihe	100,0 %	-	100,0 %	
	% Spalte	0,1 %	-	0,1 %	
F6	N	75	28	103	8,468**
	% Reihe	72,8 %	27,2 %	100,0 %	
	% Spalte	1,1 %	2,0 %	1,2 %	
F7	N	4	22	26	87,250***
	% Reihe	15,4 %	84,6 %	100,0 %	
	% Spalte	0,1 %	1,6 %	0,3 %	
F8	N	-	4	4	20,128***
	% Reihe	-	100,0 %	100,0 %	
	% Spalte	-	0,3 %	0,0 %	
F9	N	7	1	8	0,097 ^b
	% Reihe	87,5 %	12,5 %	100,0 %	
	% Spalte	0,1 %	0,1 %	0,1 %	
fehlend	N	318	62	380	
	% Reihe	83,7 %	16,3 %	100,0 %	
	% Spalte	4,5 %	4,5 %	4,5 %	
gesamt	N	6.991	1.390	8.381	
	% Reihe	83,4 %	16,6 %	100,0 %	
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Anmerkungen. ^a p=.181. ^b p=.756.

** p<.01. *** p<.001.

Tabelle 7 Hauptdiagnosen allgemein (fallbezogen)

Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(1)$
F0	N	1.240	603	1.843	18,275***
	% Reihe	67,3 %	32,7 %	100,0 %	
	% Spalte	9,6 %	11,7 %	10,2 %	
F1	N	4.591	1.276	5.867	191,821***
	% Reihe	78,3 %	21,7 %	100,0 %	
	% Spalte	35,4 %	24,7 %	32,3 %	
F2	N	535	1.670	2.205	2755,669***
	% Reihe	24,3 %	75,5 %	100,0 %	
	% Spalte	4,1 %	32,4 %	12,2 %	
F3	N	4.405	1.088	5.493	289,727***
	% Reihe	80, 2 %	19,8 %	100,0 %	
	% Spalte	33,9 %	21,1 %	30,3 %	
F4	N	1.518	175	1.693	301,223***
	% Reihe	89,7 %	10,3 %	100,0 %	
	% Spalte	11,7 %	3,4 %	9,3 %	
F5	N	19	2	21	3,703 ^a
	% Reihe	90,5 %	9,5 %	100,0 %	
	% Spalte	0,1 %	0,0 %	0,1 %	
F6	N	187	114	301	13,324***
	% Reihe	62,1 %	37,9 %	100,0 %	
	% Spalte	1,4 %	2,2 %	1,7 %	
F7	N	7	57	64	115,857***
	% Reihe	10,9 %	89,1 %	100,0 %	
	% Spalte	0,1 %	1,1 %	0,4 %	
F8	N	-	10	10	25,151***
	% Reihe	-	100,0 %	100,0 %	
	% Spalte	-	0,2 %	0,1 %	
F9	N	9	13	22	10,151***
	% Reihe	40,9 %	59,1 %	100,0 %	
	% Spalte	0,1 %	0,3 %	0,1 %	
fehlend	N	465	154	619	
	% Reihe	75,1 %	24,9 %	100,0 %	
	% Spalte	3,6 %	3,0 %	3,4 %	
gesamt	N	12.976	5162	18.138	
	% Reihe	71,5 %	28,5 %	100,0 %	
	% Spalte	100 %	100,0 %	100,0 %	

Anmerkungen. ^a p=.054.

*** p<.001.

Diagnosegruppen F0 bis F4

Die Hauptdiagnosegruppen F0 bis F4 wurden einer genaueren Betrachtung unterzogen und zusätzlich innerhalb ihrer Untergruppen auf Unterschiede zwischen betreuten und nicht betreuten Patient*innen untersucht.

Tabelle 8 F0-Hauptdiagnosen (patient*innenbezogen)

Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(7)$
F00	N	140	85	225	40,629***
	% Reihe	62,2 %	37,8 %	100,0 %	
	% Spalte	15,2 %	23,7 %	17,6 %	
F01	N	70	36	106	
	% Reihe	66,0 %	34,0 %	100,0 %	
	% Spalte	7,6 %	10,1 %	8,3 %	
F02	N	19	10	29	
	% Reihe	65,5 %	34,5 %	100,0 %	
	% Spalte	2,1 %	2,8 %	2,3 %	
F03	N	34	19	53	
	% Reihe	64,2 %	35,8 %	100,0 %	
	% Spalte	3,7 %	5,3 %	4,1 %	
F04	N	1	-	1	
	% Reihe	100,0 %	-	100,0 %	
	% Spalte	0,1 %	-	0,1 %	
F05	N	219	59	278	
	% Reihe	78,8 %	21,2 %	100,0 %	
	% Spalte	23,7 %	16,5 %	21,7 %	
F06	N	418	125	543	
	% Reihe	77,0 %	23,0 %	100,0 %	
	% Spalte	45,2 %	34,9 %	42,4 %	
F07	N	23	24	47	
	% Reihe	48,9 %	51,1 %	100,0 %	
	% Spalte	2,5 %	6,7 %	3,7 %	
gesamt	N	924	358	1.282	
	% Reihe	72,1 %	27,9 %	100,0 %	
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Anmerkungen. F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit. F01 vaskuläre Demenz. F02 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten. F03 nicht näher bezeichnete Demenz. F04 organisches amnestisches Syndrom. F05 Delir. F06 andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns. F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns.

*** p<.001

Innerhalb der Hauptdiagnosen aus dem Spektrum der organischen psychischen Störungen (F0) wurden sowohl in der Gruppe der betreuten (34,9 %) als auch in der Gruppe der nicht betreuten Personen (45,2 %) am häufigsten F06-Diagnosen (andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit, wie z.B. organische affektive Störung, organische wahnhafte Störung) vergeben (Tabelle 8). Fasste man jedoch die verschiedenen Demenzformen (F0 bis F3) zusammen, stellten diese in der betreuten Gruppe mit N = 150 (41,9 %) die häufigste Diagnosegruppe dar. In der nicht betreuten Gruppe ergab sich mit N = 263 ein Anteil von 28,5 %. Von den 413 Personen, die insgesamt unter Demenz litten, waren 36,3 % betreut, 63,7 % hatten keine gesetzliche Betreuung.

Bei genauerer Betrachtung der Patient*innen mit F1-Hauptdiagnosen (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) zeigte sich, dass sowohl in der Gruppe der betreuten, als auch in der Gruppe der nicht betreuten Personen am häufigsten alkoholassoziierte Störungen (F10) auftraten (in 79,7 % bzw. 79,8 % der Patient*innen). Am zweithäufigsten wurden in der Gruppe der betreuten Personen F19-Hauptdiagnosen (Psychische und Verhaltensstörungen durch multiple Substanzen) vergeben (16,0 %), bei den nicht betreuten Personen waren psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide (F11) die zweithäufigste Hauptdiagnose (7,8 %) (Tabelle 9).

Tabelle 9 F1-Hauptdiagnosen (patient*innenbezogen)

Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(9)$
F10	N	1.450	149	1.599	27,546**
	% Reihe	90,7 %	9,3 %	100,0 %	
	% Spalte	79,8 %	79,7 %	79,8 %	
F11	N	142	4	146	
	% Reihe	97,3 %	2,7 %	100,0 %	
	% Spalte	7,8 %	2,1 %	7,3 %	
F12	N	30	4	34	
	% Reihe	88,2 %	11,8 %	100,0 %	
	% Spalte	1,7 %	2,1 %	1,7 %	
F13	N	28	-	28	
	% Reihe	100,0 %	-	100,0 %	
	% Spalte	1,5 %	-	1,4 %	
F14	N	8	-	8	
	% Reihe	100,0 %	-	100,0 %	
	% Spalte	0,4 %	-	0,4 %	
F15	N	13	-	13	
	% Reihe	100,0 %	-	100,0 %	
	% Spalte	0,7 %	-	0,6 %	
F16	N	2	-	2	
	% Reihe	100,0 %	-	100,0 %	
	% Spalte	0,1 %	-	0,1 %	
F17	N	2	-	2	
	% Reihe	100,0 %	-	100,0 %	
	% Spalte	0,1 %	-	0,1 %	
F18	N	2	-	2	
	% Reihe	100,0 %	-	100,0 %	
	% Spalte	0,1 %	-	0,1 %	
F19	N	139	30	169	
	% Reihe	82,2 %	17,8 %	100,0 %	
	% Spalte	7,7 %	16,0 %	8,4 %	
gesamt	N	1.816	187	2.003	
	% Reihe	90,7 %	9,3 %	100,0 %	
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Anmerkungen. Psychische und Verhaltensstörungen durch F10 Alkohol. F11 Opiode. F12 Cannabinoide. F13 Sedativa oder Hypnotika. F14 Kokain. F15 andere Stimulanzien. F16 Halluzinogene. F17 Tabak. F18 flüchtige Lösungsmittel. F19 multiplen Substanzgebrauch.

** $p < 0.01$.

Bei Untersuchung der Patient*innen mit Hauptdiagnosen aus dem Spektrum der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2), zeigte sich, dass unabhängig von der gesetzlichen Betreuung am häufigsten F20-Diagnosen (Schizophrenie) vergeben wurden. Über die Hälfte der gesetzlich betreuten Personen erhielt diese Hauptdiagnose (58,9 %), wohingegen ihr Anteil in der Gruppe der nicht betreuten Personen nur 29,2 % betrug. Am zweithäufigsten wurde in beiden Gruppen die Hauptdiagnose schizoaffektive Störung (F25) gestellt. Während sich der

Tabelle 10 F2-Hauptdiagnosen (patient*innenbezogen)

Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(6)$
F20	N	90	257	347	114,013***
	% Reihe	25,9 %	74,1 %	100,0 %	
	% Spalte	29,2 %	58,9 %	46,6 %	
F21	N	2	-	2	
	% Reihe	100,0 %	-	100,0 %	
	% Spalte	0,6 %	-	0,3 %	
F22	N	46	40	86	
	% Reihe	53,5 %	46,5 %	100,0 %	
	% Spalte	14,9 %	9,2 %	11,6 %	
F23	N	69	13	82	
	% Reihe	84,1 %	15,9 %	100,0 %	
	% Spalte	22,4 %	3,0 %	11,0 %	
F25	N	87	122	209	
	% Reihe	41,6 %	58,4 %	100,0 %	
	% Spalte	28,2 %	28,0 %	28,1 %	
F28	N	1	-	1	
	% Reihe	100,0 %	-	100,0 %	
	% Spalte	0,3 %	-	0,1 %	
F29	N	13	4	17	
	% Reihe	76,5 %	23,5 %	100,0 %	
	% Spalte	4,2 %	0,9 %	2,3 %	
gesamt	N	308	436	744	
	% Reihe	41,4 %	58,6 %	100,0 %	
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Anmerkungen. F20 Schizophrenie. F21 schizotype Störung. F22 anhaltende wahnhafte Störung. F23 akute vorübergehende psychotische Störungen. F25 schizoaffektive Störungen. F28 sonstige nichtorganische psychotische Störungen. F29 nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose. *** p<.001.

überwiegende Anteil gesetzlich betreuter Personen (insgesamt 86,9 %) auf die Hauptdiagnosen F20 und F25 verteilte, wurden bei einem nicht zu vernachlässigenden Teil der nicht gesetzlich betreuten Personen (insgesamt 37,3 %) die Hauptdiagnosen F22 (wahnhafte Störung) und F23 (akute vorübergehende psychotische Störung) vergeben (Tabelle 10).

Die am häufigsten vergebene Hauptdiagnose aus dem Spektrum der affektiven Störungen (F3) war innerhalb der Gruppe der betreuten Personen mit Abstand (59,7 %) die bipolare Erkrankung (F31), am zweithäufigsten fand sich bei 23,4 % die rezidivierende depressive Störung (F33). Die häufigste F3-Hauptdiagnose in der Gruppe der nicht gesetzlich betreuten Personen war die rezidivierende depressive Störung (44,6 %), die zweithäufigste (37,4 %) war die depressive Episode (F32) (Tabelle 11).

Tabelle 11 F3-Hauptdiagnosen (patient*innenbezogen)

Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(4)$
F30	N	13	5	18	260,034***
	% Reihe	72,2 %	27,8 %	100,0 %	
	% Spalte	0,5 %	2,0 %	0,6 %	
F31	N	435	148	583	
	% Reihe	74,6 %	25,4 %	100,0 %	
	% Spalte	17,2 %	59,7 %	21,0 %	
F32	N	948	36	984	
	% Reihe	96,3 %	3,7 %	100,0 %	
	% Spalte	37,4 %	14,5 %	35,4 %	
F33	N	1.130	58	1.188	
	% Reihe	95,1 %	4,9 %	100,0 %	
	% Spalte	44,6 %	23,4 %	42,7 %	
F34	N	6	1	7	
	% Reihe	85,7 %	14,3 %	100,0 %	
	% Spalte	0,2 %	0,4 %	0,3 %	
gesamt	N	2.532	248	2.780	
	% Reihe	91,1 %	8,9 %	100,0 %	
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Anmerkungen. F30 manische Episode. F31 bipolare affektive Störung. F32 depressive Episode. F33 rezidivierende depressive Störung. F34 anhaltende affektive Störung.

*** $p < .001$.

Innerhalb der F4-Hauptdiagnosen (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen gesetzlich betreuten und nicht betreuten Personen, $\chi^2(5) = 5,261$; $p = .385$. Unabhängig von der gesetzlichen Betreuung wurde am häufigsten die Hauptdiagnose F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) vergeben. Dies war für 61,4 % der betreuten und 65,5 % der nicht betreuten Patient*innen zutreffend. Am zweithäufigsten traten in beiden Gruppen mit 18,2 % bzw. 19,7 % die F41-Diagnosen (andere Angststörungen) auf (Tabelle 12).

Tabelle 12 F4-Hauptdiagnosen (patient*innenbezogen)

Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(5)$
F40	N	64	2	66	5,261 ^a
	% Reihe	97,0 %	3,0 %	100,0 %	
	% Spalte	6,4 %	4,5 %	6,3 %	
F41	N	197	8	205	
	% Reihe	96,1 %	3,9 %	100,0 %	
	% Spalte	19,7 %	18,2 %	19,7 %	
F42	N	42	5	47	
	% Reihe	89,4 %	10,6 %	100,0 %	
	% Spalte	4,2 %	11,4 %	4,5 %	
F43	N	654	27	681	
	% Reihe	96,0 %	4,0 %	100,0 %	
	% Spalte	65,5 %	61,4 %	65,4 %	
F44	N	17	1	18	
	% Reihe	94,4 %	5,6 %	100,0 %	
	% Spalte	1,7 %	2,3 %	1,7 %	
F45	N	24	1	25	
	% Reihe	96,0 %	4,0 %	100,0 %	
	% Spalte	2,4 %	2,3 %	2,4 %	
gesamt	N	998	44	1.042	
	% Reihe	95,8 %	4,2 %	100,0 %	
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Anmerkungen. F40 phobische Störungen. F41 andere Angststörungen. F42 Zwangsstörung. F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. F44 dissoziative Störungen. F45 somatoforme Störungen.

^a $p = .385$.

Anzahl der Komorbiditäten

Betreute und nicht betreute Patient*innen wurden im Hinblick auf Unterschiede in der Anzahl der psychiatrischen und der somatischen Komorbiditäten (Nebendiagnosen) untersucht. Bei einer Betrachtung unabhängig von der Hauptdiagnose zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Anzahl psychiatrischer Komorbiditäten zwischen der gesetzlich betreuten und der nicht betreuten Gruppe, $t = 0,086$; $p = .932$. Betreute Personen verfügten jedoch im Schnitt über signifikant mehr somatische Komorbiditäten ($M = 3,07$; $SD = 3,01$) als nicht betreute Personen ($M = 2,24$; $SD = 2,74$), $t = 9,542$; $p < .001$ (Tabelle 13).

Bei Betrachtung der verschiedenen Hauptdiagnosegruppen (F0 bis F4) ließen sich vereinzelte Unterschiede feststellen. Innerhalb der Gruppen der F1- und der F2-Diagnosen erhielten betreute Personen durchschnittlich eine höhere Anzahl somatischer Nebendiagnosen. In den Gruppen der F2- und der F4-Hauptdiagnosen wiesen gesetzlich betreute Personen signifikant mehr psychiatrische Komorbiditäten auf. Bei den F0- und F3-Diagnosen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 13).

Tabelle 13 Anzahl der Komorbiditäten allgemein (patient*innenbezogen)

Hauptdiagnose	Nebendiagnosen	ohne Betreuung		mit Betreuung		Statistik t
		M	SD	M	SD	
F0	N _{Psy}	1,89	0,87	1,93	0,89	,707 ^a
	N _{Som}	5,48	3,51	5,44	3,14	,243 ^b
F1	N _{Psy}	2,02	1,08	2,19	1,21	1,862 ^c
	N _{Som}	1,48	1,86	2,53	2,53	5,520 ^{***}
F2	N _{Psy}	2,10	1,12	2,36	1,21	3,013 ^{**}
	N _{Som}	1,10	1,59	1,97	2,28	6,121 ^{***}
F3	N _{Psy}	2,68	1,34	2,84	1,35	1,728 ^d
	N _{Som}	1,86	2,33	2,13	2,47	1,656 ^e
F4	N _{Psy}	2,51	1,25	3,00	1,36	2,359 [*]
	N _{Som}	1,54	1,94	1,77	2,56	,585 ^f
gesamt	N _{Psy}	2,32	1,24	2,32	1,22	,086 ^g
	N _{Som}	2,24	2,74	3,07	3,01	9,542 ^{***}

Anmerkungen. N_{Psy} Anzahl psychiatrischer Nebendiagnosen. N_{Som} Anzahl somatischer Nebendiagnosen.

^a $p = .480$. ^b $p = .808$. ^c $p = .064$. ^d $p = .085$. ^e $p = .099$. ^f $p = .561$. ^g $p = .932$.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Severe Mental Illness

Der Anteil von Patient*innen mit Hauptdiagnosen aus der Gruppe der *Severe Mental Illness* betrug insgesamt 14,8 % (Tabelle 14). In der Gruppe der nicht gesetzlich betreuten Personen betrug der Anteil 9,9 %, in der betreuten Gruppe war er fast viermal so groß (39,3%), $\chi^2(1) = 795,088$; $p < .001$.

Tabelle 14 Hauptdiagnosen Severe Mental Illness (patient*innenbezogen)

Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(1)$
SMI gesamt	N	692	546	1.238	795,088***
	% Reihe	55,9 %	44,1 %	100,0 %	
	% Spalte	9,9 %	39,3 %	14,8 %	
F20	N	90	257	347	864,447***
	% Reihe	25,9 %	74,1 %	100,0 %	
	% Spalte	1,3 %	18,5 %	4,1 %	
andere F2	N	218	179	397	244,729***
	% Reihe	54,9 %	45,1 %	100,0 %	
	% Spalte	3,1 %	12,9 %	4,7 %	
F31	N	190	87	277	45,496***
	% Reihe	68,6 %	31,4 %	100,0 %	
	% Spalte	2,7 %	6,3 %	3,3 %	
andere F3	N	194	23	217	5,770*
	% Reihe	89,4 %	10,6 %	100,0 %	
	% Spalte	2,8 %	1,7 %	2,6 %	
andere	N	6.299	844	7.143	
	% Reihe	88,2 %	11,8 %	100,0 %	
	% Spalte	90,1 %	60,7 %	85,2 %	

Anmerkungen. SMI = Severe Mental Illness (F2-Diagnose oder F30.2, F31.2, F31.5, F31.6, F32.3, F33.3). F20 = F20 einschließlich aller Untergruppen. andere F2 = F21-F29 einschließlich aller Untergruppen. F31 = F31.2, F31.5, F31.6. andere F3 = F30.2, F32.3, F33.3.

* $p < .05$. *** $p < .001$.

