

Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich

Berichtsjahre 2012/2013

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autorinnen:

Joy Ladurner
Sophie Sagerschnig
Monika Nowotny

Fachliche Begleitung durch das BMG:

Dr. Sylvia Füzsl

Projektassistenz:

Menekse Yilmaz

Wien, im Jänner 2015

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

P4/1/4496-4/15

Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6,
1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Das Unterbringungsgesetz (UbG) kommt immer dann zur Anwendung, wenn Menschen mit einer psychischen Erkrankung sich selbst oder andere Personen aufgrund dieser Erkrankung gefährden und nicht in anderer Weise, insbesondere außerhalb einer psychiatrischen Abteilung, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden können.

Das UbG regelt die Aufnahme von Patientinnen und Patienten in ein psychiatrisches Krankenhaus bzw. in eine psychiatrische Abteilung gegen ihren Willen. Ebenso regelt das UbG die gesetzliche Vertretung der untergebrachten Personen und sieht gerichtliche Kontrollmechanismen vor, die dem Schutz der Persönlichkeitsrechte der Patientinnen und Patienten dienen und Rechtssicherheit für die behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte schaffen.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erhebt die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG im Jahresabstand Daten zur Vollziehung des UbG und publiziert die Ergebnisse jeweils zu zwei Erhebungsjahren in einem Bericht. Der vorliegende Bericht befasst sich intensiv mit den Jahren 2012 und 2013, enthält aber auch die wichtigsten Zahlen im Zeitverlauf seit Einführung des UbG im Jahr 1991.

Ergebnisse

Im Jahr 2013 erfolgten 23.812 Unterbringungen ohne Verlangen gemäß den Bestimmungen des UbG. In Relation zu den gesamten vollstationären Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern bzw. psychiatrischen Abteilungen im Jahr 2013 machten die Aufnahmen mit Unterbringungen ohne Verlangen einen Anteil von rund 28 Prozent aus, was eine leichte Steigerung seit 2010 (von 25 % auf 28 %) darstellt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie betrug der Anteil an Aufnahmen mit Unterbringungen ohne Verlangen rund 26 Prozent, wobei ein Großteil (80 %) der Unterbringungen Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren betraf.

Etwa die Hälfte der Unterbringungen ohne Verlangen wird im Rahmen einer gerichtlichen Anhörung auf ihre Zulässigkeit überprüft (die Anhörung muss innerhalb von vier Tagen nach der Unterbringung erfolgen). Daraus leitet sich ab, dass etwa die Hälfte der Unterbringungen ohne Verlangen bereits innerhalb dieses Zeitraums aufgehoben wird. Ein Drittel der Unterbringungen wird im Zeitraum zwischen gerichtlicher Anhörung und mündlicher Verhandlung (innerhalb von 14 Tage nach der Anhörung) aufgehoben. Bei rund einem Sechstel der Fälle erstreckt sich die Unterbringung auf einen Zeitraum über die gerichtliche Verhandlung hinaus.

Wie in den vorangegangenen Jahren zeigt sich zwischen den einzelnen Krankenhäusern und Abteilungen eine große Variationsbreite bei den Unterbringungsraten. Die Daten der Bezirksgerichte weisen bezüglich des Anteils an Unterbringungen, bei denen es zu einer Anhörung kommt, ebenfalls große Unterschiede auf.

Executive Summary

The Hospitalisation Act (*Unterbringungsgesetz, UbG*) is applied whenever persons with a mental illness put themselves or others at risk due to their illness and when an adequate treatment respectively protection of the affected person and their environment can only be ensured by means of an inpatient stay in a psychiatric hospital or –department.

The UbG regulates the admission of patients to a psychiatric hospital or department against their will. The Act furthermore lays down the legal representation of the involuntarily placed person and provides judicial control mechanisms. These form the statutory framework for the protection of patients' personal rights as well as ensuring legal certainty for the attending medical specialists.

On behalf of the Federal Ministry of Health (*Bundesministerium für Gesundheit, BMG*) the National Health Institute (*Gesundheit Österreich GmbH, GÖG*) collects and analyses data on the execution of the UbG on a yearly basis, publishing the results of its analysis in a biennial report. The present report focuses on the years 2012 and 2013, but also contains information on the most important trends since the introduction of the UbG in the year 1991.

Results

In the year 2013, a total of 23 812 involuntary placements without request (*Unterbringungen ohne Verlangen*) according to the UbG were documented. Involuntary admissions without request accounted for about 28 percent of total inpatient admissions to psychiatric hospitals / departments, showing a minor increase since the year 2010 (when the rate was 25 %). In departments of Child- and Adolescent Psychiatry the share of involuntary admissions without request was about 26 percent, whereby a majority of these concerned young people between 14 and 18 years of age.

About half of the involuntary placements without request were examined with regard to their legitimacy in court hearings (which must be held within four days of the involuntary commitment). Hence about half of the involuntary placements without request were canceled within this period. A third of the involuntary placements was canceled between the judicial hearing and the (oral) trial (which takes place within 14 days after the hearing). In about one-sixth of the cases the involuntary placement was maintained beyond the trial.

As in previous years, involuntary placement rates showed a high variation between individual hospitals and departments in the years 2012 and 2013. The share of involuntary placements, which were examined in hearings, also differed widely according to District Court Statistics.

Inhalt

Kurzfassung	III
Executive Summary	V
Abbildungsverzeichnis	IX
Tabellenverzeichnis	X
Abkürzungsverzeichnis	XI
1 Ausgangslage und Projektziele.....	1
2 Bestimmungen und Vollziehung des UbG	3
2.1 Voraussetzungen für die Unterbringung.....	3
2.2 Zugangs- und Aufnahmearten	3
2.3 Gerichtliche Kontrolle.....	6
2.3.1 Unterbringung ohne Verlangen	6
2.3.2 Unterbringung auf Verlangen	8
2.3.3 Beschränkungen und ärztliche Behandlung im Kontext der Anwendung des UbG.....	9
2.4 Novelle zum Unterbringungsgesetz 2010.....	10
3 Datengrundlage und methodische Vorgehensweise.....	12
3.1 Daten der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen	12
3.2 Daten der Bezirksgerichte	18
3.3 Daten der Patientenanzwaltschaft	18
4 Unterbringungen gemäß UbG in der Praxis.....	19
4.1 Unterbringungen ohne Verlangen.....	19
4.1.1 Anzahl der Unterbringungen im Zeitverlauf.....	19
4.1.2 Bevölkerungsbezogene Unterbringungsrate nach UbG	20
4.1.3 Zielgruppenbeschreibung.....	20
4.2 Unterbringungen bei Aufnahme ins Krankenhaus.....	24
4.2.1 Unterbringungen bei Aufnahme im Zeitverlauf	24
4.2.2 Zugangs- und Aufnahmearten	26
4.2.3 Unterbringungen nach Versorgungsstruktur	29
4.3 Gerichtliche Kontrolle der Unterbringungen	30
4.3.1 Gerichtliche Anhörungen und Verhandlungen	30
4.3.2 Gerichtliche Entscheidungen über die Zulässigkeit von Unterbringungen	33
4.4 Beschränkungen und ärztliche Behandlung im Kontext der Anwendung des UbG	33
5 Unterbringung von Kindern und Jugendlichen	36
5.1 Zielgruppenbeschreibung.....	36
5.2 Unterbringungen bei Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	39
6 Exkurs: Expertengespräche zur Unterbringung	44
7 Schlussfolgerungen	55

8	Referenzierte Literatur	56
9	Weiterführende Literatur	59
Anhang	65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1:	Schematische Darstellung der Zugangs- und Aufnahmearten	5
Abbildung 2.2:	Unterbringung ohne Verlangen und gerichtliche Kontrolle	7
Abbildung 2.3:	Schematische Darstellung der Unterbringung auf Verlangen	8
Abbildung 4.1:	Entwicklung der Unterbringungshäufigkeiten 2000–2013	19
Abbildung 4.2:	Bevölkerungsbezogene Unterbringungsrate	20
Abbildung 4.3:	Bevölkerungsbezogene Unterbringungsrate pro Altersstufen (Österreich ohne Vorarlberg)	21
Abbildung 4.4:	Bevölkerungsbezogene Unterbringungsrate nach Altersstufen (Vorarlberg) ...	22
Abbildung 4.5:	Unterbringungen nach Altersstufen und Geschlecht* (Österreich ohne Vorarlberg)	22
Abbildung 4.6:	Anteile der Unterbringungen, die kürzer als 7 Tage sind, an der Gesamtmenge der Unterbringungen, nach Dauer (Österreich ohne Vorarlberg)	23
Abbildung 4.7:	Unterbringungshäufigkeit pro untergebrachter Person (Österreich ohne Vorarlberg)	24
Abbildung 4.8:	Aufnahmeart differenziert nach der vorangegangenen Zugangsart (2013), prozentuelle Verteilung ¹	27
Abbildung 4.9:	Zugangsart differenziert nach der darauffolgenden Aufnahmeart (2013), prozentuelle Verteilung ¹	28
Abbildung 4.10:	Anzahl der gemeldeten UoV, Anhörungen und Verhandlungen, 2000–2013 ..	30
Abbildung 4.11:	Anteil an Anhörungen und Anteil der Verhandlungen an den UoV, 2000–2013	32
Abbildung 5.1:	Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren nach Stationstyp (Österreich ohne Vorarlberg)	37
Abbildung 5.2:	Unterbringungshäufigkeit der unter 18-Jährigen pro Einrichtung (Österreich ohne Vorarlberg)	38
Abbildung 5.3:	Anteile der Unterbringungen der unter 18-Jährigen, die kürzer als 7 Tage sind, an der Gesamtmenge der Unterbringungen, nach Dauer (Österreich ohne Vorarlberg)	39
Abbildung 5.4:	Aufnahmeart differenziert nach der vorangegangenen Zugangsart in der KJP (2013), prozentuelle Verteilung ¹	41
Abbildung 5.5:	Zugangsart differenziert nach der darauffolgenden Aufnahmeart in der KJP (2013) prozentuelle Verteilung ¹	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1:	Standorte psychiatrischer Abteilungen bzw. Krankenanstalten (Stand: 2013)	13
Tabelle 3.2:	Übersicht über Datenrückmeldungen der befragten psychiatrischen Krankenhäuser bzw. Abteilungen	16
Tabelle 4.1:	Aufnahmen mit Unterbringung gemäß UbG und reguläre Aufnahmen im Verhältnis zu allen Aufnahmen.....	25
Tabelle 4.2:	(Anteil der) Aufnahmeart differenziert nach der vorangegangenen Zugangsart (2013) ^{1,2}	26
Tabelle 4.3:	(Anteil der) Zugangsarten differenziert nach der darauffolgenden Aufnahmeart (2013) ^{1,2}	28
Tabelle 4.4:	Aufnahmen mit Unterbringung gemäß UbG (AUoV/AUaV) und reguläre Aufnahmen im Verhältnis zu den Gesamtaufnahmen, differenziert nach Versorgungsstruktur (2013)	29
Tabelle 4.5:	Anzahl der Anhörungen und Verhandlungen 2012–2013	31
Tabelle 4.6:	Prüfung von Beschränkungen und Behandlungen, 2012 und 2013	35
Tabelle 5.1:	Aufnahmen mit Unterbringung gemäß UbG und reguläre Aufnahmen im Verhältnis zu allen Aufnahmen in der KJP	40
Tabelle 5.2:	(Anteil der) Aufnahmearten differenziert nach vorangegangener Zugangsart in der KJP (2013) ^{1,2}	40
Tabelle 5.3:	(Anteil der) Zugangsarten differenziert nach der darauffolgenden Aufnahmeart in der KJP (2013) ^{1,2}	42
Tabelle 5.4:	Aufnahmen mit Unterbringung gemäß UbG (AUoV/AUaV) und reguläre Aufnahmen im Verhältnis zu den Gesamtaufnahmen in der KJP, differenziert nach Versorgungsstruktur (2013)	43

Abkürzungsverzeichnis

AUaV	Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen nach Unterbringungsgesetz
AUoV	Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen nach Unterbringungsgesetz
Areg	Reguläre Aufnahme (ohne Anwendung des Unterbringungsgesetzes)
BG	Bezirksgericht
BGBI	Bundesgesetzblatt
BKH	Bezirkskrankenhaus
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	Bundesministerium für Justiz
CPT	European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment / Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe
EW	Einwohner/innen
FÄ/FA	Fachärztin/Facharzt
gem. UoV	Bei Bezirksgerichten gemeldete Unterbringung/en ohne Verlangen
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
KFJ	Kaiser-Franz-Josef-Spital
KH	Krankenhaus
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
LK	Landeskrankenhaus
LKH	Landeskrankenhaus
LNKL	Landesnervenklinik
LPH	Landespflegeheim
LSF	Landesnervenklinik Sigmund Freud
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OWS	Otto-Wagner-Spital
PA-AKH	Psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus
PKH	Psychiatrisches Krankenhaus
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik
SKA	Sonderkrankenanstalt
SMZ Ost	Sozialmedizinisches Zentrum Ost
SON	Sonstige Krankenanstalt
TZ	Therapiezentrum
UbG	Unterbringungsgesetz
UaV	Unterbringung auf Verlangen
Ub-Rate	Unterbringungsrate
UoV	Unterbringung ohne Verlangen
WJKH	Wagner-Jauregg-Krankenhaus

1 Ausgangslage und Projektziele

Das seit 1991 geltende Unterbringungsgesetz (UbG) regelt die unfreiwillige Aufnahme von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen sowie die Anwendung von Zwangsmaßnahmen (z. B. Beschränkungen) während der Unterbringung. In Anlehnung an vorangegangene Studien (Forster/Kinzi 2001, ÖBIG 2005, GÖG/ÖBIG 2006, GÖG/ÖBIG 2008, Ladurner/Hagleitner 2011, Ladurner et al. 2012) werden im vorliegenden Bericht Praxis und Vollziehung des UbG im Zeitverlauf abgebildet.

Das Unterbringungsgesetz (UbG) wurde novelliert¹, die Gesetzesänderung ist seit Juli 2010 in Kraft (für nähere Informationen siehe Abschnitt 2.4). Im vorliegenden Bericht werden schwerpunktmäßig die Daten aus den Jahren 2012 und 2013 behandelt. Bezüglich der Auswirkungen der Gesetzesnovelle zeigen die von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erhobenen Daten (noch) kein klares Bild. Die Novelle war mehrfach Diskussionsgegenstand der von der GÖG organisierten Expertengespräche zur Unterbringung (siehe nächster Absatz). Die Expertinnen und Experten, die in der Praxis damit konfrontiert sind, beurteilten diese Novelle grundsätzlich positiv. Die Diskussion der Daten macht jedoch deutlich, dass Änderungen der Unterbringungsdauer auf viele Faktoren zurückzuführen sind. Die vorliegenden Daten bedürfen einer näheren Interpretation, zukünftige Datenerhebungen sind abzuwarten bzw. um Detailauswertungen zu ergänzen, um präzisere Schlussfolgerungen ableiten zu können.

In Ergänzung zu den Datenanalysen veranstaltet die GÖG seit dem Jahr 2012 Expertengespräche zur Unterbringung, zwei zur Erwachsenenpsychiatrie – einmal in Westösterreich, einmal in Ostösterreich – und seit 2013 auch eines zur Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dabei werden gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus der Praxis die Ergebnisse der Datenerhebungen diskutiert, um insgesamt ein besseres Verständnis der in den vergangenen Jahren gesammelten Daten im Zusammenhang mit der dahinterstehenden Praxis sowie aktuellen Entwicklungen zu erlangen. Die Ergebnisse der Expertengespräche sind in Kapitel 6 zusammengefasst.

Die gegenständliche Studie basiert auf Daten, die von den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen, von den Patientenanwaltschaften und dem Bundesrechenzentrum im Auftrag des BMJ zur Verfügung gestellt werden. An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei allen Personen in den genannten Institutionen bedanken, die uns alljährlich Daten bereitstellen und damit für größtmögliche Transparenz in diesem sensiblen Versorgungsbereich sorgen.

¹
Unterbringungs- und Heimaufenthaltsgesetznovelle 2010, BGBl I Nr. 18/2010

Ziel des Projekts ist es, Praxis und Vollziehung des UbG kontinuierlich zu beobachten, Vergleiche nach regionalen und strukturellen Aspekten durchzuführen sowie Veränderungen im Zeitverlauf aufzuzeigen. Im Einzelnen werden die folgenden Themen behandelt:

- » Grundzüge des UbG, insbesondere rechtlich vorgesehener Ablauf der Unterbringung (Zugang zum Krankenhaus / zur psychiatrischen Abteilung und Aufnahme ebendort) und gerichtliche Kontrollmechanismen;
- » Überblick über die Datenlage zu Unterbringungen;
- » aktueller Überblick über die Standorte psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen;
- » Entwicklung der Unterbringungszahlen seit Einführung des UbG im Jahr 1991 in absoluten Zahlen sowie in Relation zur Bevölkerung und zu den gesamten stationären Aufnahmen eines Jahres;
- » Informationen zu Zugangs- und Aufnahmeroutinen: Gegenüberstellung des rechtlich vorgesehenen Ablaufs mit der Versorgungsrealität;
- » Unterbringungshäufigkeiten, differenziert nach Versorgungsstruktur (psychiatrisches Krankenhaus, psychiatrische Universitätsklinik, psychiatrische Abteilung an Allgemeinkrankenhäusern): gesamte sowie gesonderte Darstellung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie;
- » Darstellung der gerichtlichen Kontrolle: Anzahl und Entscheidungen der gerichtlichen Anhörungen, Anzahl und Entscheidungen mündlicher Verhandlungen, Entscheidungen von gerichtlichen Verfahren bei Beschränkungen und ärztlichen Behandlungen im Kontext der Unterbringung gemäß UbG;
- » Zielgruppenspezifische Darstellungen: ausgewählte Auswertungen nach Geschlecht und Alter sowie Dauer der Unterbringung (für alle Unterbringungen und gesondert für Kinder und Jugendliche)

Der vorliegende Bericht behandelt eingehend den Erhebungszeitraum 2012 und 2013; Informationen zu den Vorjahren sind im Überblick dargestellt.

2 Bestimmungen und Vollziehung des UbG

Die Abschnitte 2.1 bis 2.3 beschreiben die geltenden rechtlichen Bestimmungen zur Unterbringung, im Abschnitt 2.4 werden die wesentlichen Aspekte der letzten Novelle zum Unterbringungsgesetz (2010) erläutert.

2.1 Voraussetzungen für die Unterbringung

Im UbG sind drei Voraussetzungen definiert, die erfüllt sein müssen, um eine Person in einem psychiatrischen Krankenhaus bzw. in einer psychiatrischen Abteilung unterzubringen (§ 3 UbG):

- » Die betreffende Person leidet an einer psychischen Krankheit.
- » Im Zusammenhang mit der psychischen Krankheit liegt eine ernstliche und erhebliche Gefährdung des eigenen Lebens oder der Gesundheit oder des Lebens oder der Gesundheit anderer vor.
- » Die betreffende Person kann nicht anders (v. a. nicht außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses / der psychiatrischen Abteilung) ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden.

Diese Voraussetzungen gelten für die gesetzlich definierte Unterbringung auf Verlangen (§ 4 UbG) ebenso wie für die Unterbringung ohne Verlangen (§ 8 UbG), wobei im ersten Fall die Patientin bzw. der Patient selbst den Wunsch äußert, untergebracht zu werden. Ist einer der drei Punkte nicht erfüllt, darf eine Person nicht untergebracht werden. Fällt eine der Voraussetzungen weg, ist die Unterbringung sofort aufzuheben.

2.2 Zugangs- und Aufnahmearten

Im Zusammenhang mit dem UbG ist eine Differenzierung der Zugangs- und Aufnahmearten² erforderlich, da sie sich hinsichtlich der daraus resultierenden Kontrollmechanismen wesentlich unterscheiden. Abbildung 2.1 zeigt schematisch alle Möglichkeiten im Überblick.

Folgende Zugangsarten sind zu unterscheiden:

- » **Zuweisung durch Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Sanitätsdienst oder durch Polizei-ärztinnen und -ärzte:**
§ 8 UbG sieht vor, dass Sicherheitsbehörden eine Person nur dann gegen oder ohne ihren Willen in ein psychiatrisches Krankenhaus/Abteilung bringen dürfen, wenn „ein im öffentli-

2

Darunter versteht man, wie eine Person ins Krankenhaus kommt und wie sie aufgenommen wird (jeweils mit/ohne Anwendung des UbG).

chen Sanitätsdienst stehender Arzt oder ein Polizeiarzt sie untersucht und bescheinigt, dass die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen“. Wird die Bescheinigung durch die Ärztin oder den Arzt nicht ausgestellt, darf die betreffende Person nicht länger angehalten werden.

» **Zugang mit einer Sicherheitsbehörde:**

Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind berechtigt, bei „Gefahr in Verzug“ (§ 9 Abs 2 UbG) Personen direkt in ein psychiatrisches Krankenhaus / eine psychiatrische Abteilung zu bringen, d. h. ohne Beiziehung einer/eines zur Untersuchung berechtigten Ärztin/Arztes.

» **Zugang ohne Anwendung des UbG:**

Diese Form stellt den Regelfall dar und kommt daher weitaus am häufigsten vor. Sie umfasst alle Fälle abseits des UbG (z. B. Überweisung durch die Hausärztin oder den Hausarzt, Überweisung durch ein Allgemeinkrankenhaus, Aufsuchen des Krankenhauses aus eigenem Antrieb, in Begleitung von Angehörigen/Freunden etc.).

Bei allen drei Zugangsarten sind die folgenden Aufnahmearten möglich:

» **Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen:**

Liegt eine ärztliche Bescheinigung bzw. die Vermutung vor, dass bei einer zugewiesenen Person die Voraussetzungen für eine Unterbringung gegeben sind, muss unmittelbar eine Untersuchung durch die Leiterin oder den Leiter der Abteilung durchgeführt werden (§ 10 UbG). Eine Unterbringung ohne Verlangen darf nur erfolgen, wenn nach seinem/ihrer ärztlichen Zeugnis die Voraussetzungen für die Unterbringung vorliegen. Verlangt die untergebrachte Person, ihr Vertreter oder die Abteilungsleitung ein zweites ärztliches Zeugnis, so ist dies spätestens am Vormittag des auf das Verlangen folgenden Werktags durch einen weiteren Facharzt oder eine weitere Fachärztin zu erstellen (Ausnahme: Anhörung hat bereits stattgefunden oder Unterbringung wurde bereits aufgehoben). Liegen nach dem zweiten ärztlichen Zeugnis die Voraussetzungen der Unterbringung nicht (mehr) vor, so ist die Unterbringung sogleich aufzuheben. Die Patientenanwaltschaft erhält eine maschinschriftliche Ausfertigung der/des ärztlichen Zeugnisse/s. Die Unterbringung ohne Verlangen ist unverzüglich dem zuständigen Bezirksgericht zu melden. Über das weitere gerichtliche Prozedere informiert Abschnitt 2.3.

