

Nervenarzt 2022 · 93:1105–1111
<https://doi.org/10.1007/s00115-022-01349-4>
 Angenommen: 21. Juni 2022
 Online publiziert: 12. Juli 2022
 © The Author(s), under exclusive licence to
 Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2022



Monitoring von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen in Deutschland

Tilman Steinert^{1,2,4} · Sophie Hirsch^{1,2,3} · Erich Flammer^{1,2}

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Universität Ulm (Weissenau), Ulm (Weissenau), Deutschland

² Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg, Ravensburg, Ravensburg, Deutschland

³ Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg, Biberach, Deutschland

⁴ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen, Tübingen, Deutschland

In diesem Beitrag

- Erfassung von Zwangsmaßnahmen in Deutschland
- Fragestellungen und Ergebnisse
- Situation im Ausland
- Hindernisse
- Ausblick

Zusammenfassung

Epidemiologische Register zur Krankheitslast und zu unerwünschten Ereignissen (Todesfälle, schwere Nebenwirkungen etc.) spielen eine wichtige Rolle für die Steuerung, Evaluation und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Dies gilt auch für Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Versorgungssystem. Derartige Register wurden erst durch die Verfügbarkeit elektronischer Krankenakten und stetig gestiegene Rechenkapazitäten flächendeckend realisierbar, was allerdings in Deutschland überwiegend noch nicht erfolgt ist. Bei der Erhebung personenbezogener Daten sind Datenschutzprobleme zu beachten, jedoch durch Pseudonymisierungsverfahren unter Beachtung von Vorgaben der Datensparsamkeit lösbar. Umfangreiche Daten liegen inzwischen aus dem seit 2015 existierenden Melderegister von Baden-Württemberg vor, das auch Evaluationen zu den Folgen der Gesetzesänderungen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2018 zu Fixierungen und zu den Folgen der Corona-Pandemie erlaubte. Auch in einigen anderen Bundesländern gibt es inzwischen landesweite Datenerhebungen, die, anders als in Baden-Württemberg, aber nicht die betreuungsrechtlichen Maßnahmen umfassen. Ein bundesweites Register für Zwangsmaßnahmen, Zwangsbehandlungen und Unterbringungen wird seit Jahren zu Recht immer wieder gefordert. Ein wesentliches Hindernis ist die historisch entstandene Trennung zwischen der Zuständigkeit der Länder für die öffentlich-rechtliche Unterbringung und des Bundes für den Geltungsbereich des Betreuungsrechts.

Schlüsselwörter

Psychiatrisches Versorgungssystem · Epidemiologische Register · Datenschutz · Pseudonymisierung · Betreuungsrecht

Hintergrund

Register betrachten den Alltag der Gesundheitsversorgung, sie dienen der Untersuchung von Versorgungsstrukturen und -prozessen. Epidemiologische Register waren über viele Jahrzehnte die Domäne der skandinavischen Länder. Die Gesundheitsberichtserstattung in Deutschland gilt demgegenüber als lückenhaft. Nachdem es bereits in den 1920er-Jahren erste lokale Krebsregister gab, trat 2009 das Bun-

deskrebsregisterdatengesetz in Kraft. Das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert-Koch-Institut führt die Daten der epidemiologischen Landeskrebsregister auf Bundesebene zusammen. Vergleichsweise einfach erfassbare (weil seltene) Ereignisse wie Suizide oder tödliche Verkehrsunfälle sind schon seit vielen Jahren Gegenstand der Gesundheitsberichtserstattung [1, 2]. Eine gesetzliche Regulierung oder zentrale Erfassung existierender Register gibt es bisher nicht. Ohne derar-