Bei Unterteilung der *Severe Mental Illness* in die Untergruppen Schizophrenie (F20), andere F2-Diagnosen (F21-F29), psychotische Episoden bei bipolarer Störung (F31.2, F31.5, F31.6) sowie andere schwere F3-Diagnosen (F30.2 psychotische Manie und F32.3/F33.3 psychotische Depression) ließen sich in allen Untergruppen signifikante Unterschiede zwischen den betreuten und nicht betreuten Personen feststellen. Am deutlichsten war der Unterschied in der Gruppe der Schizophrenien (F20). Unter den

nicht betreuten Personen fand sich nur 1,3 % mit einer Schizophrenie-Hauptdiagnose, während dieser Anteil bei den gesetzlich betreuten 18,5 % betrug, $\chi^2(1) = 864,447$; $p < .001$. Andere F2-Diagnosen waren in der Gruppe der nicht gesetzlich Betreuten mit 3,1 % vertreten, in der betreuten Gruppe waren es 12,9 %, $\chi^2(1) = 244,729$; $p < .001$. Während bei 6,3 % der gesetzlich betreuten Personen eine psychotische Episode aus dem Spektrum der bipolaren Erkrankungen diagnostiziert wurde, waren es bei den nicht gesetzlich betreuten weniger als halb so viele (2,7 %), $\chi^2(1) = 45,496$; $p < .001$. Von anderen schweren F3-Diagnosen war die Gruppe der nicht betreuten Patient*innen etwas häufiger betroffen (2,8 %) als die der betreuten (1,7 %), $\chi^2(1) = 5,770$; $p < .05$.

In der Personengruppe mit einer Hauptdiagnose aus dem Spektrum der *Severe Mental Illness* wiesen gesetzlich betreute im Vergleich zu nicht betreuten Patient*innen insgesamt sowohl eine größere Zahl an psychiatrischen als auch an somatischen Nebendiagnosen auf (Tabelle 15). Dieser Unterschied war nicht in allen diagnostischen Untergruppen vorhanden. In der Anzahl der psychiatrischen Nebendiagnosen zeigten sich signifikante Unterschiede nur in der Untergruppe der F20-Hauptdiagnosen, $\chi^2(1) = 2,754$; $p < .01$. Signifikant mehr somatische Nebendiagnosen zeigten betreute Personen in den Untergruppen der anderen F2- sowie der psychotischen F31-Hauptdiagnosen. In der Untergruppe der anderen schweren F3-Hauptdiagnosen ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen betreuten und nicht betreuten Personen bezüglich der Komorbiditäten feststellen.

Tabelle 15 Anzahl der Komorbiditäten Severe Mental Illness (patient*innenbezogen)

Hauptdiagnose	Nebendiagnosen	ohne Betreuung		mit Betreuung		Statistik t
		M	SD	M	SD	
SMI gesamt	N _{Psy}	2,23	1,19	2,39	1,23	2,337*
	N _{Som}	1,25	1,70	1,94	2,27	5,912***
F20	N _{Psy}	2,01	1,02	2,38	1,25	2,754**
	N _{Som}	1,31	1,80	1,71	2,05	1,749 ^a
andere F2	N _{Psy}	2,14	1,15	2,34	1,16	1,693 ^b
	N _{Som}	1,02	1,48	2,35	2,54	6,186***
F31	N _{Psy}	2,25	1,29	2,47	1,26	1,366 ^c
	N _{Som}	1,03	1,37	1,83	2,30	3,016**
andere F3	N _{Psy}	2,42	1,19	2,74	1,51	,968 ^d
	N _{Som}	1,69	2,06	1,70	2,03	,011 ^e

Anmerkungen. N_{Psy} Anzahl psychiatrische Nebendiagnosen. N_{Som} Anzahl somatische Nebendiagnosen. SMI = Severe Mental Illness (F2-Diagnose oder F30.2, F31.2, F31.5, F31.6, F32.3, F33.3). F20 = F20 einschließlich aller Untergruppen. andere F2 = F21-F29 einschließlich aller Untergruppen. F31 = F31.2, F31.5, F31.6. andere F3 = F30.2, F32.3, F33.3.

^a p=.082. ^b p=.091. ^c p=.174. ^d p=.342. ^e p=.991.

* p<.05. ** p<.01. *** p<.001.

Affektive Störungen

Für die Personengruppe mit Hauptdiagnosen aus dem Spektrum der affektiven Störungen konnte gezeigt werden, dass gesetzlich betreute mehr als dreimal so häufig an einer bipolaren Störung litten (59,7 %) wie nicht gesetzlich betreute Patient*innen (17,2 %), $\chi^2(1) = 246,141$; $p < .001$ (Tabelle 16).

Bezüglich des Vorhandenseins von Nebendiagnosen aus dem Spektrum der Abhängigkeitserkrankungen (F1), neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) oder Persönlichkeitsstörungen (F6) ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen feststellen. 80,2 % der betreuten und 76,4 % der nicht betreuten Personen wiesen mindestens eine Komorbidität aus den genannten Gruppen auf, $\chi^2(1) = 1,884$; $p = .170$.

Tabelle 16 Hauptdiagnose affektive Störungen (patient*innenbezogen)

		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(1)$
bipolare Störung	N	435	148	583	246,141***
	% Reihe	74,6 %	25,4 %	100,0 %	
	% Spalte	17,2 %	59,7 %	21,0 %	
andere F3-Hauptdiagnose	N	2.097	100	2.197	
	% Reihe	95,4 %	4,6 %	100,0 %	
	% Spalte	82,8 %	40,3 %	79,0 %	
komorbide Erkrankung (F1, F4, F6)^b					
ja	N	1.934	199	2.133	1,884 ^a
	% Reihe	90,7 %	9,3 %	100,0 %	
	% Spalte	76,4 %	80,2 %	76,7 %	
nein	N	598	49	647	
	% Reihe	92,4 %	7,6 %	100,0 %	
	% Spalte	23,6 %	19,8 %	23,3 %	

Anmerkungen. F1 = psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. F4 = neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. F6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

^a p=.170. ^b Vorliegen mindestens einer Nebendiagnose aus F1, F4 oder F6.

*** p<.001.

Die zweite Hypothese konnte somit nur teilweise bestätigt werden. Innerhalb der Personengruppe mit affektiven Störungen als Hauptdiagnose waren gesetzlich Betreute signifikant häufiger von einer bipolaren Erkrankung betroffen. Signifikante Unterschiede bezüglich des Vorliegens komorbider Erkrankungen aus dem F1-, F4- und F6-Spektrum ließen sich nicht nachweisen. Jedoch ließ sich insgesamt feststellen, dass Personen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI) insgesamt sowohl signifikant mehr somatische als auch psychiatrische Nebendiagnosen aufwiesen.

3.2 Risiken im Aufnahmезusammenhang

3.2.1 Art der stationären Aufnahme

Behandlungsfälle mit gesetzlicher Betreuung wurden deutlich häufiger als Notfall in die Klinik aufgenommen (65,1%) als Fälle ohne Betreuung (55,3 %), $\chi^2(1) = 139,796$; $p < .001$ (Tabelle 17).

Tabelle 17 Art der stationären Aufnahme (fallbezogen)

		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(1)$
Aufnahme als Notfall^a					
ja	N	7.182	3.360	10.542	139,796***
	% Reihe	68,1 %	31,9 %	100,0 %	
	% Spalte	55,3 %	65,1 %	58,1 %	
nein	N	5.648	1.762	7.410	
	% Reihe	76,2 %	23,8 %	100,0 %	
	% Spalte	43,5 %	34,1 %	40,9 %	
fehlend	N	146	40	186	
	% Reihe	78,5 %	21,5 %	100,0 %	
	% Spalte	1,1 %	0,8 %	1,0 %	
Aufnahme außerhalb der regulären Arbeitszeiten^b					
ja	N	6.079	2.482	8.561	2,257 ^c
	% Reihe	71,0 %	29,0 %	100,0 %	
	% Spalte	46,8 %	48,1 %	47,2 %	
nein	N	6.897	2.680	9.577	
	% Reihe	72,0 %	28,0 %	100,0 %	
	% Spalte	53,2 %	51,9 %	52,8 %	

Anmerkungen. ^a Einlieferung durch Notarzt*in/Rettungsdienst/kassenärztlichen Notdienst/Polizei/Sozialpsychiatrischen Dienst/notfallmäßige Selbstvorstellung in der Rettungsstelle/notfallmäßige Einlieferung durch Dritte. ^b Samstag/Sonntag und Wochentags vor 8 Uhr bzw. nach 16 Uhr. ^c $p = .133$.
*** $p < .001$.

Bezüglich des Aufnahmezeitpunkts ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen gesetzlich betreuten und nicht betreuten Fällen feststellen. Betreute Personen wurden in 48,1 % der Fälle außerhalb der regulären Arbeitszeiten des Krankenhauses aufgenommen. Bei den nicht betreuten Personen betrug der Anteil 46,8 %, $\chi^2(1) = 2,257$; $p = .133$.

Die dritte Hypothese wurde somit nur zum Teil bestätigt: Fälle mit gesetzlicher Betreuung wurden häufiger notfallmäßig aufgenommen. Einen signifikanten Hinweis darauf, dass sie auch häufiger außerhalb der regulären Arbeitszeiten in die Klinik aufgenommen wurden, gab es nicht.

3.2.2 Unfreiwillige Behandlung, Fremdaggressivität und Suizidalität

Behandlungsfälle mit gesetzlicher Betreuung wurden fast sechsmal so häufig unfreiwillig behandelt (20,0 %) wie nicht gesetzlich betreute Fälle (3,4 %), $\chi^2(1) = 1352,273$; $p < .001$ (Tabelle 18). Der Anteil gesetzlich Betreuer an allen unfreiwillig behandelten stationären Fällen betrug 69,8 %, obwohl ihr Anteil an der Gesamtzahl der Fälle nur 28,5 % betrug. Der Anteil der unfreiwilligen Behandlungen ($N = 1.478$) an allen Behandlungsfällen ($N = 18.138$) betrug 8,1 % (Unterbringungsquote).

Auch innerhalb der Gruppe der nach PsychKG untergebrachten Behandlungsfälle ($N = 914$) war der absolute Anteil gesetzlich betreuter größer als der Anteil nicht betreuter Fälle. Der relative Anteil von PsychKG-Unterbringungen innerhalb der betreuten Gruppe war fast dreimal so hoch (9,5 %) wie in der nicht gesetzlich betreuten Gruppe (3,3 %), $\chi^2(1) = 299,040$; $p < .001$.

Im Zusammenhang mit der stationären Aufnahme kam es in der Gruppe der gesetzlich betreuten signifikant häufiger zu Fremdaggressivität (17,4 %) als in der Gruppe der nicht betreuten Fälle (6,8 %), $\chi^2(1) = 477,256$; $p < .001$, jedoch signifikant seltener zu suizidalem Verhalten (15,0 % vs. 23,5 %), $\chi^2(1) = 158,194$; $p < .001$.

Die vierte Hypothese konnte somit bestätigt werden, die Aufnahme von gesetzlich betreuten Fällen erfolgte häufiger unfreiwillig und war häufiger mit Fremdaggressivität assoziiert.

Tabelle 18 Unfreiwillige Behandlung, Fremdaggressivität, Suizidalität bei Aufnahme (fallbezogen)

		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(1)$
unfreiwillige Behandlung^a					
ja	N	446 ^b	1.032	1.478	1352,273***
	% Reihe	30,2 %	69,8 %	100,0 %	
	% Spalte	3,4 %	20,0 %	8,1 %	
nein	N	12.530	4.130	16.660	
	% Reihe	75,2 %	24,8 %	100,0 %	
	% Spalte	96,6 %	80,0 %	91,9 %	
Unterbringung nach PsychKG					
ja	N	424	490	914	299,040***
	% Reihe	46,4 %	53,6 %	100,0 %	
	% Spalte	3,3 %	9,5 %	5,0 %	
nein	N	12.552	4.672	17.224	
	% Reihe	72,9 %	27,1 %	100,0 %	
	% Spalte	96,7 %	90,5 %	95,0 %	
Fremdaggressivität als Aufnahmegrund					
ja	N	876	900	1.776	477,256***
	% Reihe	49,3 %	50,7 %	100,0 %	
	% Spalte	6,8 %	17,4 %	9,8 %	
nein	N	12.100	4.262	16.362	
	% Reihe	74,0 %	26,0 %	100,0 %	
	% Spalte	93,2 %	82,6 %	90,2 %	
Suizidalität als Aufnahmegrund					
ja	N	3.043	775	3.818	158,194***
	% Reihe	79,7 %	20,3 %	100,0 %	
	% Spalte	23,5 %	15,0 %	21,0 %	
nein	N	9.933	4.387	14.320	
	% Reihe	69,4 %	30,6 %	100,0 %	
	% Spalte	76,5 %	85,0 %	79,0 %	

Anmerkungen. ^a Fall wurde mindestens einmal richterlich untergebracht (BGB/PsychKG). ^b Nicht gesetzlich betreute Fälle konnten definitionsgemäß nur nach PsychKG untergebracht werden, nicht nach BGB. Hier ergab sich eine nicht nachvollziehbare Diskrepanz zwischen der gesamten Anzahl unfreiwilliger Behandlungen (N = 446) und der Zahl nach PsychKG untergebrachter nicht betreuter Fälle (N = 424).

*** p<.001.

3.3 Risiken im Behandlungsverlauf

3.3.1 Verweildauer und Wiedereinweisung (Re-Entry)

Verweildauer

Im Durchschnitt betrug die fallbezogene Verweildauer 17,09 Tage (SD = 25,15). Die fallbezogene Verweildauer von Personen mit gesetzlicher Betreuung war fast anderthalb mal so lang (M = 21,74; SD = 30,43) wie die nicht betreuter Personen (M = 15,23; SD = 22,44), $t = 13,94$; $p < .001$. Bei ausschließlicher Betrachtung von freiwillig behandelten Fällen war der Unterschied zwar noch signifikant ($t = 2,06$; $p < .05$), betrug jedoch nur knapp einen Tag. Im Vergleich der untergebrachten Fälle betrug die Verweildauer gesetzlich Betreuter (M = 45,79; SD = 36,10) im Durchschnitt knapp 19 Tage länger als die Verweildauer nicht gesetzlich Betreuter (M = 26,87; SD = 26,28), $t = 11,28$; $p < .001$ (Tabelle 19).

Auch bei einer patient*innenbezogenen Betrachtung zeigte sich eine deutlich längere durchschnittliche Verweildauer gesetzlich Betreuter (M = 25,98; SD = 25,50) im Vergleich zu nicht Betreuten (M = 17,22; SD = 22,43), $t = 11,92$; $p < .001$.

Tabelle 19 Verweildauer

	ohne Betreuung		mit Betreuung		t
	M	SD	M	SD	
Verweildauer (Tage)					
fallbezogen					
gesamt	15,23	22,44	21,74	30,43	13,94***
ohne Unterbringung	14,82	22,18	15,73	25,52	2,06*
mit Unterbringung	26,87	26,28	45,79	36,10	11,28***
Verweildauer (Tage)					
patient*innenbezogen	17,22	22,43	25,98	25,50	11,92***

Anmerkungen. * $p < .05$. *** $p < .001$.

Um den Zusammenhang zwischen der Hauptdiagnose und der Verweildauer untersuchen zu können, wurde die Gesamtheit aller Behandlungsfälle anhand der 10., 50. und 90. Perzentile der Verweildauer in vier Gruppen unterteilt (< 1 Tag, 1-6 Tage, 7-46 Tage, \geq 47 Tage). Tabelle 20 und 22 zeigen die Verteilung der Hauptdiagnosegruppen auf diese vier Gruppen, unterschieden nach betreuten und nicht betreuten Fällen. In allen vier Gruppen zeigten sich höchst signifikante Unterschiede zwischen den betreuten und den nicht betreuten Fällen bezüglich der Diagnoseverteilung.

Bei Verweildauern unter 1 Tag (Ultrakurzlieger) überwogen sowohl in der betreuten als auch in der nicht betreuten Gruppe Hauptdiagnosen aus der Gruppe der F1-Diagnosen (Störungen durch psychotrope Substanzen) mit 50,0 % bzw. 56,2 % der Fälle. Die zweithäufigsten Hauptdiagnosen von betreuten Fällen (18,8 %) waren Diagnosen aus dem F2-Spektrum (Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen). Bei den nicht betreuten Fällen waren es die F4-Diagnosen (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) mit 20,1 % (Tabelle 20).

Bei Verweildauern von 1 bis 6 Tagen (Kurzlieger) blieb diese Diagnoseverteilung weitestgehend gleich, auch hier waren die F1-Diagnosen unabhängig vom Betreuungsstatus am häufigsten vertreten (47,4 % der Betreuten bzw. 59,3 % der nicht Betreuten). Auch in dieser Gruppe zeigten die betreuten Fälle am zweithäufigsten eine Diagnose aus dem F2-Spektrum (21,9 %). Bei den nicht betreuten Fälle waren Diagnosen aus dem F3-Spektrum am zweithäufigsten (18,4 %) (Tabelle 20).

Bei den Langliegern mit Verweildauern von 7 bis 46 Tagen wurden in der Gruppe der betreuten Fällen am häufigsten F2-Hauptdiagnosen vergeben (38,5 %), bei den nicht Betreuten waren es F3-Diagnosen (50,5 %). Dieses Verhältnis blieb auch in der Gruppe der Ultralanglieger (\geq 47 Tage) erhalten. Hier hatten 53,8 % der Betreuten eine F2-Hauptdiagnose und 80,1 % der nicht Betreuten eine F3-Diagnose. Sowohl bei den Lang- als auch bei den Ultralangliegern war in der Gruppe der betreuten Fälle eine F3-Diagnose die zweithäufigste Hauptdiagnose mit 25,8 % (Langlieger) bzw. 35,3 % (Ultralanglieger). Bei den nicht betreuten Langliegern waren F0-Hauptdiagnosen (organische psychische Störungen) am zweithäufigsten (16,7 %) vertreten, bei den nicht betreuten Ultralangliegern die F4-Hauptdiagnosen (7,3 %) (Tabelle 21).

Tabelle 20 Verweildauern und Hauptdiagnosen (fallbezogen)

Verweildauer < 1 Tag (Ultrakurzlieger)					Verweildauer 1-6 Tage (Kurzlieger)						
Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	X ² (5)	Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	X ² (5)
F0	N	84	30	114	251,627***	F0	N	293	123	416	701,723***
	% Reihe	73,7 %	26,3 %	100,0 %			% Reihe	70,4 %	29,6 %	100,0 %	
	% Spalte	4,1 %	5,4 %	4,4 %			% Spalte	6,4 %	7,8 %	6,7 %	
F1	N	1.158	276	1.434		F1	N	2.729	747	3.476	
	% Reihe	80,8 %	19,2 %	100,0 %	% Reihe		78,5 %	21,5 %	100,0 %		
	% Spalte	56,2 %	50,0 %	54,9 %	% Spalte		59,3 %	47,4 %	56,3 %		
F2	N	54	104	158		F2	N	126	345	471	
	% Reihe	34,2 %	65,8 %	100,0 %	% Reihe		26,8 %	73,2 %	100,0 %		
	% Spalte	2,6 %	18,8 %	6,0 %	% Spalte		2,7 %	21,9 %	7,6 %		
F3	N	290	67	357		F3	N	845	208	1.053	
	% Reihe	81,2 %	18,8 %	100,0 %	% Reihe		80,2 %	19,8 %	100,0 %		
	% Spalte	14,1 %	12,1 %	13,7 %	% Spalte		18,4 %	13,2 %	17,0 %		
F4	N	415	40	455		F4	N	533	82	615	
	% Reihe	91,2 %	8,8 %	100,0 %	% Reihe		86,7 %	13,3 %	100,0 %		
	% Spalte	20,1 %	7,2 %	17,4 %	% Spalte		11,6 %	5,2 %	10,0 %		
andere	N	59	35	94		andere	N	78	70	148	
	% Reihe	62,8 %	37,2 %	100,0 %	% Reihe		52,7 %	47,3 %	100,0 %		
	% Spalte	2,9 %	6,3 %	3,6 %	% Spalte		1,7 %	4,4 %	2,4 %		
gesamt	N	2.060	552	2.612		gesamt	N	4.604	1.575	6.179	
	% Reihe	78,9 %	21,1 %	100,0 %	% Reihe		74,5 %	25,5 %	100,0 %		
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	% Spalte		100,0 %	100,0 %	100,0 %		

Anmerkungen. *** p<.001.