» **Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen:**

Eine Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen setzt die Mitwirkung der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten voraus: „Eine Person, bei der die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen, darf auf eigenes Verlangen untergebracht werden, wenn sie den Grund und die Bedeutung der Unterbringung einzusehen und ihren Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen vermag“ (§ 4 Abs 1 UbG). Die Willenserklärung der Patientin oder des Patienten muss eigenhändig schriftlich im Beisein des/der mit der Führung der Abteilung betrauten Arztes/Ärztin oder seiner/ihrer Vertretung erfolgen. Die Erklärung kann jederzeit widerrufen werden. Für die Unterbringung auf Verlangen reicht ein fachärztliches Zeugnis. Bereits die erste Aufnahmeuntersuchung samt positivem Zeugnis löst die Unterbringung aus. Die Unterbringung auf Verlangen ist zeitlich auf sechs Wochen beschränkt. Sie kann einmal verlängert werden (auf insgesamt zehn Wochen ab dem Zeitpunkt der Unterbringung). Wird die Unterbringung auf Verlangen nicht schon vor Ablauf der Frist aufgehoben und bestehen nach dem Ablauf der zehn Wochen weiterhin die Voraussetzungen für eine

Unterbringung, gibt es im Rahmen des UbG nur noch die Möglichkeit der Unterbringung ohne Verlangen.

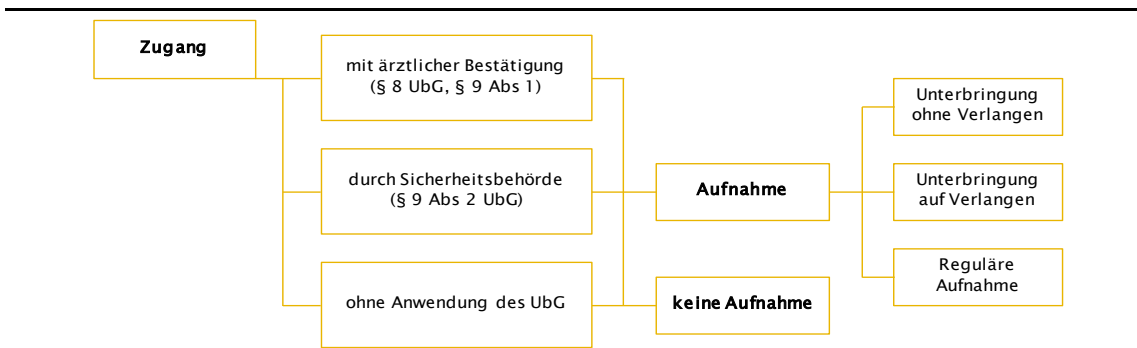
» **Reguläre Aufnahme:**

Die große Mehrheit der Patientinnen und Patienten wird regulär (ohne Anwendung des UbG) im Krankenhaus stationär aufgenommen. Dies ist auch dann möglich, wenn die betreffende Person gemäß § 8 (mit ärztlicher Bescheinigung) oder gemäß § 9 Abs 2 durch die Sicherheitsbehörden (unabhängig vom Vorliegen einer ärztlichen Bescheinigung) in das Krankenhaus gebracht wird.

Neben einer Unterbringung (ohne/auf Verlangen) bei Aufnahme (Unterbringungstag = Aufnahme-tag) kann es auch **während eines stationären Aufenthalts** zu einer Unterbringung oder auch mehreren Unterbringungen kommen³, was die jeweiligen rechtlichen und organisatorischen Mechanismen nach sich zieht.

Nicht jeder Zugang zum Krankenhaus mündet in einer stationären Aufnahme. Eine Nicht-Aufnahme ist insbesondere dann interessant, wenn die betreffende Person zuvor unter Anwendung des UbG – also mit ärztlicher Bescheinigung (§ 8 UbG) oder durch die Sicherheitsbehörden (§ 9 Abs 2 UbG) – in das Krankenhaus gebracht wurde. Ein solcher Fall der „Nicht-Aufnahme“ ist zu dokumentieren. Bei einem Zugang ohne Anwendung des UbG wird die Entscheidung, die Patientin / den Patienten nicht aufzunehmen, derzeit kaum dokumentiert.

Abbildung 2.1:
Schematische Darstellung der Zugangs- und Aufnahmearten



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

³ Mehrfachunterbringung: Die Unterbringung wird während des stationären Aufenthalts zwischenzeitlich wieder aufgehoben.

Die Auswertung der bei den Krankenhäusern und Abteilungen erhobenen Daten soll verdeutlichen, welcher Anteil an Patientinnen und Patienten auf die jeweiligen Zugangs- und Aufnahmearten entfällt und welches Gewicht insbesondere den Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen in Relation zu den gesamten Aufnahmen zukommt⁴.

2.3 Gerichtliche Kontrolle

2.3.1 Unterbringung ohne Verlangen

Wie in Abschnitt 2.1 ausgeführt, ist unmittelbar vor der Unterbringung zu prüfen, ob die Voraussetzungen für diese gegeben sind (§ 10 UbG). Diese Prüfung erfolgt durch eine Untersuchung der/des mit der Führung der Abteilung betrauten Ärztin/Arztes, die/der ein ärztliches Zeugnis über das Ergebnis der Untersuchung erstellt. Wenn laut Zeugnis die Voraussetzungen einer Unterbringung vorliegen, kommt es zur Unterbringung. Auf Verlangen kann ein zweites ärztliches Zeugnis erstellt werden (siehe Abschnitt 2.2).

Von der Unterbringung ist unverzüglich das zuständige Bezirksgericht zu informieren (§ 17 UbG). Innerhalb von vier Tagen ab Kenntnisnahme der Unterbringung hat sich das Gericht „einen persönlichen Eindruck vom Kranken in der Anstalt zu verschaffen. Es hat ihn über Grund und Zweck des Verfahrens zu unterrichten und hierzu zu hören“ (§ 19 UbG). Das Gericht hat im Rahmen der **Anhörung** die Möglichkeit, entweder die Unterbringung für vorläufig zulässig zu erklären oder sie sofort aufzuheben. Wird die Unterbringung für vorläufig zulässig erklärt, muss innerhalb von 14 Tagen nach der Anhörung eine **mündliche Verhandlung** abgehalten werden.

Vor der Verhandlung hat das Gericht zumindest eine/n Sachverständige/n zu bestellen, die oder der eine Untersuchung zur Prüfung der Unterbringungsbedingungen durchführt und ein schriftliches Gutachten erstellt (§ 22 UbG). Auf Wunsch der Patientin oder des Patienten oder ihres/seines Vertreters oder ihrer/seiner Vertreterin ist ein zweiter Sachverständiger oder eine zweite Sachverständige zu bestellen. In der Verhandlung haben alle Parteien die Möglichkeit, Stellung zu nehmen. Am Schluss der Verhandlung entscheidet das Gericht über die Zulässigkeit der Unterbringung (§ 26 UbG). Wird die Unterbringung für zulässig erklärt, setzt das Gericht eine Frist für die Dauer der Unterbringung fest. Diese darf maximal drei Monate ab Beginn der Unterbringung betragen. Wird die Unterbringung nicht bereits vor dem Fristablauf aufgehoben, weil die Voraussetzungen dafür nicht mehr gegeben sind, hat das Gericht erneut zu prüfen. Die jeweiligen Fristverlängerungen dürfen sechs Monate nicht übersteigen. Über ein Jahr hinaus darf eine weitere Unterbringung für wiederum jeweils längstens ein Jahr für zulässig erklärt werden,

4

Derzeit beschränkt sich die GÖG-Erhebung auf die Erfassung der Unterbringungen bei Aufnahme (Unterbringungstag = Aufnahmetag); Unterbringungen, die während des Aufenthalts erfolgen, sowie Mehrfachunterbringungen werden nicht erfasst, da die Differenzierung bislang nicht für alle an der Erhebung mitwirkenden Krankenanstalten / psychiatrischen Abteilungen möglich war. Zukünftige Erhebungen sollen diese Daten berücksichtigen.

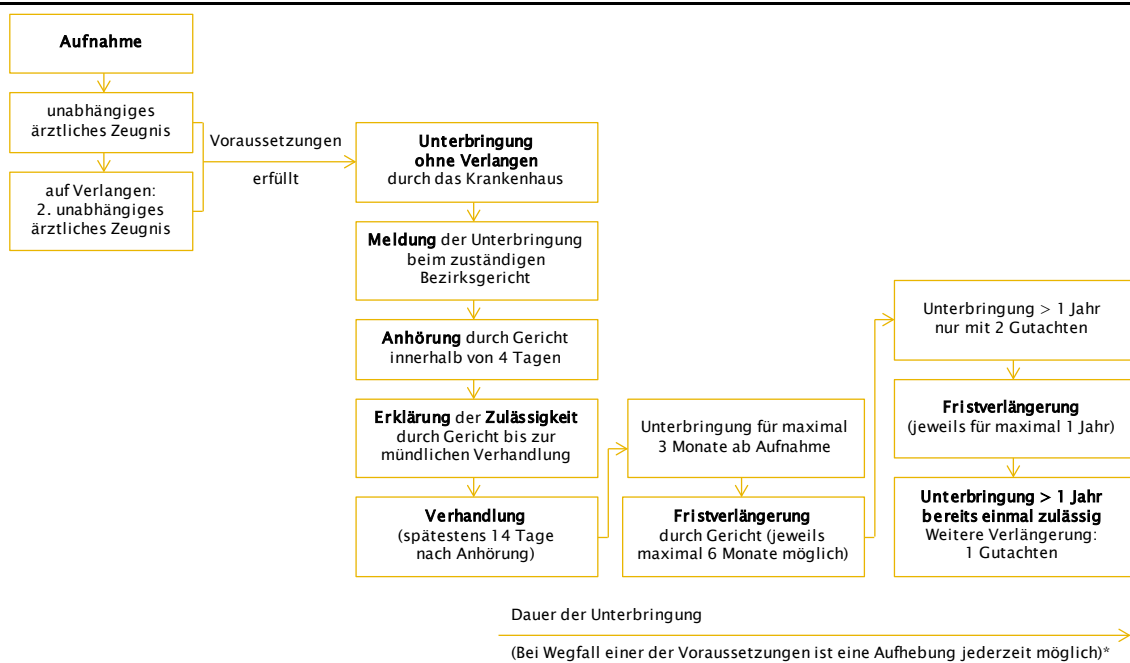
wenn dies aufgrund der übereinstimmenden Gutachten zweier Sachverständiger aus besonderen medizinischen Gründen erforderlich ist (§ 30 UbG).

Die Unterbringung ist jederzeit durch die verantwortliche Abteilungsleitung im Krankenhaus aufzuheben, sobald die Voraussetzungen dafür nicht mehr gegeben sind (§ 32 UbG).

Bei der Prüfung, ob die Unterbringung fortzusetzen oder aufzuheben ist, ist die Rückfallwahrscheinlichkeit in die Überlegungen einzubeziehen (§ 32a UbG). Es ist abzuwägen, ob Dauer und Intensität der Freiheitsbeschränkung im Verhältnis zur erforderlichen Gefahrenabwehr angemessen sind. Dabei ist zu berücksichtigen, ob durch eine zeitlich begrenzte Fortführung der Unterbringung – insbesondere durch einen zu erwartenden und nur im Rahmen der Unterbringung erreichbaren Behandlungsfortschritt – die Wahrscheinlichkeit wesentlich verringert werden kann, dass die/der Kranke in absehbarer Zeit nach Aufhebung der Unterbringung neuerlich in ihrer/seiner Freiheit beschränkt werden muss.

Abbildung 2.2 stellt schematisch den Ablauf einer Unterbringung ohne Verlangen dar.

Abbildung 2.2:
Unterbringung ohne Verlangen und gerichtliche Kontrolle



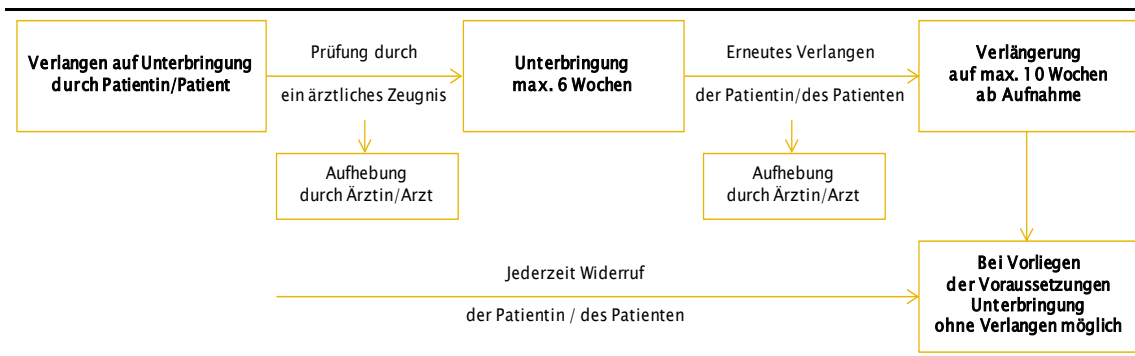
* Die Unterbringung muss nicht mehr unmittelbar nach Wegfall der akuten Gefährdung aufgehoben werden, es ist auch die Rückfallwahrscheinlichkeit in die Überlegungen mit einzubeziehen (§ 32a UbG).

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.3.2 Unterbringung auf Verlangen

Eine Unterbringung kann auch auf Wunsch der betroffenen Person erfolgen (§ 4 UbG). Dazu muss diese das „Verlangen“ eigenhändig schriftlich formulieren. Wie bei der Unterbringung ohne Verlangen ist durch die/den mit der Führung der Abteilung betraute/n Ärztin/Arzt oder ihre/seine Vertretung zu prüfen, ob die Unterbringungsbedingungen gegeben sind. Die Aufnahme auf Verlangen kann nur erfolgen, wenn die Person „den Grund und die Bedeutung der Unterbringung einzusehen und ihren Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen vermag“ (§ 4 UbG). Die Unterbringung auf Verlangen darf die Dauer von sechs Wochen nicht überschreiten, auf erneutes Verlangen kann sie auf insgesamt maximal zehn Wochen ausgedehnt werden. Die auf Verlangen untergebrachten Patientinnen und Patienten sind darauf hinzuweisen, dass sie die Unterbringung jederzeit widerrufen können. Des Weiteren sind sie über die Einrichtung der Patientenanzwaltschaft zu informieren. Das Gericht muss nicht über die Unterbringung auf Verlangen informiert werden. Die rechtliche Sicherheit wird durch das Widerrufsrecht erreicht. Kommt es zum Widerruf durch die betroffene Patientin oder den betroffenen Patienten, muss entweder die Unterbringung aufgehoben werden oder das Verfahren für eine Unterbringung ohne Verlangen eingeleitet werden. Sind nach Ablauf der maximalen Unterbringungsdauer auf Verlangen (zehn Wochen) die Voraussetzungen für eine Unterbringung noch immer gegeben, besteht einzig die Möglichkeit der Unterbringung ohne Verlangen mit dem gesamten Prozedere der Prüfung und gerichtlichen Kontrolle. Abbildung 2.3 zeigt schematisch den Ablauf der Unterbringung auf Verlangen.

Abbildung 2.3:
Schematische Darstellung der Unterbringung auf Verlangen



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.3.3 Beschränkungen und ärztliche Behandlung im Kontext der Anwendung des UbG

Beschränkungen der Bewegungsfreiheit

In einigen Fällen wird die Bewegungsfreiheit während einer Unterbringung auf mehrere Räume oder bestimmte räumliche Bereiche eingeschränkt (§ 33 UbG). Dies ist im Einzelfall dann erlaubt, wenn nur dadurch eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Person selbst oder das Leben oder die Gesundheit anderer abgewehrt werden kann und wenn die Einschränkung für die ärztliche Behandlung oder Betreuung unerlässlich ist. Eine Beschränkung der Bewegungsfreiheit auf einen Raum / innerhalb eines Raumes ist von der Ärztin / dem Arzt besonders anzuordnen.

Verkehr mit der Außenwelt

Der Verkehr der/des Kranken mit der Außenwelt (Besuche/Telefonate) darf nur eingeschränkt werden, soweit dies „zur Abwehr einer ernstlichen und erheblichen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Person selbst oder das Leben oder die Gesundheit anderer oder zum Schutz der Rechte anderer Personen in der psychiatrischen Abteilung unerlässlich ist“ (§ 34 UbG). Die Einschränkung muss im Verhältnis zu ihrem Zweck stehen.

Beschränkung sonstiger Rechte

Mit Novellierung des Unterbringungsgesetzes im Juli 2010 sind darüber hinaus Beschränkungen sonstiger Rechte der/des Kranken während der Unterbringung – insbesondere die Beschränkung der Rechte auf Tragen von Privatkleidung, Gebrauch persönlicher Gegenstände und Ausgang ins Freie, soweit nicht besondere Vorschriften bestehen – nur insoweit zulässig, als sie zur Abwehr einer Gefährdung (des eigenen Lebens oder der eigenen Gesundheit oder des Lebens oder der Gesundheit anderer) oder zum Schutz der Rechte anderer Personen in der psychiatrischen Abteilung unerlässlich sind und die Einschränkung nicht außer Verhältnis zu ihrem Zweck steht (§ 34a UbG).

Beschränkungen (der Bewegungsfreiheit, des Verkehrs mit der Außenwelt oder sonstiger Rechte) sind von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten anzuordnen, in der Krankengeschichte zu dokumentieren und der Vertretung der/des Kranken unverzüglich mitzuteilen.

Auf Verlangen der Patientinnen/Patienten oder ihrer Vertretung hat das Gericht über die Zulässigkeit der Beschränkung zu entscheiden (§§ 33, 34a UbG). Die Überprüfung erfolgt im Gegensatz zur Unterbringung ohne Verlangen also nicht automatisch, sondern ausschließlich auf Wunsch der Patientin / des Patienten oder ihrer/seiner Vertretung.

Ärztliche Behandlung im Kontext der Anwendung des UbG

Die ärztliche Behandlung hat nach § 35 UbG „nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft“ zu erfolgen. Der Grund und die Bedeutung sind den Patientinnen und Patienten und – in bestimmten Fällen – auch deren gesetzlichen oder gewillkürten Vertreterinnen und Vertretern (dem/der Sachwalter/in oder der/dem Vorsorgebevollmächtigten sowie bei Minderjährigkeit der/dem Erziehungsberechtigten) zu erläutern. Die Behandlung darf grundsätzlich nicht gegen den Willen der Patientin / des Patienten erfolgen. Besondere Heilbehandlungen einschließlich operativer Eingriffe dürfen nur mit schriftlicher Zustimmung der Patientin / des Patienten vorgenommen werden. Fehlt die Einsichts- und Urteilsfähigkeit der betreffenden Person, ist die schriftliche Zustimmung der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters erforderlich.

Eine gerichtliche Prüfung der Zulässigkeit der Behandlung erfolgt in Fällen, in denen die Patientin / der Patient nicht einsichts- und urteilsfähig ist und eine gesetzliche Vertretung (z. B. durch Sachwalter, Erziehungsberechtigte, Vorsorgebevollmächtigte) fehlt (§§ 36 f. UbG). Besondere Heilbehandlungen bedürfen in diesen Fällen der Genehmigung des Gerichts vor Durchführung. Sollte eine Behandlung so dringend sein, dass die Einholung einer Zustimmung oder gerichtlichen Genehmigung das Leben der/des Kranken gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit der/des Kranken einhergehen, sind diese nicht erforderlich, sondern werden durch die Entscheidung der Abteilungsleitung ersetzt.

2.4 Novelle zum Unterbringungsgesetz 2010

Im Juli 2010 ist die Novelle zum Unterbringungsgesetz (BGBl I 2010/18)⁵ in Kraft getreten. Die wichtigsten damit verbundenen Änderungen werden nachfolgend zusammengefasst.

Das Unterbringungsgesetz (UbG) löste im Jahr 1991 die seit 1916 bestehenden Bestimmungen der Entmündigungsordnung über die Anhaltung in geschlossenen Anstalten ab. Mit der Einführung des UbG bildete das Kriterium der Gefährdung (Eigen- und/oder Fremdgefährdung) in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung die Voraussetzung für die Unterbringung (Geretsegger 2010).

Die **zentralen Änderungen** sind (BGBl I 2010/18, Geretsegger 2010, Denk et al. 2010):

- » Für die Unterbringung auf Verlangen (§ 6 Abs 1) reicht **ein fachärztliches Zeugnis**. Bereits die erste Aufnahmeuntersuchung samt positivem Zeugnis löst die Unterbringung aus.

5

Bundesgesetz, mit dem das Unterbringungsgesetz, das Heimaufenthaltsgesetz und das Strafvollzugsgesetz geändert werden (Unterbringungs- und Heimaufenthaltsgesetz 2010 - Ub-HeimAuf-Nov 2010, BGBl I 2010/18), abrufbar unter http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2010_I_18/BGBLA_2010_I_18.pdf

Für die Unterbringung ohne Verlangen (§ 10 Abs 1 und 3) ist ein zweites Zeugnis nur dann erforderlich, wenn die aufgenommene Person selbst, ihre Vertretung oder die Abteilungsleitung (oder deren Vertretung) es verlangt. In diesem Falle hat eine weitere Fachärztin / ein weiterer Facharzt die aufgenommene Person spätestens am Vormittag des folgenden Werktages zu untersuchen. Diese Regelung sollte der fortschreitenden Dezentralisierung der Psychiatrien gerecht werden (kleinere Abteilungen, keine ständige Anwesenheit von zwei Fachärztinnen/Fachärzten), darüber hinaus soll die Patientin / der Patient von zusätzlichen Untersuchungen entlastet werden. Die Möglichkeit, eine „Zweitmeinung“ einzuholen, besteht weiterhin.

- » Die Unterbringung muss nicht mehr unmittelbar nach Wegfall der akuten Gefährdung aufgehoben werden, es ist auch die **Rückfallwahrscheinlichkeit in die Überlegungen einzu-beziehen** (§ 32a): Bei der Prüfung, ob die Unterbringung fortzusetzen oder aufzuheben ist, ist abzuwägen, ob Dauer und Intensität der Freiheitsbeschränkung im Verhältnis zur erforderlichen Gefahrenabwehr angemessen sind. Dabei ist zu berücksichtigen, ob durch eine zeitlich begrenzte Fortführung der Unterbringung, insbesondere durch einen zu erwartenden und nur im Rahmen der Unterbringung erreichbaren Behandlungsfortschritt, die Wahrscheinlichkeit wesentlich verringert werden kann, dass die/der Kranke in absehbarer Zeit nach Aufhebung der Unterbringung neuerlich in ihrer/seiner Freiheit beschränkt werden muss.