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

tige zentrale Datenauswertungen wären jedoch die beachtlichen positiven Entwicklungen auf diesen Gebieten lediglich Gegenstand von Diskussionen „gefühlter“ anekdotischer Evidenz. Die vielfältigen Lageberichte des Robert-Koch-Instituts zur Corona-Pandemie haben breiten Bevölkerungskreisen die zentrale Bedeutung derartiger Datenerhebungen und Berichterstattung sowohl für die Evaluation getroffener Maßnahmen als auch für politische Entscheidungen nachhaltig verdeutlicht.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist bei vielen Registern die Qualitätssicherung. Bei Maßnahmen gegen den natürlichen Willen von Menschen mit psychischen Erkrankungen, also in erster Linie Zwangseinweisung, Zwangsbehandlung und Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne wie Fixierung und Isolierung, handelt es sich um bedeutende Eingriffe im Rahmen der medizinischen Versorgung, die Grundrechte tangieren und insofern von großem öffentlichem und fachöffentlichem Interesse sind. Anders als bei den vorgenannten Daten, bei denen jedes Ereignis (Tod, Suizid, Infektion) grundsätzlich unerwünscht ist, ist im Falle psychiatrischer Zwangsmaßnahmen ein Zielwert schwer zu bestimmen, weil die Maßnahmen unter bestimmten Umständen nach geltenden Gesetzen zur Sicherheit und zum Schutz der Patienten oder dritter Personen geboten sind.

In der vorliegenden Arbeit soll der aktuelle Wissensstand zu Registern und überregionalen Erhebungen über psychiatrische Zwangsmaßnahmen in Deutschland und anderen Ländern dargestellt werden. Gleichzeitig sollen der sich daraus bisher ergebende Erkenntnisgewinn, aber auch die bestehenden Hindernisse für ein wiederholt gefordertes bundesweites Register skizziert werden.

Erfassung von Zwangsmaßnahmen in Deutschland

Eine vollständige bundeslandweite Erfassung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken einschließlich der Maßnahmen nach Betreuungsrecht existiert seit 2015 in *Baden-Württemberg* [3]. Gemäß § 10 [3] PsychKHG (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz) Baden-Württemberg hat eine Ombudsstelle ...

„Sorge zu tragen für landesweite zentrale Erfassung von Unterbringungsmaßnahmen und Zwangsmaßnahmen innerhalb anerkannter Einrichtungen ... in verschlüsselter Form in einem Melderegister. ... Die anerkannten Einrichtungen sind verpflichtet, ... die zur Erfassung der Maßnahmen erforderlichen Auskünfte in verschlüsselter Form zu erteilen.“

Alle 32 Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag (sog. „anerkannte Einrichtungen“) laden Rohdaten zu jeder Maßnahme mit einer anonymisierten Fall-Identifikationsnummer (ID) sowie kumulierte Daten zu den insgesamt behandelten und nach den verschiedenen Rechtsgrundlagen untergebrachten Fällen (Aufnahmen) auf eine Internetplattform hoch. Dort erfolgt eine Pseudonymisierung. Dadurch sind die Pseudonyme nicht mehr auf die Fall-ID rückführbar. Da Maßnahmen des gleichen Falls dasselbe Pseudonym erhalten, sind fallbezogene Auswertungen möglich, insbesondere der Anteil der von einzelnen Maßnahmen betroffenen Fälle und deren durchschnittliche kumulative Dauer pro Fall. Es erfolgt ein jährlicher Bericht an die meldepflichtigen Einrichtungen und an das Sozialministerium. Dem Landtag geht mindestens einmal pro Legislaturperiode ein eigenständiger Bericht zu. Dieser ist öffentlich im Internet zugänglich.

Eine Auswertung nach Patienten (statt Fällen bzw. Aufnahmen) ist dagegen aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich. Auch bleiben alle betreuungsrechtlichen Maßnahmen außerhalb psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen, d. h. in somatischen Krankenhäusern und Heimen, unerfasst und weiterhin für die epidemiologische Forschung und die Berichterstattung im Dunkelfeld, wie auch sonst in Deutschland [4].

» Die Daten der verschiedenen Bundesländer sind nur eingeschränkt vergleichbar

In *Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Niedersachsen* und *Schleswig-Holstein* erfolgt ebenfalls eine systematische Erhebung und Berichterstattung über Zwangsmaßnahmen bei öffentlich-rechtlich untergebrachten Patienten, teils mit Fallbezug, teils auch nur maßnahmenbezogen [5–7]. In *anderen Bundesländern* gibt es zu-

mindest partielle kumulative Erfassungen auf Maßnahmenebene. Maßnahmen nach Betreuungsrecht sind jeweils nicht erfasst, sodass das Bild diesbezüglich unvollständig bleibt und die Daten verschiedener Länder auch wegen der unterschiedlichen Gesetzesgrundlagen, Erfassungsmodalitäten und gewählten Indikatoren nur eingeschränkt vergleichbar sind.