Tabelle 21 Verweildauern und Hauptdiagnosen (fallbezogen) (Fortsetzung)

Verweildauer 7-46 Tage (Langlieger)					Verweildauer ≥ 47 Tage (Ultralanglieger)						
Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	X ² (5)	Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	X ² (5)
F0	N	799	410	1.209	1334,881 ***	F0	N	64	40	104	588,593***
	% Reihe	66,1 %	33,9 %	100,0 %			% Reihe	61,5 %	38,5 %	100,0 %	
	% Spalte	16,7 %	19,1 %	17,5 %			% Spalte	6,0 %	5,4 %	5,8 %	
F1	N	695	243	938		F1	N	8	10	18	
	% Reihe	74,1 %	25,9 %	100,0 %	% Reihe		44,4 %	55,6 %	100,0 %		
	% Spalte	14,5 %	11,3 %	13,5 %	% Spalte		0,7 %	1,4 %	1,0 %		
F2	N	303	825	1.128		F2	N	52	396	448	
	% Reihe	26,9 %	73,1 %	100,0 %	% Reihe		11,6 %	88,4 %	100,0 %		
	% Spalte	6,3 %	38,5 %	16,3 %	% Spalte		4,9 %	53,8 %	24,8 %		
F3	N	2.414	553	2.967		F3	N	856	260	1.116	
	% Reihe	81,4 %	18,6 %	100,0 %	% Reihe		76,7 %	23,3 %	100,0 %		
	% Spalte	50,5 %	25,8 %	42,9 %	% Spalte		80,1 %	35,3 %	61,9 %		
F4	N	294	37	529		F4	N	78	16	94	
	% Reihe	93,0 %	7,0 %	100,0 %	% Reihe		83,0 %	17,0 %	100,0 %		
	% Spalte	10,3 %	1,7 %	7,6 %	% Spalte		7,3 %	2,2 %	5,2 %		
andere	N	75	77	152		andere	N	10	14	24	
	% Reihe	49,3 %	50,7 %	100,0 %	% Reihe		41,7 %	58,3 %	100,0 %		
	% Spalte	1,6 %	3,6 %	2,2 %	% Spalte		0,9 %	1,9 %	1,3 %		
gesamt	N	4.778	2.145	6.923		gesamt	N	1.068	736	1.804	
	% Reihe	69,0 %	31,0 %	100,0 %	% Reihe		59,2 %	40,8 %	100,0 %		
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	% Spalte		100,0 %	100,0 %	100,0 %		

Anmerkungen. *** p<.001.

Da unabhängig vom Betreuungsstatus F1-Hauptdiagnosen in der Gruppe der Ultrakurzlieger (< 1 Tag) am häufigsten auftraten, wurde zusätzlich untersucht, ob sich je nach Betreuungsstatus Unterschiede in der Untergruppe der F1-Diagnose feststellen ließen. Es fand sich kein signifikanter Unterschied, $\chi^2(1) = ,299$; $p = .584$. Unabhängig vom Betreuungsstatus waren Störungen durch Alkohol (F10) mit Abstand am häufigsten (90,6 % der Betreuten, 89,5 % der nicht Betreuten mit F1-Hauptdiagnose) (Tabelle 22).

Tabelle 22 Vergleich Häufigkeiten F1-Hauptdiagnosen bei Verweildauer < 1 Tag (fallbezogen)

Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(1)$
F10	N	1.036	250	1.286	,299 ^a
	% Reihe	80,6 %	19,4 %	100,0 %	
	% Spalte	89,5 %	90,6 %	89,7 %	
andere F1	N	122	26	148	
	% Reihe	82,4 %	17,6 %	100,0 %	
	% Spalte	10,5 %	9,4 %	10,3 %	
gesamt	N	1.158	276	1.434	
	% Reihe	80,8 %	19,2 %	100,0 %	
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Anmerkungen. F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol. andere F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Substanzen.

^a $p = .584$.

Da in der Gruppe der Lang- und Ultralanglieger unabhängig von der gesetzlichen Betreuung am häufigsten F2- und F3-Hauptdiagnosen auftraten, wurden diese Diagnosegruppen ebenfalls bezogen auf ihre Untergruppen auf signifikante Unterschiede untersucht.

Bei den F2-Hauptdiagnosen fiel auf, dass Fälle mit Betreuung häufiger F20-Diagnosen (Schizophrenie) zeigten (54,3 %), während sich bei Fällen ohne Betreuung häufiger F25-Diagnosen (schizoaffektive Störungen) fanden (53,8 %). Dieser Unterschied war hoch signifikant, $\chi^2(5) = 21,630$; $p < .01$ (Tabelle 23).

Tabelle 23 Vergleich Häufigkeiten F2-Hauptdiagnosen bei Verweildauern ≥ 47 Tagen (fallbezogen)

Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(5)$
F20	N	14	215	229	21,630**
	% Reihe	6,1 %	93,9 %	100,0 %	
	% Spalte	26,9 %	54,3 %	51,1 %	
F21	N	-	1	1	
	% Reihe	-	100,0 %	100,0 %	
	% Spalte	-	0,3 %	0,2 %	
F22	N	5	30	35	
	% Reihe	14,3 %	85,7 %	100,0 %	
	% Spalte	9,6 %	7,6 %	7,8 %	
F23	N	4	6	10	
	% Reihe	40,0 %	60,0 %	100,0 %	
	% Spalte	7,7 %	1,5 %	2,2 %	
F25	N	28	143	171	
	% Reihe	16,4 %	83,6 %	100,0 %	
	% Spalte	53,8 %	36,1 %	38,2 %	
F29	N	1	1	2	
	% Reihe	50,0 %	50,0 %	100,0 %	
	% Spalte	1,9 %	0,3 %	0,4 %	
gesamt	N	52	396	448	
	% Reihe	11,6 %	88,4 %	100,0 %	
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Anmerkungen. F20 Schizophrenie. F21 schizotype Störung. F22 anhaltende wahnhaftige Störung. F23 akute vorübergehende psychotische Störungen. F25 schizoaffektive Störungen. F29 nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose.

** $p < .01$.

Im Vergleich der Ultralanglieger mit F3-Hauptdiagnosen fand sich bei betreuten Fällen häufiger eine F31-Diagnose (bipolare Störung), und zwar in 70,0 % der Fälle. Bei den nicht betreuten Fällen überwogen die F33-Diagnosen (rezidivierende depressive Störung), dies betraf 51,1 % der Fälle, $\chi^2(3) = 219,880$; $p < .001$ (Tabelle 24).

Tabelle 24 Vergleich Häufigkeiten F3-Hauptdiagnosen bei Verweildauern ≥ 47 Tagen (fallbezogen)

Hauptdiagnose		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(3)$
F30	N	2	5	7	219,880***
	% Reihe	28,6 %	71,4 %	100,0 %	
	% Spalte	0,2 %	1,9 %	0,6 %	
F31	N	190	182	372	
	% Reihe	51,1 %	48,9 %	100,0 %	
	% Spalte	22,2 %	70,0 %	33,3 %	
F32	N	227	27	254	
	% Reihe	89,4 %	10,6 %	100,0 %	
	% Spalte	26,5 %	10,4 %	22,8 %	
F33	N	437	46	483	
	% Reihe	90,5 %	9,5 %	100,0 %	
	% Spalte	51,1 %	17,7 %	43,3 %	
gesamt	N	856	260	1.116	
	% Reihe	76,7 %	23,3 %	100,0 %	
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Anmerkungen. F30 manische Episode. F31 bipolare affektive Störung. F32 depressive Episode. F33 rezidivierende depressive Störung.

*** $p < .001$.

Wiederaufnahme (Re-Entry)

Die im Beobachtungszeitraum behandelten 8.381 Patient*innen wurden durchschnittlich 2,16 Mal stationär behandelt (SD = 3,72). In 65,3 % der Fälle war es nur ein einziges Mal. Die maximale Anzahl von stationären Behandlungen pro Person im Beobachtungszeitraum betrug 105 Mal.

Insgesamt wurden 34,7 % der Patient*innen im Beobachtungszeitraum mindestens zweimal stationär behandelt (Re-Entry). Bei den Patient*innen mit gesetzlicher Betreuung waren es 59,1 %. Bei den nicht betreuten Patient*innen war der Anteil nur halb so groß (29,8 %), $\chi^2(1) = 437,669$; $p < .001$. Im Beobachtungszeitraum wurden gesetzlich betreute Patient*innen durchschnittlich doppelt so häufig stationär aufgenommen (M = 3,71; SD = 5,93) wie nicht gesetzlich betreute Patient*innen (M = 1,86; SD = 3,00), $t = 11,39$; $p < .001$ (Tabelle 25).

Die fünfte Hypothese konnte demnach ebenso bestätigt werden, gesetzlich betreute Personen wiesen unabhängig vom Unterbringungsmodus längere stationäre Verweildauern auf. Außerdem zeigten sie eine höhere Re-Entry-Rate.

Tabelle 25 Wiederaufnahme (Re-Entry) (patient*innenbezogen)

		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	Statistik	
Re-Entry (> 1 Aufenthalt)						
ja	N	2.085	821	2.906	$\chi^2(1) = 437,669^{***}$	
	% Reihe	71,7 %	28,3 %	100,0 %		
	% Spalte	29,8 %	59,1 %	34,7 %		
nein	N	4.906	569	5.475		
	% Reihe	89,6 %	10,4 %	100,0 %		
	% Spalte	70,2 %	40,9 %	65,3 %		
		M	SD	M	SD	
Anzahl der Aufenthalte		1,86	3,00	3,71	5,93	t = 11,39 ^{***}
		(Max = 85)	(Max = 105)			

Anmerkungen. *** p<.001.

3.3.2 Fixierungen und besondere Vorkommnisse

Behandlungsfälle mit gesetzlicher Betreuung wurden mehr als doppelt so häufig fixiert (14,4 %) wie nicht gesetzlich betreute Fälle (6,2 %), $\chi^2(1) = 311,579$; p<.001. Auch die mittlere Anzahl der Fixierungen pro Fall war deutlich höher (M = 2,26; SD = 3,80) als in der nicht betreuten Gruppe (M = 1,59; SD = 2,59), t = 3,98; p<.001 (Tabelle 26).

Tabelle 26 Fixierungen (fallbezogen)

		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	Statistik			
Fixierung^a								
ja	N	809	741	1.550	$\chi^2(1) = 311,579^{***}$			
	% Reihe	52,2 %	47,8 %	100,0 %				
	% Spalte	6,2 %	14,4 %	8,5 %				
nein	N	12.167	4.421	16.588				
	% Reihe	73,3 %	26,7 %	100,0 %				
	% Spalte	93,8 %	85,6 %	91,5 %				
		M	SD	M	SD	M	SD	
Anzahl Fixierungen		1,59	2,59	2,26	3,80	1,91	3,24	t = 3,98 ^{***}

Anmerkungen. ^a Fall wurde mindestens einmal fixiert.
^{***} p<.001.

In der gesetzlich betreuten Gruppe kam es in mehr als dreimal so vielen Behandlungsfällen zu besonderen Vorkommnissen (4,7 % vs. 1,5 %), $\chi^2(1) = 164,632$; $p < .001$. Bei Betrachtung der Art des besonderen Vorkommnisses stellte sich heraus, dass Betreute fallbezogen jeweils ca. fünfmal so häufig besondere Vorkommnisse aufgrund von Fremdaggression ($\chi^2(1) = 127,032$; $p < .001$) und Sachaggression ($\chi^2(1) = 67,220$; $p < .001$) verursachten wie nicht Betreute. Bei besonderen Vorkommnissen aufgrund von Eigenaggression war kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen feststellbar ($\chi^2(1) = 1,715$; $p = .190$) (Tabelle 27).

Gesetzlich Betreute verursachten fallbezogen insgesamt ca. ein Drittel mehr besondere Vorkommnisse (M = 1,55; SD = 1,11) als nicht Betreute (M = 1,18; SD = 0,50), $t = 4,62$; $p < .001$. Bei Betrachtung der Art des besonderen Vorkommnisses zeigte sich ein signifikanter Unterschied nur in Bezug auf besondere Vorkommnisse aufgrund von Fremdaggression ($t = 3,67$, $p < .001$). Bei der Anzahl besonderer Vorkommnisse aufgrund von Sach- oder Eigenaggression ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen der betreuten und der nicht betreuten Gruppe feststellen.

Die sechste Hypothese ließ sich demnach ebenfalls bestätigen, Personen mit gesetzlicher Betreuung waren fallbezogen häufiger von Fixierungen betroffen und verursachten durchschnittlich eine höhere Anzahl besonderer Vorkommnisse.

Tabelle 27 Besondere Vorkommnisse (fallbezogen)

	ohne Betreuung		mit Betreuung		Statistik
	(N = 12.976)		(N = 5.126)		
Vorhandensein BV^a gesamt (Fälle mit mindestens 1 BV)	189	1,5 %	241	4,7 %	$\chi^2(1) = 164,632^{***}$
Fremdaggression	63	0,5 %	121	2,3 %	$\chi^2(1) = 127,032^{***}$
Sachaggression	32	0,2 %	63	1,2 %	$\chi^2(1) = 67,220^{***}$
Eigenaggression	37	0,3 %	21	0,4 %	$\chi^2(1) = 1,715^b$
	M	SD	M	SD	
Anzahl BV^a gesamt (fallbezogen)	1,18	0,50	1,55	1,11	t = 4,62 ^{***}
Fremdaggression	1,10	0,30	1,50	1,16	t = 3,67 ^{***}
Sachaggression	1,09	0,39	1,17	0,58	t = 0,80 ^c
Eigenaggression	1,30	0,62	1,24	0,62	t = 0,35 ^d

Anmerkungen. ^a besonderes Vorkommnis. ^b p=.190. ^c p=.425. ^d p=.729.
^{***} p<.001.

3.3.3 Suizidalität und Fremdaggressivität

Ergänzend zum Vergleich der Risikofaktoren Suizidalität und Fremdaggression im Aufnahmezusammenhang (siehe 3.2.2) erfolgte eine fallbezogene Betrachtung der Ausprägung dieser Risikofaktoren durch Vergleich der jeweiligen Summenwerte von Indikatoren. Es zeigte sich, dass der Anteil der Fälle, die mindestens einen Indikator für Suizidalität aufwiesen, in der nicht betreuten Gruppe signifikant höher war (30,9 %) als in der betreuten Gruppe (24,9 %), $\chi^2(4) = 123,013$; $p < .001$. Sowohl in der Gruppe der betreuten, als auch in der Gruppe der nicht betreuten Personen, gab es Fälle, die alle vier Indikatoren für Suizidalität (Suizidalität als Aufnahmegrund, Suizidversuch vor Aufnahme, Suizidversuch in der Vorgeschichte, fortbestehende Suizidalität nach Aufnahme) aufwiesen. Ihr Anteil an der Gesamtheit der Fälle war in der Gruppe der Betreuten deutlich höher als in der Gruppe der nicht Betreuten. Im Durchschnitt wiesen nicht betreute Fälle eine signifikant höhere Zahl von Indikatoren für Suizidalität auf (M = 0,59; SD = 1,02) als betreute Fälle (M = 0,42; 0,85), $t = 11,300$; $p < .001$ (Tabelle 28).

Tabelle 28 Unterschiede im Summenwert Suizidalität (fallbezogen)

		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	X ² (4)
ohne Suizidalität					
	N	8.964	3.875	12.839	123,013***
	% Reihe	69,8 %	30,2 %	100,0 %	
	% Spalte	69,1 %	75,1 %	70,8 %	
mit Suizidalität^a					
	N	4.012	1.287	5.299	
	% Reihe	75,7 %	24,3 %	100,0 %	
	% Spalte	30,9 %	24,9 %	29,2 %	
Summenwert^b					
1	N	1.734	718	2.452	
	% Reihe	70,7 %	29,3 %	100,0 %	
	% Spalte	13,4 %	13,9 %	13,5 %	
2	N	1.184	320	1.504	
	% Reihe	78,7 %	21,3 %	100,0 %	
	% Spalte	9,1 %	6,2 %	8,3 %	
3	N	869	192	1.061	
	% Reihe	81,9 %	18,1 %	100,0 %	
	% Spalte	6,7 %	3,7 %	5,8 %	
4	N	225	57	282	
	% Reihe	79,8 %	20,2 %	100,0 %	
	% Spalte	1,7 %	1,1 %	1,6 %	
gesamt	N	12.976	5.162	18.138	
	% Reihe	71,5 %	28,5 %	100,0 %	
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
Summenwert (SD)		0,59 (1,02)	0,42 (0,85)		t 11,300***

Anmerkungen. ^a mindestens ein Indikator für Suizidalität vorhanden. ^b Summenwert aus den vier Indikatoren für Suizidalität: Suizidalität als Aufnahmegrund, Suizidversuch vor Aufnahme, Suizidversuch in der Vorgeschichte, fortbestehende Suizidalität nach Aufnahme.

*** p<.001.

Im Vergleich der Summenwerte für Fremdaggression wiesen betreute Fälle einen signifikant höheren Durchschnittswert auf (M = 0,29; SD = 0,61) als nicht betreute Fälle (M = 0,11; SD = 0,38), t = 20,671; p<.001. In keiner der beiden Gruppen fanden sich Fälle, die alle fünf Indikatoren für Fremdaggression zeigten (Fremdaggressivität als Aufnahmegrund, Besonderes Vorkommnis aufgrund von Fremdaggressivität, Besonderes Vorkommnis aufgrund von Sachaggressivität, Fixierung aufgrund von

Fremdaggressivität, Fixierung aufgrund von Sachaggressivität). Der Anteil der Fälle mit mindestens einem Indikator für Fremdaggressivität war in der Gruppe der betreuten signifikant höher (22,3 %) als in der Gruppe der nicht betreuten Personen (8,5 %), $\chi^2(4) = 663,693$; $p < .001$ (Tabelle 29).

Tabelle 29 Unterschiede im Summenwert Fremdaggressivität (fallbezogen)

		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(4)$
ohne Fremdaggressivität		11.871	4.012	15.883	663,693***
		74,7 %	25,3 %	100,0 %	
		91,5 %	77,7 %	87,6 %	
mit Fremdaggressivität^a					
	N	1.105	1.150	2.255	
	% Reihe	49,0 %	51,0 %	100,0 %	
	% Spalte	8,5 %	22,3 %	12,4 %	
Summenwert^b					
1	N	833	823	1.656	
	% Reihe	50,3 %	49,7 %	100,0 %	
	% Spalte	6,4 %	15,9 %	9,1 %	
2	N	261	287	548	
	% Reihe	47,6 %	52,4 %	100,0 %	
	% Spalte	2,0 %	5,6 %	3,0 %	
3	N	11	38	49	
	% Reihe	22,4 %	77,6 %	100,0 %	
	% Spalte	0,1 %	0,7 %	0,3 %	
4	N	-	2	2	
	% Reihe	-	100,0 %	100,0 %	
	% Spalte	-	0,0 %	0,0 %	
5	N	-	-	-	
	% Reihe	-	-	-	
	% Spalte	-	-	-	
gesamt	N	12.976	5.162	18.138	
	% Reihe	71,5 %	28,5 %	100,0 %	
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
Summenwert (SD)		0,11 (0,38)	0,29 (0,61)		t 20,671***

Anmerkungen. ^a mindestens ein Indikator für Fremdaggressivität vorhanden. ^b Summenwert aus den fünf Indikatoren für Fremdaggressivität: Fremdaggressivität als Aufnahmegrund, Besonderes Vorkommnis aufgrund von Fremdaggressivität, Besonderes Vorkommnis aufgrund von Sachaggressivität, Fixierung aufgrund von Fremdaggressivität, Fixierung aufgrund von Sachaggressivität.

*** $p < .001$.

3.3.4 Unterschiede in der Art der Entlassung

Bei Betrachtung der Entlassungsart war festzustellen, dass betreute signifikant häufiger (70,1 %) als nicht betreute Personen (66,0 %) die Behandlung regulär beendeten, $\chi^2(1) = 27,932$; $p < .001$. Auf der anderen Seite beendeten sie in mehr als doppelt so vielen Fällen die Behandlung durch unabgesprochenes Fernbleiben (Entlaufen), $\chi^2(1) = 152,275$; $p < .001$ (Tabelle 30).

Personen ohne gesetzliche Betreuung hingegen beendeten signifikant häufiger die Behandlung gegen ärztlichen Rat (17,8 % vs. 12,5 %), $\chi^2(1) = 76,642$; $p < .001$.