Vorrangiges Ziel dieser Änderung ist es, rasche Folgeunterbringungen zu vermeiden, ohne dass die kumulative Gesamtdauer der Unterbringungen steigt. Kritisiert wurde vor der Novellierung, dass die Unterbringung häufig zu früh aufgehoben wurde. Durch eine frühzeitige Entlassung wurde eine größere Rückfallwahrscheinlichkeit geortet sowie eine Förderung der „Drehtürpsychiatrie“ bei bestimmten stationären Patientinnen und Patienten. Beklagt wurde auch eine aus der Verringerung der Dauer der Unterbringungen resultierende Verlagerung von psychisch Kranken in den Bereich des strafrechtlichen Maßnahmenvollzugs.

- » Im Zuge der Novellierung wurde mit § 34a eine Bestimmung zur **Beschränkung sonstiger Rechte der/des Kranken** während der Unterbringung ergänzt. Für nähere Informationen siehe Abschnitt 2.3.3. Bislang war die Beschränkung sonstiger Rechte der/des Kranken nur zur Abwehr von Gefahr für den Patienten oder die Patientin möglich. Mit der Novelle können Beschränkungen auch zum Schutz der Rechte anderer Patientinnen und Patienten erfolgen.

3 Datengrundlage und methodische Vorgehensweise

Die vorliegende Studie dient dazu, die Vollziehung des UbG systematisch zu erfassen und zu analysieren. Zu diesem Zweck werden drei Datenquellen herangezogen:

1. Die Daten der jährlichen Erhebung zu Unterbringungen – differenziert nach Zugangs- und Aufnahmearten – in den mit der Unterbringung befassten psychiatrischen Krankenhäusern bzw. Abteilungen;
2. die von den Bezirksgerichten (im Auftrag des BMJ) an das Bundesrechenzentrum übermittelten Informationen bezüglich der gemeldeten Unterbringungen ohne Verlangen und gerichtlichen Kontrollen sowie
3. die von der Patientenanwaltschaft – VertretungsNetz⁶ sowie von der Patientenanwaltschaft des Instituts für Sozialdienste (IFS) in Vorarlberg zur Verfügung gestellten Daten zu Unterbringungen und zu den untergebrachten Personen (Zielgruppenbeschreibung).

3.1 Daten der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen

Tabelle 3.1 listet alle österreichischen psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen auf und legt dar, ob am jeweiligen Standort derzeit Unterbringungen nach dem UbG vorgenommen werden. Die Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind gesondert ausgewiesen.

Im Unterschied dazu enthält Tabelle 3.2 ausschließlich jene Standorte, an denen das UbG angewendet wird, ergänzt um eine Übersicht, welche Daten zu Unterbringungen von der jeweiligen Einrichtung bereitgestellt werden konnten.

6

Zuständigkeitsbereich: Österreich ohne Vorarlberg

Tabelle 3.1:

Standorte psychiatrischer Abteilungen bzw. Krankenanstalten (Stand: 2013)

Bundesland	Standort	Versorgungsstruktur	Unterbringung nach UbG
B	KH BBR Eisenstadt	PA-AKH	ja (seit 2013)
K	LKH Klagenfurt (Zentrum für Seelische Gesundheit)	PA-AKH	ja
	LKH Klagenfurt (Zentrum für Seelische Gesundheit)	KJP	ja
	LKH Villach	PA-AKH	ja (seit 2012)
NÖ	LKL Hollabrunn	PA-AKH	ja
	LKL Amstetten-Mauer	PKH	ja
	LKL Amstetten-Mauer	KJP	ja
	LKL Baden-Mödling	PA-AKH	ja
	LKL Baden-Mödling	KJP	ja
	LKL Neunkirchen	PA-AKH	ja
	LKL Tulln	PA-AKH	ja
	LKL Tulln	KJP	ja
	LKL Zwettl-Gmünd-W/T	PA-AKH	ja
OÖ	Braunau KH St. Josef	PA-AKH	ja
	LNKL Linz	PKH	ja
	LNKL Linz	KJP	ja
	LKH Steyr	PA-AKH	ja
	LKH Vöcklabruck	PA-AKH	ja
	Klinikum Wels-Grieskirchen	PA-AKH	ja
	Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz	KJP	ja (seit 2013)*
S	Christian-Doppler-Klinik Salzburg	PKH	ja
	Christian-Doppler-Klinik Salzburg	KJP	ja
	KH Schwarzach/Pongau	PA-AKH	ja
ST	LKH Graz (Psychiatrische Universitätsklinik)	PUK	ja
	LNKL Graz	PKH	ja
	LNKL Graz	KJP	ja
	KH BBR Graz-Eggenberg	PA-AKH	nein
T	LKH Hall in Tirol	PKH	ja
	LKH Innsbruck - Psychiatrische Universitätsklinik	PUK	ja
	LKH Innsbruck - Psychiatrische Universitätsklinik	KJP	ja
	BKH Lienz	PA-AKH	ja
	BKH Kufstein	PA-AKH	ja
V	LKH Rankweil	PKH	ja
	LKH Rankweil	KJP	nein

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.1

Bundesland	Standort	Versorgungsstruktur	Unterbringung nach UbG
W	AKH Wien (Universitätsklinik für Psychiatrie)	PUK	ja
	AKH Wien (Universitätsklinik für Psychiatrie)	KJP	ja
	SMZ-Süd KFJ/Preyer	PA-AKH	ja
	KH SMZ-Ost - Donauspital	PA-AKH	ja
	Otto-Wagner-Spital	PKH	ja
	KH Hietzing - Rosenhügel	PA-AKH	ja
	KH Hietzing - Rosenhügel	KJP	ja
	Therapiezentrum Ybbs ¹	PKH	ja

KJP = Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, PA-AKH = psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus, PKH = psychiatrisches Krankenhaus, PUK = psychiatrische Universitätsklinik, TZ = Therapiezentrum

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien

¹ Das TZ Ybbs befindet sich zwar am Standort NÖ, wird aber als KH des Wiener KAV dem Bundesland Wien zugeordnet.

* keine eigene UbG-Station, daher nur vereinzelte Fälle (seit Juni 2013). Der Großteil der UbG-Patientinnen/-Patienten wird ans LNK Wagner-Jauregg verwiesen; Daten werden erst ab 2014 (nächster Bericht) in die Analyse aufgenommen.

Quelle, Erhebungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei den psychiatrischen Krankenhäusern und den Abteilungen für Psychiatrie an Allgemeinkrankenhäusern werden erfasst: die Gesamtanzahl der vollstationären Aufnahmen und – sofern verfügbar – Daten zu den verschiedenen Arten des Zugangs zum Krankenhaus (§ 8 oder § 9 UbG Abs 2 oder ohne Anwendung des UbG) sowie zu den daraus resultierenden Aufnahmearten (gemäß UbG: auf/ohne Verlangen oder regulär / ohne Anwendung des UbG).

Die Daten zeichnen sich seit dem Jahr 2003 durch sehr hohe Konsistenz und Zuverlässigkeit aus. Bei der Interpretation der Daten sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

- » Die Möglichkeiten der Datenerfassung und -auswertung in den einzelnen Krankenhäusern und damit die Beteiligung der Krankenhäuser an der Erhebung haben sich kontinuierlich verbessert. Die Beteiligung an der Erhebung ist freiwillig und beträgt für den Erhebungszeitraum 2012/2013 hundert Prozent. Jedoch konnten nicht alle Krankenhäuser sämtliche Daten bereitstellen, was zumeist datentechnische Gründe hat. Bei den einzelnen Tabellen und Graphiken wird jeweils angegeben, auf welche Datengrundlagen sich die Angaben beziehen.
- » Im Laufe der Erhebungsjahre sind weitere Abteilungen, die nunmehr ebenfalls Unterbringungen nach dem UbG vornehmen, hinzugekommen. Dadurch basieren die Angaben zu den einzelnen Jahren im Abschnitt 4.2 auf unterschiedlichen Grundgesamtheiten.

- » Die Erhebung der GÖG bei den Krankenanstalten stellt die einzige Quelle zu Informationen hinsichtlich der Zugangsart⁷ zu Krankenanstalten / psychiatrischen Abteilungen sowie zu Unterbringungen auf Verlangen dar, da diese nicht an die Bezirksgerichte oder die Patientenanwaltschaft gemeldet werden müssen.
- » Die Erhebung der GÖG bei den Krankenanstalten ermöglicht somit als einzige Datenquelle eine Gegenüberstellung der Zugangs- und Aufnahmeart, d. h. sie gibt Hinweise auf den Grad der Übereinstimmung der Einschätzung der mit der Anwendung des UbG betrauten Fachpersonen im Vorfeld der stationären Aufnahme (§ 8 oder § 9 Abs. 2 UbG) und der Einschätzung der begutachtenden Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus / in der psychiatrischen Abteilung zum Zeitpunkt der Aufnahme⁸.
- » Die GÖG-Datenerhebung erfasst Informationen zu den Unterbringungen am Aufnahmetag (siehe dazu auch Fußnote 4 im Abschnitt 2.2). Aus diesem Grund weicht die Anzahl der Unterbringungen in der Erhebung der GÖG bei den Krankenhäusern ab von der Anzahl der gemeldeten Unterbringungen bei den Bezirksgerichten. Einige Krankenhäuser liefern Daten zu allen Unterbringungen, d. h. auch zu jenen, die während eines Aufenthalts notwendig wurden. Diese werden aktuell so behandelt, als würden sie am Aufnahmetag stattfinden. Dadurch kann es zu Verzerrungen bei Vergleichen einzelner Krankenhäuser kommen. Bei zukünftigen Erhebungen werden – sofern für die Krankenhäuser möglich – neben den Unterbringungen bei Aufnahme auch Angaben zu allen Unterbringungen erfasst.
- » In vielen Krankenhäusern und Abteilungen erfolgt keine elektronische Dokumentation der Daten für den Fall, dass nach Einweisung durch eine Amtsärztin / einen Amtsarzt oder durch die Sicherheitsbehörde keine stationäre Aufnahme erfolgt (siehe dazu auch Abschnitt 2.2). Die Anzahl der Fälle, in denen eine Person ohne Anwendung des UbG in das Krankenhaus kommt und nicht aufgenommen wird, ist meistens nicht nachvollziehbar. Die Anzahl der „Nicht-Aufnahmen“ ist jedoch insbesondere bei einem Zugang entsprechend UbG (§ 8 oder § 9 Abs 2) interessant; eine zukünftige Erfassung dieser im Rahmen der GÖG/ÖBIG-Erhebung ist wünschenswert.

Tabelle 3.2 zeigt im Überblick, welche Daten für die Jahre 2012 und 2013 von den jeweiligen Krankenhäusern bzw. Abteilungen übermittelt werden konnten.

7
Zugangsart = Wie kommt jemand ins Krankenhaus?

8
Also ob jemand, der unter Anwendung des UbG (§ 8 oder § 9 Abs 2) in das Krankenhaus kommt, stationär aufgenommen und gemäß UbG (auf/ohne Verlangen) untergebracht wird oder nicht.

Tabelle 3.2:

Übersicht über Datenrückmeldungen der befragten psychiatrischen Krankenhäuser bzw. Abteilungen

Bundesland	Standort	Versorgungsstruktur	Daten differenziert nach Zugangsarten gemeldet		Daten zu Aufnahmen mit Unterbringung auf Verlangen (AUaV) gemeldet	
			Jahr			
			2012	2013	2012	2013
B	KH BBR Eisenstadt	PA-AKH	Unterbringungen nach UbG ab Jän 2013	-	Unterbringungen nach UbG ab Jän 2013	AUaV finden nicht statt
K	LKH Klagenfurt (Zentrum für Seelische Gesundheit)	PA-AKH	✓	✓	✓	✓
	LKH Klagenfurt (Zentrum für Seelische Gesundheit)	KJP	✓	✓	✓	k. A. ¹
	LKH Villach	PA-AKH	✓	✓	✓	✓
NÖ	LKL Hollabrunn	PA-AKH	-	-	✓	k. A.
	LKL Amstetten-Mauer	PKH	-	-	✓	✓
	LKL Amstetten-Mauer	KJP	-	-	✓	✓
	LKL Baden-Mödling	PA-AKH	-	-	✓	✓
	LKL Baden-Mödling	KJP	-	-	✓	✓
	LKL Neunkirchen	PA-AKH	✓	✓	✓	k. A.
	LKL Tulln	PA-AKH	-	-	✓	k. A.
	LKL Tulln	KJP	-	-	✓	k. A.
LKL Zwettl-Gmünd-W/T	PA-AKH	-	-	✓	k. A.	
OÖ	Braunau KH St Josef	PA-AKH	✓	✓	✓	✓
	LNKL Linz	PKH	✓	✓	✓	✓
	LNKL Linz	KJP	✓	✓	✓	✓
	LKH Steyr	PA-AKH	✓	✓	✓	✓
	LKH Vöcklabruck	PA-AKH	✓	✓	✓	✓
	Klinikum Wels-Grieskirchen	PA-AKH	✓	✓	✓	✓
S	Christian-Doppler-Klinik Salzburg	PKH	✓	✓	✓	✓
	Christian-Doppler-Klinik Salzburg	KJP	✓	✓	✓	✓
	KH Schwarzach/Pongau	PA-AKH	-	-	✓	✓
ST	LKH Graz (Psychiatrische Universitätsklinik)	PUK	-	-	✓	k. A.
	LNKL Graz	PKH	✓	✓	✓	✓
	LNKL Graz	KJP	✓	✓	k. A.	✓

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.2

Bundesland	Standort	Versorgungsstruktur	Daten differenziert nach Zugangsarten gemeldet		Daten zu Aufnahmen mit Unterbringung auf Verlangen (AUaV) gemeldet	
			Jahr			
			2012	2013	2012	2013
T	LKH Hall in Tirol	PKH	✓	✓	✓	✓
	LKH Innsbruck – Psychiatrische Universitätsklinik	PUK	✓	✓	✓	✓
	LKH Innsbruck – Psychiatrische Universitätsklinik	KJP	-	✓	✓	✓
	BKH Lienz	PA-AKH	-	-	✓	✓
	BKH Kufstein	PA-AKH	-	-	✓	✓
V	LKH Rankweil	PKH	-	-	k. A.	k. A.
W	AKH Wien (Universitätsklinik für Psychiatrie)	PUK	-	-	✓	✓
	AKH Wien (Universitätsklinik für Psychiatrie)	KJP	-	-	✓	✓
	SMZ SÜD KFJ / Preyer'sches KS	PA-AKH	-	-	k. A.	k. A.
	KH SMZ-Ost – Donauspital	PA-AKH	✓	-	✓	✓
	Otto-Wagner-Spital	PKH	-	-	k. A.	k. A.
	KH Hietzing – Rosenhügel	PA-AKH	-	-	✓	✓
	KH Hietzing – Rosenhügel	KJP	✓	✓	✓	✓
Therapiezentrum Ybbs ²	PKH	✓	✓	k. A.	✓	

KJP = Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, PA-AKH = psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus, PKH = psychiatrisches Krankenhaus, PUK = psychiatrische Universitätsklinik, TZ = Therapiezentrum

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien

- 1 k. A.: wenn nicht explizit angeführt, kann nicht unterschieden werden, ob AUaV an dem Standort nicht stattfinden oder ob sie zwar stattfinden, aber nicht gemeldet werden können (z. B. wegen fehlender elektronischer Erfassung).
- 2 Das TZ Ybbs befindet sich zwar am Standort NÖ, wird aber als KH des Wiener KAV dem Bundesland Wien zugeordnet.

Quelle, Erhebungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.2 Daten der Bezirksgerichte

Die Daten der Bezirksgerichte werden vom Bundesrechenzentrum gesammelt und geben Aufschluss über die Gesamtzahl der von den psychiatrischen Krankenhäusern/Abteilungen gemeldeten Unterbringungen ohne Verlangen sowie über die Anzahl der gerichtlichen Anhörungen und mündlichen Verhandlungen, bei denen über die Zulässigkeit der Unterbringung entschieden wird. Der Statistik ist außerdem zu entnehmen, welcher Anteil an Unterbringungen im Rahmen der Anhörung oder Verhandlung für zulässig erklärt wurde. Aus den Angaben der Bezirksgerichte können Rückschlüsse auf die Dauer der Unterbringungen gezogen werden. Die Daten des Bundesrechenzentrums weisen eine hohe Qualität auf; vereinzelt gibt es allerdings Inkonsistenzen (z. B. werden Verhandlungen gemeldet, ohne dass zuvor Anhörungen gemeldet wurden). Ursache könnten Fehleintragungen bei den Gerichten sein.

3.3 Daten der Patientenanwaltschaft

Von der Patientenanwaltschaft der Einrichtung „VertretungsNetz“⁹ werden alle österreichischen Bundesländer mit Ausnahme von Vorarlberg betreut. In Vorarlberg obliegt die Vertretung der Patientinnen und Patienten dem Institut für Sozialdienste (IfS)¹⁰. Beide Institutionen führen umfassende Dokumentationen.

Die Daten der Patientenanwaltschaft ermöglichen einerseits eine nähere Beschreibung der Unterbringungen sowie der untergebrachten Personen, andererseits stellen sie die Grundlage für die in diesem Bericht dargelegten Aussagen zu Zwangsmaßnahmen (Beschränkungen, ärztlichen Behandlung ohne/gegen den Willen von Patientinnen/Patienten) während der Unterbringung dar.

Außerdem konnte anhand der Berichte der beiden o. a. Organisationen die Plausibilität der hier publizierten Daten der Krankenhäuser und der Bezirksgerichte geprüft werden.

9

www.vertretungsnetz.at

10

www.ifs.at/patientenanwaltschaft.html

4 Unterbringungen gemäß UbG in der Praxis

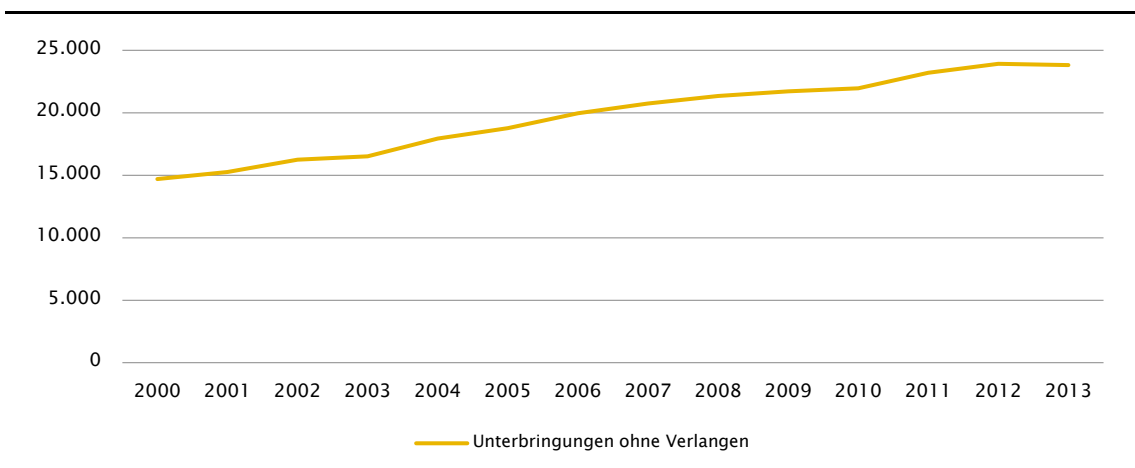
4.1 Unterbringungen ohne Verlangen

Dieser Abschnitt bezieht sich auf alle Unterbringungen ohne Verlangen gemäß UbG im Jahr 2013 in Österreich. Die Analysen beruhen teils auf den Daten der Bezirksgerichte, teils auf den Daten der Patientenanwaltschaft (VertretungsNetz und IfS).

4.1.1 Anzahl der Unterbringungen im Zeitverlauf

Im Jahr 2013 wurden bei den zuständigen Bezirksgerichten 23.812 Unterbringungsfälle ohne Verlangen registriert (Unterbringungen auf Verlangen gemäß UbG müssen von den Krankenhäusern / Abteilungen für Psychiatrie nicht gemeldet werden). Die Anzahl der gemeldeten Unterbringungen nahm seit dem Jahr 2000, in dem 14.694 Unterbringungen gemeldet wurden, bis 2012 kontinuierlich zu, die jährlichen Zuwächse fallen allerdings sehr unterschiedlich aus (siehe Abbildung 4.1). Zwischen 2006 und 2010 sind die jährlichen Zuwächse geringer ausgefallen, Im Jahr 2011 hingegen haben sie wieder stark zugenommen. Im Jahr 2013 gab es wieder einen leichten Rückgang von 107 gemeldeten Unterbringungen im Vergleich zum Vorjahr. Die bei den Bezirksgerichten gemeldeten Unterbringen finden sich im Detail im Anhang (Tabelle A.1).

Abbildung 4.1:
Entwicklung der Unterbringungshäufigkeiten 2000–2013

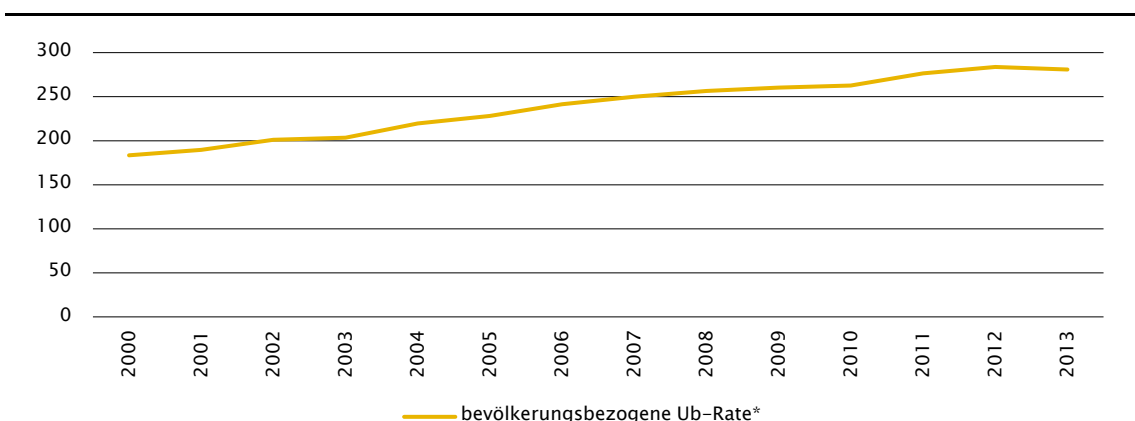


Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.1.2 Bevölkerungsbezogene Unterbringungsrate nach UbG

Im Jahr 2000 kamen in Österreich auf 100.000 Einwohner/innen (EW) 183 Unterbringungen ohne Verlangen. Zwischen 2000 und 2012 nahm die bevölkerungsbezogene Unterbringungsrate (Ub-Rate) stetig zu, allerdings in den einzelnen Jahren in sehr unterschiedlichem Ausmaß. Im Jahr 2013 nahm die Ub-Rate wieder leicht ab und betrug 281 Unterbringungen pro 100.000 EW (siehe Abbildung 2.2).