Seitens der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) wurde vor einigen Jahren eine Pilotstudie mit dem Ziel einer bundeseinheitlichen Erfassung von Zwangsmaßnahmen initiiert [8], die aber bisher keine weitere praktische Implementierung nach sich ziehen konnte.

Fragestellungen und Ergebnisse

Vorwiegend aus dem baden-württembergischen Fallregister wurden zahlreiche Auswertungen zu spezifischen Fragestellungen publiziert. Die von Seiten der Politik und der Betroffenen primär erhoffte Antwort auf die Frage, ob sich geeignete Qualitätsindikatoren für die Behandlungsqualität in psychiatrischen Kliniken ergeben, war zu verneinen, weil sich die Kliniken sehr stark hinsichtlich der versorgten Klientel und weiterer Strukturmerkmale unterscheiden und zu viel unerklärte Varianz besteht. Vermeintlich „fairere“ Vergleiche mittels statistischer Adjustierungsverfahren werfen damit zahlreiche neue Probleme der Interpretation auf und erhöhen die Transparenz nicht unbedingt [9]. Der einzige robuste Prädiktor für die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken, der konsistent bestätigt werden konnte, ist – wenig überraschend – der Anteil unfreiwillig aufgenommener Patienten [9, 10]. Strukturmerkmale der Kliniken und der Versorgungsregionen erklären allerdings so wenig Varianz, dass doch auch von wirksamen Unterschieden der klinischen Praxis ausgegangen werden muss, die sich in „weichen“ Faktoren wie Einstellungen, tradierten Verfahrensweisen, internen Abläufen usw. wiederfinden und Ansatzpunkte für Veränderungen bieten [9, 10].

Das Monitoring von Zwangsmaßnahmen im Längsschnitt eignet sich im Gegensatz zu den beschriebenen Problemen

Hier steht eine Anzeige.



bei Klinikvergleichen ausgezeichnet dazu, die Effekte von Interventionen auf allen Ebenen innerhalb einer Einheit zu evaluieren (Land, Klinik, Station; [9]). Eine kürzlich publizierte Analyse der PsychKHG-Fälle aus Niedersachsen bestätigte die Hypothese nicht, dass in kleineren Kliniken relativ weniger Aufnahmen von Zwangsmaßnahmen betroffen sind. Tatsächlich traf dies eher auf die größeren Kliniken zu, sodass gefolgert wurde, dass – ähnlich Befunden aus der somatischen Medizin – ein höheres Fallvolumen mit einer erhöhten Expertise, in diesem Fall zur Vermeidung von Zwang, einhergeht [6]. Angesichts erheblicher Anstrengungen in den letzten zwei Jahrzehnten, Zwangsmaßnahmen zu reduzieren und eines diesbezüglich stark gestiegenen Problembewusstseins war in den Jahren 2004 bis 2019 in baden-württembergischen Kliniken ein erfreulich starker Rückgang des Anteils der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten in der Diagnosegruppe F0 (ganz überwiegend Demenz) von 38,4% auf 10,5% festzustellen. Demgegenüber war in allen übrigen Diagnosegruppen zusammengenommen nur ein Rückgang von 7,0% auf 5,4% zu verzeichnen [11]. Das galt gleichermaßen für die Dauer der Maßnahmen. Trotz erheblicher klinischer Interventionen wurden vergleichsweise stabile Quoten von Zwangsmaßnahmen z. B. auch in Langzeiterhebungen aus Finnland berichtet [12]. Diese etwas ernüchternden Befunde relativieren allzu optimistische Erwartungen.