Tabelle 30 Art der Entlassung (fallbezogen)

		ohne Betreuung	mit Betreuung	gesamt	$\chi^2(1)$
Entlassung regulär	N	8.570	3.620	12.190	27,932***
	% Reihe	70,3 %	29,7 %	100,0 %	
	% Spalte	66,0 %	70,1 %	67,2 %	
Entlassung irregulär					
disziplinarisch	N	137	51	188	.166 ^c
	% Reihe	72,9 %	27,1 %	100,0 %	
	% Spalte	1,1 %	1,0 %	1,0 %	
gegen ärztlichen Rat	N	2.309	644	2.953	76,642***
	% Reihe	78,2 %	21,8 %	100,0 %	
	% Spalte	17,8 %	12,5 %	16,3 %	
entlaufen	N	409	376	785	152,275***
	% Reihe	52,1 %	47,9 %	100,0 %	
	% Spalte	3,2 %	7,3 %	4,3 %	
Entlassung andere^a	N	1.550	471	2.021	
	% Reihe	76,7 %	23,3 %	100,0 %	
	% Spalte	11,9 %	9,1 %	100,0 %	
gesamt^b	N	12.976	5.162	18.138	
	% Reihe	71,5 %	28,5 %	100,0 %	
	% Spalte	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Anmerkungen. ^a verstorben/Verlegung andere Klinik/Verlegung in Tagesklinik. ^b 1 fehlender Wert.

^c $p = .684$.

*** $p < .001$.

3.4 Risikoprofil für das Merkmal „gesetzlich betreut“

Es wurde eine binomiale logistische Regression durchgeführt, um zu untersuchen, inwiefern die Faktoren Geschlecht (männlich), Fixierung während des stationären Aufenthaltes, unfreiwillige Behandlung, komorbide Suchterkrankung, Vorliegen einer Hauptdiagnose aus dem Spektrum der *Severe Mental Illness*, Behandlungsdauer ≥ 47 Tage (Ultralanglieger), Aufnahme als Notfall, Aufnahme wegen Fremdaggression und Fremdaggression während des Aufenthaltes das Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung begünstigen.

Das Gesamtmodell war im Omnibus- χ^2 Test höchst signifikant in der Erklärung der dichotomen abhängigen Variablen gesetzliche Betreuung, $\chi^2(9) = 3115,988$; $p < .001$, mit einer akzeptablen Erklärungsgüte von Nagelkerkes $R^2 = .228$, nach den Empfehlungen von Backhaus et al. (78). Insgesamt lag die Rate korrekter Klassifikationen bei 77,1 %, mit einer Sensitivität von 40,7 % und einer Spezifität von 91,6 %. Sechs der einbezogenen Prädiktoren wiesen unter Kontrolle der jeweils anderen Einflussgrößen im Modell (Ceteris-Paribus-Annahme) einen höchst signifikant ($p < .001$) positiven Effekt auf die Auftretenswahrscheinlichkeit der gesetzlichen Betreuung auf. Am stärksten war dieser Effekt für die Variable *Severe Mental Illness* ($OR = 5,294$). Den zweitstärksten Effekt hatte die Tatsache sich unfreiwillig in Behandlung zu befinden ($OR = 3,209$). Für die Faktoren Fixierung während des stationären Aufenthaltes und Ultralanglieger ließ sich kein signifikanter Effekt auf die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer gesetzlichen Betreuung nachweisen. Alle anderen Faktoren hatten einen geringen, aber signifikanten Effekt.

Die siebente Hypothese konnte bestätigt werden, die Faktoren männliches Geschlecht, psychotische Störung (Hauptdiagnose aus dem SMI-Spektrum), komorbide Suchterkrankung und unfreiwillige Behandlung erhöhten das Risiko für das Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung.

Die Modellkoeffizienten und Odds sind in Tabelle 31 zusammengefasst.

Tabelle 31 Binomiale logistische Regression – Risikoprofil „gesetzlich betreut“

Variable	B	SE	Wald	p	OR	95 % Konfidenzintervall	
Geschlecht (männlich)	0,364	0,038	91,401	.000	1,439	1,336	1,551
Fixierung während Aufenthalt	0,132	0,070	3,552	.059	1,141	0,995	1,308
Unfreiwillige Behandlung ^a	1,166	0,070	277,914	.000	3,209	2,798	3,680
Komorbide Suchterkrankung ^b	0,157	0,039	15,846	.000	1,170	1,083	1,264
<i>Severe Mental Illness</i>	1,667	0,045	1368,324	.000	5,294	4,847	5,783
Ultralanglieger ^c	0,088	0,063	1,937	.164	1,092	0,965	1,235
Aufnahme als Notfall	0,278	0,038	53,016	.000	1,320	1,225	1,423
Aufnahme wegen Fremdaggression	0,620	0,062	99,580	.000	1,858	1,645	2,099
Fremdaggression während Aufenthalt	0,445	0,189	5,553	.018	1,560	1,078	2,258
Konstante	-1,942	0,041	2219,276	.000	0,143		

Modell-Parameter:

Omnibus- χ^2 (9) = 3115,988

p < .001

Nagelkerkes-R² = .228

Anmerkungen. SMI = *Severe Mental Illness* (F2-Diagnose oder F30.2, F31.2, F31.5, F31.6, F32.3, F33.3). OR = odds ratio. SE = standard error. B = Beta.

^a Fall mindestens einmal untergebracht. ^b keine F1-Hauptdiagnose, mindestens eine F1-Nebendiagnose. ^c Liegedauer \geq 47 Tage.

4. Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

In der untersuchten Inanspruchnahmepopulation einer Klinik für Psychiatrie mit Pflichtversorgungsauftrag war ein Sechstel der behandelten Personen (16,6 %) gesetzlich betreut, ihr respektiver Anteil an den stationären Aufnahmen betrug 28,5 % und an der Inanspruchnahme von Bettenkapazitäten 36,2 %.

Die Gruppe der Patient*innen mit gesetzlicher Betreuung zeigte überwiegend Hauptdiagnosen aus dem Spektrum der organischen psychischen Erkrankungen (25,8 %) oder der nicht-affektiven psychotischen Störungen (31,4 %). Der Anteil von Personen mit Diagnosen aus dem Spektrum der *Severe Mental Illness* war in der betreuten Gruppe fast viermal so groß (39,3 %) wie in der nicht betreuten Gruppe. Innerhalb der Personengruppe mit Hauptdiagnosen aus dem Spektrum der affektiven Störungen waren vor allem bipolar Erkrankte gesetzlich betreut (59,7 %).

Personen mit gesetzlicher Betreuung waren zu einem größeren Anteil männlich (55,0 %) und im Durchschnitt vier Jahre älter ($M = 54,91$) als Personen ohne Betreuung. Sie wiesen außerdem eine größere Anzahl von somatischen Nebendiagnosen auf ($M = 3,07$).

Gesetzlich Betreute suchten das Krankenhaus häufiger notfallmäßig auf (65,1 %) und wurden sechsmal so häufig unfreiwillig behandelt (20,0 %). Sie wurden mehr als doppelt so häufig aufgrund von Fremdaggressivität stationär aufgenommen (17,4 %) und deutlich seltener wegen Suizidalität (15,0 %).

Sie blieben länger im Krankenhaus ($M = 21,74$ Tage), vor allem wenn sie sich unfreiwillig in Behandlung befanden ($M = 45,79$ Tage). Nach Entlassung wurden sie häufiger erneut stationär aufgenommen (59,1 % mit Re-Entry) und wiesen insgesamt eine höhere Anzahl stationärer Behandlungen auf ($M = 3,71$).

Betreute wurden in mehr als doppelt so vielen Fällen fixiert (14,4 %), die Anzahl der Fixierungen pro Aufenthalt war ebenfalls deutlich höher ($M = 2,26$). Sie verursachten außerdem fünfmal so häufig fremd- und sachaggressive Vorkommnisse während ihrer Behandlung im Krankenhaus (in 2,3 % bzw. 1,2 % der Fälle).

Die Entlassung betreuter Personen aus der stationären Behandlung erfolgte im Vergleich zu Personen ohne Betreuung häufiger regulär (70,1 %) und seltener gegen ärztliche

Empfehlung, dafür häufiger unabgesprochen durch Entlaufen aus dem Krankenhaus (7,3 %).

Die Eigenschaften männlich, unfreiwillige Behandlung, komorbide Suchterkrankung, Hauptdiagnose aus dem Spektrum der *Severe Mental Illness*, Aufnahme als Notfall, Aufnahme wegen Fremdaggression und Auftreten von Fremdaggression während des Aufenthaltes erhöhten signifikant die Wahrscheinlichkeit gesetzlich betreut zu sein.

4.2 Diskussion der Methoden

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine naturalistische Feldstudie. Ein Datensatz mit 18.138 stationären psychiatrischen Behandlungsfällen über einen Zeitraum von sieben Jahren wurde im Hinblick auf das Patient*innenmerkmal „gesetzlich betreut“ retrospektiv ausgewertet.

Eine Stärke der Untersuchung lag in der Größe der Stichprobe und der Länge des untersuchten Zeitraums. Durch die Erfassung aller in diesem Zeitraum in einer psychiatrischen Klinik mit Pflichtversorgungsauftrag behandelten stationären Patient*innen bot sich ein unverzerrter Blick auf die Versorgungsrealität.

Die untersuchte Stichprobe war nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung, sondern erlaubte Schlussfolgerungen über die Grundgesamtheit der Patient*innen in einem stationären psychiatrischen Kontext. Vor dem Hintergrund der hohen Bedeutung von psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit gesetzlicher Betreuung war dieser Kontext relevant und aussagekräftig. Aussagen über ambulante oder tagesklinisch behandelte Patient*innen ließen sich anhand der hier vorliegenden Ergebnisse nur bedingt treffen, da bei ihnen eine deutlich geringere Krankheitsschwere zu erwarten sein dürfte als bei Patient*innen im stationären Bereich.

Durch die systematische Erhebung von medizinischen Informationen ohne eine im Voraus definierte Forschungsfragestellung ermöglichen Routinedaten eine realistische Abbildung der Versorgungssituation in Krankenhäusern und der Inanspruchnahme von medizinischen Ressourcen. Diese besondere Qualität wird auch als *real world evidence* bezeichnet (79, 80).

Routinedaten vereinen alle wichtigen allgemeinen Informationen wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Diagnose, Aufnahmezeitpunkt, gestatten aber üblicherweise keine direkten Rückschlüsse auf den Behandlungsverlauf oder Risikomerkmale. Diese Schwäche

wurde im vorliegenden Datensatz durch die Ergänzung der Basisdokumentation um weitere aufnahme- und verlaufsbezogene Daten wie z.B. Aufnahmemodalitäten, Fixierungen und besondere Vorkommnisse kompensiert. Nicht explizit enthalten waren Informationen zum Schweregrad der Erkrankung, es ließen sich jedoch Rückschlüsse anhand der erwähnten verlaufsbezogenen Parameter, sowie aus den ICD-10-Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) ziehen.

Als eine Schwäche der Untersuchung war der Fokus auf durch Professionelle des Gesundheitswesens erhobene Daten zu betrachten, der wenig Raum für die subjektive Perspektive der Patient*innen ließ, die gerade im Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach Selbstbestimmung und der teilweise als bevormundend erlebten Fürsorge vonseiten des Hilfesystems und der psychiatrischen Klinik so wichtig wäre, sich aber in die angewandte Methodik nur schlecht integrieren ließ. Auch die Angehörigenperspektive blieb in der vorliegenden Untersuchung unberücksichtigt. Diese als dialogisch zu bezeichnenden Aspekte sollten in weiteren Untersuchungen zum Themenkomplex gesetzliche Betreuung stärker beachtet werden.

Eine weitere Limitation war das Fehlen von weiterführenden Informationen über die gesetzlichen Betreuer*innen. Die vorliegenden Aufgabenkreise, eine Unterscheidung zwischen freiwilliger oder Berufsbetreuung, die ausschlaggebende Anlassdiagnose oder die bisherige Dauer der Betreuung wären wichtige zusätzliche Aspekte gewesen, die in die Auswertung hätten einbezogen werden können und in zukünftigen Untersuchungen Beachtung finden sollten.

Eine Unterscheidung zwischen gesetzlicher Betreuung und Vorsorgevollmacht war anhand des vorliegenden Datensatzes nicht möglich. Es war davon auszugehen, dass in Fällen mit Vorsorgevollmacht das Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung teilweise bejaht und teilweise verneint wurde. Hierdurch war ein quantitativ nicht nachvollziehbarer Anteil falsch positiver Antworten zu erwarten. Auf der anderen Seite schloss die Antwortmöglichkeit „besteht nicht“ auch „ist unbekannt“ mit ein, so dass hier mit einem Anteil falsch negativer Antworten zu rechnen war. Insgesamt lag in dieser Unsauberkeit eine mögliche Schwäche der Untersuchung, die jedoch aufgrund der zum Untersuchungszeitpunkt noch geringen Relevanz von Vorsorgevollmachten zu vernachlässigen war. Es sollte vor dem Hintergrund der weiter zunehmenden Bedeutung

von Vorsorgevollmachten in weiteren Untersuchungen auf eine klare Trennung von gesetzlicher Betreuung und Vorsorgevollmachten geachtet werden.

Alle im Datensatz enthaltenen und anhand der Patient*innennummer eindeutig zu identifizierenden Patient*innen waren über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg bezüglich ihres Betreuungsstatus konsistent. Mischfälle im Sinne zunächst nicht betreuter Personen, die im Laufe des Beobachtungszeitraums eine Betreuung erhielten, traten nicht auf. Da im Kontext der stationären Behandlung in der Psychiatrie häufig gesetzliche Betreuungen beantragt und eingerichtet werden, war der Datensatz an dieser Stelle aufgrund einer mutmaßlichen nachträglichen Bereinigung des Betreuungsstatus nicht vollständig wirklichkeitsgetreu. Deswegen konnte keine Aussage über die Charakteristika von Personen getroffen werden, für die während des Beobachtungszeitraums eine gesetzliche Betreuung neu eingerichtet wurde.

In der nicht betreuten Personengruppe stimmten die Anzahl der Unterbringungen nach PsychKG und die Gesamtzahl aller Unterbringungen nicht überein, obwohl für Personen ohne gesetzliche Betreuung kein abweichender Unterbringungsmodus existiert. Diese Diskrepanz war ein Hinweis auf vereinzelte Ungenauigkeiten bei der Datenerfassung.

Im Rahmen der einleitenden Literaturrecherche konnten insgesamt drei andere Untersuchungen gefunden werden, in denen das Merkmal „gesetzlich betreut“ im Kontext stationärer Psychiatrie mit ausgewertet wurde (53, 56, 60). In der Arbeit von Kirschenbauer et al. von 2008 handelte es sich um eine Untersuchung von 677 Zwangseinweisungen in den Jahren 2002/2003 (nach BGB und dem Hessischen Landesgesetz zur Unterbringung psychisch Kranker) in psychiatrische Kliniken in Frankfurt/Main im Hinblick auf die psychosoziale Versorgung vor der Aufnahme (60). Die Untersuchung von Schmitz-Buhl et al. von 2019 wiederum bezog sich auf 5.764 stationäre Behandlungsfälle in vier psychiatrischen Kliniken der Region Köln im Jahr 2011 und befasste sich mit Risikofaktoren für die unfreiwillige stationäre Behandlung psychiatrischer Patient*innen (56). In die Untersuchung als unfreiwillige Fälle einbezogen wurden dabei ausschließlich Unterbringungen gemäß PsychKG. Die dritte Untersuchung (53) stammte aus Italien und erschien aufgrund der abweichenden rechtlichen Gegebenheiten wenig vergleichbar.

Anders als die vorliegende entschieden sich beide deutschen Vergleichsuntersuchungen für eine ausschließlich fallbezogene Herangehensweise. Dieser Ansatz kann jedoch zu

Verzerrungseffekten führen, da dieselbe Person mehrfach stationär aufgenommen werden kann und somit die einzelnen Messungen (Fälle) nicht unabhängig voneinander sind. Personenmerkmale, die zu häufigen stationären Aufnahmen führen, werden bei einem fallbezogenen Ansatz überproportional abgebildet.

Darin lag eine weitere Stärke der vorliegenden Arbeit: Es wurde zum Ausschluss verzerrender Effekte bei Untersuchungen personenbezogener Merkmale (z.B. Diagnose, Alter, Geschlecht) eine patient*innenbezogene Betrachtung bevorzugt. Zur Untersuchung aufenthaltsbezogener und somit risiko- und ressourcenrelevanter Merkmale (z.B. Unterbringung, Fremdaggressivität, Suizidalität, Aufnahme als Notfall) wurde ein fallbezogener Ansatz gewählt.

Das Merkmal „gesetzlich betreut“ war in beiden Vergleichsuntersuchungen nur eine unter vielen Variablen neben anderen soziodemographischen Daten und Informationen bezüglich der ambulanten Vorgeschichte. Ein besonderes Augenmerk auf die besonderen Eigenschaften der gesetzlich betreuten Personen wurde nicht gelegt.

Darin lag die größte Stärke der vorliegenden Arbeit. Durch die gezielte Untersuchung des Merkmals „gesetzlich betreut“ im Kontext der stationären Behandlung in der Psychiatrie wurde erstmals systematisch ermöglicht, Aussagen über klinische Charakteristika gesetzlich betreuter Personen wie Diagnoseverteilung, Verlaufsparemeter der stationären Behandlung in der Psychiatrie, sowie Risikomerkmale wie Fremdaggressivität oder Zwangsmaßnahmen zu treffen.

Was diese Arbeit nicht ersetzen kann, ist die fehlende standardmäßige Erfassung von Daten über gesetzlich Betreute in der Allgemeinbevölkerung. Der Reformprozess in der Psychiatrie in Deutschland wie in anderen Ländern ist lange nicht abgeschlossen. Stigmatisierung, Bevormundung und Ausgrenzung sind weiterhin Teil der Lebenswirklichkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Da die Betreuungsgesetzgebung einem steten Wandel unterliegt, wäre eine solidere Datengrundlage über die gesetzlich betreuten 1,5 % unserer Bevölkerung als Informations- und Entscheidungsgrundlage dringend erforderlich.

4.3 Stellenwert der Betreuten innerhalb der klinischen Gesamtpopulation

4.3.1 Quantitative Aspekte

Anteil an der klinischen Population

Der Anteil gesetzlich betreuter Patient*innen an der untersuchten klinischen Gesamtpopulation betrug in der vorliegenden Untersuchung 16,6 %, das entsprach 28,5 % der Behandlungsfälle.

In der Untersuchung von Kirschenbauer et al. (60) lag der ausschließliche Fokus auf Zwangseinweisungen. Der Anteil gesetzlich Betreuter an der klinischen Gesamtpopulation ließ sich nicht nachvollziehen. In der Arbeit von Schmitz-Buhl et al. (56) war der Anteil der gesetzlich Betreuten an der klinischen Gesamtpopulation zwar nicht explizit genannt, ließ sich aber anhand der vorhandenen Zahlen herleiten. Ihr Anteil an den freiwilligen Behandlungsfällen lag bei 15,3 % (N = 1.285), der Anteil an den nach PsychKG untergebrachten Fällen lag bei 28,7 % (N = 509) und die Anzahl der nach BGB untergebrachten Fälle bei 420. Daraus ergab sich mit N = 2.214 ein Anteil von 20,9 % gesetzlich Betreuten an der Gesamtzahl der Fälle (N = 10.591). Dieser Anteil lag niedriger als in der vorliegenden Untersuchung (28,5 %). Da es sich um eine fallbezogene Herangehensweise handelte, waren Verzerrungseffekte durch Wiederaufnahmen zu erwarten.

Es konnte in der vorliegenden Untersuchung in Übereinstimmung mit der Untersuchung von Schmitz-Buhl et al. gezeigt werden, dass gesetzlich Betreute trotz ihres geringen Anteils an der Allgemeinbevölkerung (1,5 %) eine zahlenmäßig wichtige Gruppe innerhalb der stationär behandelten Population einer psychiatrischen Klinik darstellen. Ihr niedrigerer Anteil an der Gesamtzahl der Fälle in der Arbeit von Schmitz-Buhl et al. kann möglicherweise auf Unterschiede in der Landesgesetzgebung (PsychKG) und der Unterbringungspraxis zurückgeführt werden und/oder auf eine unterschiedliche soziodemographische Bevölkerungszusammensetzung.