Abbildung 4.2:
Bevölkerungsbezogene Unterbringungsrate



* Unterbringungen pro 100.000 Einwohner

Quelle: Bundesrechenzentrum; Jahresdurchschnittsbevölkerung Statistik Austria;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.1.3 Zielgruppenbeschreibung

Anhand der Daten der VertretungsNetz-Patientenrechtsanwaltschaft können Aussagen zu Personen, die ohne Verlangen untergebracht sind, für ganz Österreich mit Ausnahme von Vorarlberg getätigt werden. Für Vorarlberg sammelt das IfS alle relevanten Daten und wertet sie aus. Die zur Verfügung stehende Aufbereitung beider Datenquellen ist derzeit nicht kompatibel, weshalb sie in den nachfolgenden Auswertungen nicht zusammengefasst werden können.

Unterbringungen nach Geschlecht und Alter

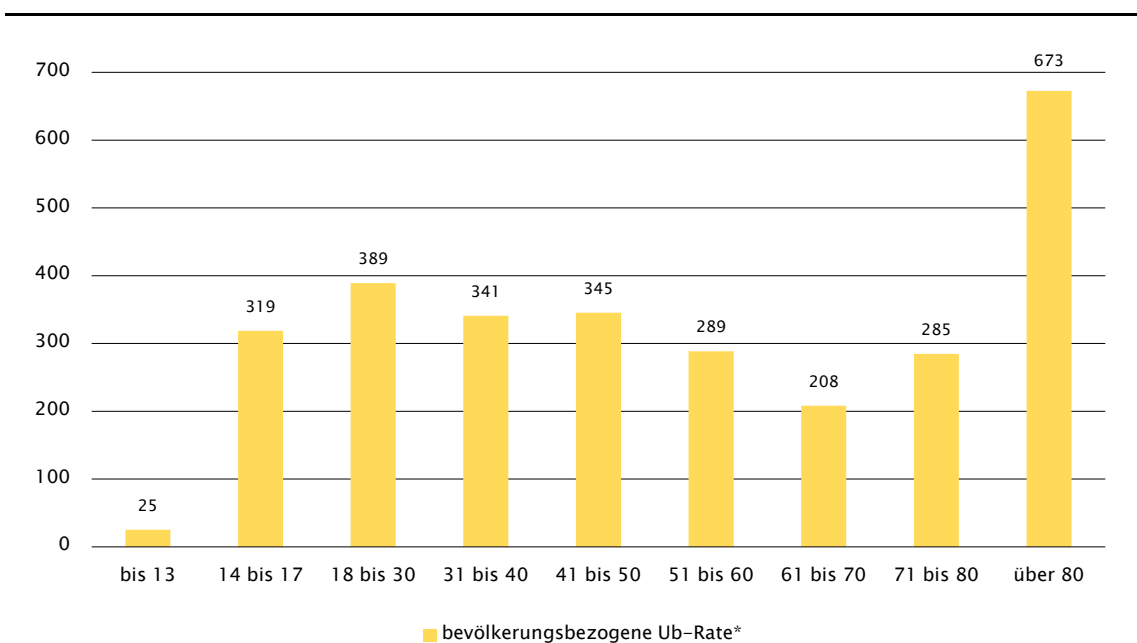
Im Jahr 2013 waren in Österreich insgesamt 18.178¹¹ Personen „untergebracht“, davon waren 8.565 (47 %) Frauen und 9.613 (53 %) Männer.

11

Doppelzählungen sind möglich, wenn eine Person im Jahr 2013 in zwei verschiedenen Krankenhäusern untergebracht war.

Betrachtet man die Unterbringungen pro 100.000 Einwohner/innen in den einzelnen Altersklassen (siehe Abbildung 4.3), so zeigt sich, dass in Österreich (ohne Vorarlberg) nur wenige Unterbringungen auf Kinder und Jugendliche bis 13 Jahre entfallen und dass es in der Altersgruppe 14 bis 17 Jahre zu einem starken Anstieg der Unterbringungsrate kommt. In der Altersgruppe 18 bis 30 Jahre erhöht sich die Unterbringungsrate nochmals und erreicht eine erste Spitze. In den Altersstufen 31 bis 50 Jahre ist sie auf einem leicht niedrigeren Niveau relativ konstant und nimmt dann bis inklusive der Altersstufe 61 bis 70 wieder ab. In der Altersstufe der über 81-Jährigen zeigt sich eine im Altersvergleich extrem hohe Unterbringungsrate.

Abbildung 4.3:
Bevölkerungsbezogene Unterbringungsrate pro Altersstufen (Österreich ohne Vorarlberg)

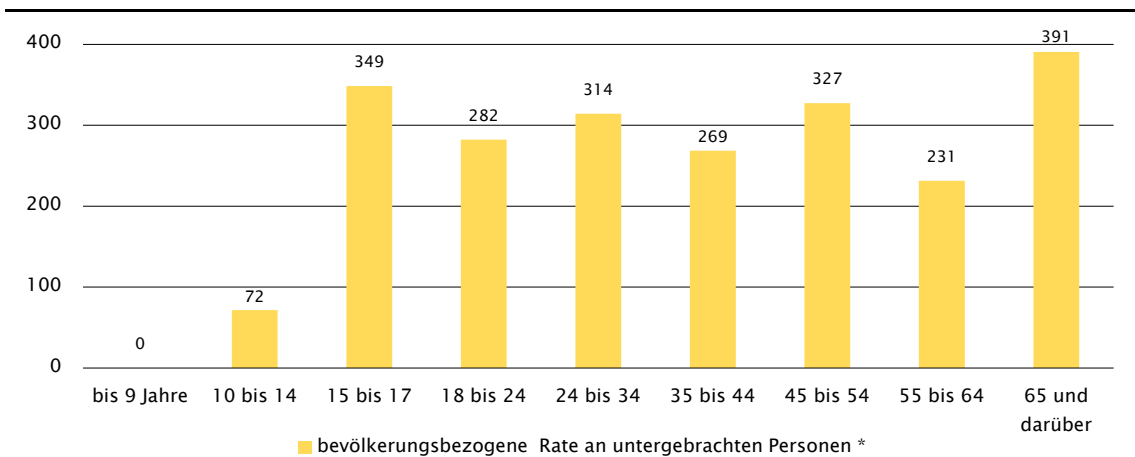


* Unterbringungen pro 100.000 Einwohner

Quelle: VertretungsNetz-Patientenadvokatur; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auch für Vorarlberg zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche bis 14 Jahren eher selten untergebracht werden, dass es aber in der Altersstufe 15 bis 17 Jahre zu einem starken Anstieg der Ub-Rate kommt. In den mittleren Lebensjahren bleibt der Anteil an untergebrachten Personen mit 269 und 327 Personen pro 100.000 EW relativ konstant. In der Altersstufe der 55- bis 64-Jährigen sinkt die Ub-Rate mit 231 untergebrachten Personen pro 100.000 Einwohner etwas, nimmt aber in der Altersstufe der über 64-Jährigen wieder stark zu und erreicht den höchsten Wert (siehe Abbildung 4.4).

Abbildung 4.4:
Bevölkerungsbezogene Unterbringungsrate nach Altersstufen (Vorarlberg)



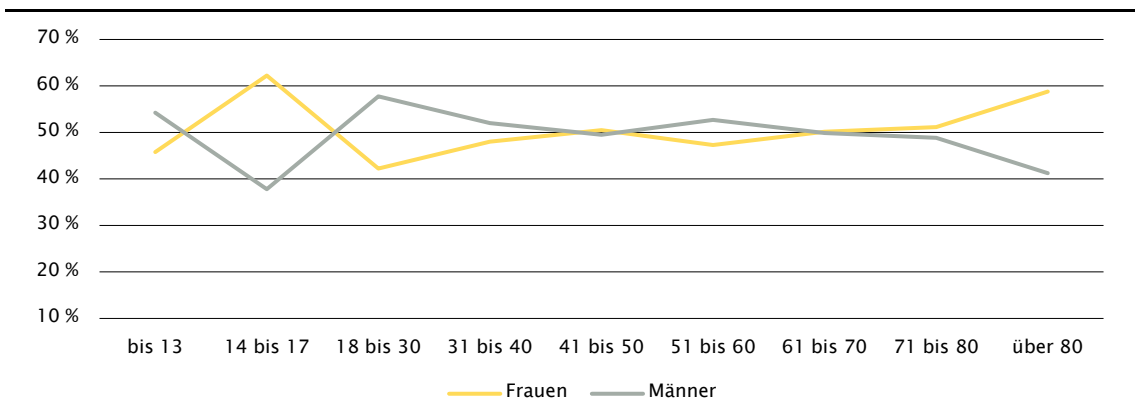
* Unterbringungen pro 100.000 Einwohner

Quelle: IfS; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 4.5 zeigt die Verteilung der Unterbringungen für Österreich ohne Vorarlberg in den einzelnen Altersstufen nach Geschlecht. Auffallend ist, dass in der Altersstufe der 14- bis 17-Jährigen 62 Prozent der Unterbringungen auf Mädchen und nur 38 Prozent der Unterbringungen auf Burschen entfallen. Bei den 18- bis 30-Jährigen hingegen zeigt sich eine Umkehrung dieses Trends: 58 Prozent der Unterbringungen entfallen auf Männer und nur 42 Prozent auf Frauen.

In den folgenden Altersstufen sind die Unterbringungen zwischen den Geschlechtern annähernd gleich verteilt. Erst in der Altersstufe der über 80-Jährigen zeigt sich wieder ein stark höherer Anteil von Frauen. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass in dieser Altersstufe zwei Drittel der Bevölkerung weiblich sind.

Abbildung 4.5:
Unterbringungen nach Altersstufen und Geschlecht* (Österreich ohne Vorarlberg)



* nicht bevölkerungskorrigiert

Quelle und Berechnungen: VertretungsNetz-Patientenanzwaltschaft; Darstellung: GÖG/ÖBIG

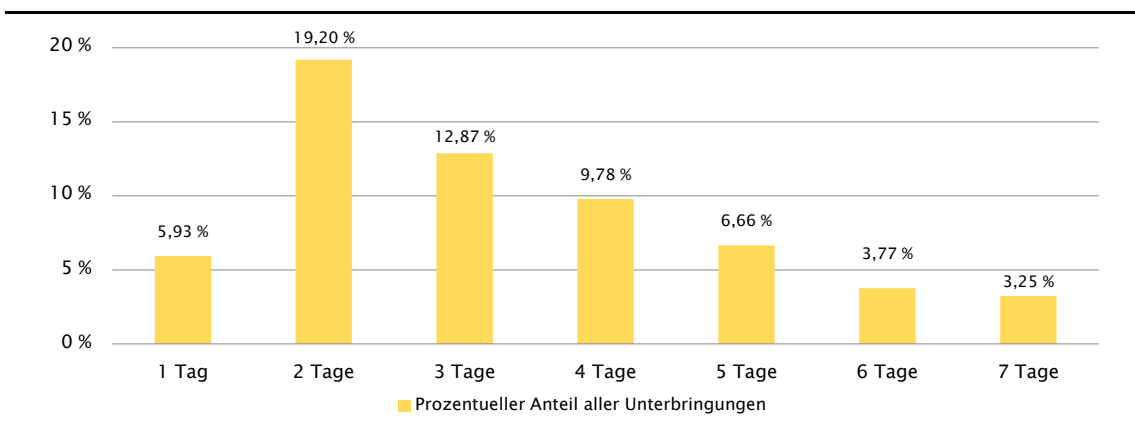
Unterbringungsdauer

Ein Großteil der von der Patientenadvokatur – der Einrichtung ‚VertretungsNetz‘ – erfassten Unterbringungen dauert bis zu einer Woche: 62 Prozent der Unterbringungen werden innerhalb der ersten Woche wieder aufgehoben, weitere 16 Prozent innerhalb der zweiten Woche und weitere elf Prozent innerhalb der dritten Woche. Nach vier Wochen sind 92 Prozent aller Unterbringungen aufgehoben, nach drei Monaten sind 99,5 Prozent beendet.

Betrachtet man den Zeitraum der ersten Woche näher, so zeigt sich, dass die meisten Unterbringungen – fast 20 Prozent – am zweiten Tag beendet werden. Innerhalb der ersten vier Tage werden 50 Prozent aller Unterbringungen wieder aufgehoben (siehe Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6:

Anteile der Unterbringungen, die kürzer als 7 Tage sind, an der Gesamtmenge der Unterbringungen, nach Dauer (Österreich ohne Vorarlberg)



Quelle und Berechnungen: VertretungsNetz-Patientenadvokatur; Darstellung: GÖG/ÖBIG

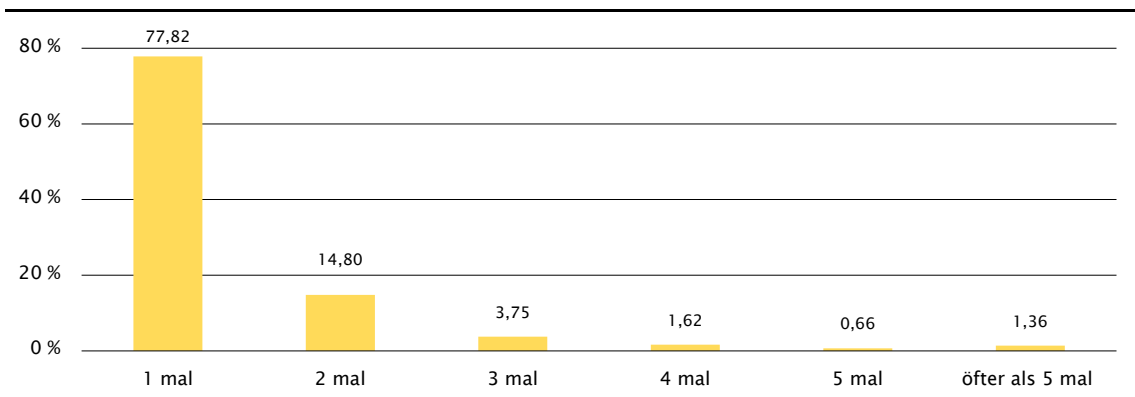
In Vorarlberg wurde laut Jahresbericht des IfS im Jahr 2013 bei 42 Prozent der untergebrachten Patientinnen und Patienten die Unterbringung nach spätestens vier Tagen, bei 34 Prozent nach spätestens 18 Tagen aufgehoben. Bei elf Prozent der untergebrachten Personen dauerte die Unterbringung bis zu einem Monat, bei vier Prozent bis zu einem Jahr. Nur vier Personen waren länger als ein Jahr untergebracht. Bis zu 40 Prozent der Unterbringungen werden vor der Erstanhörung beendet, 31 Prozent werden vor der mündlichen Verhandlung aufgehoben.

Unterbringungshäufigkeit pro Abteilung/Krankenhaus

Rund 78 Prozent aller untergebrachten Personen (in Österreich ohne Vorarlberg) waren im Jahr 2013 pro Abteilung/Krankenhaus nur einmal untergebracht. Weitere 15 Prozent waren in diesem Zeitraum zweimal und vier Prozent dreimal an ein und demselben Abteilung/Krankenhaus untergebracht. Über fünfmal am selben Abteilung/Krankenhaus untergebracht wurden im Jahr 2013 1,5 Prozent (das sind 232 Personen) aller untergebrachten Personen (siehe Abbildung 4.7).

Abbildung 4.7:

Unterbringungshäufigkeit pro untergebrachter Person (Österreich ohne Vorarlberg)



Quelle und Berechnung: VertretungsNetz-Patientenadvokatur; Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.2 Unterbringungen bei Aufnahme ins Krankenhaus

In diesem Abschnitt werden Daten der Krankenhäuser / psychiatrischen Abteilungen zu Unterbringungen bei Aufnahme präsentiert, d. h. Fälle, bei denen es unmittelbar bei Aufnahme zu einer Unterbringung gemäß UbG kommt¹² (in weiterer Folge als Aufnahme/n mit Unterbringung bezeichnet). Die dargestellten Daten enthalten auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollzogene Unterbringungen. Eine gesonderte Aufstellung der Unterbringungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet sich in Abschnitt 5.2.

4.2.1 Unterbringungen bei Aufnahme im Zeitverlauf

Wie in den vergangenen Jahren hat sich die Anzahl der Aufnahmen mit Unterbringungen ohne Verlangen weiter erhöht (vgl. Tabelle 4.1). In den Jahren 2012 und 2013 blieb die Anzahl an Unterbringungen ohne Verlangen sowie der Anteil, der von allen vollstationären Aufnahmen auf Unterbringungen ohne Verlangen entfiel, annähernd konstant. Die Gesamtanzahl der von den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen gemeldeten stationären Aufnahmen ist zwischen 2008 und 2013 leicht gesunken und betrug im Jahr 2013 insgesamt 71.113 Fälle. Ohne die Hinzunahme der beiden Krankenhäuser, die seit 2012 (Villach) sowie seit 2013 (Eisenstadt) Unterbringungen vornehmen, wäre die Gesamtzahl an stationären Aufnahmen stärker gesunken.

12

Unterbringungstag = Aufnahmetag. Dieser Abschnitt enthält keine Angaben zu Unterbringungen, die während der stationären Aufnahme erfolgten, sowie keine Angaben zu Mehrfachunterbringungen.

Gemessen an allen von den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen gemeldeten stationären Aufnahmen eines Jahres machten die Aufnahmen mit Unterbringungen ohne Verlangen in der Vergangenheit jeweils etwas mehr als ein Viertel aller Aufnahmen aus. In den letzten Jahren ist es zu einer leichten Zunahme gekommen, im Jahr 2013 lag der Anteil bei 28,4 Prozent. Hinsichtlich der Unterbringungshäufigkeiten (Aufnahmen mit Unterbringungen ohne Verlangen) sind große Unterschiede zwischen den einzelnen psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen festzustellen (Bandbreite: 0,2 % bis 56 % der Gesamtaufnahmen).

Die Aufnahmen mit Unterbringung auf Verlangen spielen weiterhin eine untergeordnete Rolle. Im Jahr 2012 machten sie 1,3 Prozent und im Jahr 2013 1,2 Prozent aller Aufnahmen aus (vgl. Tabelle 4.1). In einigen Krankenhäusern und Abteilungen kommt diese Form der Unterbringung gar nicht zur Anwendung.

Tabelle 4.1:

Aufnahmen mit Unterbringung gemäß UbG und reguläre Aufnahmen im Verhältnis zu allen Aufnahmen

Aufnahmen ¹	2010		2011		2012		2013	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
AUoV	18.122	25,2	19.061	26,6	20.327	28,7	20.173	28,4
AUaV ²	886	1,2	1.311	1,8	927	1,3	856	1,2
Areg	52.948	73,6	51.213	71,5	49.579	70,0	50.084	70,4
Gesamt	71.956	100,0	71.585	100,0	70.833	100,0	71.113	100,0

AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen, Areg = reguläre Aufnahme

- 1 ab 2010: Schwarzach, Ybbs, Lienz (Mitte Oktober 2010); ab 2012: Villach; ab 2013: Eisenstadt
- 2 Keine (Angaben zu) Aufnahmen mit Unterbringung auf Verlangen: LKH Klagenfurt KJP (2013), LK Weinviertel Hollabrunn (2013), LK Thermenregion Neunkirchen (2013), LK Donauregion Tulln (2013), LK Donauregion Tulln KJP (2013), LK Waldviertel Waidhofen/Thaya (2013), LKH Graz (2013), Landesnervenklinik Sigmund Freud KJP (2012), LKH Rankweil, KFJ Wien, OWS Wien

Quelle: Krankenanstaltdaten; Erhebungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.2.2 Zugangs- und Aufnahmearten¹³

Zugangsarten

Gemäß UbG sollte einer Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen eine ärztliche Untersuchung nach § 8 zur Legitimation des Überstellungsvorganges vorangehen. In Notfällen (und wenn kein befugter Arzt / keine befugte Ärztin zur Verfügung steht) können gemäß § 9 Abs 2 UbG die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes auch ohne ärztliche Bescheinigung Personen in psychiatrische Krankenhäuser bzw. Abteilungen bringen (siehe dazu Abschnitt 2.2).

In der Praxis hingegen erfolgten zwei Drittel der stationären Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen nach einem Zugang ohne Anwendung des UbG. Alle gesetzlich vorgesehenen Zugangsarten (§ 8 bzw. § 9 Abs 2) machten zusammen etwa ein Drittel aus.

Bei der Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen spielten die im UbG vorgesehenen Wege ebenfalls eine geringe Rolle, rund 91 Prozent der Aufnahmen mit Unterbringung auf Verlangen folgten einem Zugang ohne Anwendung des UbG. (Vgl. Tabelle 4.2 und Abbildung 4.8.)

Tabelle 4.2:

(Anteil der) Aufnahmeart differenziert nach der vorangegangenen Zugangsart (2013)^{1,2}

Art der Aufnahme	Zugangsart							
	Gesamt		Standard (§ 8 UbG)		Notfall (§ 9 Abs 2 UbG)		Ohne Anwendung des UbG	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
AUoV	16.453	28,5	4.364	27	1.173	7	10.916	66
AUaV	842	1,5	52	6	27	3	763	91
Areg	40.523	70,1	542	1	179	0	39.791	98

AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen, Areg = reguläre Aufnahme; jeweils nach Zugang mit Anwendung des UbG (Standard = § 8 oder Notfall = § 9 Abs 2) bzw. ohne Anwendung des UbG

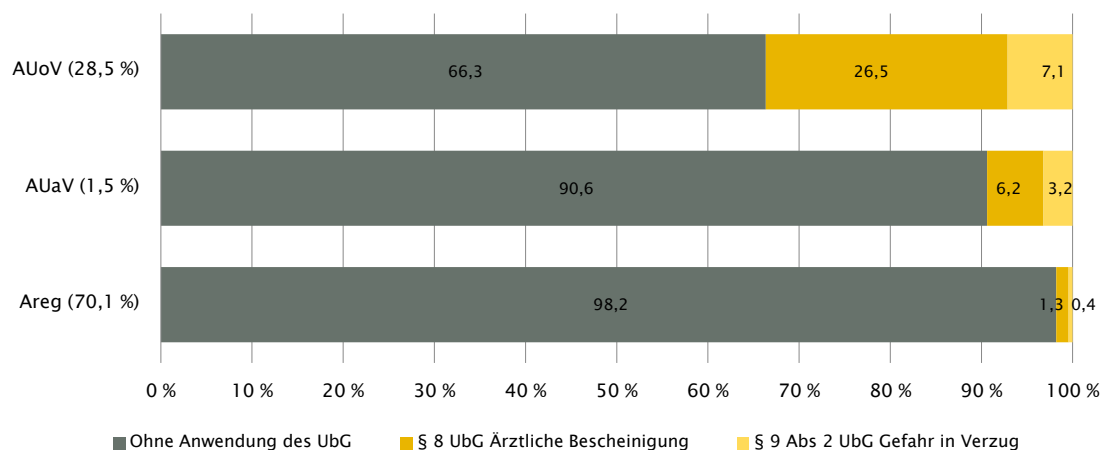
- 1 Angaben ohne KH Eisenstadt BBR, BKH Kufstein, LKH Rankweil, KFJ Wien; OWS Wien, KJP-AKH Wien, LKH Graz
- 2 Angaben ohne „keine Aufnahme“: Für das Jahr 2013 wurden im Rahmen der Erhebung 61 Fälle gemeldet, viele Krankenanstalten können „keine Aufnahmen“ nicht melden, da diese nicht elektronisch erfasst werden.