» Trotz erheblicher Interventionen werden vergleichsweise stabile Quoten von Zwangsmaßnahmen berichtet

Große Erwartungen waren in Deutschland an die Einführung des Richtervorbehalts für Fixierungen nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom Juli 2018 gerichtet, zusammen mit der gleichzeitigen Veröffentlichung der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang und Behandlung aggressiven Verhaltens [13], wohl die stärkste Intervention auf nationaler Ebene, die jemals umgesetzt wurde. Es kam im Jahr 2019 gegenüber dem Durchschnitt von 2015 bis 2017 in den Kliniken in Baden-Württemberg zu einem Rückgang der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle um

ca. 13% und einem Rückgang der durchschnittlichen Dauer der Maßnahmen pro betroffenen Fall um ca. 14% [14]. Im Langzeitverlauf [11] imponiert dennoch kein markanter Einschnitt. Fixierungen gingen insgesamt deutlich zurück, der Anteil der nicht genehmigungspflichtigen Fixierungen (unter 30 min) stieg von 1,9% auf 10,5% und Isolierungen wurden häufiger angewendet.

Ab 2020 wechselte der Fokus der Anstrengungen in den Kliniken zwangsläufig von der Vermeidung von Zwang zur Vermeidung von Infektionen im Zuge der anhaltenden COVID-19 („coronavirus disease 2019“)-Pandemie. Es ließ sich zeigen, dass Auswirkungen der Pandemie auch im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung verheerend waren. Während die Zahl der Aufnahmen sank, stieg der Anteil der Zwangseinweisungen bzw. unfreiwilligen Aufenthalte von 13.032 auf 13.824 und damit von 12,3% auf 14,1% an, der Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten stieg um fast 25% und die durchschnittliche Dauer der Maßnahmen pro Fall stieg ebenfalls um 13% [15]. Die Häufigkeit erfasster aggressiver Übergriffe blieb unverändert.

Eine weitere wichtige Fragestellung des Registers waren Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie, über die bisher wenig bekannt war. Es konnte gezeigt werden, dass erwartungsgemäß Zwangsmaßnahmen dort fallbezogen wesentlich häufiger und länger vorkommen als in der allgemeinen Psychiatrie, jedoch ist die weit überwiegende Maßnahme die Isolierung (22,6% betroffen) gegenüber der Fixierung (3,8% betroffen). Zwangsbehandlungen wurden dagegen sowohl in der forensischen Psychiatrie (0,6% der Fälle) als auch in der allgemeinen Psychiatrie (0,7% der Fälle) selten registriert, was auf die sehr restriktive Gesetzgebung in Deutschland zurückzuführen sein dürfte [16].

Situation im Ausland

Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern werden außer in Teilen Deutschlands auch in einigen anderen Ländern vorwiegend unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung erfasst. Publikationen in Fachzeitschriften zu spezifischen Fragestellungen blieben eher

die Ausnahme, sie kommen z. B. aus den Niederlanden [17], Finnland [12], Norwegen [18], Dänemark [19], Spanien, dort nur Andalusien [20], und den USA [21]. In anderen Ländern gibt es im Internet teils geschützte, teils auch öffentlich verfügbare Informationen und abrufbare Berichte mit Datenerhebungen auf nationaler Ebene in der jeweiligen Landessprache, so in Schweden (www.sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/val.aspx), Norwegen (im Aufbau), Irland (www.mhcirl.ie/what-we-do/regulation/regulatory-activity-and-oversight-reports), Großbritannien (www.digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-services-monthly-statistics), Frankreich (www.irdes.fr/recherche/2017/questions-d-economie-de-la-sante.html#n222EN), den USA [21] und der Schweiz [22].

Hindernisse

Register, die häufige Ereignisse erfassen, haben im Vergleich zu solchen für seltene (z. B. Suizide) Vor- und Nachteile. Ein Vorteil bei vergleichsweise häufigen Ereignissen wie Zwangsmaßnahmen (im Gegenteil etwa zu seltenen, aber schweren Nebenwirkungen einer Behandlung) ist, dass der Erfassungsvorgang in Routineabläufe integriert werden kann und damit die Gefahr einer Untererfassung stark verringert wird. Im Fall von Zwangsmaßnahmen bestehen in den Bundesländern auch rechtliche Verpflichtungen, sodass die Datenqualität recht gut sein dürfte, wie wir auch bei Qualitätskontrollen feststellen konnten [3]. Ein Nachteil ist noch immer die Erfassung und Bearbeitung großer Datenmengen. Vor der zunehmenden Einführung elektronischer Krankenakten ca. zu Beginn des Jahrtausends waren Datenerfassungen nur auf Papier möglich und die Dateneingabe und -auswertung war mit erheblichem Aufwand verbunden und nur in Projekten realisierbar [23]. Auch hätte die damalige Rechenkapazität nicht ausgereicht, eine sechsstellige Anzahl von Datensätze zu verarbeiten. Die angemessene, aber bisher nur in einzelnen Bundesländern realisierte Lösung ist heute die Erfassung der gesetzlich vorgeschriebenen ärztlichen Anordnung von Zwangsmaßnahmen und deren Durchführung von pflegerischer Seite in einem gemeinsamen For-