Dass der Anteil gesetzlich Betreuter an der vorliegenden klinischen Stichprobe deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung war, erschien erwartbar, da es sich bei ihnen hauptsächlich um Menschen mit psychischen Erkrankungen handelt. Dass 16,6 % der Personen für 28,5 % der stationären Aufnahmen und für 36,2 % der jeweils belegten Krankenhausbetten verantwortlich waren, verdiente jedoch besondere Aufmerksamkeit.

Anteil an den stationären Aufnahmen und beanspruchten Bettenkapazitäten

Die höhere Anzahl von Behandlungsfällen resultierte aus der höheren Wiederaufnahmerate gesetzlich Betreuer. Risikofaktoren hierfür wurden vielfach wissenschaftlich untersucht und traten gehäuft in der betreuten Personengruppe auf. Es wurden Zusammenhänge zwischen hohen Wiederaufnahmeraten und der Diagnose Psychose (73), Aufnahme wegen Fremdgefährdung (71, 73) und unfreiwilligen Behandlungen (73, 74) festgestellt.

Der Anteil an beanspruchten Bettenkapazitäten durch betreute Personen war noch höher als ihr Anteil an den stationären Aufnahmen, was aus ihren längeren Verweildauern resultieren dürfte. Auch hier fand sich in der betreuten Personengruppe eine Häufung von prädisponierenden Faktoren. Männliches Geschlecht (70), das Vorliegen der Diagnose Psychose (70, 72), das Auftreten von Zwangsmaßnahmen (71) und ein hoher Unterstützungsbedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (72) begünstigten das Auftreten langer stationärer Aufenthalte.

Ausgehend von der einleitenden Überlegung, dass üblicherweise erst fortgeschrittene Krankheitsstadien und damit einhergehende kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen zur Einrichtung einer Betreuung führen, erschien der Anteil von 36,2 % gesetzlich Betreuer an allen jeweils gleichzeitig behandelten Patient*innen hoch und zog weitere Überlegungen nach sich.

Lange stationäre Behandlungen sind bei besonders schwer erkrankten Personen erwartbar, da die Symptomatik chronifiziert und therapeutisch nur schwer zu beeinflussen ist. Gleichzeitig stellt sich bei Patient*innen in fortgeschrittenen Krankheitsstadien die Frage nach dem realistisch erwartbaren therapeutischen Outcome. Dies ist für die Behandlungsteams (Ärzt*innen, Psycholog*innen, Pflegepersonal, Fachtherapeut*innen) beim Festlegen des Behandlungsplans und der zu erreichenden Ziele wichtig. Es spielt aber auch in der Kommunikation mit gesetzlichen Betreuer*innen und ambulanten psychiatrischen Diensten eine große Rolle, da von ihnen häufig hohe Erwartungen an die Ergebnisse stationärer Aufenthalte formuliert werden. Ohne in therapeutischen Defätismus zu verfallen, muss der Tatsache Rechnung getragen werden, dass es sich bei dieser Personengruppe um Patient*innen mit definitionsgemäß schweren und teilweise irreversibel chronifizierten Krankheitsbildern handelt und Remission kein realistischer Anspruch an die Behandlung sein kann. Die Response auf

pharmakologische Interventionen ist begrenzt und der Fokus liegt stärker auf tagesstrukturierenden und nicht-medikamentösen Strategien (41).

Zum anderen ist mit der Behandlung jeder betreuten Person aus verschiedenen Gründen ein zeitlicher und organisatorischer Mehraufwand verbunden. Dem Behandlungsteam kommt bei Vorliegen des Aufgabenkreises Gesundheitsorge die Verantwortung zu, die gesetzlichen Betreuer*innen intensiv in die Behandlung einzubeziehen. Sie haben die Pflicht, „den Betroffenen bei seiner Rechtsverwirklichung gegenüber anderen Akteuren (Ärzten, Behörden, Einrichtungen, Banken, Angehörigen) zu unterstützen“ und „im Bereich der Gesundheitsorge die Durchführung von Behandlungsmaßnahmen zu kontrollieren und zu überwachen“ (1). Deshalb muss das Behandlungsteam den Betreuer oder die Betreuerin über geplante Behandlungsmaßnahmen informieren und diese in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit dem oder der Patient*in konsentieren. Andererseits „hat ein Betreuer im Einverständnis mit dem Betreuten dafür zu sorgen, dass den behandelnden Ärzten die notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt werden“ (1). Das nimmt Zeit in Anspruch.

Auch die Häufung von Zwang und risikoreichem Verhalten in der betreuten Gruppe geht mit einem erhöhten zeitlichen Aufwand einher. Schriftliche Korrespondenzen, richterliche Anhörungen, sowie intensive therapeutische Kontakte zu den betroffenen Patient*innen zur Förderung der Compliance und zur Reduktion restriktiver Maßnahmen sind aufwändig und erfordern ein hohes Maß an therapeutischem Engagement.

Zusammenfassend nahmen gesetzlich betreute Personen aus den genannten Gründen einen überproportional hohen Anteil infrastruktureller und personeller Ressourcen in Anspruch.

Zeitliche Entwicklung

Während in der vorliegenden Untersuchung die absolute Zahl stationärer Aufnahmen in der nicht betreuten Gruppe über den Beobachtungszeitraum hinweg kontinuierlich stieg, blieb sie in der betreuten Gruppe gleich.

Die zunehmende Anzahl jährlicher Aufnahmen in der Gruppe der nicht betreuten Personen lässt sich mit einem von Darsow-Schütte und Müller konstatierten allgemeinen, wirtschaftlich begründeten Trend zu kürzeren und dafür – aufgrund ausbleibender nachhaltiger Besserung – häufigeren Behandlungen im Krankenhaus in Übereinstimmung bringen (1, 43, 44). Valdes-Strauber et al. begründeten die steigende

Zahl psychiatrischer Aufnahmen auch mit einer „zunehmende[n] Aufnahmebereitschaft auf freiwilliger Basis bei Vorhalten spezieller Behandlungsprogramme“ (45).

Dass sich der Trend häufigerer und kürzerer Behandlungen in der vorliegenden Untersuchung für die betreute Gruppe nicht darstellen ließ, erschien interessant. Hinderungsgründe für kurze Aufenthalte und schnelle Entlassungen gesetzlich Betreuter waren vermutlich häufig schwere Krankheitsverläufe, lange Unterbringungen und erforderliche Abstimmungsprozesse mit der gesetzlichen Betreuung.

Weiter führende Untersuchungen auf Grundlage des vorliegenden Datensatzes wären sinnvoll, um Trends von Unterbringungsraten und -quoten, sowie Entwicklungen von stationären Verweildauern im zeitlichen Verlauf darzustellen und Schlussfolgerungen über die Unterbringungs- und Behandlungspraxis im Vergleich zwischen der betreuten und der nicht betreuten Subgruppe zu ermöglichen.

4.3.2 Soziodemographische Aspekte

In der untersuchten Population waren gesetzlich betreute Personen signifikant häufiger männlich (55,0 %). Das Geschlechterverhältnis in der nicht betreuten Gruppe hingegen war ausgeglichen.

In der Studie von Matta et al. wurde bei 89.900 untersuchten gesetzlich betreuten Personen ebenfalls ein Anteil von 55 % Männern beobachtet (1). Bei Kestermann war das Verhältnis umgekehrt (56 % Frauen), bei insgesamt sehr kleiner Stichprobe (N = 593) (5).

Mendrek et al. zeigten in einem Review, dass Männer mit chronischer Schizophrenie häufiger unter kognitiven Einschränkungen litten als Frauen, was sich durch entsprechende neuroanatomische Korrelate (z.B. geringeres Volumen von Frontal- und Temporallappen) untermauern ließ (81). Javed postulierte ungünstigere Krankheitsverläufe für Männer mit Schizophrenie in Bezug auf soziale und Alltagskompetenzen sowie Lebensqualität (82). Davon ausgehend, dass Männer ein höheres Risiko für gefährliche Verhaltensweisen zeigen (48, 51, 52), könnte außerdem vermutet werden, dass für Männer häufiger eine gesetzliche Betreuung eingerichtet wird um bestehende Risiken durch Organisation ambulanter Hilfen, Förderung der Behandlungcompliance und ggf. frühzeitige Einweisung in die stationäre Behandlung zu minimieren.

Gesetzlich betreute Personen waren in der vorliegenden Population durchschnittlich vier Jahre älter als nicht betreute Personen (M = 54,91). Die größte Altersgruppe innerhalb der gesetzlich Betreuten waren die 65-Jährigen und Älteren (34,2 %). Dies deckt sich mit den Ergebnissen bei Kestermann und Matta (1, 5).

Eine mögliche Erklärung war der verhältnismäßig große Anteil von Personen mit F0-Diagnosen (u.a. Demenzen) in der betreuten Gruppe (25,8 % vs. 13,2 %). Des Weiteren erschien logisch, dass fortgeschrittene Krankheitsstadien, die mit Autonomieverlust und Einbußen der Alltagskompetenzen einhergehen und eine gesetzliche Betreuung erforderlich machen, erst in einem tendenziell höheren Lebensalter einsetzen.

Im Vergleich mit nicht betreuten wohnten betreute Personen häufiger in Berlin und vor allem häufiger im Bezirk Reinickendorf (87,1 % vs. 82,7 %). Vergleichszahlen aus anderen Untersuchungen lagen nicht vor. Dieses Ergebnis erscheint nachvollziehbar, da ambulante Hilfesysteme und Leistungen der Eingliederungshilfe (z.B. betreutes Wohnen, Tagesstätten) in Berlin bezirksweise organisiert sind und deswegen Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen vermutlich seltener in andere Bezirke umziehen.

4.3.3 Diagnostische Aspekte

Diagnosegruppen allgemein

Die Verteilung der Hauptdiagnosen gesetzlich betreuter und nicht betreuter Personen unterschied sich erheblich. Während betreute Personen überwiegend Hauptdiagnosen aus den Gruppen der organischen psychischen Störungen und der nicht-affektiven psychotischen Erkrankungen zeigten, waren es bei den nicht betreuten Personen vor allem affektive, Angst- und somatoforme, sowie Abhängigkeitserkrankungen. Diese Unterteilung war sowohl in einer fallbezogenen als auch in der patient*innenbezogenen Betrachtung nachweisbar, auch wenn sich in den einzelnen Untergruppen interessante Unterschiede zeigten. Beispielsweise waren 25,8 % der gesetzlich betreuten Patient*innen von einer F0-Hauptdiagnose betroffen, ihr Anteil an allen Behandlungsfällen betrug jedoch nur 11,7 %. Bei Patient*innen mit Abhängigkeitserkrankungen (F1) verhielt es sich umgekehrt. 13,5 % der Patient*innen hatten eine F1-Hauptdiagnose, waren jedoch für 24,7 % der Fälle verantwortlich.

Diese Unterschiede lassen sich am ehesten auf verschiedene Wiederaufnahmeraten zurückführen, was noch einmal verdeutlicht, warum ein differenzierter Einsatz von

fallbezogenen und patient*innenbezogenen Betrachtungen notwendig war, um eine überproportionale Darstellung von Personengruppen mit hohen Wiederaufnahmeraten in der fallbezogenen Betrachtung zu vermeiden.

Vergleichbare Untersuchungen oder statistische Erfassungen der Verteilung von psychiatrischen Diagnosen bei betreuten Personen liegen bislang nicht vor. Das erscheint umso verwunderlicher, als zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung ein Gutachten „über die Notwendigkeit der Maßnahme“ eingeholt werden muss, das „das Krankheitsbild einschließlich der Krankheitsentwicklung“ (§ 280 Abs. 1 und 3 FamFG) zu umfassen hat. In der Praxis handelt es sich hierbei um die Diagnosen gemäß ICD-10. Diese Informationen liegen folglich den Gerichten und Betreuungsbehörden vor, werden jedoch nicht systematisch erfasst oder verarbeitet.

Wie einleitend erwähnt, fand sich in der Arbeit von Matta et al. eine Befragung von Berufsbetreuer*innen zu den häufigsten Gründen zur Einrichtung einer Betreuung, es wurde die „sonstige psychische Krankheit einschließlich Persönlichkeitsstörung“ als häufigster Grund genannt, gefolgt von „Mischform von Krankheit und Behinderung“, „psychische Krankheit infolge Abhängigkeitserkrankung“, „Demenz“ und „geistige Behinderung“ (1). Schlussfolgerungen auf konkrete Diagnosegruppen lassen sich hieraus nicht ziehen. Überraschend erscheint, dass Abhängigkeitserkrankungen recht häufig genannt wurden, obwohl sie in der vorliegenden Untersuchung mit 13,5 % der betreuten Personen erst an vierter Stelle nach nicht-affektiven psychotischen Störungen (F2), organischen psychischen Erkrankungen (F0) und affektiven Erkrankungen (F3) rangierten.

Diagnostische Untergruppen

Bei genauerer Betrachtung der organischen psychischen Störungen (F0) litten gesetzlich Betreute am häufigsten (41,9 %) unter den verschiedenen Formen von Demenz (F00 bis F03), in der nicht betreuten Gruppe waren andere organische psychische Störungen (F06) am häufigsten (45,2 %). Im Vergleich zwischen der betreuten und der nicht betreuten Gruppe erscheint interessant, dass insgesamt nur 36,3 % der an Demenz erkrankten Patient*innen über eine gesetzliche Betreuung verfügten, da dieses Krankheitsbild definitionsgemäß mit Einschränkungen der Kognition und der alltagspraktischen Fähigkeiten einhergeht und damit zu rechnen wäre, dass die Mehrzahl dieser Personen bei der Besorgung ihrer Angelegenheiten Hilfestellung benötigen. Ein Teil der Erklärung

ist sicherlich, dass in frühen Stadien einer Demenz die Alltagskompetenzen noch erhalten sein können. Eine weitere mögliche Begründung kann sein, dass im Fall älterer Personen mit Demenz eine Vorsorgevollmacht von Familienangehörigen übernommen und deswegen keine gesetzliche Betreuung notwendig wird. Wie bereits erwähnt, wurde im vorliegenden Datensatz das Vorliegen einer Vorsorgevollmacht nicht explizit erfasst.

Bei den Abhängigkeitserkrankungen (F1) waren alkoholassoziierte Störungen (F10) in der betreuten wie in der nicht betreuten Gruppe mit großem Abstand am häufigsten (79,7 % bzw. 79,8 %). Es verfügten jedoch nur 9,3 % der Patient*innen mit F10-Diagnosen über eine gesetzliche Betreuung und damit deutlich weniger als in der Gesamtstichprobe (16,6 %). In der Gruppe mit polyvalentem Substanzabusus (F19) war dieser Anteil höher (17,8 %). In dem bei Cosci et al. beschriebenen *Staging*-Modell für Alkoholabhängigkeit wurden die Krankheitsstadien anhand gescheiterter Entwöhnungsversuche und der Notwendigkeit therapeutischer Wohnformen festgelegt (42). Auch wenn sich dieses Modell nicht direkt auf polyvalenten Substanzabusus übertragen lässt, liegt die Vermutung nahe, dass mit einer zunehmenden Zahl von konsumierten Substanzen eine größere psychiatrische und somatische Krankheitsschwere und ein Verlust von Alltagskompetenzen einhergehen.

Bei den Erkrankungen aus der Gruppe der nicht-affektiven psychotischen Störungen waren die Schizophrenie und die schizoaffektive Störung unabhängig von der gesetzlichen Betreuung die häufigsten Krankheitsbilder. 86,9 % der gesetzlich Betreuten und 57,4 % der nicht Betreuten waren innerhalb der F2-Hauptdiagnosen von diesen beiden Krankheitsbildern betroffen. Von den nicht betreuten Personen erhielten 37,3 % die Diagnosen F22 (wahnhaftige Störung) und F23 (akute vorübergehende psychotische Störung) im Gegensatz zu nur 12,2 % in der betreuten Gruppe.

Definitionsgemäß gehen Schizophrenie und schizoaffektive Störung mit kognitiven Einbußen und Autonomieverlust einher, weswegen ihr großer Anteil innerhalb der Gruppe der betreuten Personen wenig verwundert. Überraschend hingegen erscheint, dass 25,9 % der Personen mit Schizophrenie nicht über eine gesetzliche Betreuung verfügten. Zwar sind zu Beginn der Erkrankung die kognitiven Fähigkeiten noch weniger eingeschränkt, jedoch beschreiben die meisten *Staging*-Modelle für Schizophrenie bereits ab Stadium II

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen oder sogar einen funktionellen und kognitiven Abbau mit GAF-Werten⁷ zwischen 30 und 50 (40).

Da wahnhaftige Störungen (F22) sich überwiegend in Form dauerhaft vorhandener Wahnhalte ohne nennenswerte weitere Einschränkungen oder Symptome wie z.B. formale Denkstörungen manifestieren und akute vorübergehende psychotische Störungen (F23) definitionsgemäß akut beginnen und mit einer raschen und nachhaltigen Besserung des Befindens einhergehen, erscheint es nachvollziehbar, dass von diesen Krankheitsbildern betroffene Personen jeweils mehrheitlich nicht gesetzlich betreut waren.

Innerhalb der affektiven Erkrankungen (F3) war die gesetzlich betreute Personengruppe mehrheitlich von bipolaren Störungen betroffen (59,7%), in der nicht betreuten Gruppe überwogen die rezidivierenden depressiven Störungen (44,6 %) und depressiven Episoden (37,4 %).

Von allen Personen mit affektiven Hauptdiagnosen waren nur 8,9 % gesetzlich betreut und demnach weniger als in der klinischen Gesamtpopulation (16,6 %). Nur bei den bipolaren Störungen zeigte sich eine erhöhte Prävalenz (25,4 %) gesetzlicher Betreuungen und daraus abgeleitet fortgeschrittenerer Krankheitsstadien gemäß Kapczinski (41).

Kapczinski et al. postulierten einen „Zusammenhang zwischen neurokognitiver Dysfunktion und funktionellen Einschränkungen“ und zitierten verschiedene Studien, die auf das Vorliegen von „klinisch signifikanten neurokognitiven Einschränkungen“ in 30 bis 62 % der bipolar Erkrankten hinwiesen (38). Der im Vergleich hierzu geringe Anteil gesetzlich betreuter bipolar erkrankter Personen in der vorliegenden Arbeit könnte bedeuten, dass auch klinisch signifikante kognitive Einschränkungen nicht zwingend zur Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung führen und die These unterstützen, dass tatsächlich erst Personen mit deutlich fortgeschrittenen Krankheitsstadien über eine Betreuung verfügen.

Auch bei rezidivierenden depressiven Störungen handelt es sich um chronische psychische Erkrankungen, jedoch fand sich in dieser Gruppe im Gegensatz zu den bipolaren Störungen ein sehr geringer Anteil gesetzlich Betreuter (4,9 %), was zunächst

⁷ Global Assessment of Functioning (GAF): Skala zur Erfassung des psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsniveaus von 0 bis 100 %.

verwundern mag. Eine Erklärung findet sich ebenfalls bei Kapczinski. Die dort zitierten Studienergebnisse suggerieren, dass „manische Symptomatik eine deutlich stärkere Auswirkung auf die Kognition hat als depressive Symptome“ (38).

Im Vergleich zur Gesamtheit aller Personen mit der Hauptdiagnose bipolare Erkrankung verfügten jene mit psychotischen bipolaren Krankheitsepisoden häufiger über eine gesetzliche Betreuung (31,4 % vs. 25,4 %), jedoch wurde dieser Unterschied in der vorliegenden Arbeit nicht auf Signifikanz getestet.

In der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen Betreuten und nicht Betreuten. Insgesamt war die Prävalenz gesetzlicher Betreuung sehr gering (4,2 %), was darauf hinweist, dass F4-Hauptdiagnosen keinen nennenswerten Einfluss auf Kognition und Funktionsfähigkeit im Alltag haben.

Severe Mental Illness

Davon ausgehend, dass Erkrankungen mit psychotischen Merkmalen im Gegensatz zu nicht psychotischen Erkrankungen eher mit Denkstörungen, funktionellen Einschränkungen und schwereren Krankheitsverläufen einhergehen, wie u.a. von Lake 2008 postuliert (36), kam in der vorliegenden Arbeit eine Definition von *Severe Mental Illness* als Gesamtheit aller psychotischen Störungen zur Anwendung. Hierunter fielen alle nicht-affektiven psychotischen Störungen, sowie bipolare und depressive Krankheitsepisoden mit psychotischen Merkmalen.