Quelle: Krankenanstaltdaten; Erhebungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

13

Darunter versteht man wie eine Person ins Krankenhaus kommt und wie sie dort aufgenommen wird (jeweils mit/ohne Anwendung des UbG)

Abbildung 4.8:
Aufnahmeart differenziert nach der vorangegangenen Zugangsart (2013),
prozentuelle Verteilung¹



AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen, Areg = reguläre Aufnahme

¹ Angaben ohne KH Eisenstadt BBR, BKH Kufstein, LKH Rankweil, KFJ Wien; OWS Wien, KJP-AKH Wien, LKH Graz

Quelle: Krankenanstaltendaten; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Übereinstimmung zwischen Zugangsart und Aufnahmeart

Werden die unterschiedlichen Zugangsarten in Beziehung zur Aufnahmeart/Aufnahmeentscheidung gesetzt (vgl. Tabelle 4.3 und Abbildung 4.9), zeigt sich, in wie vielen Fällen sich die Fachärztinnen und -ärzte im Krankenhaus der Meinung der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte anschlossen und wie sie mit Personen verfahren, die von der Polizei in ein psychiatrisches Krankenhaus gebracht werden.

Circa elf Prozent aller stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten sind im Jahr 2013 über die im UbG (§§ 8 und 9 Abs 2) geregelten Prozeduren ins Krankenhaus / in die psychiatrische Abteilung gekommen. Davon machten die Zugänge mit ärztlicher Bescheinigung fast vier Fünftel aus.

Einer Verbringung ins Krankenhaus mit ärztlicher Bescheinigung folgte in 88 Prozent der Fälle eine Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen. Die Beurteilung durch die dazu befugten Ärztinnen/Ärzte stimmte weitgehend mit jener der begutachtenden Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie in den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen überein.

Ein ähnliches Bild zeigt sich im Jahr 2013 bei der Verbringung von Personen durch die Sicherheitsbehörden (§ 9 Abs 2). Etwa 87 Prozent der auf diesem Weg ins Krankenhaus gebrachten Fälle führten zu einer Aufnahme mit Unterbringung gemäß UbG (85 % AUoV, 2 % AUaV), 13 Prozent wurden regulär (ohne Anwendung des UbG) aufgenommen.

Bei rund 23 Prozent der Personen, die ohne Anwendung des UbG ins Krankenhaus kamen, führte die ärztliche Begutachtung zu einer stationären Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen oder auf Verlangen.

Tabelle 4.3:
(Anteil der) Zugangsarten differenziert nach der darauffolgenden Aufnahmeart (2013)^{1,2}

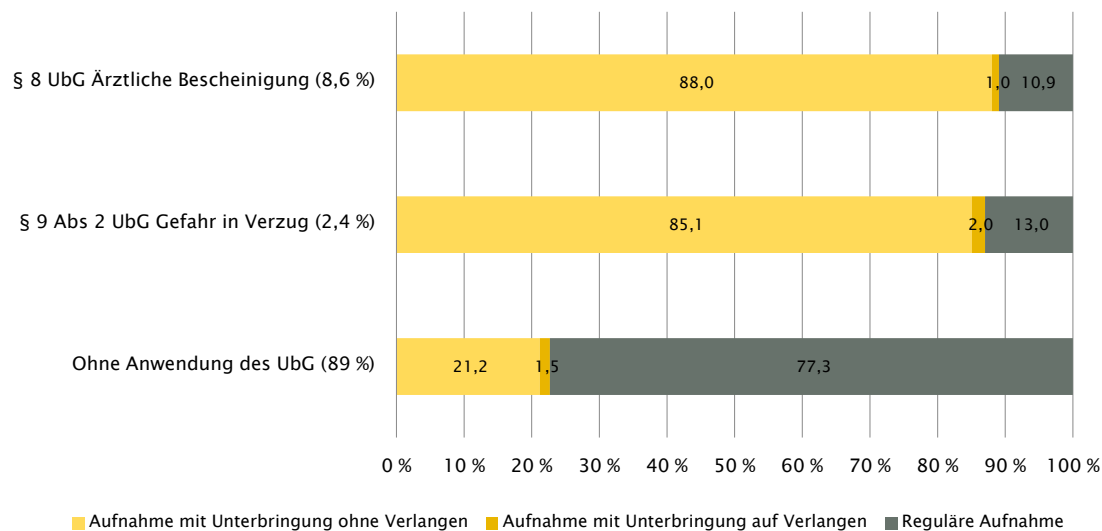
Zugangsart	Aufnahmeart							
	Gesamt		AUoV		AUaV		Areg	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Standard (§ 8 UbG)	4.958	8,6	4.364	88,0	52	1,0	542	10,9
Notfall (§ 9 Abs 2)	1.379	2,4	1.173	85,1	27	2,0	179	13,0
Ohne Anwendung des UbG	51.470	89,0	10.916	21,2	763	1,5	39.791	77,3

AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen, Areg = reguläre Aufnahme; jeweils nach Zugang mit Anwendung des UbG (Standard = § 8 oder Notfall = § 9 Abs 2) bzw. ohne Anwendung des UbG

- 1 Angaben ohne: KH Eisenstadt BBR, BKH Kufstein, LKH Rankweil, KFJ Wien; OWS Wien, KJP-AKH Wien, LKH Graz
- 2 Angaben ohne „keine Aufnahme“: Für das Jahr 2013 wurden im Rahmen der Erhebung 61 Fälle gemeldet. Viele Krankenanstalten können „keine Aufnahmen“ nicht melden, da diese nicht elektronisch erfasst werden.

Quelle: Krankenanstaltdaten; Erhebungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 4.9:
Zugangsart differenziert nach der darauffolgenden Aufnahmeart (2013), prozentuelle Verteilung¹



- 1 Angaben ohne KH Eisenstadt BBR, BKH Kufstein, LKH Rankweil, KFJ Wien, OWS Wien, KJP-AKH Wien, LKH Graz

Quelle: Krankenanstaltdaten; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.2.3 Unterbringungen nach Versorgungsstruktur

Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen erfolgen (gemessen an der Gesamtzahl der Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen in allen KA-Typen) zu ca. 62 Prozent in psychiatrischen Krankenhäusern, zu rund 32 Prozent an psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern und zu etwa sieben Prozent an psychiatrischen Universitätskliniken.

Gemessen an der Gesamtzahl der vollstationären Aufnahmen in der jeweiligen Versorgungsstruktur weisen psychiatrische Krankenhäuser mit einem Anteil von 30,5 Prozent die höchste Unterbringungsrate ohne Verlangen auf, gefolgt von psychiatrischen Universitätskliniken mit einem Anteil von etwa 29 Prozent. Im Vergleich am niedrigsten ist die Unterbringungsrate an psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern (ca. 25 %) (siehe dazu Tabelle 4.4).

Von voreiligen Schlüssen auf Zusammenhänge zwischen der Versorgungsstruktur und der Häufigkeit von Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen sollte jedoch Abstand genommen werden, weil die Varianz zwischen den einzelnen Krankenhäusern und Abteilungen sehr hoch ist und die Unterbringungshäufigkeit von sehr vielen Faktoren beeinflusst wird – die Versorgungsstruktur ist nur einer davon.

Tabelle 4.4:

Aufnahmen mit Unterbringung gemäß UbG (AUoV/AUaV) und reguläre Aufnahmen im Verhältnis zu den Gesamtaufnahmen, differenziert nach Versorgungsstruktur (2013)

Versorgungsstruktur	Aufnahmen							
	Gesamt		AUoV		AUaV ¹		Areg	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
PKH	40.684	100,0	12.424	30,5	627	1,5	27.633	67,9
PA-AKH	25.646	100,0	6.355	24,8	188	0,7	19.103	74,5
PUK	4.783	100,0	1.394	29,1	41	0,9	3.348	70,0
Alle KA	71.113	100,0	20.173	28,4	856	1,2	50.084	70,4

PKH = psychiatrisches Krankenhaus, PA-AKH = psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus, PUK = psychiatrische Universitätsklinik, AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen, Areg = reguläre Aufnahme

¹ Keine (Angaben zu) Aufnahmen mit Unterbringung auf Verlangen: LKH Klagenfurt KJP, LK Weinviertel Hollabrunn, LK Thermenregion Neunkirchen, LK Donauregion Tulln, LK Donauregion Tulln KJP, LK Waldviertel Waidhofen/Thaya, LKH Graz, LKH Rankweil, KFJ Wien, OWS Wien

Quelle: Krankenanstaltdaten; Erhebungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

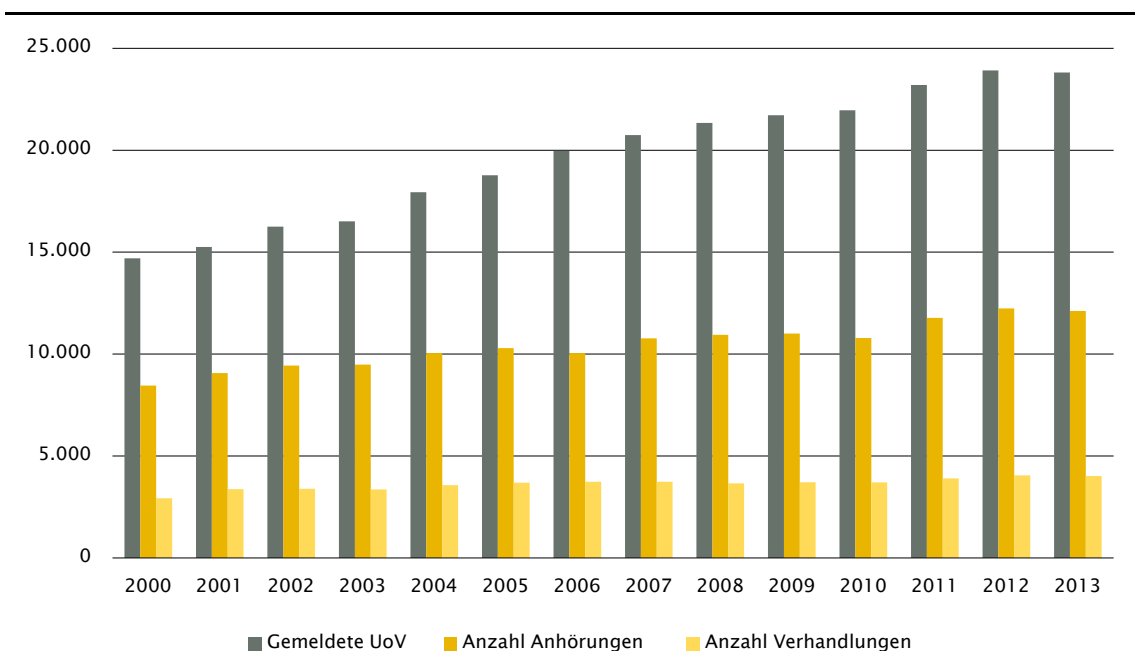
4.3 Gerichtliche Kontrolle der Unterbringungen¹⁴

Im Jahr 2013 wurden bei den zuständigen Bezirksgerichten 23.812 Unterbringungsfälle ohne Verlangen registriert (vgl. auch Abschnitt 4.1.1)¹⁵.

4.3.1 Gerichtliche Anhörungen und Verhandlungen

Zwischen den Jahren 2000 und 2013 stiegen die gemeldeten Unterbringungsfälle um rund 62 Prozent, die Anzahl der Anhörungen um etwa 43 Prozent und die Anzahl der mündlichen Verhandlungen um rund 37 Prozent (vgl. Abbildung 4.10 und Tabelle A.1–A.5). Zwischen 2012 und 2013 ist bei allen drei Indikatoren ein Rückgang zu verzeichnen.

Abbildung 4.10:
Anzahl der gemeldeten UoV, Anhörungen und Verhandlungen, 2000–2013



UoV = Unterbringungen ohne Verlangen

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung; GÖG/ÖBIG

¹⁴ Daten der Bezirksgerichte (Meldungen an das Bundesrechenzentrum im Auftrag des BMJ)

¹⁵ Unterbringungen auf Verlangen gemäß UbG müssen von den Krankenhäusern / psychiatrischen Abteilungen nicht an die Bezirksgerichte gemeldet werden.

Im Berichtszeitraum 2012 und 2013 lag der Anteil der Unterbringungsfälle, die im Rahmen einer Anhörung geprüft wurden, wie auch in den vergangenen Jahren bei rund 50 Prozent (vgl. Tabelle 4.5). In knapp der Hälfte der Fälle wird die Unterbringung bereits vor der Anhörung durch Ärztinnen/Ärzte aufgehoben, d. h., dass eine gerichtliche Überprüfung der Unterbringung ohne Verlangen im Rahmen der Anhörung nicht mehr stattfindet.¹⁶

Innerhalb von 14 Tagen nach der Anhörung findet eine gerichtliche Verhandlung statt, bei der definitiv über die Zulässigkeit der Unterbringung entschieden wird. Voraussetzung dafür ist, dass die Unterbringung nicht bereits vor der mündlichen Verhandlung aufgehoben wurde (durch die verantwortlichen Ärztinnen/Ärzte), weil eine der Unterbringungs Voraussetzungen nicht mehr gegeben war.

Mündliche Verhandlungen fanden in den Jahren 2012 und 2013 – wie in den Jahren davor – jeweils bei rund 17 Prozent der gemeldeten Unterbringungsfälle statt (vgl. Tabelle 4.5). Daraus folgt, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Berichtszeitraum rund ein Drittel der Unterbringungen zwischen der Anhörung und der gerichtlichen Verhandlung aufgehoben hatten.

Tabelle 4.5:
Anzahl der Anhörungen und Verhandlungen 2012–2013

Anhörungen und Verhandlungen	2010	2011	2012	2013
Gemeldete UoV	21.963	23.200	23.919	23.812
Anzahl der Anhörungen	10.786	11.773	12.241	12.115
Anteil der Anhörungen an den UoV in Prozent	49,11	50,75	51,00	51,00
Anzahl der Verhandlungen	3.702	3.904	4.049	4.022
Anteil der Verhandlungen an den UoV in Prozent	16,86	16,83	16,93	16,89

UoV = bei den Bezirksgerichten gemeldete Unterbringung ohne Verlangen

Quelle: Bundesrechenzentrum; Erhebungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der Anteil der Unterbringungsfälle, die im Rahmen einer Anhörung geprüft wurden, ist im Vergleich zum Berichtszeitraum 2010/2011 wieder leicht gestiegen (vgl. nachfolgende Abbildung 4.11). Der Anteil der Unterbringungsfälle, bei denen es zu einer mündlichen Verhandlung kam, blieb gleich.

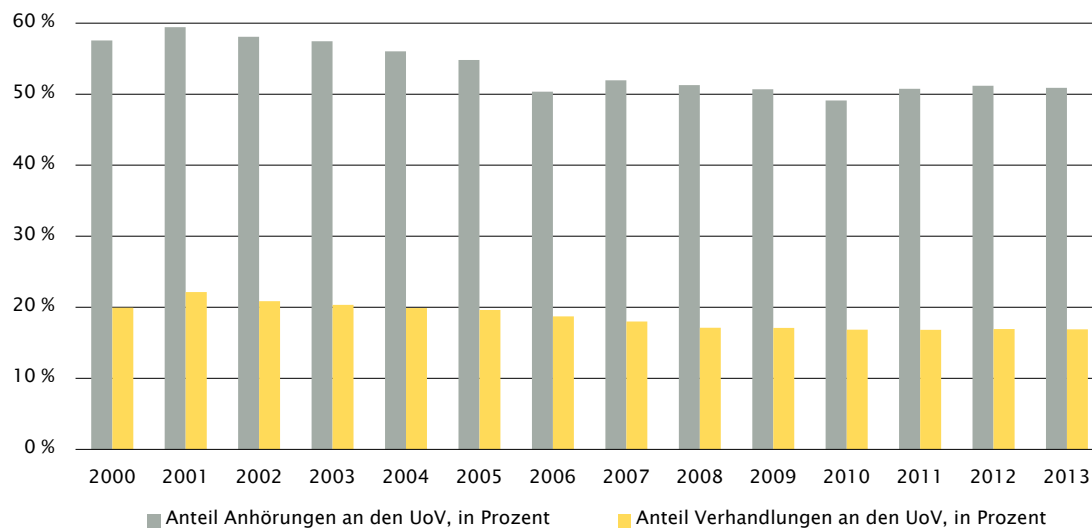
Zwischen dem Jahr 2000 und 2013 hat der Anteil der Anhörungen an den UoV um etwa 12 Prozent und der Anteil der Verhandlungen an den UoV um etwa 15 Prozent abgenommen.

16

Krankenanstalten melden eine Unterbringung unverzüglich an das Gericht, das laut UbG innerhalb von vier Tagen ab der Meldung eine Anhörung durchzuführen hat.

Abbildung 4.11:

Anteil an Anhörungen und Anteil der Verhandlungen an den UoV, 2000–2013



UoV = Unterbringungen ohne Verlangen

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Dauer der Unterbringungen lässt sich aus dem Zeitraum, in dem die Unterbringung aufgehoben wird, ableiten:

- » In rund der Hälfte der Unterbringungsfälle ohne Verlangen bleibt die Unterbringung bis zu vier Tage lang (Aufhebung vor Anhörung) aufrecht.
- » In rund einem Drittel der Fälle beträgt die Unterbringungsdauer zwischen zwei und maximal drei Wochen (Aufhebung zwischen Anhörung und mündlicher Verhandlung).
- » In rund einem Sechstel der Fälle erstreckt sich die Unterbringung über einen Zeitraum von zwei bis drei Wochen hinaus (Anhörung und mündliche Verhandlung finden statt).
- » In der Vergangenheit hat die Dauer der Unterbringungen abgenommen, es kommt vermehrt zu kurzen Unterbringungen, die vor der Anhörung oder vor der mündlichen Verhandlung aufgehoben werden.
- » Die Daten der Bezirksgerichte weisen bezüglich des Anteils an Unterbringungen, bei denen es zu einer Anhörung kommt, große Unterschiede auf (8–89 %) ¹⁷.

Die sich aus den Daten der Bezirksgerichte ergebenden Schlussfolgerungen zur Unterbringungsdauer decken sich mit den Ergebnissen der Auswertungen der Daten der VertretungsNetz-Patientenanwaltschaft, siehe Abschnitt 4.1.3 Zielgruppenbeschreibung.

17

Nur Bezirksgerichte mit stringenten Angaben (Anzahl der Anhörungen \geq Anzahl der Verhandlungen) wurden in dieser Statistik berücksichtigt.

4.3.2 Gerichtliche Entscheidungen über die Zulässigkeit von Unterbringungen

Sowohl bei der ersten Anhörung als auch bei der mündlichen Verhandlung besteht die Möglichkeit einer Aufhebung der Unterbringung durch das Gericht. In den Jahren 2012 und 2013 hoben die Gerichte rund 4,4 und 5,1 Prozent der Unterbringungen im Rahmen der Anhörung und rund 4,4 und 5,3 Prozent der Unterbringungen im Rahmen der mündlichen Verhandlung auf.

Im Vergleich zur vergangenen Berichtsperiode (2010/2011) verringerte sich der Anteil der Unzulässigkeitsentscheidungen im Rahmen der Anhörung von rund 5,5 Prozent im Jahr 2011 zunächst auf 4,4 Prozent im Jahr 2012, bevor er im Jahr 2013 wieder auf 5,1 Prozent anstieg. Der Anteil der Unzulässigkeitsentscheidungen im Rahmen der mündlichen Verhandlung reduzierte sich zwischen 2011 und 2012 von 4,6 auf 4,4 Prozent, bevor er im Jahr 2013 wieder auf 5,3 Prozent anstieg.

Der Anteil an Unzulässigkeitsentscheidungen durch die Gerichte sowohl bei der Anhörung als auch bei der mündlichen Verhandlung variiert stark im Vergleich der einzelnen Bezirksgerichte (siehe dazu auch die Tabellen A.4 und A.5 im Anhang).

4.4 Beschränkungen und ärztliche Behandlung im Kontext der Anwendung des UbG

Im Rahmen der Unterbringung kann es zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen (Beschränkungen, ärztliche Behandlung ohne/gegen den Willen der Patientin / des Patienten) kommen (siehe §§ 33–37 UbG).

Beschränkung der Bewegungsfreiheit

Das UbG sieht zur Abwehr einer ernsten und erheblichen Gefahr für Gesundheit und Leben der Patientinnen und Patienten sowie anderer Personen die Möglichkeit der Beschränkung der Bewegungsfreiheit vor (siehe Abschnitt 2.3.3). Im Rahmen der Unterbringung sind nur Beschränkungen der Bewegungsfreiheit auf mehrere Räume oder auf bestimmte räumliche Bereiche erlaubt. Darüber hinausgehende Zwangsmaßnahmen (sog. „weitergehende Beschränkungen“) sind von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt eigens anzuordnen, in der Krankengeschichte unter Angabe des Grundes zu dokumentieren und unverzüglich der Vertretung der Patientin oder des Patienten mitzuteilen. Zu diesen Beschränkungen zählen beispielsweise das Einschränken der Bewegungsfreiheit auf einen Raum oder das Angurten an ein Bett. Solche Eingriffe sind zulässig, solange sie zur Abwehr einer drohenden Gefahr für Leben oder Gesundheit der/des Kranken oder anderer Personen und zur ärztlichen Behandlung oder Betreuung unerlässlich sind. Auf Verlangen der Betroffenen oder von deren Vertretung kann die Zulässigkeit dieser Maßnahmen überprüft werden.

Bei den an die **VertretungsNetz-Patienten-anwaltschaft** gemeldeten Unterbringungen (ohne Vorarlberg) kam es im Jahr 2012 bei einem Anteil von rund 35 Prozent und 2013 bei einem Anteil von rund 34 Prozent der Unterbringungen zu zumindest einer weitergehenden Beschränkung der Bewegungsfreiheit. Im Vergleich mit den Jahren 2010 und 2011 (jeweils ca. 37 %) zeigt sich ein leichter Rückgang des Anteils sowie auch der absoluten Zahl an Unterbringungsfällen mit zumindest einer weitergehenden Beschränkung der Bewegungsfreiheit. Regional bestehen große Unterschiede; den kleinsten Anteil an Unterbringungen, bei denen irgendeine Beschränkung der Bewegungsfreiheit gemeldet wurde, weist im Jahr 2013 Salzburg auf (18,13 %), den größten Anteil Wien (59,55 %). Der in den vergangenen Jahren sichtbare Trend eines rückläufigen Anteils an Unterbringungen mit zumindest einer weitergehenden Beschränkung der Bewegungsfreiheit ist vor allem auf die Zunahme der Anzahl an Unterbringungen zurückzuführen, nicht auf eine Reduktion der Unterbringungen mit Bewegungsbeschränkung. In einigen Bundesländern haben Letzere in den vergangenen fünf Jahren sogar zugenommen.