Hier steht eine Anzeige.



mular innerhalb der elektronischen Patientenakte. Daraus ergeben sich die rechtliche und klinische Dokumentation der Maßnahme und es sind sowohl die Daten für das Register (Rechtsgrundlage, Art und Dauer der Maßnahme) als auch Informationen für die Refinanzierung des Pflegeaufwands (1:1-Betreuung) über eine Datenbankabfrage für bestimmte Zeiträume erhältlich. Wo die Umsetzung erfolgreich realisiert ist und Schnittstellen für die Abfrage programmiert sind oder die elektronischen Akten eine direkte Abfrage erlauben, entsteht keinerlei Mehraufwand für ärztliches bzw. pflegerisches Personal.

Die technischen Voraussetzungen sind in den Bundesländern, in denen eine regelmäßige Erfassung stattfindet, realisiert, in den übrigen aber überwiegend noch nicht.

» Die komplizierte rechtliche Situation ist das größte Hindernis für ein nationales deutsches Register

Beachtenswert sind auch die Probleme des Datenschutzes. Die Datenschutzgrundverordnung lässt grundsätzlich Forschung und Qualitätssicherung mit anonymisierten Daten auch ohne explizite Zustimmung der Betroffenen zu. Die Gesetze der Bundesländer schaffen eine vorgangsbezogene Berechtigung für die Datenerhebung, -übermittlung und -auswertung. Grundsätzlich sollte rechtssicher geregelt sein, wer Daten auf welche Weise verarbeiten darf, wer sie in welcher Auflösung zu sehen bekommt und wer sie wissenschaftlich auswerten darf. Gegebenenfalls müssen die PsychKGs (Psychisch-Kranken-Gesetze) bzw. PsychKHGs detailliert regeln, welche Merkmale zu erheben sind; eine Einbeziehung der Datenschutzbehörde ist erforderlich. Zur Sicherung der Anonymität ist das Prinzip der Datensparsamkeit zu beachten. In Baden-Württemberg können z. B. die ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)-Hauptdiagnose, Geschlecht und Rechtsgrundlage der Maßnahme erhoben werden, nicht jedoch Geburtsdatum, Wohnort, komorbide Diagnosen oder Datum der Maßnahme, was auch Auswertungsmöglichkeiten einschränkt [14–16]. Bei allen Auswertungen ist das Prinzip hinreichend großer Gruppen zu beachten. Mehrebenenbewertungen,

komplexe Prädiktionsmodelle und Zuordnungen zu Patienten anstelle von Fällen (Aufnahmen) sind nicht möglich.

Schließlich dürfte das größte Hindernis für ein von vielen Seiten, auch der DGPPN, gefordertes nationales Register die komplizierte rechtliche Situation in Deutschland mit der Zuständigkeit des Bundes für das Betreuungsrecht und der Länder für die Maßnahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung sein. Die Folge sind 16 unterschiedliche Landesgesetze, die jeweils einzeln „besondere Sicherungsmaßnahmen“ und deren Dokumentation in unterschiedlicher Weise geregelt haben [24]. Diese rechtliche Fragmentierung war historisch nicht primär beabsichtigt, sondern entstand eher ungewollt in den ersten Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg aufgrund einer Regelungslücke, die die Bundesländer schließen mussten [25].