14,8 % aller Patient*innen hatten eine Hauptdiagnose aus dem SMI-Spektrum. Personen mit SMI verfügten viermal so häufig (44,1 %) über eine gesetzliche Betreuung wie Personen mit anderen psychischen Erkrankungen (11,8 %).

Wenn SMI mit funktionellen Beeinträchtigungen einhergehen und zu Einschränkungen in wichtigen Lebensbereichen führen (83), kann es zur Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung kommen, wie in § 1896 Abs. 1 BGB geregelt, wonach eine Betreuung „auf seinen Antrag oder von Amts wegen“ bestellt wird, wenn „ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit [...] seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen“ kann.

Hinzu kommt, dass Menschen mit psychotischen Erkrankungen in schweren psychischen Krisen krankheitsbedingt den Bezug zur Wirklichkeit verlieren können, was zum einen die Selbstfürsorgekompetenz, zum anderen die Einsicht in das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Krankheit massiv und akut beeinträchtigen kann. Hieraus kann sich „zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens“ gemäß § 1906 Abs. 1 BGB die Notwendigkeit einer betreuungsrechtlichen Unterbringung zur Heilbehandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus ergeben. Auch dies kann erklären, warum Menschen mit SMI häufiger über eine gesetzliche Betreuung verfügen.

Dennoch benötigten 55,9 % der Personen mit SMI-Hauptdiagnosen keine gesetzliche Betreuung. Auch das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, die mit potenziell schweren und chronischen Verläufen einhergeht, muss selbstverständlich nicht zwangsläufig zu Autonomieverlust und der Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung führen.

Im Spektrum der psychotischen Erkrankungen/SMI wurden große Unterschiede in den Häufigkeiten gesetzlicher Betreuung deutlich (Abbildung 5). Am stärksten war die Gruppe der Schizophrenien (F20) betroffen (74,1 %), andere F2-Erkrankungen (v.a. wahnhaftige Störung, akute vorübergehende psychotische Störung, schizoaffektive Störung) zu 45,1 %, psychotische bipolare Krankheitsepisoden (schwere F31) zu 31,4 % und andere schwere F3-Erkrankungen (v.a. psychotische Depression) nur zu 10,6 %. Würde das Merkmal „gesetzlich betreut“ als Indikator für das Vorliegen fortgeschrittener Stadien psychischer Erkrankungen mit deutlichen kognitiven Einschränkungen verwendet, ergaben sich auf der Grundlage dieser Beobachtung verschiedene Überlegungen.

Auf dem Spektrum der psychotischen Störungen schienen kognitive Einbußen und der Verlust von Alltagskompetenzen umso häufiger aufzutreten, je mehr psychotische Symptomatik und Denkstörungen im Vordergrund der Erkrankung standen, wie auch von Kapczinski und Lake beschrieben (36, 38). Je weniger die Krankheitsverläufe durch Denkstörungen und je mehr sie durch affektive, namentlich depressive Symptomatik, geprägt waren, desto unwahrscheinlicher war das Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung. In der Mitte des Spektrums lagen Erkrankungen mit manischen affektiven Manifestationen, die gemäß der von Kapczinski zitierten Literatur eine im Vergleich zu



Abbildung 5 Anteil gesetzliche Betreuung bei SMI und Untergruppen (patient*innenbezogen)

depressiven Manifestationen größere Anfälligkeit für kognitive Störungen aufwiesen (38). Ein nachrangiger Faktor für das gehäufte Vorkommen kognitiver und funktioneller Einschränkungen in der Gruppe der Schizophrenien könnte der „zerstörerische Effekt von Fehldiagnosen“ sein, vor dem Lake, Pope und Lipinski warnten. Sie meinten damit eine Gruppe bipolar erkrankter Patient*innen, die aufgrund primär im Vordergrund stehender chronischer psychotischer und vermeintlich „schizophrener“ Symptomatik eine Schizophreniediagnose erhalten und entsprechend falsch behandelt werden, worunter eine hoch dosierte und über lange Zeiträume verabreichte antipsychotische Medikation und das Fehlen stimmungsstabilisierender Medikamente gemeint sind, was zu schnellen Phasenwechseln und damit einhergehendem Kindling führen kann (36, 37). Mit Kindling ist die neuronale Stressantwort auf wiederholte Reize gemeint, die Kapczinski als eine der Erklärungen für das Voranschreiten psychischer Erkrankungen auf neuronaler Ebene verwendet (38). Zum anderen können hohe Dosen von Antipsychotika, die über einen längeren Zeitraum verabreicht werden, eigene „neurotoxische Effekte“ haben (36). Zusammenfassend kann also das primäre Vorliegen kognitiver Einbußen aus den genannten Gründen im ungünstigen Fall einen sich selbst verstärkenden Effekt haben.

Warum gesetzlich betreute Personen besonders häufig von Hauptdiagnosen aus dem Spektrum der SMI betroffen waren, wurde bereits dargestellt. Interessant erschien aber, dass auch innerhalb der gesetzlich betreuten Personengruppe nur 39,3 % eine Hauptdiagnose aus dem SMI-Spektrum aufwiesen. Wie bereits erwähnt, besaßen 25,8 % der Betreuten eine Hauptdiagnose aus dem F0-Spektrum, dessen Krankheitsbilder ebenfalls nachvollziehbar mit kognitiven und funktionellen Einschränkungen einhergehen. Die verbleibenden 34,9 % der betreuten Personen hatten andere Hauptdiagnosen. Die Arbeit von Cosci et al. hat gezeigt, dass prinzipiell alle psychischen Erkrankungen chronische Verläufe zeigen können, die mit Autonomieverlust und kognitiven Einbußen assoziiert sind. Bezüglich der Krankheitsschwere spielte auch die Anzahl der psychiatrischen und somatischen Nebendiagnosen eine wichtige Rolle (42).

Anzahl der Komorbiditäten

In der vorliegenden Untersuchung wiesen Personen mit gesetzlicher Betreuung mehr somatische Komorbiditäten auf ($M = 3,07$). Eine größere Zahl von psychiatrischen Komorbiditäten zeigte sich in den Untergruppen der F2- und F4-Hauptdiagnosen. In der

Personengruppe mit *Severe Mental Illness* besaßen gesetzlich Betreute sowohl mehr psychiatrische als auch mehr somatische Komorbiditäten.

Laut Kapczinski besteht eine Wechselwirkung zwischen schweren psychischen Erkrankungen und Komorbiditäten. Zum einen können Komorbiditäten Folge der psychischen Erkrankung sein, wie z.B. die häufig vorkommenden kardiovaskulären Erkrankungen, die aus einem ungesunden Lebenswandel, aber auch aus Nebenwirkungen einer langfristigen Einnahme von Psychopharmaka resultieren und mit einer kürzeren Lebenserwartung einhergehen. Zum anderen können Komorbiditäten im Sinne eines „Epiphänomens des zugrundeliegenden Krankheitsprozesses“ (genannt werden Störungen der Hypothalamus-Hypophysen-Achse, mitochondriale Dysfunktion, oxidativer Stress, entzündliche Prozesse) den Krankheitsverlauf selbst beschleunigen (38). In jedem Fall sind sie ein Ausdruck von Krankheitsschwere. Die vorliegenden Befunde weisen auf eine insgesamt größere Krankheitsschwere bei gesetzlich betreuten Personen gegenüber den nicht betreuten Personen hin.

Als häufigste psychiatrische Komorbiditäten von SMI nennt Kapczinski Angst- und Abhängigkeitserkrankungen, denen ebenfalls eine Beteiligung am fortschreitenden Krankheitsprozess zugeschrieben wird (38). Im Fall der affektiven Erkrankungen wurden in der vorliegenden Untersuchung die betreute und die nicht betreute Personengruppe im Hinblick auf das Vorliegen komorbider Angst- und Abhängigkeitserkrankungen, sowie Persönlichkeitsstörungen untersucht, jedoch kein signifikanter Unterschied festgestellt. Gesetzlich betreute Personen verfügten häufiger (80,2 %) über die genannten Komorbiditäten als nicht betreute Personen (76,4 %), der Unterschied war jedoch nicht signifikant.

4.4 Erhöhte Risiken im Aufnahmezusammenhang

Mehr Fremdaggression, mehr unfreiwillige Behandlungen

Fälle mit gesetzlicher Betreuung wurden sechsmal so häufig unfreiwillig behandelt wie Fälle ohne Betreuung (20,0 % vs. 3,4 %). Die Aufnahme erfolgte häufiger aufgrund von Fremdaggressivität (17,4 % vs. 6,8 %).

Eine fallbezogene Betrachtung wurde gewählt, da die Inanspruchnahme von infrastrukturellen und personellen Ressourcen und die Auftretenswahrscheinlichkeit von Risiken im Aufnahmezusammenhang untersucht werden sollten. Eine Unterscheidung

von Zwangseinweisungen und Unterbringungen konnte leider nicht getroffen werden, so dass sich anhand der vorliegenden Daten nicht nachvollziehen ließ, in welchen Fällen Personen bereits mit Zwang und gegen ihren Willen der Klinik zugeführt wurden und wann initial freiwillig aufgenommen Personen ihre Freiwilligkeit widerriefen und im Verlauf untergebracht wurden. Auch über Unterbringungsgründe (Selbst- oder Fremdgefährdung, Heilbehandlung etc.) fanden sich leider keine direkten Angaben.

Im Vergleich der vorliegenden Arbeit mit den beiden bereits zitierten deutschen Arbeiten von Kirschenbauer (60) und Schmitz-Buhl (56), in denen das Merkmal „gesetzlich betreut“ mit untersucht wurde, waren Gemeinsamkeiten, aber auch große Unterschiede festzustellen.

In der Untersuchung von Kirschenbauer et al. in Frankfurt (60) betrug der Anteil der gesetzlich Betreuten an den zwangseingewiesenen Patient*innen 16,8 %. In der vorliegenden Untersuchung betrug der Anteil der Betreuten an den Unterbringungen 69,8 %. Die Zahlen sind nicht direkt vergleichbar, da es sich in der zitierten Arbeit ausschließlich um Zwangseinweisungen handelte.

Die Zwangseinweisungsquote lag in der Frankfurter Untersuchung je nach zugrundeliegenden Zahlen zwischen 11,0 % und 19,3 % und damit deutlich höher als die Unterbringungsquote in der vorliegenden Untersuchung (8,1 %). Vermutlich führte nicht jede Zwangseinweisung auch zu einer Unterbringung, da am Folgetag der Aufnahme die akuten Einweisungsgründe (z.B. Verhaltensauffälligkeiten im Rausch) entfallen sein konnten, worauf z.B. Brieger et al. ebenfalls hinwiesen (84). Über die Unterbringungsquote in den Frankfurter Kliniken lagen keine Informationen vor.

Auch Kirschenbauer et al. stellten in Übereinstimmung mit der vorliegenden Untersuchung fest, dass Patient*innen, die wegen Fremdgefährdung eingewiesen wurden, häufiger gesetzlich betreut waren. Ansonsten lag der Fokus auf der gemeindepsychiatrischen Versorgung und nicht auf klinikassoziierten Besonderheiten und Risiken.

In der Untersuchung von Schmitz-Buhl et al. von 2019 (56) betrug der Anteil der Betreuten innerhalb der nach PsychKG untergebrachten Behandlungsfälle 28,7 %, während er in der Gruppe der freiwillig Behandelten 15,3 % betrug. In der vorliegenden Untersuchung waren ebenfalls in der nach PsychKG untergebrachten Gruppe doppelt so viele Fälle gesetzlich betreut wie in der freiwilligen Gruppe, dabei lag insgesamt der Anteil Betreuter

in beiden Gruppen deutlich höher (53,6 % in der PsychKG-Gruppe und 24,8 % in der Gruppe der freiwillig Behandelten).

In der genannten Untersuchung wurden von den 10.591 in vier psychiatrischen Kliniken in Köln behandelten Patient*innen insgesamt 2.193 Patient*innen unfreiwillig behandelt (PsychKG und BGB), was einer Unterbringungsquote von 20,7 % entsprach, die somit ebenfalls deutlich höher lag als die Unterbringungsquote in der vorliegenden Untersuchung (8,1 %) (56).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der vorliegenden Untersuchung die Unterbringungsquote deutlich geringer war als in den beiden Vergleichsuntersuchungen (8,1 % vs. 19,3 % (60) bzw. 20,7 % (56)). Der Anteil der Betreuten an den unfreiwilligen Behandlungsfällen fiel im Vergleich deutlich höher aus (69,8 % vs. 16,8 % (60) bzw. 28,7 % (56)). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass in den Vergleichsuntersuchungen der Anteil nicht betreuter Personen, die nach dem Landesgesetz untergebracht waren, eine deutlich größere Rolle spielte als in der vorliegenden Untersuchung. Unterbringungsquoten unterscheiden sich generell erheblich zwischen verschiedenen Regionen und Kliniken, was in landesspezifischen Unterschieden der Gesetzgebung, aber auch in der vorhandenen Bettenzahl und in den verschiedenen Unterbringungsgewohnheiten von Gerichten, gesetzlichen Betreuer*innen und Kliniken begründet liegen kann (84). Deswegen erschien es nicht sinnvoll möglich, aus der niedrigen Unterbringungsquote spezifische Schlüsse abzuleiten.

Die beiden in Bezug auf die vorliegende Untersuchung relevantesten Ergebnisse der Vergleichsuntersuchungen, der erhöhte Anteil gesetzlich Betreuter an den Einweisungen wegen Fremdgefährdung (60) bzw. die höhere Wahrscheinlichkeit betreuter Patient*innen unfreiwillig behandelt zu werden (56) konnten durch die vorliegende Untersuchung bestätigt werden. Weiter führende Aussagen über gesetzlich Betreute wurden in den Vergleichsuntersuchungen nicht getroffen.

Die Zusammenhänge zwischen Zwangseinweisung, Fremdaggression und damit assoziierten Risikofaktoren wurden vielfach untersucht. Die vorliegende Untersuchung zeigte, dass gesetzlich Betreute verschiedene Eigenschaften in sich vereinen, die die Wahrscheinlichkeit für eine unfreiwillige Behandlung und für das Auftreten von Fremdaggress-

sivität erhöhen. Sie zeigten besonders häufig Hauptdiagnosen aus dem Spektrum organischer psychischer und psychotischer Störungen (47–56), waren häufiger männlich (48, 51, 52, 54, 56) und älter (53, 55, 56).

Bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen kann es in schweren Krankheitsepisoden zu einer Beeinträchtigung der Selbstfürsorgekompetenz und zu einem Realitätsverlust kommen, der dazu führen kann, dass die betroffene Person eine Behandlungsnotwendigkeit nicht mehr erkennt. So kommt es im Krankheitsverlauf häufiger zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung mit den Aufgabenkreisen Gesundheitssorge und Aufenthaltsbestimmung, was ebenfalls erklären kann, dass gesetzlich betreute Personen häufiger untergebracht wurden.

Von der Gruppe der gesetzlich betreuten Personen ging ein höheres Risiko für Fremdaggressivität aus, sie waren aber auch selbst stärker gefährdet, von Zwangsmaßnahmen und Restriktionen im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung betroffen zu sein.

Interessant erscheint, dass trotz der Häufung von prädisponierenden Risikofaktoren in der gesetzlich betreuten Personengruppe ein großer Anteil von ihnen nicht von Unterbringung oder fremdaggressiven Verhaltensweisen betroffen war. Weitere Untersuchungen sollten sich deswegen mit der Frage nach möglichen protektiven Faktoren beschäftigen, die das Auftreten der genannten Risiken verhindern.

In Kenntnis der Risikofaktoren, die in der Gruppe der betreuten Personen kumulieren, erscheinen prospektive Untersuchungen sinnvoll, um die Wirksamkeit von gezielt an diese Personengruppe gerichteten Interventionen zur Reduktion von Zwang und Gewalt zu überprüfen.

Mehr notfallmäßige Aufnahmen

Darüber hinaus konnte in der vorliegenden Untersuchung festgestellt werden, dass gesetzlich Betreute häufiger notfallmäßig (65,1 % vs. 55,3 %) und ungefähr genauso häufig außerhalb der regulären Arbeitszeiten aufgenommen wurden wie nicht betreute Personen.

Dies mag verwundern, da betreute Menschen in ihrem Alltag in Form der gesetzlichen Betreuung von einer Person begleitet werden, die qua gesetzlichem Auftrag für ihre Gesundheit und damit im Zusammenhang stehende Risiken verantwortlich ist:

§ 1901 Abs. 4 Satz 1 BGB sieht vor, dass die betreuende Person „innerhalb [ihres] Aufgabenkreises [...] dazu beizutragen [hat], dass Möglichkeiten genutzt werden, die Krankheit oder Behinderung des Betreuten zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“.

In den „Leitlinien für ein professionelles Betreuungsmanagement“ des Bundesverbands der Berufsbetreuer/-innen e.V. werden im Fall von Krisensituationen eine „schnelle und unmittelbare Situationsanalyse“ und ein „rascher Beginn der Hilfe“ empfohlen (85).

Bei Betrachtung der vorliegenden Daten stellt sich die Frage, warum gesetzlich Betreute in 65,1 % der Fälle notfallmäßig (Polizei, Feuerwehr, sozialpsychiatrischer Dienst) und nicht häufiger geplant oder sogar mit ärztlicher Einweisung in die Klinik kommen und ob möglicherweise in mehr Fällen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes antizipiert und in Zusammenarbeit von gesetzlichen Betreuer*innen, ambulantem Hilfesystem, ambulanten Behandler*innen und der Klinik eine (sei es kurzfristig) geplante stationäre Aufnahme unter Vermeidung von Zwang und vor dem Auftreten einer risikobehafteten Zuspitzung organisiert werden könnte.

Wünschenswert wäre, dass gerade Menschen mit gesetzlicher Betreuung häufiger geplant und zu regulären Arbeitszeiten aufgenommen werden, die Aufnahme gemeinsam mit der betroffenen Person gut vorbereitet und deswegen freiwillig erfolgt, damit im besten Fall aufnahmeassoziierte Risiken wie Zwang und Fremdaggressivität vermieden werden können. Die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) „Verhinderung von Zwang“ weist unter Bezugnahme auf PsychKG und BGB ausdrücklich darauf hin, dass eine Unterbringung erst dann erfolgen darf, wenn „alle anderen gesetzlich verankerten Hilfen wie Beratung, Betreuung, ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, Selbsthilfe und sozialarbeiterische Unterstützung ausgeschöpft sind“ (86).

Dass Zwangseinweisungen unter Umständen erfolgreich verhindert werden können, beweist eine Metaanalyse von de Jong et al. von 2016, die zeigte, dass die Anwendung von Behandlungsvereinbarungen („advance statements“) zu einer signifikanten Reduktion von Zwangseinweisungen um 23 % führte (87). Durch das Einbeziehen der Betroffenen in die Entscheidung, welche (u.a. medikamentösen) Maßnahmen im Fall einer akuten psychischen Krise zu treffen sind, konnten die Selbstwirksamkeit und das Gefühl von Kontrolle über die eigene psychische Erkrankung verbessert werden. Dieses

Beispiel zeigt, dass schwere psychische Erkrankungen nicht schicksalhaft zu Zwang und Gewalt führen müssen, sondern wirksame Interventionen und Präventionsstrategien existieren.

In Kenntnis der besonderen Risiken gesetzlich betreuter Menschen im Zusammenhang mit der stationären Aufnahme liegt außerdem der Gedanke nah, Lösungsansätze gezielt an der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär zu erarbeiten, beispielsweise durch Schaffung von spezialisierten Ambulanzen, die den besonderen Erfordernissen und Herausforderungen in der Arbeit mit betreuten Menschen gerecht werden und sich bewusst zum Ziel setzen, notfallmäßige und unfreiwillige Aufnahmen durch Planung und Antizipation zu verhindern. Auch ein Ausbau von Möglichkeiten ambulanter Krisenintervention oder aufsuchender Hilfsangebote erscheint sinnvoll und wurde in vergangenen Untersuchungen bereits empfohlen (60). Notfallmäßige Zwangseinweisungen gehen für alle an der Aufnahme beteiligten Akteur*innen mit einem hohen Risiko einher. Sie binden über die regulären Krankenhausabläufe hinausgehend personelle Ressourcen durch zusätzlich erforderliche intensive personelle Zuwendung in Situationen krisenhafter Zuspitzung, aber auch durch damit einhergehende administrative Erfordernisse (Dokumentation, richterliche Anhörungen, Telefonate für Rücksprachen etc.). Nebeneffekt einer gelungenen Prävention wäre die Verhinderung stigmatisierender und traumatisierender Erfahrungen für die Betroffenen, die die stationäre Psychiatrie mit negativen Assoziationen belegen und mit dazu beitragen, dass es Betroffenen schwer fällt, diesen Ort als das zu erkennen, was er im besten Fall sein soll, nämlich ein Ort der Geborgenheit und Unterstützung im Fall einer seelischen Krise.