Die **IfS-Patienten-anwaltschaft Vorarlberg** berichtet (Jahresbericht 2013), dass im Jahr 2012 20 Prozent und im Jahr 2013 18 Prozent aller in der Akutpsychiatrie untergebrachten Patientinnen und Patienten mittels Fixierungsmaßnahmen zusätzlich in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt wurden. Die deutliche Reduktion der Fixierungsmaßnahmen seit dem Jahr 2011 (um 4 %) wurde durch eine Reflexion des IfS mit der Krankenhausleitung ermöglicht, die zur Folge hatte, dass Fixierungen durch Alternativen wie 1:1 Betreuung abgewendet werden konnten. Nicht nur die Anzahl der fixierten Patientinnen und Patienten, sondern auch die durchschnittliche Anzahl der Fixierungen pro Patient/in sowie die durchschnittliche Dauer der Fixierung pro Patient/in konnten erheblich reduziert werden. Zu einer frühzeitigen Lösung von Fixierungen hat unter anderem auch die Verwendung von Alarmmatten beigetragen. Im gerontopsychiatrischen Bereich wurden Änderungen bei betreuungsaufwendigen Patientinnen und Patienten in die Wege geleitet sowie ein Case- und Caremanagement installiert, wodurch eine Reduktion der Aufenthaltsdauer sowie der Fixierungsmaßnahmen erzielt werden konnte.

Verkehr mit der Außenwelt, Beschränkung sonstiger Rechte sowie ärztliche Behandlung ohne/gegen den Willen der Patientin / des Patienten

Laut **VertretungsNetz-Patienten-anwaltschaft** ist es im Jahr 2013 ca. bei einem Prozent der Unterbringungen zu einer Beschränkung im Verkehr mit der Außenwelt gekommen. Bei knapp weniger als sechs Prozent kam es zu einer Beschränkung der sonstigen Rechte und bei etwas über drei Prozent wurde eine ärztliche Behandlung ohne/gegen den Willen der Patientin / des Patienten vorgenommen.

Im Berichtsjahr 2013 kam es laut **IfS** in Vorarlberg bei insgesamt ca. einem Prozent der Unterbringungen (bei 14 Fällen) zu einer Beschränkung des Verkehrs mit der Außenwelt (Besuch/Telefonate) und bei ca. 38 Prozent der Unterbringungen (379 Fälle) zu einer Beschrän-

kung sonstiger Rechte gemäß § 34a¹⁸ (Tragen von Privatkleidung: elf Prozent oder 106 Fälle; Gebrauch persönlicher Gegenstände: ein Prozent oder 8 Fälle; Ausgang ins Freie: neun Prozent oder 91 Fälle; Fußfessel: 18 Prozent oder 174 Fälle). Daten zu ärztlicher Behandlung ohne/ gegen den Willen der Patientin / des Patienten werden in Ermangelung einer genauen Definition oder eines eindeutigen Verständnisses des Begriffs derzeit nicht erfasst.

Gerichtliche Prüfung der Zulässigkeit von Beschränkungen und Behandlungen während der Unterbringung

Im Falle von Beschränkungen der Bewegungsfreiheit im Rahmen der Unterbringung erfolgt eine gerichtliche Prüfung der Beschränkung nur auf Verlangen der Patientin / des Patienten oder von deren Vertretung.

Einsichts- und urteilsfähige Patienten müssen einer Heilbehandlung selbst zustimmen. Eine gerichtliche Überprüfung einer Heilbehandlung erfolgt nur auf Verlangen eines nicht einsichts- und urteilsfähigen Patienten, der keinen gesetzlichen Vertreter hat, eine besondere Heilbehandlung bedarf unter diesen Umständen der gerichtlichen Genehmigung (siehe Abschnitt 2.3.3.). Beschränkungen der Bewegungsfreiheit wurden gemäß den Daten der Bezirksgerichte im Berichtszeitraum nur vereinzelt überprüft, was der Entwicklung in den vorangegangenen Jahren entspricht. Im Jahr 2012 erklärte das Gericht bei drei von vier Fällen die Beschränkung als unzulässig, im Jahr 2013 in zwei Dritteln der Fälle (siehe dazu Tabelle 4.6). Im Gegensatz zu den Jahren davor wurde ein höherer Anteil an Beschränkungen für nicht zulässig erklärt.

Die Anzahl der in den vergangenen Jahren geprüften Behandlungen war annähernd stabil; im Jahr 2013 kam es zu einer Verdopplung der Prüfungen. In den Jahren 2012 und 2013 wurden 81 und 174 Behandlungen überprüft, dabei wurden in rund 28 und 14 Prozent der Fälle die Behandlungen nicht genehmigt (siehe Tabelle 4.6 und Tabelle A.5 im Anhang).

Tabelle 4.6:
Prüfung von Beschränkungen und Behandlungen, 2012 und 2013

Jahr	Prüfungen gesamt	Beschränkung			Behandlung		
		gesamt	zulässig	unzulässig	gesamt	zulässig	unzulässig
2012	107	26	6	20	81	58	23
2013	199	25	10	15	174	150	24

Quelle: Bundesrechenzentrum; Erhebungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

18

Die Dokumentation von Beschränkungen gemäß § 34a ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. Das LKH-Rankweil meldet diese der Patientenanzwtschaft dennoch und trägt dadurch zu einer erhöhten Transparenz in diesem Bereich bei.

5 Unterbringung von Kindern und Jugendlichen

Im ersten Teil des folgenden Kapitels zur Unterbringung von Kindern und Jugendlichen werden anhand von Daten der VertretungsNetz-Patientenanwaltschaft und des IfS alle nach UbG untergebrachten Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren näher charakterisiert. Im zweiten Teil wird anhand der Krankenanstalten-Erhebung der GÖG die Situation in den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen beschrieben. Nicht integriert in die Beschreibungen des zweiten Teils sind jene Kinder und Jugendlichen, die in Abteilungen der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht werden.

5.1 Zielgruppenbeschreibung

Anhand der Daten der VertretungsNetz-Patientenanwaltschaft können Aussagen zu Kindern und Jugendlichen, die ohne Verlangen untergebracht sind, für ganz Österreich mit Ausnahme von Vorarlberg getätigt werden. Für Vorarlberg sammelt und wertet das IfS ebenfalls alle relevanten Daten aus. Die zur Verfügung stehende Aufbereitung der Datenquellen war allerdings nicht kompatibel¹⁹, weshalb die Daten in den nachfolgenden Auswertungen nicht zusammengefasst werden konnten.

Unterbringungen nach Stationstypen

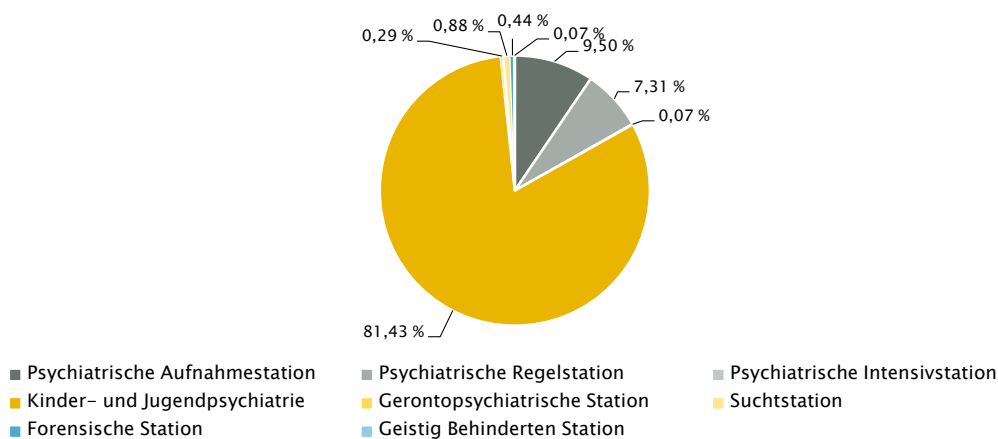
Etwa 81 Prozent der gemäß UbG untergebrachten Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren sind in Österreich (ohne Vorarlberg) auf Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und etwa sieben Prozent auf psychiatrischen Regelstationen untergebracht. Etwa 9,5 Prozent der untergebrachten Kinder und Jugendlichen werden in einer psychiatrischen Aufnahmestation aufgenommen; auf welche Stationen diese Kinder und Jugendlichen dann in weiterer Folge verlegt werden, kann anhand der vorliegenden Daten nicht nachvollzogen werden. Ein sehr geringer Anteil an Kindern und Jugendlichen ist auf Suchtstationen, forensischen Stationen, gerontopsychiatrischen Stationen, Stationen für Personen mit geistigen Behinderungen sowie auf psychiatrischen Intensivstationen untergebracht (siehe Abbildung 5.1).

19

Beispielsweise in Hinblick auf die Bildung der Alterskohorten

Abbildung 5.1:

Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren nach Stationstyp
(Österreich ohne Vorarlberg)



Quelle und Berechnung: VertretungsNetz-Patientenanzwaltschaft; Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Vorarlberg waren im Jahr 2013 56 Prozent der gemäß UbG untergebrachten Kinder und Jugendlichen auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung und 44 Prozent auf einer Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie. Im Gegensatz zum Jahr 2012 mussten im Jahr 2013 jedoch schon deutlich weniger Kinder und Jugendliche auf Stationen der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht werden.

Geschlechterverteilung bei Kindern und Jugendlichen

Insgesamt waren im Jahr 2013 826 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren – davon 453 (55 %) Mädchen und 373 (45 %) Burschen – in Österreich (ohne Vorarlberg) untergebracht²⁰. In Vorarlberg waren es im Jahr 2013 insgesamt 64 Kinder und Jugendliche.

Diese 826 Kinder und Jugendlichen verursachten insgesamt 1.368 Unterbringungen, von denen 806 Unterbringungen (59 %) auf Mädchen und 562 Unterbringungen (41 %) auf Burschen entfielen. Der Großteil der Unterbringungen (1.100 Fälle oder 80 %) betraf Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 Jahren und nur ein geringer Anteil (271 Fälle oder 20 %) Kinder bis 13 Jahre. Betrachtet man die Geschlechterverteilung, so zeigt sich, dass in der Altersstufe bis 13 Jahre 54 Prozent der Unterbringungen auf Burschen und 45 Prozent auf Mädchen entfallen, in der Altersstufe 14 bis 17 Jahre hingegen 62 Prozent auf Mädchen und 38 Prozent auf Burschen. In Vorarlberg war ebenfalls der Großteil der Kinder und Jugendlichen, die untergebracht wurden, im Jugendalter ab 15 Jahre (59 der 64 untergebrachten Kinder und Jugendlichen) und nur ein sehr geringer Anteil jünger als 15 Jahre (5 von 64 Personen).

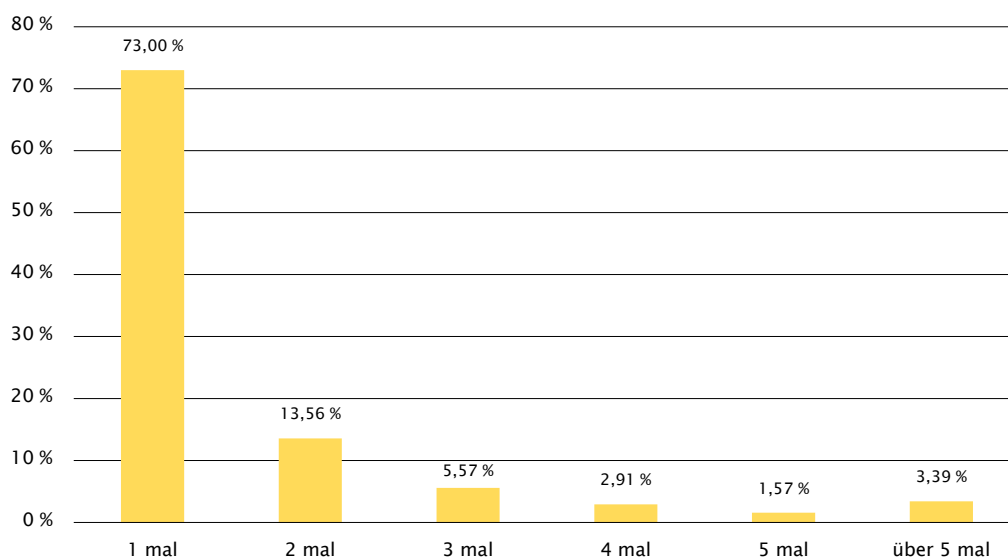
20

Doppelzählungen sind möglich, wenn eine Person 2013 in zwei verschiedenen Krankenhäusern untergebracht war.

Unterbringungshäufigkeit pro Abteilung/Krankenhaus

73 Prozent aller untergebrachten Personen bis 18 Jahre waren im Jahr 2013 nur einmal pro Krankenhaus/Abteilung untergebracht. Weitere 14 Prozent waren in diesem Zeitraum zweimal und fast sechs Prozent dreimal am selben Krankenhaus oder an derselben Abteilung untergebracht. Über fünfmal wurden im Jahr 2013 etwa drei Prozent aller untergebrachten Kinder und Jugendlichen (das sind 28 Personen) am selben Krankenhaus oder an derselben Abteilung untergebracht (siehe Abbildung 5.2). Der Anteil der mehrfach untergebrachten Jugendlichen ist etwas höher als der Mehrfachunterbringungsanteil bei den übrigen Altersstufen.

Abbildung 5.2:
Unterbringungshäufigkeit der unter 18-Jährigen pro Einrichtung (Österreich ohne Vorarlberg)



Quelle und Berechnung: VertretungsNetz-Patientenanzwaltschaft; Darstellung: GÖG/ÖBIG

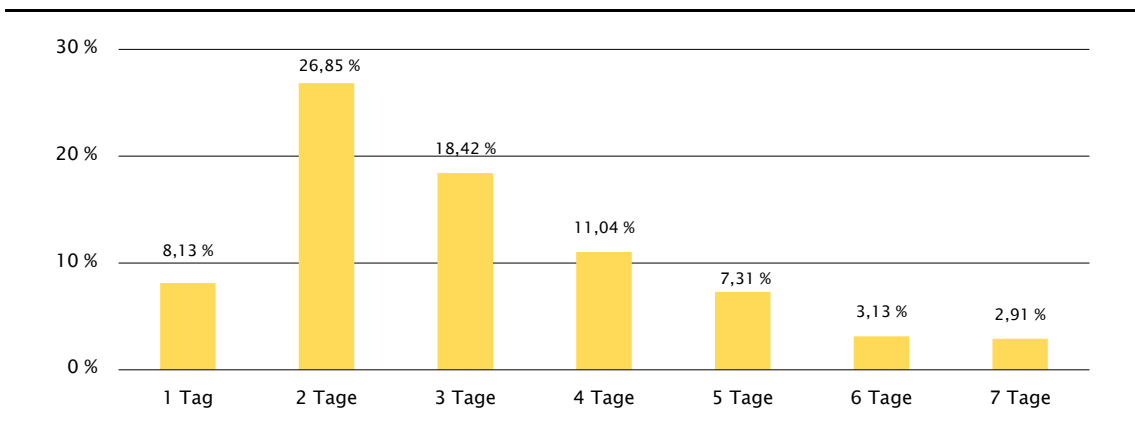
Unterbringungsdauer

Ein Großteil der Unterbringungen der unter 18-Jährigen dauert maximal eine Woche: 78 Prozent der Unterbringungen werden innerhalb der ersten Woche wieder aufgehoben, weitere zehn Prozent innerhalb der zweiten Woche und weitere fünf Prozent innerhalb der dritten Woche. Nach vier Wochen sind 95 Prozent aller Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen aufgehoben, nach fünf Wochen 96 Prozent. Die unter 18-Jährigen werden im Vergleich zur Gesamtbevölkerung kürzer untergebracht.

Betrachtet man die Kurzzeit-Unterbringungen (< 1 Woche) näher, so zeigt sich, dass die meisten – fast 27 Prozent aller Unterbringungen von unter 18-Jährigen – am zweiten Tag beendet werden; innerhalb der ersten vier Tag werden fast zwei Drittel aller Unterbringungen wieder aufgehoben (siehe Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3:

Anteile der Unterbringungen der unter 18-Jährigen, die kürzer als 7 Tage sind, an der Gesamtmenge der Unterbringungen, nach Dauer (Österreich ohne Vorarlberg)



Quelle und Berechnungen: VertretungsNetz-Patientenanzwaltschaft; Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.2 Unterbringungen bei Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für den vorliegenden Bericht wurden – analog zur vergangenen Berichtsperiode (2010/2011) – die Daten zur Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) bei den Krankenhäusern erhoben. Dank der großen Beteiligung der einzelnen Abteilungen an der Erhebung liegt nun ein vollständiges Bild der Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bezug auf die Unterbringungen vor, die unmittelbar bei Aufnahme erfolgten²¹ (in weiterer Folge als Aufnahme/n mit Unterbringung bezeichnet). Angaben zu allen Unterbringungen bei Aufnahme laut Krankenhaus-Erhebung (Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche) finden sich im Abschnitt 4.2.

In den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden im Jahr 2013 insgesamt 1.137 Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen vorgenommen. Das Alter der untergebrachten Patientinnen und Patienten wird nicht routinemäßig erhoben. Bezogen auf alle Aufnahmen in der KJP machten die Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen in den Jahren 2012 und 2013 rund 24 und 26 Prozent aus (vgl. Tabelle 5.1). Die Unterbringungsraten liegen etwas unter jenen in der Erwachsenenpsychiatrie.

21

Das bedeutet Unterbringungstag = Aufnahmetag

Tabelle 5.1:

Aufnahmen mit Unterbringung gemäß UbG und reguläre Aufnahmen im Verhältnis zu allen Aufnahmen in der KJP

Aufnahmen	2010		2011		2012		2013	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
AUoV	963	19,8	1.086	24,3	1.051	24,3	1.137	25,9
AUaV ¹	65	1,3	51	1,1	36	0,8	40	0,9
Areg	3.834	78,9	3.338	74,6	3.240	74,9	3.211	73,2
Gesamt	4.862	100,0	4.475	100,0	4.327	100,0	4.388	100,0

AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen, Areg = reguläre Aufnahme

¹ Keine (Angaben zu) Aufnahmen mit Unterbringung auf Verlangen: LKH Klagenfurt KJP (2013), LK Donauregion Tulln (2010, 2011, 2013), Landesnervenklinik Sigmund Freud KJP (2012), LKH Innsbruck (2010)

Quelle: Krankenanstaltendaten, Erhebungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zugangs- und Aufnahmearten in der KJP²²

In der Praxis erfolgten zwei Drittel der stationären Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen nach einem Zugang ohne Anwendung des UbG. Die gesetzlich vorgesehenen Zugangsarten (§ 8 und § 9 Abs 2) machten zusammen ein Drittel aus (vgl. Tabelle 5.2; Abbildung 5.4). Bei der Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen spielten die im UbG vorgesehenen Wege ebenfalls eine geringe Rolle, rund 88 Prozent der Aufnahmen mit Unterbringung auf Verlangen folgten auf einen Zugang ohne Anwendung des UbG.

Tabelle 5.2:

(Anteil der) Aufnahmearten differenziert nach vorangegangener Zugangsart in der KJP (2013)^{1,2}

Art der Aufnahme	Zugangsart							
	absolut		Standard (§ 8 UbG)		Notfall (§ 9 Abs 2 UbG)		Ohne Anwendung des UbG	
			absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
AUoV	1.076	26,01	310	29	44	4	722	67
AUaV	33	0,80	2	6	2	6	29	88
Areg	3.028	73,19	71	2	76	3	2.881	95

AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen, Areg = reguläre Aufnahme; jeweils nach Zugang mit Anwendung des UbG (Standard = § 8 oder Notfall = § 9 Abs 2) bzw. ohne Anwendung des UbG

¹ Angaben ohne „keine Aufnahme“: für das Jahr 2013 wurden im Rahmen der Erhebung 7 Fälle gemeldet, viele Krankenanstalten können „keine Aufnahmen“ nicht melden, da diese nicht elektronisch erfasst werden.

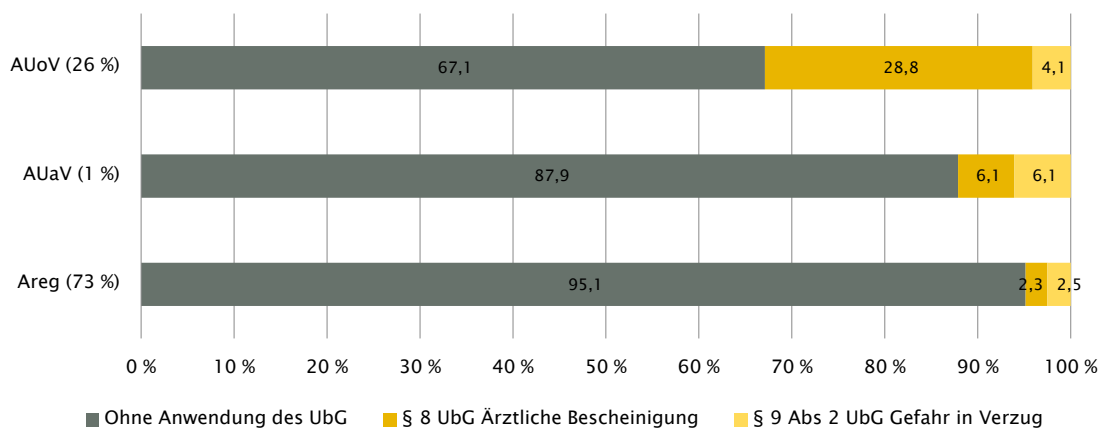
² Angaben ohne: KJP-AKH Wien

Quelle: Krankenanstaltendaten, Erhebungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

22

Darunter versteht man, wie eine Person ins Krankenhaus kommt und wie sie dort aufgenommen wird (jeweils mit/ohne Anwendung des UbG).

Abbildung 5.4:
Aufnahmeart differenziert nach der vorangegangenen Zugangsart in der KJP (2013),
prozentuelle Verteilung¹



AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen,
Areg = reguläre Aufnahme

¹ Angaben ohne: KJP-AKH Wien

Quelle: Krankenhausdaten, Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Übereinstimmung zwischen Zugangsart und Aufnahmeart

Werden die unterschiedlichen Zugangsarten in Beziehung zur Aufnahmeart/Aufnahmeentscheidung gesetzt (vgl. Abbildung 5.5), zeigt sich, in wie vielen Fällen sich die Fachärztinnen und Fachärzte im Krankenhaus der Meinung der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte anschließen und wie sie mit Personen verfahren, die von der Polizei in ein psychiatrisches Krankenhaus gebracht werden.