Ausblick

In einer kürzlich erschienenen Übersichtsarbeit über Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie folgerten die Autoren, dass eine bundesweite Erfassung für den Maßregelvollzug dringend erforderlich sei:

„Eine solche transparente und valide Dokumentation von Zustand und Entwicklung des Maßregelvollzugs in Deutschland liegt im ureigenen Interesse der Psychiatrie, der Justiz, der Politik und der gesamten Gesellschaft“ [26].

Dieselbe Forderung erhebt die DGPPN für die Psychiatrie insgesamt. Dieser Forderung schließen wir uns an. Die technischen und methodischen Voraussetzungen liegen vor, es bedarf jetzt des gemeinsamen Handlungswillens von Bund und Ländern.

Fazit für die Praxis

- Register betrachten den Alltag der Gesundheitsversorgung und sind wichtig für die Untersuchung von Versorgungsstrukturen und -prozessen sowie der Qualitätssicherung.
- Eine bundesweite Erfassung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Versorgungssystem ist dringend erforderlich.
- Ein wesentliches Hindernis für die Einführung eines solchen Registers ist die historisch entstandene Trennung zwischen der Zuständigkeit der Länder für die öffentlich-rechtliche Unterbringung

und des Bundes für den Geltungsbereich des Betreuungsrechts.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Tilman Steinert

Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg, Ravensburg
Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg, Deutschland
tilman.steinert@zfp-zentrum.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Steinert, S. Hirsch und E. Flammer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2022) Verkehrsunfälle in Deutschland. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/_inhalt.html. Zugegriffen: 1. Apr. 2022
2. Schneider B, Lindner R, Giegling I et al (Hrsg) (2021) Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven. www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf. Zugegriffen: 01.04.2022
3. Flammer E, Steinert T (2019) Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfegesetz: Konzeption und erste Auswertungen. *Psychiatr Prax* 46:82–89
4. Steinhart I, Jenderny S, Wassilowizky M, Heinz A (2021) Personenzentrierte Hilfen, aber geschlossen untergebracht? Zur Situation der geschlossenen Heime in Deutschland. *Nervenarzt* 92(9):941–947
5. Hansestadt Hamburg (2016) Stellungnahme des Senats zum Bürgerschaftlichen Ersuchen vom 10. Februar 2016 „Bericht über die Wirkung der Gesetzesänderungen (Drucksache 20/7964) zum Schutz von Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie“ (Drucksache 21/3190). https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/59903/stellungnahme_des_senats_zum_buergerschaftlichen_ersuchen_vom_10_februar_2016_bericht_ueber_die_wirkung_der_gesetzesaenderungen_drucksache_20_7964_zum.pdf. Zugegriffen: 1. Apr. 2022
6. Bramesfeld A, Roeding D (2022) Der Einfluss des Behandlungsvolumens psychiatrischer Kliniken auf das Risiko der Anwendung besonderer Sicherungsmaßnahmen. *Psychiatr Prax* (im Druck)
7. Ministerium für Arbeit, Gesund, Soziales NRW (2017) Bericht über die Rahmendaten der Unterbringung nach § 32 Abs. 2 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-1629.pdf. Zugegriffen: 1. Apr. 2022