Weitere Untersuchungen könnten sich mit den Behandlungsfällen beschäftigen, in denen Patient*innen sich erfolgreich geplant und zu regulären Arbeitszeiten in Behandlung begeben haben. Aus der Erfassung der Maßnahmen, die im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt sind, aber auch den Umständen der stationären Aufnahme könnten wirksame Präventionsstrategien abgeleitet werden.

Außerdem wäre insbesondere an dieser Stelle die Sichtweise von Betroffenen und Angehörigen relevant. Die Wirksamkeit von Behandlungsvereinbarungen zeigt das große und bisher noch wenig genutzte Potenzial von Ansätzen, die die Wünsche und Vorstellungen von Patient*innen und ihrem Umfeld berücksichtigen.

4.5 Erhöhte Risiken im Behandlungsverlauf

Kumulation von fremdaggressiven Risiken

Der stationäre Verlauf gesetzlich betreuter Personen ging – genau wie die Aufnahmeumstände – mit erhöhten Risiken für die Betroffenen, aber auch für die Mitarbeitenden der Klinik und andere Patient*innen einher. Betreute wurden in mehr als doppelt so vielen Behandlungsfällen fixiert (14,4 % vs. 6,2 %) und auch die mittlere Anzahl der Fixierungen pro Fall war deutlich höher (2,3 vs. 1,6 Fixierungen/Fall).

In mehr als dreimal so vielen Fällen kam es bei Betreuten zu mindestens einem besonderen Vorkommnis (4,7 % vs. 1,5 %), in fünfmal so vielen Fällen zu mindestens einem fremd- bzw. sachaggressiven Vorkommnis. Fallbezogen wurden von Betreuten insgesamt ein Drittel mehr besondere Vorkommnisse verursacht, bei genauerer Betrachtung bezog sich dieser Unterschied vor allem auf fremdaggressive Vorkommnisse.

Personen mit gesetzlicher Betreuung besaßen viele Merkmale, denen ein erhöhtes Risiko für Fremdaggression und Zwangsmaßnahmen zugeschrieben wird. Sie waren häufiger männlich, untergebracht (64, 65) und zeigten Diagnosen aus der Gruppe der psychotischen Störungen (64–67). Ihre hohe Krankheitsschwere begünstigte das Auftreten von Zwangsmaßnahmen. Ohnehin verstärken sich Zwangsmaßnahmen und das Vorliegen von Fremdaggression bzw. aggressivem Verhalten gegenseitig (49, 68, 69).

Zusammenfassend fand sich in der gesetzlich betreuten Personengruppe nicht nur eine Kumulation von Krankheitsschwere, sondern auch von Risiken für aggressives Verhalten und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Vor dem Hintergrund dieser Untersuchungsergebnisse erschien das Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung in der Mehrzahl der Fälle gerechtfertigt.

Bereits ab dem Zeitpunkt der stationären Aufnahme einer gesetzlich betreuten Person müssen den Behandelnden die Herausforderungen und Risiken bewusst sein, die mit ihrem stationären Aufenthalt assoziiert sind. Durch eine gezielte Optimierung der Behandlungsabläufe und -settings können gefährliche Situationen antizipiert und im besten Fall verhindert werden. Gleichzeitig ist es wichtig zu beachten, dass die Ursachen für aggressives Verhalten nie ausschließlich bei den Patient*innen liegen. Psychiatrische Institutionen begünstigen das Auftreten von Gewalt „durch aversive Stimulationen“, wie beispielsweise „rigide Stationsregeln, geschlossene Stationstüren oder despektierlichen

Umgang von Mitarbeitern mit Patienten“ (86). Sinnvolle Lösungsansätze zur Prävention von Zwangsmaßnahmen und Gewalt müssen demnach multimodal sein und auch die Mitarbeitenden, die Stationsatmosphäre und die räumlichen Gegebenheiten einbeziehen. Ansätze dieser Art existieren bereits und sind beispielsweise in der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ zusammengefasst (86). In Kenntnis der besonderen Risiken, von denen gesetzlich betreute Personen betroffen sind, wären weitere Untersuchungen nützlich, die die Wirksamkeit der genannten Interventionen im Hinblick auf die Gruppe der gesetzlich betreuten Personen evaluieren und das Potenzial untersuchen, das diesbezüglich vom Vorhandensein einer gesetzlichen Betreuerin oder eines gesetzlichen Betreuers ausgeht.

Lange Verweildauern und häufige Wiederaufnahmen

Gesetzlich betreute Personen verweilten fallbezogen signifikant länger stationär im Krankenhaus als nicht betreute (21,7 Tage vs. 15,2 Tage), vor allem wenn sie unfreiwillig behandelt wurden (45,8 Tage vs. 26,9 Tage). Die Häufigkeit stationärer Wiederaufnahmen (in 59,1 % vs. 29,8 % der Fälle) und die durchschnittliche Anzahl an Krankenhausaufenthalten pro Patient*in waren bei gesetzlich Betreuten deutlich erhöht (3,7 vs. 1,9 Aufenthalte/Patient*in).

Die hohe Wiederaufnahmerate erklärte die im Verhältnis zum Anteil an der Population (16,6 %) hohen Fallzahlen (28,5 %) gesetzlich betreuter Personen, die langen Verweildauern erklärten die hohe Inanspruchnahme stationärer Bettenkapazitäten (36,2 %).

Hinsichtlich der davon besonders betroffenen Personen ergab sich bei Betrachtung je nach Länge des Aufenthaltes im Bereich der kurzen stationären Aufenthalte von unter 1 Tag bis zu 6 Tagen keine nennenswerten Unterschiede. Unabhängig von der Betreuung waren hiervon überwiegend Patient*innen mit Alkoholabhängigkeit betroffen, also am ehesten kurze, intoxikationsbedingte Kriseninterventionen (unter 1 Tag) bzw. Entgiftungsbehandlungen (bis 6 Tage). Mit der Länge des stationären Aufenthalts nahm in der betreuten Gruppe der Anteil von Fällen mit F2-Hauptdiagnosen zu. Es handelte sich vor allem um Schizophrenien (F20). Auch der Anteil affektiver Störungen nahm zu und betraf vor allem bipolare Störungen. Bei Verweildauern \geq 47 Tage waren 89,1 % der gesetzlich betreuten Fälle von einer F2- oder F3-Diagnose betroffen. Die nicht betreuten Fälle zeigten bei längeren Aufenthalten zunehmend F3-Diagnosen (bei Verweildauern \geq

47 Tage in 80,1 % der Fälle). Hier waren es überwiegend depressive Störungen (F32, F33). Der Anteil gesetzlich betreuter Fälle nahm mit der Verweildauer zu, von den 1.804 Fällen mit Verweildauern ≥ 47 Tage waren 40,8 % gesetzlich betreut.

Aus der Verteilung der Hauptdiagnosen ließ sich ableiten, dass von langen stationären Aufenthalten vorwiegend gesetzlich betreute Personen mit *Severe Mental Illness* betroffen waren. In der einleitend zitierten Literatur wurden als Risikofaktoren für lange Aufenthalte das Vorliegen einer Psychose (70, 72), Zwangsmaßnahmen (71) und ein hoher Unterstützungsbedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (72) genannt, was auf die meisten betreuten Personen zutreffen dürfte. Obdachlosigkeit wurde ebenfalls als verstärkender Faktor für lange Aufenthalte erwähnt. Tatsächlich verlieren schwer chronisch psychisch erkrankte Menschen aufgrund von akuten Manifestationen ihrer Erkrankung nicht selten ihren Wohnplatz im betreuten Setting und der stationäre Aufenthalt muss neben der Behandlung auch zur Suche einer neuen Wohnform genutzt werden (70, 71).

Die Gründe für die jeweilige Dauer der stationären Aufenthalte waren dem vorliegenden Datensatz nicht zu entnehmen und konnten nur vermutet werden. Zusammenfassend waren es am häufigsten vermutlich schwere, therapierefraktäre Krankheitsepisoden, Obdachlosigkeit durch Wohnplatzverlust, aber auch die Häufung fremdaggressiver Verhaltensweisen. In Anbetracht der Tatsache, dass die Aufnahme, aber auch die stationären Verläufe gesetzlich betreuter Personen mit erhöhten fremdaggressiven Risiken verknüpft sind, liegt die Vermutung nahe, dass vonseiten der ambulanten Hilfesysteme ein Interesse an langen stationären Verweildauern bestehen dürfte, um die Risiken für das ambulante Setting zu minimieren.

Die hohen Wiederaufnahmeraten in der gesetzlich betreuten Gruppe stellen möglicherweise das Potenzial besonders langer Aufenthalte in Frage, da sie ein Ausbleiben nachhaltiger Besserungseffekte suggerieren und die Frage aufwerfen, ob kürzere Aufenthalte immer zwingend zu schlechteren Effekten führen würden.

Es stellt sich die Frage, ob die stationäre Akutpsychiatrie immer der geeignete Ort ist, um den Ansprüchen schwer chronisch psychisch beeinträchtigter Menschen zu entsprechen, oder ob nicht ein größerer Bedarf an ambulanten, gemeindepsychiatrischen Komplementärstrukturen bestünde, um akute Krisen frühzeitig im gewohnten Umfeld abzufangen und zu begleiten und den Bedürfnissen dieser Personengruppe dauerhaft

besser gerecht werden zu können. Auf der anderen Seite wird in der Literatur vor einer übermäßigen Deinstitutionalisierung gewarnt, denn der „Abbau psychiatrischer Betten bei gleichzeitiger Verkürzung der Verweildauer und Anstieg der Aufnahmezahlen führt zu einer zunehmenden Konzentration von schwer erkrankten Patientinnen und Patienten in den Kliniken mit einer damit einhergehenden Häufung von aggressiven Verhaltensproblemen und Zwangsmaßnahmen“ (86).

Weitere Untersuchungen könnten sich im Sinne eines prospektiven Follow-up mit einem Vergleich der Outcomes von stationären Aufenthalten mit verschiedenen Verweildauern beschäftigen. Mögliche klinische Endpunkte wären die Wiederaufnahmerate, die Schwere der psychischen Symptomatik, die Lebensqualität und das globale Funktionsniveau.

Mehr reguläre Entlassungen vs. mehr unabgesprochenes Fernbleiben

Bezüglich der Entlassungsart war festzustellen, dass gesetzlich Betreute häufiger regulär die Behandlung beendeten als nicht Betreute (70,1 % vs. 66,0 %). Möglicherweise war das auf die hohe Anzahl stationärer Aufenthalte im Rahmen von richterlichen Unterbringungsbeschlüssen (20,0 %) zurückzuführen, deren Entlassungsdatum in vielen Fällen durch das Ende des Beschlusses vorgegeben ist, so dass die Entlassung gut vorbereitet werden und geplant erfolgen kann. Auf der anderen Seite standen eine im Vergleich zur nicht betreuten Personengruppe höhere Zahl von Behandlungsabbrüchen gesetzlich Betreuter durch Entlaufen einer geringeren Zahl an Behandlungsabbrüchen gegen ärztlichen Rat gegenüber. Möglicherweise haben viele gesetzlich betreute Menschen schon die Erfahrung gemacht, dass ihnen im Fall eines Entlassungswunsches die Entlassung verwehrt und durch den oder die gesetzliche Betreuer*in und die Ärzt*innen eine Unterbringung herbei geführt wird. Daher ist es durchaus denkbar, dass sie dem ärztlichen Kontakt und persönlichen Entlassungsgespräch aus dem Weg gehen möchten und sich stattdessen unbemerkt entfernen.

Ein patient*innenorientierter und wertschätzender Kommunikationsstil mit dem Fokus auf gemeinsamer Entscheidungsfindung mit den Patient*innen könnte an dieser Stelle bestehende Hürden langfristig abbauen (86).

Vergleichsuntersuchungen über Besonderheiten, die mit dem stationären Behandlungsverlauf gesetzlich Betreuer einhergehen, liegen nicht vor. Die vorliegende Arbeit untersuchte die Gruppe der gesetzlich Betreuten erstmals in diesem Kontext.

Die deutschen Krankenhäuser sind seit 2017 durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement zu einer strukturierten Vorbereitung der Entlassungen verpflichtet und haben einen nahtlosen Übergang von der stationären in die ambulante Weiterbehandlung zu gewährleisten. Eine Rücksprache und Abstimmung mit „den Betreuern oder Personensorgeberechtigten“ ist vorgeschrieben (88).

Es wäre vor diesem Hintergrund interessant, den Einfluss der geänderten Gesetzgebung auf die Entlassungsmodalitäten von gesetzlich betreuten Personen zu untersuchen, um weitere Optimierungspotenziale zu erfassen und möglicherweise gesetzlich verankern zu können.

Suizidalität und Fremdaggressivität

Im Vergleich der Summenwerte für Fremdaggression und Suizidalität zeigte sich, dass gesetzlich betreute Personen mehr Indikatoren für Fremdaggression, jedoch weniger für Suizidalität zeigten als nicht betreute. Sie wiesen zu einem größeren Anteil (22,3 % vs. 8,5 %) und in größerer Häufung ($M = 0,29$ vs. $0,11$ Merkmale/Fall) fremdaggressive Merkmale auf. Merkmale für Suizidalität zeigten sie seltener (24,9 % vs. 30,9 %), und in geringerer Zahl ($M = 0,42$ vs. $0,59$ Merkmale/Fall). In der Gruppe mit suizidalen Merkmalen waren Behandlungsfälle mit gesetzlicher Betreuung im Vergleich zu ihrem Anteil an der Gesamtstichprobe mit 24,3 % unterrepräsentiert.

Einen Grund stellt sicher die Häufung depressiver Störungen in der Gruppe der nicht betreuten Personen dar. Suizidalität ist ein wichtiges Merkmal schwerer depressiver Symptomatik, weswegen von einer Häufung suizidaler Gedanken und Handlungen in dieser Personengruppe auszugehen ist. Allerdings wird in der Literatur *Severe Mental Illness*, namentlich Schizophrenie ebenfalls als Risikofaktor für Suizidalität benannt. Das Suizidrisiko von Personen mit Schizophrenie sei gegenüber der Allgemeinbevölkerung 20fach erhöht (89). Im Kontext von Suizidalität und Schizophrenie sind – Bezug nehmend auf Lake, Pope und Lipinski – immer auch möglicherweise als Schizophrenien fehldiagnostizierte bipolare Erkrankungen mitzudenken, die zu einer falsch hohen Rate an suizidalen Merkmalen bei den Schizophrenien führen können (36, 37). Hierfür spricht, dass Suizidalität häufiger mit dem paranoiden Subtyp mit ausgeprägter psychotischer Symptomatik assoziiert war als mit dem defizitären Subtyp mit ausgeprägter Negativsymptomatik (90, 91). Bromet et al. postulierten ein erhöhtes Risiko von suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen (*suicidal thoughts and behaviors*) bei

Menschen mit psychotischen Episoden in der Vorgeschichte, ohne Diagnosen zu nennen (92).

Warum die auf der einen Seite bezüglich ihrer Krankheitslast (chronische Verläufe, Komorbiditäten) so schwer betroffene gesetzlich betreute Personengruppe auf der anderen Seite ein geringeres Risiko für Suizidalität zeigte als die nicht betreute Gruppe, kann auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse nicht ausreichend beantwortet werden. Eine mögliche Erklärung wäre, dass gesetzlich betreute Personen, die in der Vergangenheit Erfahrungen mit Zwang und Gewalt in der psychiatrischen Klinik gesammelt haben, seltener eigenständig das Krankenhaus aufsuchen, wenn sie sich in einer suizidalen Krise befinden.

An dieser Stelle besteht weiterer Forschungsbedarf, um Unterscheidungsmerkmale zwischen der betreuten und nicht betreuten Personengruppe im Hinblick auf ihr Suizidalitätsrisiko aufzudecken.

4.6 Kumulation von Risiken in der Gruppe der gesetzlich Betreuten

Mittels logistischer Regression konnte gezeigt werden, dass die Faktoren männliches Geschlecht, unfreiwillige Behandlung, komorbide Suchterkrankung, Hauptdiagnose aus dem SMI-Spektrum, notfallmäßige Aufnahme, Aufnahme wegen Fremdaggressivität, und Fremdaggressivität während des Aufenthaltes das Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung wahrscheinlicher machten. Den größten Effekt wies der Faktor Hauptdiagnose aus dem SMI-Spektrum auf (OR = 5,294).

Die Zusammenhänge zwischen den einzelnen hier genannten Faktoren und gesetzlicher Betreuung wurden ausführlich diskutiert. Zusammenfassend zeigte auch die logistische Regressionsanalyse, dass die Gruppe der gesetzlich betreuten Patient*innen auf der einen Seite eine größere Krankheitsschwere aufwies. Auf der anderen Seite fand sich eine Häufung von verschiedenen Risikomerkmale. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass eine gesetzliche Betreuung in den meisten Fällen aus guten Gründen vorlag.

Das Merkmal gesetzliche Betreuung kann als der kleinste gemeinsame Nenner einer Vielzahl von Faktoren betrachtet werden, die das Auftreten von Risiken und Komplikationen im Behandlungsverlauf begünstigen. Dieselben Faktoren, die zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung führen (schwere psychische Erkrankungen,

komorbide Suchterkrankungen, männliches Geschlecht), führen zu risikoreichen Aufnahmesituationen und stationären Verläufen, die mit Gefahren für die Betroffenen, aber auch für Mitarbeitende der Klinik einhergehen und hohe personelle und strukturelle Ressourcen in Anspruch nehmen.

Es stellt sich die Frage, inwiefern das Vorhandensein einer gesetzlichen Betreuerin oder eines gesetzlichen Betreuers bei der betroffenen Personengruppe noch besser zur Reduktion der genannten Risiken beitragen könnte. Die Fragen, was getan werden kann, um aggressives Verhalten zu reduzieren, Zwangsmaßnahmen zu verhindern und langen, unfreiwilligen Aufhalten der Betroffenen im Krankenhaus zuvorkommen, waren und sind klinisch relevant, gerade vor dem Hintergrund kontinuierlicher Anpassungen im Betreuungsrecht und der Verpflichtungen, die sich durch die UN-BRK ergeben.

Zum einen könnte eine stärkere Sensibilisierung, z.B. durch die Berufsverbände, gesetzliche Betreuer*innen dazu anregen, einen noch stärkeren Fokus auf Prävention zu legen, entstehende psychische Krisen ihrer Betreuten früh zu erkennen und rechtzeitig zu intervenieren. Zum anderen könnten innerhalb der psychiatrischen Kliniken Behandlungsabläufe entsprechend den bekannten Risiken optimiert werden, um den besonderen Bedürfnissen schwer chronisch psychisch kranker Patient*innen besser gerecht werden zu können. Zu guter Letzt könnten eine Optimierung ambulanter Versorgungsstrukturen, der Ausbau aufsuchender Behandlungsmöglichkeiten und eine bessere Vernetzung aller an der Behandlung und Versorgung beteiligten Akteur*innen einschließlich der psychiatrischen Kliniken und ihrer Ambulanzen ebenfalls einen wichtigen Beitrag zu Prävention und Frühintervention leisten.