Circa zwölf Prozent aller stationär aufgenommenen Kinder und Jugendlichen sind im Jahr 2013 über die im UbG (§§ 8 und 9 Abs 2) geregelten Prozeduren in kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen gekommen. Davon machten die Zugänge mit ärztlicher Bescheinigung etwa drei Viertel aus (vgl. Tabelle 5.3).

Einer Verbringung in das Krankenhaus mit ärztlicher Bescheinigung folgte in 81 Prozent der Fälle eine Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen. Die Beurteilung durch die dazu befugten Ärztinnen/Ärzte stimmte weitgehend mit jener der begutachtenden Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie in den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie überein.

Ein divergierendes Bild zeigt sich in diesem Jahr bei der Verbringung von Personen durch die Sicherheitsbehörden (§ 9 Abs 2). Etwa 62 Prozent der auf diesem Weg in die KJP gebrachten Fälle führten zu einer regulären Aufnahme, nur 38 Prozent zu einer Aufnahme mit Unterbringung gemäß UbG. Allerdings wurden nur wenige Fälle (insgesamt 122 Fälle im Jahre 2013) durch die Sicherheitsbehörde gebracht, diese konzentrierten sich auf einzelne Krankenhäuser.

Dem gegenüber führten rund 21 Prozent der Zugänge ohne Anwendung des UbG zu einer Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen bzw. auf Verlangen.

Tabelle 5.3:
(Anteil der) Zugangsarten differenziert nach der darauffolgenden Aufnahmeart in der KJP (2013)^{1,2}

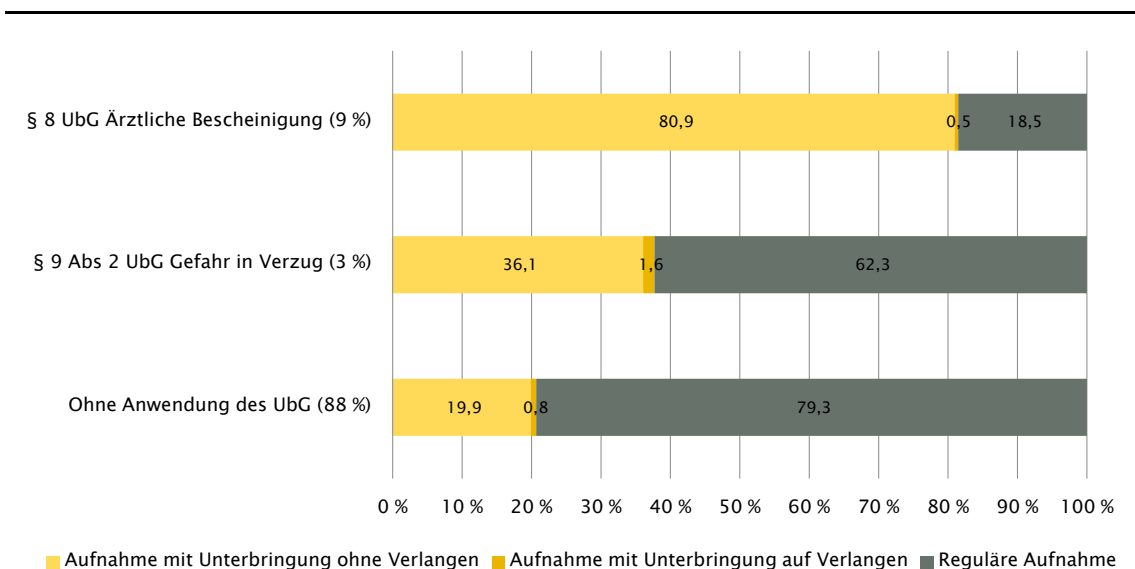
Zugangsart	Aufnahmeart							
	absolut		AUoV		AUaV		Areg	
			absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Standard (§ 8 UbG)	383	9,3	310	80,9	2	0,5	71	18,5
Notfall (§ 9 Abs. 2)	122	2,9	44	36,1	2	1,6	76	62,3
Ohne Anwendung des UbG	3.632	87,8	722	19,9	29	0,8	2.881	79,3

AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen, Areg = reguläre Aufnahme

- Angaben ohne „keine Aufnahme“: Für das Jahr 2013 wurden im Rahmen der Erhebung 7 Fälle gemeldet. Viele Krankenanstalten können „keine Aufnahmen“ nicht melden, da diese nicht elektronisch erfasst werden.
- Angaben ohne: KJP-AKH Wien

Quelle: Krankenanstaltendaten, Erhebungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.5:
Zugangsart differenziert nach der darauffolgenden Aufnahmeart in der KJP (2013)
prozentuelle Verteilung¹



- Angaben ohne: KJP-AKH Wien

Quelle: Krankenanstaltendaten, Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Unterbringungen nach Versorgungsstruktur

Rund 71 Prozent der Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen erfolgen an Abteilungen für KJP an psychiatrischen Krankenhäusern, rund 17 Prozent an psychiatrischen Abteilungen für KJP an Allgemeinkrankenhäusern und etwa 13 Prozent in Abteilungen für KJP an psychiatrischen Universitätskliniken.

Gemessen an allen vollstationären Aufnahmen in der jeweiligen Versorgungsstruktur weisen psychiatrischen Universitätskliniken mit einem Anteil von etwa 36,1 Prozent die höchste Unterbringungsrate ‚ohne Verlangen‘ auf, gefolgt von psychiatrischen Krankenhäusern mit einem Anteil von 35,5 Prozent. Mit ca. elf Prozent im Vergleich am niedrigsten ist die Unterbringungsrate ‚ohne Verlangen‘ an psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern (siehe dazu Tabelle 5.4).

Von voreiligen Schlüssen auf Zusammenhänge zwischen der Versorgungsstruktur und der Häufigkeit von Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen sollte jedoch Abstand genommen werden, weil die Varianz zwischen den einzelnen Krankenhäusern und Abteilungen sehr hoch ist und die Unterbringungshäufigkeit von sehr vielen Faktoren beeinflusst wird; die Versorgungsstruktur ist nur einer davon.

Tabelle 5.4:

Aufnahmen mit Unterbringung gemäß UbG (AUoV/AUaV) und reguläre Aufnahmen im Verhältnis zu den Gesamtaufnahmen in der KJP, differenziert nach Versorgungsstruktur (2013)

Versorgungsstruktur	Aufnahmen							
	Gesamt		AUoV		AUaV ¹		Areg	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
PKH	2.270	100,0	805	35,5	25	1,1	1.440	63,4
PA-AKH	1.722	100,0	189	11,0	8	0,5	1.525	88,6
PUK	396	100,0	143	36,1	7	1,8	246	62,1
Alle KA	4.388	100,0	1.137	25,9	40	0,9	3.211	73,2

PKH = psychiatrisches Krankenhaus, PA-AKH = psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus,

PUK = psychiatrische Universitätsklinik, AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen,

AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen, Areg = reguläre Aufnahme

¹ Keine (Angaben zu) Aufnahmen mit Unterbringung auf Verlangen: LKH Klagenfurt KJP, LK Donauregion Tulln KJP

Quelle: Krankenanstaltdaten, Erhebungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6 Exkurs: Expertengespräche zur Unterbringung

Die GÖG erfasst seit rund zehn Jahren regelmäßig Daten zur Vollziehung des UbG und publiziert die Ergebnisse alle zwei Jahre in Berichtform. Im Laufe der Jahre konnte die Qualität der Daten kontinuierlich erhöht werden. Informationen zu ausgewählten Bereichen wurden ergänzt, beispielsweise wurde Daten der Kinder- und Jugendpsychiatrie integriert (siehe Kapitel 5) und vermehrt Informationen der Patientenanwaltschaft in den Bericht aufgenommen (siehe dazu u. a. Abschnitt 4.1.3.) Auch aktuelle Themen wurden aufgegriffen (UbG-Novelle²³).

Die Berichtstätigkeit der GÖG belegt, dass in der Vollziehung des UbG Unterschiede in mehrfacher Hinsicht bestehen, die sich über die Jahre konstant zeigen. Die Datenauswertungen liefern jedoch zu einigen Fragestellungen – wie z. B. zur Erklärung von Unterschieden zwischen einzelnen Krankenhäusern oder Bezirksgerichten – nur bedingt zufriedenstellende Antworten. Auch die Ableitung von Schlussfolgerungen in Hinblick auf die Auswirkungen der letzten UbG-Novelle ist durch eine alleinige Betrachtung der Daten nicht möglich. Um die vielen Einflussfaktoren auf die Unterbringungshäufigkeit sowie deren Wechselwirkung besser zu verstehen, bedarf es – neben der rein quantitativen Betrachtung der Daten – auch einer qualitativen Diskussion mit Expertinnen und Experten aus der Praxis.

Aus den genannten Gründen veranstaltet die Gesundheit Österreich GmbH (im Auftrag des BMG) seit dem Jahr 2012 Expertengespräche zur Unterbringung in der (Erwachsenen-)Psychiatrie, seit 2013 kamen Expertengespräche zur Kinder- und Jugendpsychiatrie ergänzend dazu. Ziel der Gespräche ist es, die regelmäßig erhobenen Daten zur Unterbringung gemeinsam mit Stakeholdern aus der Praxis zu besprechen sowie mögliche Erklärungen für bestimmte Trends zu diskutieren.

An den jährlichen Expertengesprächen nehmen teil: Vertreter/innen der psychiatrischen Krankenhäuser/Abteilungen (Fachärztinnen und Fachärzte), der Patientenanwaltschaft (VertretungsNetz, IFS), des BMG und des BMJ sowie Angehörigenvertreter/innen. Die Gespräche zur Erwachsenenpsychiatrie finden aus organisatorischen Gründen auf zwei Runden aufgeteilt (Ost²⁴ und West²⁵) in Wien bzw. in Hall in Tirol (2012, 2013) oder Salzburg (2014)²⁶ statt, jene zur KJP werden in Wien abgehalten.

23

siehe Ladurner et al. (2012): Analyse Unterbringungsgesetz 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

24

mit Vertreterinnen/Vertretern aus Wien, Burgenland, Niederösterreich, Steiermark

25

mit Vertreterinnen/Vertretern aus Oberösterreich, Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg

Die folgenden Abschnitte fassen die wichtigsten Ergebnisse der bisherigen Expertengespräche (2012–2014) zusammen.

Erklärung von Trends und Unterschieden²⁷

Unterbringungshäufigkeiten

Die Zahl der Unterbringungsfälle hat in der Vergangenheit zugenommen. Folgende mögliche Gründe wurden dafür von den teilnehmenden Expertinnen und Experten genannt:

- » neue Patientengruppen:
 - » Alkoholerkrankte
 - » gerontopsychiatrische Fälle
 - » urbanes Phänomen: Obdachlose, Flüchtlinge/Asylanten
- » Zunahme der §-9-Unterbringungen
- » Mangel an Alternativen zur Unterbringung und Unterbringung von Personen, die in keiner anderen Einrichtung (z. B. Heim, Betreuungseinrichtung) einen Platz finden.²⁸

Zwischen den einzelnen Krankenhäusern und Krankenhaustypen bestehen zum Teil große Unterschiede hinsichtlich der Unterbringungshäufigkeiten. Auch die gerichtlichen Entscheidungen über die Zulässigkeit von Unterbringungen variieren stark. Die Expertinnen und Experten nannten folgende Einflussfaktoren, die zu diesen Variationen führen:

- » Kultur – „wie das Gesetz gelebt wird“,
- » behandelte Patientengruppen (Diagnosespektrum),
- » regionale Gegebenheiten (Stadt/Land),
- » handelnde Personen: Krankenanstalten, Patientenanwaltschaft, Gerichte,
- » strukturelle Rahmenbedingungen, Ausstattung:
 - » Versorgungsfunktion der einzelnen Abteilungen oder Krankenanstalten,
 - » Architektur und verfügbare Räumlichkeiten in den Krankenhäusern („offen“ vs. „geschlossen“),
 - » Größe der Abteilung,
 - » Bettenverfügbarkeit, stationäre Auslastung und Entlassungsdruck,

26

in Zusammenarbeit mit dem Tiroler Landeskrankenhaus Hall (Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Haring MSc.) und der Christian-Doppler-Klinik Salzburg (Prim. Univ.-Doz. Dr. med. Christian Geretsegger)

27

Ergebnisse der Expertengespräche 2012

28

In den Expertengesprächen wurde darauf hingewiesen, dass es auch bestimmte Patientinnen und Patienten gibt, für die sich niemand „zuständig“ fühlt.

- » Verfügbarkeit von Krisenbetten,
- » Personalstand in den Krankenhäusern,
- » außerstationäre Versorgungsstrukturen (Pflegeheime, andere psychosoziale Einrichtungen mit Betten in der Region),
- » Bestehen einer Struktur (Nachsorge) nach der Entlassung.

Es wurde betont, dass besonders die handelnden Personen (Sicherheitsbehörden, Amtsärztinnen/-ärzte, Gerichte, Krankenanstalten) sowie deren „Gepflogenheiten“ und deren etablierte und gelebte „Kultur“ einen großen Einfluss auf die Unterbringungspraxis ausüben.

In Bezug auf die Anzahl an Unterbringungen in Krankenhäusern wurde von den an den Expertengesprächen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten festgehalten, dass eine hohe oder niedrige Anzahl an Unterbringungen nicht per se gut oder schlecht sei, besonders hohe oder niedrige Werte allerdings hinterfragt werden sollten. Expertinnen und Experten gaben an, dass einige Unterbringungen vermieden werden könnten, wenn somatische Abteilungen sowie Pflegeheime das Heimaufenthaltsgesetz²⁹ häufiger anwenden würden. Empfohlen wird ein verstärkter Informationsaustausch mit den Pflegeheimen sowie zwischen den somatischen und den psychiatrischen Abteilungen.

Die unterschiedlichen Entscheidungen der Bezirksgerichte können vermutlich in hohem Maß durch die unterschiedlichen handelnden Personen erklärt werden. Es wäre wünschenswert, eine einheitlichere Spruchpraxis zu erreichen, der Austausch zwischen den Richtern sollte gefördert werden.

Unterbringungsdauer

Mehr als die Hälfte der Unterbringungen sind von kurzer Dauer und enden vor der gerichtlichen Anhörung. Kurze Unterbringungen dürften überwiegend durch folgende Patientengruppen verursacht werden:

- » Personen mit akuter Alkohol- oder Drogenintoxikation,
- » gerontopsychiatrische Patienten mit Verwirrheitszuständen, v. a. aufgrund von Demenz,
- » Personen mit akuten Belastungsreaktionen,
- » Personen, die in anderen sozialen Strukturen nicht untergebracht bzw. behalten werden können (z. B. Menschen mit geistiger Behinderung, die verhaltensauffällig werden, forensische Patienten);
- » in Städten: Obdachlose, Flüchtlinge/Asylanten (Haftreaktionen, Abschiebungsreaktionen).

29

Regelung der Voraussetzungen und der Überprüfung von Freiheitsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen, Behindertenheimen sowie in anderen Einrichtungen, in denen wenigstens drei psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen ständig betreut oder gepflegt werden können. In Krankenanstalten ist das Gesetz nur auf Personen anzuwenden, die dort wegen ihrer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung der ständigen Pflege oder Betreuung bedürfen.

Insgesamt ist anzunehmen, dass die Gruppe der untergebrachten Patienten heute heterogener ist als noch vor zehn Jahren, insbesondere in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Expertinnen und Experten vermuten, dass die Psychiatriereform nicht immer wirken dürfte (Reduktion der Kapazitäten im stationären Bereich, teilweise fehlende oder nicht ausreichende Strukturen im niedergelassenen Bereich) und dadurch Patientinnen und Patienten teilweise nach wie vor eher stationär als außersstationär behandelt würden. Auch extramurale Einrichtungen sollten den Auftrag haben, verstärkt die „heavy users“ zu betreuen. Psychiatrische Abteilungen beobachten darüber hinaus einen Anstieg der Überweisungen aus Altenheimen, vor allem vor den Wochenenden und in den Sommermonaten; dies wird als belastend erlebt.

Unterbringungspraxis und mögliche Einflussfaktoren³⁰

Aus den Expertengesprächen ist ersichtlich, dass sich unterschiedliche Praktiken in der Umsetzung des UbG etabliert haben.

Bei der Anwendung des UbG entstehen immer wieder Spannungsfelder zwischen involvierten Berufsgruppen, da es zu einem Abwägen medizinischer Überlegungen auf der einen Seite und gesetzlichen Vorgaben auf der anderen Seite (Recht auf Freiheit vs. Verpflichtung zur medizinischen Behandlung) kommt. Für Ärztinnen und Ärzte steht eher die medizinische Behandlung im Vordergrund, für die Patientenadvokatschaft die Selbstbestimmung.

Besonders junge Ärztinnen und Ärzte empfinden Unterbringungen häufig als bürokratische Belastung. Die Arbeit auf einer Akutstation mit Unterbringungen sollte als besondere medizinische Herausforderung gesehen und attraktiver gestaltet bzw. aufgewertet werden.

Die Verfügbarkeit von Amtsärzten und -ärztinnen variiert regional; zum Teil besteht (besonders nachts) ein Mangel oder mangelnde Erreichbarkeit. In manchen Bezirken gibt es keine Gemeinde-/Sprengelärzte und -ärztinnen mehr. Dadurch kann das UbG nicht immer ordnungsgemäß angewendet werden und wird die Standardprozedur des UbG (§ 8) häufig zur Notfallprozedur (§ 9 Abs 2), wenn keine/kein zur Ausstellung eines Zeugnisses befugte/r Ärztin/Arzt (Gemeinde/Sprengel-, Amts- oder Polizeiarzt/-ärztin) verfügbar oder erreichbar ist. Steht keine/kein befugte/r Ärztin/Arzt zur Verfügung, muss die Polizei zwangsläufig gemäß § 9 UbG vorgehen. Die beschriebenen Umstände können darüber hinaus zu unangenehmen Wartezeiten für Patienten und Patientinnen sowie Angehörige führen.

Laut Aussagen der Expertinnen und Experten bestehen bei Zuweisungen innerhalb eines Krankenhauses (von einer somatischen auf die psychiatrische Station) je nach Krankenhaus unterschiedliche Vorgangsweisen; derzeit kann die Zuweisung entweder nach Konsultation eines/einer psychiatrischen Facharztes/-ärztin oder des Leiters / der Leiterin der psychiatrischen Abteilung oder unter Beiziehung eines Amtsarztes bzw. einer Amtsärztin erfolgen.

30

Ergebnisse der Expertengespräche 2012

Expertinnen und Experten nannten folgende Einflussfaktoren, die sich auf die Qualität des Krankenhausaufenthalts während der Unterbringung auswirken können:

- » Personalausstattung und damit verbundene Anwendung restriktiver Maßnahmen,
- » Architektur und räumliche Ausstattung (u. a. Aufenthaltsräume, Zugang ins Freie),
- » Bettenauslastung und damit verbundener Entlassungsdruck,
- » technische Aspekte wie z. B. das Bestehen von Niederflurbetten,
- » Haltung/Kultur des Personals,
- » haftungsrechtliche Aspekte, Sicherheitsdenken und damit verbundene Bereitschaft, „Risiken einzugehen“,
- » Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (mit der Patientenanwaltschaft, mit der Kinder- und Jugendhilfe etc.) sowie mit Angehörigen.

Insgesamt wird festgehalten, dass die Anforderungen des UbG nur dann erfüllt werden können, wenn die Voraussetzungen dafür gegeben sind (z. B. entsprechende Ausstattung, ausreichend Personal). Intensiver Beziehungsaufbau (Betreuungsschlüssel 1:1) ist für viele Krankenanstalten mit den bestehenden Ressourcen nicht leistbar.

Dokumentation und Datenlage (2012–2014)

Status quo in den Krankenanstalten und damit verbundene Herausforderungen

Die Dokumentation von Unterbringungsdaten in den Krankenhäusern / psychiatrischen Abteilungen entspricht den rechtlichen Vorgaben, ist jedoch abhängig von den Standorten sehr heterogen (z. B. handschriftliche Dokumentation vs. elektronische Erfassung und Auswertung³¹). Das Spektrum der dokumentierten Daten ist breit (gesetzlich erforderliche Daten, aber auch Daten betreffend Patientencharakteristika, Zuweisungsart, Diagnosen, Selbst-/Fremdgefährdung, Unterbringungsdauer etc.). Daten zu Beschränkungen werden an die Patientenanwaltschaft gemeldet.

Zusätzlich zu den bereits von der GÖG erhobenen Daten zur Unterbringung (von Bezirksgerichten, Patientenanwaltschaft, Krankenhäusern) regen Expertinnen und Experten an, weitere Informationen und Daten zu erheben, um aussagekräftige regionale Vergleiche anstellen zu können:

- » Strukturdaten zur Versorgung: Betten, Personal;
- » Informationen zur räumlichen Struktur / zur Architektur;
- » Informationen zum Patientenkollektiv;
- » Daten zur Verweildauer: untergebracht / nicht untergebracht;
- » Daten zur Häufigkeit und Dauer von zusätzlichen räumlichen Beschränkungen (Fixierungen);
- » Informationen zu nicht aufgenommenen Patientinnen und Patienten.

31

jedoch vielfach mit unterschiedlichen Systemen, die nur bedingt eine Datenintegration erlauben

Bei der Sammlung und Auswertung von Unterbringungsdaten werden folgende Herausforderungen geortet:

- » Ziel und Zweck von Erhebungen müssen klar definiert sein, ebenso wie die Information darüber vorliegen muss, was mit den Daten passiert.
- » Validität und Vergleichbarkeit der Daten (Patientenkollektiv, Strukturen);
- » Gewährleistung des Datenschutzes (Schutz individueller Rechte / Anonymisierung, Zugriffsrechte), administrativer Aufwand und Kosten in Zusammenhang mit Dokumentation und Auswertung sowie Analyse der Daten, Kontinuität und Vergleichbarkeit der erhobenen Daten.
- » Das Unterbringungsgeschehen wird derzeit nicht im LKF-System abgebildet; dies schränkt auch die Datenverfügbarkeit ein. Mit einer Abbildung im LKF-System potenziell verbundene Anreize (Bepunktung) sollten kritisch reflektiert werden.

Idealerweise sollten Datenerhebungen mittels bestehender Dokumentationssysteme ermöglicht werden, um den damit verbundenen Aufwand gering zu halten. Eine Mitwirkung kann nur auf freiwilliger Basis erfolgen.

Expertinnen und Experten stehen Datenerhebungen mit dem Zweck, Trends zu erkennen und zu beobachten, die Betreuungs- und Behandlungsqualität zu verbessern und zu sichern sowie Grundlagen für Überlegungen zur Einführung und Evaluation neuer Maßnahmen zu schaffen, grundsätzlich positiv gegenüber. Dies gilt allerdings nur, wenn zuvor Strategien für den Umgang mit den o. a. Herausforderungen vorliegen. Bei der Interpretation der Daten ist Vorsicht vor voreiligen Schlüssen geboten.