8. Adorjan K, Steinert T, Flammer E et al (2017) Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Eine Pilotstudie der DGPPN zur Erprobung eines einheitlichen Erfassungsinstrumentes. *Nervenarzt* 88:802–810
9. Steinert T, Flammer E (2019) Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken? *Nervenarzt* 90:35–39
10. Flammer E, Hirsch S, Thilo N, Steinert T (2022) “Our patients are different”: predictors of seclusion and restraint in 31 psychiatric hospitals. *Front Psychiatry* 13:791333
11. Steinert T, Hirsch S, Goebel R (2020) Reduction of coercive measures under routine conditions in psychiatric hospitals 2004–2019: Strong effects in old age psychiatry, much less in general psychiatry. *Eur Psychiatry* 63(1):e102, 1–7
12. Välimäki M, Yang M, Vahlberg T et al (2019) Trends in the use of coercive measures in Finnish psychiatric hospitals: a register analysis of the past two decades. *BMC Psychiatry* 19:230
13. DGPPN (Hrsg) (2019) S3 Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Springer, Berlin
14. Steinert T, Hirsch S, Flammer E (2022) Auswirkungen der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts 2018 zu Fixierungen auf die Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen in den psychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg. *Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01267-5> (Online im Druck)
15. Steinert T, Hirsch S, Flammer E Increase in coercive measures in psychiatric hospitals in Germany during the COVID-19 Pandemic. <https://www.medrxiv.org/content/>. Zugegriffen: 1. Apr. 2022. <https://doi.org/10.1101/2022.02.03.22270373v1> (Preprint available)
16. Flammer E, Frank U, Steinert T (2020) Freedom-restrictive measures in forensic psychiatry. *Front Psychiatry* 11:146
17. Vruwink FJ, Wierdsma A, Noorthoorn EO et al (2021) Number of seclusions in the Netherlands higher in the 7 years since the end of a nationwide seclusion-reduction program. *Front Psychiatry* 12:778793
18. Hofstad T, Rugkåsa J, Ose SO et al (2021) Service characteristics and geographical variation in compulsory hospitalisation: an exploratory random effects within between analysis of Norwegian municipalities. *Front Psychiatry* 12(737698):2015–2018
19. Bak J, Aggernæs H (2012) Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nord J Psychiatry* 66:297–302
20. Guzmán-Parra J, Aguilera-Serrano C, Huizing E et al (2022) Factors associated with prolonged episodes of mechanical restraint in mental health hospitalization units in Andalusia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12824> (Online im Druck)
21. Staggs VS (2020) Variability in psychiatric facility seclusion and restraint rates as reported on hospital compare site. *Psychiatr Serv* 71:893–898
22. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2020) Symptombelastung und Freiheitsbeschränkende Massnahmen Stationäre Psychiatrie Erwachsene. Nationaler Vergleichsbericht Messung 2020. https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/24_26/20210909_ANQpsy_Nationaler-Vergleichsbericht_EP_2020_v1.0.pdf. Zugegriffen: 01.04.2022
23. Steinert T, Fischer-Erlewein E, Kuster W et al (2002) Prävention von Gewalt im psychiatrischen Krankenhaus. Erste Ergebnisse einer multizentrischen

Monitoring of coercive measures and compulsory treatment in Germany

Epidemiological registers on the burden of disease and adverse events (deaths, serious side effects, etc.) play an important role in the management, evaluation, and improvement of healthcare treatment for the population. This also applies to coercive measures in the psychiatric healthcare system. Such registers only became feasible on a broad basis due to the availability of electronic medical records and steadily increasing computing capacities; however, in most German states, registers have not been implemented. Data protection problems must be taken into account in the collation of person-related data but can be solved by appropriate pseudonymization procedures taking the prerequisites of data parsimony into account. Extensive data are now available from the Baden-Wuerttemberg register for coercive measures, which has been in existence since 2015 and which enabled, for instance, evaluating the consequences of the changes to the law following the 2018 ruling of the Federal Constitutional Court on mechanical restraint and the consequences of the coronavirus pandemic. In the meantime, there are also state-wide data collections in some other German states; however, unlike in Baden-Wuerttemberg, these registers do not include measures under guardianship law. A nationwide register for coercive measures, compulsory treatment and involuntary detention has justifiably repeatedly been demanded for a long time. A major obstacle is the historically developed separation between the responsibility of the German states for the detention regulated by public law and the Federal State for the scope of application of the guardianship law.

Keywords

Psychiatric healthcare system · Epidemiological register · Data protection · Pseudonymization · Guardianship law

- Arbeitsgemeinschaft in Baden-Württemberg und Bayern. *Krankenhauspsychiatrie* 13:132–137
24. Gerlinger G, Deister A, Heinz A et al (2019) Nach der Reform ist vor der Reform. Ergebnisse der Novellierungsprozesse der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Bundesländer. *Nervenarzt* 90:45–57
 25. Brink C (2013) Grenzen der Anstalt: Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland. Wallstein, Göttingen, S 1860–1980
 26. Reinwald JR, Horten B, Dreßing H, Salize HJ (2022) Strukturmerkmale und Anwendungshäufigkeit von Zwangsmaßnahmen im deutschen Maßregelvollzug. *Psychiatr Prax* 49:22–28