Literaturverzeichnis

1. Matta V, Engels D, Köller R, Schmitz A, Maur C, Brosey D, Kosuch R, Engel A. Qualität in der rechtlichen Betreuung: Abschlussbericht. Köln: Bundesanzeiger Verlag GmbH; 2018.
2. Statistisches Bundesamt. Einwohnerzahl - Anzahl der Einwohner von Deutschland von 1990 bis 2018; 2019 [Stand: 12.12.2019]. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2861/umfrage/entwicklung-der-gesamtbevoelkerung-deutschlands/>.
3. Honsell H. Römisches Recht. 8. Aufl.: Springer-Verlag; 2015.
4. Egen C. Das Ende der Entmündigung und Vormundschaft: - eine Wohltat für psychisch Kranke? -. Bonn: Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität; 1994.
5. Kestermann C. Betreuungsrecht in der Praxis: Psychologische Aspekte professioneller Betreuungen [Dissertation]. Bremen; 2001.
6. Ließfeld H. Betreuungsrecht in der Praxis: Geschichte, Grundlagen und Planung rechtlicher Betreuung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien; 2012.
7. Köbler G. Deutsche Rechtsgeschichte: Ein systematischer Grundriss. 6. Aufl. München: Verlag Franz Vahlen GmbH; 2005.
8. Benzenhöfer U. NS-"Kindereuthanasie": "Ohne jede moralische Skrupel". Dtsch Arztebl 2000:A 2766-2772.
9. Höse S. Entmündigung oder Hilfestellung zum eigenverantwortlichen Leben? Die Möglichkeiten der Selbstbestimmung von rechtlich betreuten Menschen im Wandel der Zeit. [Diplomarbeit]: Hochschule Neubrandenburg; 2010.
10. Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung -; Drucksache 7/4200. Bonn; 25.11.1975.
11. Köller R, Engels D. Evaluation des Zweiten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (2. BtÄndG): Endbericht 2009. Köln; 2009 [Stand: 02.12.2019]. Verfügbar unter: <https://www.isg-institut.de/evaluation-des-zweiten-betreuungsrechtsaenderungsgesetzes-2-btaendg/>.

12. Sowarka D. Lebenssituation von Betreuten und Wirkungen des Betreuungsrechts seit 1992 - Zusammenfassung und Analyse der vorliegenden empirischen Forschung und der Studien über Teilaspekte der Wirkungen des Betreuungsrechts; August 2000 [Stand: 09.12.2019]. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/79218/prm-21493-literaturrecherche-zum-betreuu-data.pdf>.
13. Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Margot von Renesse u.a. - Drucksache 13/3834 -; Drucksache 13/7133; 5.3.1997.
14. Sellin C, Engels D. Qualität, Aufgabenverteilung und Verfahrensaufwand bei rechtlicher Betreuung: Eine rechtstatsächliche Untersuchung. Köln: Bundesanzeiger Verlag GmbH; 2003.
15. Bundesamt für Justiz. Betreuungszahlen 2015: Amtliche Erhebungen des Bundesamtes für Justiz, der Sozialministerien der Bundesländer, der überörtlichen Betreuungsbehörden, der Bundesnotarkammer sowie des Statistischen Bundesamtes; Ausgewertet und grafisch aufbereitet von Horst Deinert; Stand 1.1.2017 [Stand: 24.03.2020]. Verfügbar unter: https://www.bundesanzeiger-verlag.de/fileadmin/BT-Prax/downloads/Statistik_Betreuungszahlen/2015/Betreuungsstatistik_2015.pdf.
16. Weber MM, Wolf C, Hiller G. Das Betreuungsrecht im psychiatrischen Konsildienst. Nervenarzt:355–60.
17. Crefeld W. Die UN-BRK und die Praxis des Betreuungsrechts: Die Rechte der Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und die gesellschaftliche Realität. Bregenz; 2013.
18. Lipp V. Einwilligungs(un)fähigkeit und Zwangsbehandlung: Thesen von Prof. Dr. Volker Lipp. In: BGT e.V., Hrsg. Wunsch und Wille der Betroffenen: Berichte vom 14. Betreuungsgerichtstag vom 20.-22. November 2014 in Erkner und Stellungnahmen und Positionen des BGT e.V. 2013-2015. Bochum: Eigenverlag Betreuungsgerichtstag e.V.; 2015.
19. Rosenow R. Selbstbestimmung in Recht und Praxis der Teilhabeleistungen. In: BGT e.V., Hrsg. Wunsch und Wille der Betroffenen: Berichte vom 14. Betreuungsgerichtstag vom 20.-22. November 2014 in Erkner und Stellungnahmen

- und Positionen des BGT e.V. 2013-2015. Bochum: Eigenverlag
Betreuungsgerichtstag e.V.; 2015. S. 21–39.
20. Bühler E, Kren R, Stolz K. Betreuungsrecht und Patientenverfügungen: Praktische Informationen für Ärzte und Interessierte. 5. Aufl.: Springer Medizin Verlag GmbH; 2015.
 21. Rudolf GAE, Leygraf N, Windgassen K. Psychiatrie heute, Aspekte und Perspektiven: Festschrift für Rainer Töle. München: Urban & Schwarzenberg; 1994.
 22. Seichter J. Einführung in das Betreuungsrecht: Ein Leitfaden für Praktiker des Betreuungsrechts, Heilberufe und Angehörige von Betreuten. 5. Aufl.: Springer-Verlag; 2019.
 23. Slade M, Powell R, Strathdee G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:177–84.
 24. Health care reform for Americans with severe mental illness: report of the National Advisory Mental Health Council; 1993. (Bd. 150).
 25. Interdepartmental Serious Mental Illness Coordinating Committee. The Way Forward: Federal Action for a System That Works for All People Living With SMI and SED and Their Families and Caregivers - Full Report; 2017.
 26. Hiluy JC, Nazar BP, Goncalves WS, Coutinho W, Appolinario JC. Effectiveness of Pharmacologic Interventions in the Management of Weight Gain in Patients With Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Prim Care Companion CNS Disord* 2019; 21(6):19r02483.
 27. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Brooke-Sumner C, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 12(12):CD001088.
 28. Lean M, Fornells-Ambrojo M, Milton A, Lloyd-Evans B, Harrison-Steward B, Yesufu-Udechuku A, Kendall T, Johnson S. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Brit J Psychiat* 2019; 214(5):260–8.

29. Ronaldson A, Elton L, Jayakumar S, Jieman A, Halvorsrud K, Bhui K. Severe mental illness and health service utilisation for nonpsychiatric medical disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Med* 2020; 17(9):e1003284.
30. Yang Y, Li W, An F-R, Wang Y-Y, Ungvari G, Balbuena L, Xiang Y-T. Voluntary and Involuntary Admissions for Severe Mental Illness in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Serv* 2020; 71(1):83–6.
31. Teasdale SB, Ward PB, Samaras K, Firth J, Stubbs B, Tripodi E, Burrows TL. Dietary intake of people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Brit J Psychiatr* 2019; 214(5):251–9.
32. Buhagiyar K, Jabbar F. Association of First- vs. Second-Generation Antipsychotics with Lipid Abnormalities in Individuals with Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Drug Investig* 2019; 39(3):253–73.
33. Korman N, Armour M, Chapman J, Rosenbaum S, Kisely S, Suetani S, Firth J, Siskin D. High Intensity Interval training (HIIT) for people with severe mental illness: A systematic review & meta-analysis of intervention studies- considering diverse approaches for mental and physical recovery. *Psychiatry Res* 2020; (284).
34. Baranyi G, Scholl C, Fazel S, Patel V, Priebe S, Mundt AP. Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *Lancet Glob Health* 2019; 7(4):e461-e471.
35. Karadzhov D, Yuan Y, Bond L. Coping amidst an assemblage of disadvantage: A qualitative metasynthesis of first-person accounts of managing severe mental illness while homeless. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2020; 27(1):4–24.
36. Lake CR. Disorders of Thought Are Severe Mood Disorders: the Selective Attention Defect in Mania Challenges the Kraepelinian Dichotomy - A Review. *Schizophr Bull* 2008; 34(1):109–17.
37. Pope HG, Lipinski JF. Diagnosis in Schizophrenia and Manic-Depressive Illness: A Reassessment of the Specificity of "Schizophrenic" Symptoms in the Light of Current Research. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:811–28.
38. Kapczinski F, Magalhaes P, Berk M, Hrsg. *Neuroprogression and Staging in Bipolar Disorder*. 1. Aufl. Oxford: Oxford University Press; 2015.

39. Schott H, Tölle R. Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München: Verlag C.H.Beck; 2006.
40. La Fuente-Tomas L de, Sanchez-Autet M, Garcia-Alvarez L, Gonzalez-Blanco L, Velasco A, Saiz Martinez P, Garcia-Portilla M, Bobes J. Clinical staging in severe mental disorders: Bipolar disorder, depression and schizophrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2019; 12(2):106–15.
41. Kapczinski F, Videira Dias V, Kauer-Sant'Anna M, Noronha Frey B, Grassi-Oliveira R, Colom F, Berk M. Clinical implications of a staging model for bipolar disorders. *Expert Rev Neurother* 2009; (9):957–66.
42. Cosci F, Fava G. Staging of Mental Disorders: Systematic Review. *Psychother Psychosom* 2013; (82):20–34.
43. Darsow-Schütte KI, Müller P. Zahl der Einweisungen nach PsychKG in 10 Jahren verdoppelt. *Psychiat Prax* 2001; 28:226–9.
44. Müller P, Josipovic T. Unfreiwillige Einweisungen nach Betreuungsrecht in acht Jahren verdreifacht. *Psychiat Prax* 2003; 30:108–13.
45. Valdes-Stauber J, Putzhammer A, Kilian R. Die Entwicklung von Betreuungs- und Unterbringungsmaßnahmen in einer bayerischen Versorgungsregion im Vergleich zum Bundes- und Landestrend für den Zeitraum von 1999 - 2009. *Psychiat Prax* 2011; 38:190–7.
46. Spengler A. Zwangseinweisungen in Deutschland - Basisdaten und Trends. *Psychiat Prax* 2007; 34, Supplement 2:S191 - S195.
47. Webber M, Huxley P. Social exclusion and risk of emergency compulsory admission.: A case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(12):1000–9.
48. Salize H-J, Dreßing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Brit J Psychiat* 2004; (184):163–8.
49. Lay B, Nordt C, Rössler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *Eur Psychiatry* 2011; 26(4):244–51.
50. Myklebust LH, Sorgaard K, Rotvold K, Wynn R. Factors of importance to involuntary admission. *Nord J Psychiatry* 2012; 66(3):178–82.

51. Gültekin BK, Celik S, Tihan A, Beskardes AF, Sezer U. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Psychiatric Inpatients Hospitalized Involuntarily and voluntarily in a Mental Health Hospital. *Noro Psikiyatr Ars* 2013; 50:216–21.
52. Hoffmann K, Haussleiter IS, Illes F, Jendroyschak J, Diehl A, Emons B, Armgart C, Schramm, A, Juckel, G. Preventing involuntary admissions: special needs for distinct patient groups. *Ann Gen Psychiatry* 2017; 16.
53. Di Lorenzo R, Vecchi L, Artoni C, Mongelli F, Ferri P. Demographic and clinical characteristics of patients involuntarily hospitalized in an Italian psychiatric ward: a 1-year retrospective analysis. *Acta Biomed* 2018; 89, S. 6:17–28.
54. Umama-Agada E, Asghar M, Curley A, Gilhooley J, Duffy R, Kelly BD. Variations in involuntary admission rates at three psychiatry centres in the Dublin Involuntary Admission Study (DIAS): Can the differences be explained? *Int J Law Psychiatry* 2018; (57):17–23.
55. Silva B, Golay P, Morandi S. Factors associated with involuntary hospitalisation for psychiatric patients in Switzerland: a retrospective study. *BMC Psychiatry* 2018; 18.
56. Schmitz-Buhl M, Gairing SK, Rietz C, Häussermann P, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric inpatient treatment. *BMC Psychiatry* 2019; 19.
57. Lebenbaum M, Chiu M, Vigod S, Kurdyak P. Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study. *BJPsych Open* 2018; 4:31–8.
58. Wang J-P, Chiu C-C, Yang T-H, Liu T-H, Wu C-Y, Chou P. The Low Proportion and Associated Factors of Involuntary Admission in the Psychiatric Emergency Service in Taiwan. *PLOS One* 2015; 10.
59. Christodoulou C, Syraki K, Mylonaki T, Liossi A, Alexandropoulos K. Voluntary and involuntary admissions on a general hospital psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 2 (Suppl I):S120.
60. Kirschenbauer H-J, Wagner P, Seehuber D, Weber, Bernhard, Grube, Michael. Zeitgemäß oder anachronistisch? Zwangseinweisungspraxis in Frankfurt am Main: Psychiatrisches Informationssystem Stationär-Ambulant (PISA). *Psychiat Prax* 2008; 35:73–9.

61. Mattioni T, Di Lallo D, Roberti R, Miceli M, Stefani, M, Maci, C, Perucci C. Determinants of psychiatric inpatient admission to general hospital psychiatric wards: an epidemiological study in a region of central Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34(8):425–31.
62. Dazzi F, Picardi A, Orso L, Biondi M. Predictors of inpatient psychiatric admission in patients presenting to the emergency department: the role of dimensional assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 2015; 37(6):587–94.
63. Myklebust LH, Sorgaard K, Wynn R. How mental health service systems are organized may affect the rate of acute admissions to specialized care: Report from a natural experiment involving 5338 admissions. *SAGE Open Med* 2017; 5:1–8.
64. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, Girolamo G de. Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: A systematic review and metaanalysis. *PLOS One* 2015; 10(6):e0128536.
65. Zhou J-S, Zong B-L, Xiang Y-T, Chen Q, Cao X-L, Correll C, Ungvari G, Chiu H, Lai K, Wang X-P. Prevalence of aggression in hospitalized patients with schizophrenia in China: A meta-analysis. *Asia Pac Psychiatry* 2016; 8(1):60–9.
66. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLOS Med* 2009; 6(8). doi: 10.1371/journal.pmed.1000120.
67. Hodgins S, Müller-Isberner R. Schizophrenia and violence. *Nervenarzt* 2014; 85(3):273–4.
68. Raboch J, Kalisova L, Nawka A, Kitzlerova E, Onchev G, Karastergiou A, Magliano L, Dembinskas A, Kiejna A, Torres-González F, Kjellin L, Priebe S, Kallert T. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv* 2010; 61(10):1012–7.
69. Flammer E, Steinert T, Eisele F, Bergk J, Uhlmann C. Who is Subjected to Coercive Measures as a Psychiatric Inpatient? A Multi-Level Analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013; 9:110–9.
70. Newman L, Harris V, Evans LJ, Beck A. Factors Associated with Length of Stay in Psychiatric Inpatient Services in London, UK. *Psychiatr Q* 2018; 89:33–43.

71. Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45(7):578–85.
72. Ismail Z, Arenovich T, Grieve C, Willett P, Sajeev G, Mamo DC, MacQueen G, Mulsant BH. Predicting Hospital Length of Stay for Geriatric Patients With Mood Disorders. *Can J Psychiatry* 2012; 57:696-703.
73. Lay B, Kawohl W, Rössler W. Predictors of Compulsory Re-admission to Psychiatric Inpatient Care. *Front Psychiatry* 2019; 10. doi: 10.3389/fpsy.2019.00120.
74. Hung Y-Y, Chan H-Y, Pan Yi-Ju. Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntary admission. *PLOS One* 2017; 12.
75. Reynolds SL. Guardianship primavera: A first look at factors associated with having a legal guardian using a nationally representative sample of community dwelling adults. *Aging Ment Health* 2002; 6(2):109–20.
76. Bräunig P. Korrelate fremdaggressiven Verhaltens bei Patienten einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit regionalem Versorgungsauftrag [Masterarbeit]. Konstanz: Universität Konstanz; 2018.
77. Zeisig Y. Behandlungsprävalenz suizidalen Verhaltens und Erlebens in einer stationär-psychiatrischen Inanspruchnahmepopulation [Dissertation]. Chemnitz: Technische Universität; 2022.
78. Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R. *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. 15. Aufl.; 2018.
79. Behrendt CA. Was ist die Realität hinter der Real-World-Evidenz? *Gefässchirurgie* 2019; 24(1):7.
80. Benchimol E, Smeeth L, Guttman A, Harron K, Hemkens LG, Moher D, Petersen I, Sorensen HT, Elm E von, Langan SM. Das RECORD-Statement zum Berichten von Beobachtungsstudien, die routinemäßig gesammelte Gesundheitsdaten verwenden. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2016; (115–116):33–48.
81. Mendrek A, Adham M-M. Sex/gender differences in the brain and cognition in schizophrenia. *Neurosci Biobehav Rev* 2016; 67:57–78.
82. Javed MA. Gender and schizophrenia. *J Pak Med Assoc* 2000; 50(2):63–8.

83. Federal Register; 1993. (Bd. 58).
84. Brieger P, Kling Lourenco P, Steinert T, Längle G, Lemke U, Herpertz SC, Croissant D, Becker T, Kilian R. Psychiatrische Unterbringungspraxis: Ein Vergleich von fünf Kliniken in drei Bundesländern. *Nervenarzt* 2014; 85:606–13.
85. Bundesverband der Berufsbetreuer/-innen e.V. Berufsethik und Leitlinien für ein professionelles Betreuungsmanagement. Hamburg; 2009.
86. DGPPN. S3-Leitlinie "Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen"; 2018.
87. Jong MH de, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, van Gool AR, Muler CL. Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016; 73(7):657–64.
88. Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1aS. 10 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement).
89. Fazel S, Wolf A, Larsson H, Mallett S, Fanshawe TR. The prediction of suicide in severe mental illness: development and validation of a clinical prediction rule (OxMIS). *Transl Psychiatry* 2019; 9:98.
90. Sher L, Kahn RS. Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina (Kaunas)* 2019; 55(7):361.
91. Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry* 1997; 154(2):199–204.
92. Bromet EJ, Nock MK, Saha S, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Borges G, Bruffaerts R, Degenhardt L, de Girolamo G, de Jonge P, Florescu S, Gureje O, Haro JM, He Y, Hu C, Karam EG, Kovess-Masfety V, Lee S, Lepine JP, Mneimneh Z, Navarro-Mateu F, Ojagbemi A, Posada-Villa J, Sampson NA, Scott KM, Stagnaro JC, Viana MC, Xavier M, Kessler RC, McGrath JJ. Association Between Psychotic Experiences and Subsequent Suicidal Thoughts and Behaviors: A Cross-National Analysis From the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(11):1136–44.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Sabine Bendix, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Klinische Signifikanz des Merkmals „gesetzlich betreut“ im Kontext stationärer psychiatrischer Behandlung (*Clinical significance of having a legal guardian in the context of inpatient psychiatric health care*) selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

[Für den Fall, dass Sie die Forschung für Ihre Promotion ganz oder teilweise in Gruppenarbeit durchgeführt haben:] Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilsklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit der Erstbetreuerin, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilsklärung an etwaigen erfolgten Publikationen

[Sollten bereits Teile aus Ihrer Monographie publiziert worden sein, dann müssen Sie dies im Vorwort nach dem Deckblatt erklären und diese Anteilsklärung ausfüllen.

Die Anteile an den etwaigen Publikationen sind so deutlich und detailliert zu erklären, dass es der Promotionskommission und den wissenschaftlichen Gutachtern ohne Probleme möglich ist zu erkennen, was Sie selbst dazu beigetragen haben. Wünschenswert wäre ein konkreter Bezug zur Publikation wie z. B.: „aus meiner statistischen Auswertung sind die Tabellen 1, 4, 47 und 60 entstanden.“]

Sabine Bendix hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Keine Publikationen.

Unterschrift, Datum und Stempel der erstbetreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift der Doktorandin

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Peter Bräunig für die Überlassung des Themas und die hervorragende Begleitung während des Verfassens dieser Arbeit. Außerdem danke ich ihm für die langjährige Begleitung meines Berufsweges.

Frau Prof. Dr. Stephanie Krüger danke ich dafür, dass sie die Erstbetreuung dieser Arbeit übernommen und mir ermöglicht hat, mein Promotionsvorhaben an der Charité – Universitätsmedizin Berlin zu verwirklichen.

Meinem Ehemann Johannes danke ich für das gründliche Korrekturlesen und das konstruktive Feedback, aber vor allem für den moralischen Rückhalt über alle Durststrecken hinweg.

Bei meinen Eltern bedanke ich mich für die liebevolle Begleitung und die regelmäßigen Aufmunterungen.

Darüber hinaus bedanke ich mich bei Prof. Dr. Michael Löhr für das Lesen dieser Arbeit und die wertvollen inhaltlichen Rückmeldungen.

Mark R. Wickham danke ich für die Korrektur des englischsprachigen Abstracts und den Denkanstoß zum Thema gesetzliche Betreuung auf internationaler Ebene.