Dokumentation von Beschränkungen

Bei den Expertengesprächen 2014 berichtet das BMG über rechtliche Rahmenbedingungen für die Dokumentation von Unterbringungen³². Das Ministerium spricht sich für eine Dokumentation freiheitsbeschränkender Maßnahmen aus. Die führende legistische Zuständigkeit für das UbG liegt allerdings beim Bundesministerium für Justiz (BMJ). Angedacht ist kein zentrales Register, sondern eine dezentrale Lösung (jede Institution führt ein eigenes Register, d. h. auf Ebene der Krankenanstalten(träger)). Die bestehenden Prozesse zur Erfassung von Beschränkungen in den Krankenhäusern sind sehr unterschiedlich, einige Häuser haben Statistiken, die sie regelmäßig auswerten und z. B. im Rahmen der Morgenbesprechung besprechen. Als Beispiel für die Umsetzung einer elektronischen Dokumentation von Unterbringungen (inkl. Beschränkungen)

32

Verbindliche gesetzliche Grundlagen zur Dokumentation finden sich im UbG (und HeimAufG). Darüber hinaus gibt es internationale Empfehlungen (Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) des Europarats, Vereinte Nationen) sowie auf nationaler Ebene Empfehlungen der Volksanwaltschaft.

wurde die Landesnervenklinik Sigmund Freud (LSF)³³ eingeladen, ihr System zu präsentieren. Die Krankenhäuser melden der Patientenrechtskommission beschränkende Maßnahmen, die Möglichkeiten, über diese Datenquelle einen Überblick über erfolgte Beschränkungen zu bekommen, werden geprüft. Ziel ist jedenfalls eine möglichst aufwandsarme Dokumentationslösung.

Als Maßnahmen, die dazu beitragen, dass möglichst wenige Beschränkungen durchgeführt werden müssen, werden von den Expertinnen/Experten folgende Maßnahmen genannt:

- » Geeignete Architektur in Einrichtungen, die das UbG anwenden;
- » Schulung des Personals;
- » Mittragen der Konzepte durch die Pflege.

GÖG-Datenerhebung bei Krankenanstalten

Im Zuge der Expertengespräche zur Unterbringung im Jahr 2014 wurde die Methodik der GÖG für die Krankenanstalten-Erhebung (Erhebungsblatt) diskutiert und Änderungen in Hinblick auf die Terminologie sowie eine Erweiterung der erhobenen Daten um ein einzelne ausgewählte Indikatoren abgestimmt.

Ein Ziel der Datenerhebung ist auch die Plausibilitätsprüfung der Daten aus den unterschiedlichen Datenquellen (von Krankenhäusern, Patientenrechtskommission, Bezirksgerichten). Auffälligkeiten werden dem jeweiligen Datenlieferanten zurückgemeldet. Dadurch soll die Vergleichbarkeit der Daten erhöht werden.

Auswirkungen der UbG-Novellierung 2010³⁴

Die Expertinnen und Experten beurteilen die Gesetzesnovelle insgesamt als positiv. Nachfolgend werden die subjektiven Einschätzungen der Expertinnen und Experten zu den wichtigsten Änderungen dargestellt.

§ 6 Abs 1 – Wegfall des zweiten fachärztlichen Zeugnisses bei Unterbringung auf Verlangen

Besonders für kleine Abteilungen/Häuser bedeutet das Erfordernis, nur mehr ein fachärztliches Zeugnis (statt bisher zwei) erstellen zu müssen, eine große administrative Entlastung; ein Qualitätsverlust aufgrund des Wegfalls des zweiten Zeugnisses wird nicht gesehen. Nur selten wird von Patientinnen/Patienten ein zweites Zeugnis gewünscht, in wenigen Fällen von der Patientenrechtskommission. Einige Häuser versuchen weiterhin, routinemäßig zwei Zeugnisse zu erstellen. Die Möglichkeit der zeitversetzten Erstellung wird als sehr sinnvoll erachtet.

33

ab Jänner 2015: LKH Graz Süd-West

34

Ergebnisse der Expertengespräche 2012 sowie 2013

§ 32a – Berücksichtigung der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Aufhebung der Unterbringung

§ 32a kommt häufiger, aber noch immer selten zur Anwendung.³⁵ Im Einzelfall wird der § 32a als sehr sinnvoll und hilfreich eingeschätzt, bei der Wahrung der Behandlungskontinuität spielt die Berücksichtigung der Rückfallwahrscheinlichkeit eine wesentliche Rolle. Von § 32a profitiert eine kleine Patientengruppe (sogenannte „heavy users“), die vermutlich in den Daten aufgrund ihrer geringen Größe nicht aufscheint.

Laut Aussagen der Expertinnen und Experten (2012) wird in der Argumentation von Anhörungen und Verhandlungen kaum von § 32a Gebrauch gemacht. Prognose und Auswirkungen der Gefährdung bei der Entlassung wird zu wenig berücksichtigt, Richter/innen verlangen meist nur eine Einschätzung der aktuellen Gefährdung. In der Auslegung des Paragraphen gibt es noch Auffassungsunterschiede zwischen Patientenadvokatur und Ärzteschaft. Es wird angeregt, den Gesetzestext so zu präzisieren, dass allen Beteiligten klar wird, dass die Bestimmung auch im Rahmen von Erstaufenthalten und nicht nur bei „Drehtürpatientinnen und -patienten“ zur Anwendung gelangen kann. Angehörige geben an, sich vom § 32a mehr erwartet zu haben, v. a. bei Patientinnen und Patienten, die wiederholt untergebracht werden. Die Patientenadvokatur erhebt Informationen zur Anwendung des § 32a, diese werden aber derzeit nicht ausgewertet.

§ 34 a – Möglichkeit der Beschränkung der sonstigen Rechte des/der Kranken

§ 34a dürfte sich langsam etablieren. Er schafft mehr Klarheit und ermöglicht eine intensivere Auseinandersetzung mit Freiheitsbeschränkungen. Der damit einhergehende Dokumentationsaufwand (Dokumentation in der Krankengeschichte, Meldung an die Patientenadvokatur) ist (insbesondere für die Pflege) hoch, es besteht teilweise noch Unsicherheit, was und wie zu dokumentieren ist. Generell zeichnet sich ein Spannungsfeld zwischen den gesetzlichen Vorgaben und den faktischen zeitlichen Möglichkeiten in der Behandlung ab (Grundrechtsschutz vs. praktische Handhabbarkeit). Es wird betont, dass Beschränkungsmaßnahmen auch auf offenen Abteilungen getroffen werden können, es muss keinen eigenen geschlossenen Unterbringungsbereich geben. Angehörige und Patientenadvokatur stehen der Vornahme von Beschränkungen durch den Sicherheitsdienst kritisch gegenüber. Herausforderungen werden im Umgang mit der sich verändernden Mediennutzung (Mobiltelefone, Internet) geortet, Häuser gehen bislang unterschiedlich damit um. Ein Ausgang ins Freie wird als sehr wichtig erachtet und sollte an allen Standorten gegeben sein.

35

Bei den meisten Patientinnen und Patienten ist die Unterbringungsdauer insgesamt so kurz, dass der § 32a gar nicht in Betracht zu ziehen ist. Manchmal wird eine Verlängerung aber auch aufgrund des Entlassungsdrucks nicht in Erwägung gezogen.

Entwicklung von Standards für fachärztliche Zeugnisse³⁶

Fachärztliche Zeugnisse sind in Österreich nicht einheitlich geregelt. Dies wurde im Jahr 2013 zum Anlass genommen, um bestehende Vorlagen zu präsentieren und zu diskutieren mit dem Ziel, gemeinsame Standards abzuleiten. Von den Expertinnen und Experten werden folgende Aspekte eingebracht:

- » Ein zu langes Zeugnis wird nicht als zweckmäßig erachtet. Das fachärztliche Zeugnis sollte nur das absolute Mindestmaß an Informationen enthalten; alle weiteren Informationen (u. a. zur Anamnese und Psychopathologie) sind der Krankengeschichte zu entnehmen.
- » Es soll genügend Freitext ermöglicht werden.
- » Alle drei Unterbringungskriterien sind anzugeben. (Hinweis: Es gibt auch negative Zeugnisse, bei denen die Unterbringungs Voraussetzungen nicht angekreuzt werden.) Die Formulierungen hinsichtlich der Unterbringungskriterien sollen dem Gesetzestext entsprechen.
- » Zwischen Selbst- und Fremdgefährdung soll unterschieden werden. Details zu den unterschiedlichen Graden der Gefährdung wären hilfreich.

Dem/der Richter/in soll die erste Seite der Krankengeschichte mitgeliefert werden. Standards sollen von der ärztlichen Fachgesellschaft für Psychiatrie diskutiert werden.

Architektur und Psychiatrie³⁷

In den Expertengesprächen 2013 wurde das Thema „Architektur“ in Zusammenhang mit Ihrer Rolle bei Unterbringungen aufgegriffen. Im Fokus erster Diskussionen lag die Identifikation behandlungs- und beziehungsunterstützender architektonischer Maßnahmen. Möglichkeiten der Entwicklung von architektonischen Mindestanforderungen bis hin zu Standards der Fachgesellschaft wurden diskutiert.

Im Jahre 2014 führte die GÖG als Folgeaktivität zu den Expertengesprächen 2013 eine Literaturrecherche zum Thema „Architektur und Unterbringung“ durch. Rezente Studien (z. B. Bowers 2014, Borckhardt et al. 2011, Gaskin et al. 2007, Madan et al. 2014, Mohl et al. 2012, van der Schaaf et al. 2013, Enser and MacInnes 1999), welche den Einfluss von baulichen Maßnahmen und Gestaltungselementen auf unterschiedliche Outcome-Faktoren wie Anzahl der Isolierungen, Beschränkungen, Konflikte, Zwangsmaßnahmen, Suizide und Fluchtversuche untersuchten, wurden identifiziert. Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden bei den Expertengesprächen

36

Ergebnisse der Expertengespräche 2013

37

Ergebnisse der Expertengespräche 2013 und 2014

präsentiert³⁸ und von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr rege diskutiert. Für aktuelle und zukünftige Bauvorhaben wurde angeregt, die präsentierten Ergebnisse sowie die in der Diskussion genannte Best-Practice-Beispiele bei der Planung (auf Ebene der Krankenanstalten-träger) zu berücksichtigen.

Borckardt et al (2011) konnten zeigen, dass einfache Maßnahmen – wie das Ersetzen alter, heruntergekommener Möbel durch neue – mit einer Reduktion von Isolierungen und Beschränkungen einhergehen. Eine hochwertige Ausstattung sowie saubere Räume werden von Patientinnen und Patienten als Ausdruck der ihnen entgegengebrachten Wertschätzung erlebt und wirken sich auf ihre emotionale Befindlichkeit und somit auch auf das Aggressionspotential aus (Universalraum GmbH 2012, 11 und 22). Andere Studien (van der Schaaf et al. 2012) fanden einen Zusammenhang zwischen Privatsphärenfläche pro Person, Komfort, guter Sichtkontrolle auf den Stationen und einer Reduktion von Isolierungen und Beschränkungen. Eine ausreichende Privatsphäre im Sinne eines eigenen Territoriums, bestehend aus dem Bett und dessen näherem Umfeld, ist von großer Wichtigkeit für das Wohlbefinden sowie das Schutz- und Kontrollbedürfnis der Patientinnen und Patienten (Universalraum GmbH 2012, 14). Aufgrund der Komplexität einiger Interventionen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen (multiple Ansätze inklusive therapeutischer und baulicher Maßnahmen) und den noch weitgehend unerforschten Wirkungsweisen wird eine verstärkte und vertiefende Forschung zu diesem Thema empfohlen.

Um sich der Tragweite des Einflusses von Architektur auf das therapeutische Milieu und auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten bewusst zu werden, macht es Sinn, einen Schritt zurückzugehen und sich mit Konzepten von Architekturdesign zu beschäftigen. Es gibt in Deutschland eigene Lehrstühle, die sich mit dem Thema auseinandersetzen, z. B. den Lehrstuhl für Sozial- und Gesundheitsbauten der Technischen Universität Dresden³⁹. Demnach wirkt Architektur nicht nur über mehrere Ebenen (Funktionalität, psychologisches Konzept, therapeutisches Milieu und Atmosphäre), sondern auch auf mehrere Personengruppen (Patientinnen/Patienten, Personal, Angehörige), die wiederum aufeinander und somit in dynamischer Wechselwirkung die Atmosphäre in einem Krankenhaus mitbeeinflussen. Im Rahmen der Krankenhausplanung ist daher vorerst eine Ausweitung des Themas auf Architektur und Gesundheit sinnvoll, um sich dann schrittweise den Besonderheiten der einzelnen Teilgebiete (z. B. Psychiatrie), Zielgruppen (z. B. ältere Menschen) und Themenschwerpunkte (z. B. Suizidprävention) anzunähern. Für eine weitere Beschäftigung mit diesem Thema wurde eine Literaturliste zusammengestellt (siehe eigener Abschnitt im Kapitel „Weiterführende Literatur“).

38

Die Ergebnisse wurden in einem Handout zusammengefasst, das bei den jeweiligen Sitzung aufgelegt und mit den Sitzungsprotokollen versendet wurde. Das Dokument wird gerne auf Anfrage übermittelt.

39

siehe www.universalraum.de

Zentrale Werke zum Thema ‚Architektur und Psychiatrie‘ im deutschsprachigen Raum sind derzeit:

- » Universalraum GmbH (2012): Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie. Band 1. Universalraum GmbH, Dresden
- » Glasow, Nadine (2011): Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Logos Verlag, Berlin.

Eine anschauliche Einführung in das Thema bietet auch die Zusammenfassung von Ilja Ruhl (2013) mit Beispielen von Kliniken und Konzepten, die verschiedene Gestaltungselemente berücksichtigen.

Weitere diskutierte Themen

Weitere Themen, die im Rahmen der Expertengespräche zum UbG diskutiert wurden, sind:

- » (Einheitliche) Auslegung des UbG für Kinder und Jugendliche,
- » Unterbringung von Kindern und Jugendlichen auf Abteilungen für Erwachsenenpsychiatrie,
- » Versorgung von Personen mit einer geistigen Behinderung und einer (oder mehreren) somatischen Erkrankung(en);
- » Kapazitätsmängel in der Forensik, die eine Verbringung der Delinquenten/Delinquentinnen in psychiatrischen Stationen bedingen;
- » Qualität der Zuweisungen nach §§ 8 und 9.

7 Schlussfolgerungen

Das Unterbringungsgesetz besteht seit dem Jahr 1991 und regelt einen sehr sensiblen Versorgungsbereich: die unfreiwillige Aufnahme von Patientinnen und Patienten in psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen sowie die Anwendung von Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung.

Wie auch in den vorangegangenen Jahren zeigt sich eine starke Variationsbreite zwischen den Unterbringungsraten an den einzelnen Krankenhäusern und Abteilungen. Die Daten der Bezirksgerichte weisen bezüglich des Anteils an Unterbringungen, bei denen es zu einer Anhörung kommt, ebenfalls große Unterschiede auf.

Bei der im Auftrag des BMG von der GÖG in den vergangenen Jahren durchgeführten Berichterstattung und Analyse auf Basis der Daten zu Unterbringungen gemäß UbG in Österreich hat sich gezeigt, dass die Datenlage und auch die Möglichkeiten der Datenauswertung insbesondere in den Krankenhäusern sehr unterschiedlich sind.

Durch die gegenständliche Publikation und durch den seit 2012 initiierten Austausch im Rahmen der Expertengespräche zur Unterbringung wird eine höhere Transparenz der Datenlandschaft gewährleistet. Damit einhergehend werden Daten, Auswertungen und somit auch zugrundeliegende Indikatoren und Terminologien intensiver diskutiert. Die Diskussion erhöht zunehmend die Vergleichbarkeit der Daten, darüber hinaus entsteht ein einheitlicheres Verständnis der verwendeten Begriffe.

Die Anzahl und Dauer der Unterbringungen und die Anzahl der im Zuge einer Unterbringung vorgenommenen Beschränkungen sind durch viele Faktoren bedingt. Die Erklärung von Wirkzusammenhängen ist daher oft schwierig und erfordert eine umfassende Betrachtung.

Die Ergänzung der quantitativen Auswertungen um qualitative Aspekte durch die Diskussion und Interpretation der Auswertungen sowie der Erörterung ausgewählter thematischer Schwerpunkte gemeinsam mit Expertinnen und Experten, die in der Praxis mit dem UbG befasst sind, ermöglicht ein besseres Verständnis der komplexen Wirkzusammenhänge in der Anwendung des UbG.

Zu beachten ist, dass die Anwendung des UbG ein spezieller Teil der (psychiatrischen) Versorgung ist, der in einen unbedingt zu berücksichtigenden Gesamtkontext eingebettet ist. Die Daten sollten daher mit einem breiten Blickwinkel über das UbG-Geschehen hinaus interpretiert werden.

8 Referenzierte Literatur

Borckardt, J. J.; Madan, A.; Grubaugh, A. L.; Danielson, C. K.; Pelic, C. G.; Hardesty, S. J.; Hanson, R.; Herbert, J.; Cooney, H.; Benson, A.; Frueh, B. C. (2011): Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. In: *Psychiatric Services* 62/5:477–483

Bowers, L. (2014): Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 21/6:499–508

Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl 1990/155),
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936>

Bundesgesetz, mit dem das Unterbringungsgesetz, das Heimaufenthaltsgesetz und das Strafvollzugsgesetz geändert werden (Unterbringungs- und Heimaufenthaltsgesetz 2010 –Ub–HeimAuf–Nov 2010, BGBl 2010/18),
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2010_I_18/BGBLA_2010_I_18.pdf

Bundesrechenzentrum (jährlich): Daten der Bezirksgerichte zur Unterbringung für die Jahre 2000–2013

Denk, Peter; Hagleitner, Joachim; Weibold, Barbara (2010): UbG aktuell. Tagungsband 2009. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

Enser, J.; MacInnes, D. (1999): The relationship between building design and escapes from secure units. In: *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 119/3:170–174

Forster, Rudolf; Kinzl, Harald (2001): Die Vollziehung des Unterbringungsgesetzes – eine statistische Analyse der Jahre 1996–1999. In: *Mitteilungen der Sanitätsverwaltung* 102/12, 3–12

Gaskin, C. J.; Elsom, S. J.; Happell, B. (2007): Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. In: *British Journal of Psychiatry* 191/298–303

Geretsegger, Christian (2010): Das Unterbringungsgesetz. In: *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 11 (2), 24–27

Glasow, Nadine (2011): Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Logos Verlag Berlin.

GÖG/ÖBIG (2006): Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes 2003–2005. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2008): Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes 2006/2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

HeimAufG: Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz – HeimAufG) StF: [BGBl. I 2004/14](#)

IfS-Patientenanzwaltschaft Vorarlberg (2011): Jahresbericht 2010. Institut für Sozialdienste. Rankweil

IfS-Patientenanzwaltschaft Vorarlberg (2012): Jahresbericht 2011. Institut für Sozialdienste. Rankweil

IfS-Patientenanzwaltschaft Vorarlberg (2013): Jahresbericht 2012. Institut für Sozialdienste. Rankweil

IfS-Patientenanzwaltschaft Vorarlberg (2014): Jahresbericht 2013. Institut für Sozialdienste. Rankweil

Krankenanstaltendaten. Daten zur Unterbringung 2010 und 2011. Erhebung der GÖG in den Jahren 2011 bzw. 2012. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

Krankenanstaltendaten. Daten zur Unterbringung 2012 und 2013. Erhebung der GÖG in den Jahren 2013 bzw. 2014. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

Ladurner, Joy; Hagleitner, Joachim; (2011): Analyse Unterbringungsgesetz 2010. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des BMG, Wien

Ladurner, Joy; Sagerschnig, Sophie; Hagleitner, Joachim; (2012): Analyse Unterbringungsgesetz 2012. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht, Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des BMG, Wien

Madan, A., et al. (2014): Efforts to Reduce Seclusion and Restraint Use in a State Psychiatric Hospital: A Ten-Year Perspective. Psychiatr Serv.

Mohl, A., et al. (2012): The Suicide Guard Rail: a minimal structural intervention in hospitals reduces suicide jumps. BMC Research Notes 5(1): 408.

ÖBIG (2005): Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes 2001–2002. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

Protokoll der Expertengespräche zur Unterbringung (Runde Ost-Österreich). Veranstaltet von der Gesundheit Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit am 4. 10. 2013 in Wien

Protokoll der Expertengespräche zur Unterbringung (Runde Ost-Österreich). Veranstaltet von der Gesundheit Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit am 15. 10. 2014 in Wien

Protokoll der Expertengespräche zur Unterbringung (Runde West-Österreich). Veranstaltet von der Gesundheit Österreich in Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhaus Hall im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit am 20. 09. 2013 in Hall in Tirol

Protokoll der Expertengespräche zur Unterbringung (Runde West-Österreich). Veranstaltet von der Gesundheit Österreich in Zusammenarbeit mit der Christian-Doppler-Klinik Salzburg im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit am 4. 09. 2014 in Salzburg

Protokoll der Expertengespräche zur Unterbringung (Runde KJP). Veranstaltet von der Gesundheit Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit am 9. 10. 2013 in Wien

Protokoll der Expertengespräche zur Unterbringung (Runde KJP). Veranstaltet von der Gesundheit Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit am 30. 10. 2014 in Wien

Ruhl, I (2013). Psychiatrie und Architektur. GP Gemeindepsychiatrie.info.

Zugriff am 19. 01. 2015 unter: <http://gemeindepsychiatrie.info/psychiatrie-und-architektur/>

UbG (1990): Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG), BGBl N. 155/1990 (NR: GP XVII RV 464 AB 1202 S 132. BR: AB 3820 S 526.)

Universalraum GmbH (2012): Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie. Band 1. Dresden, Universalraum GmbH

van der Schaaf, P. S. et al. (2013): Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. Br J Psychiatry 202:142–149

VertretungsNetz-Patientenadvokatur: Unterbringungsstatistik 2010–2013. VertretungsNetz-Patientenadvokatur: Anteil von Unterbringungen mit zumindest einer weitergehenden Beschränkung der Bewegungsfreiheit. Entwicklung 2008–2013 nach Bundesländern

VertretungsNetz-Patientenadvokatur (2014): Ausgewählte Auswertungen für das Jahr 2013 zu Unterbringungen.

VertretungsNetz-Patientenadvokatur (2014): Ausgewählte Auswertungen für das Jahr 2013 zu Unterbringungen bei Personen bis 18 Jahre.

9 Weiterführende Literatur

Dreßing, Harald; Salize, Hans-Joachim (2004): Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung. Bonn

Forster, Rudolf (1994): Von der Anhaltung zur Unterbringung psychisch Kranker – eine Rechtsreform aus statistischer Sicht. In: Mitteilungen der Sanitätsverwaltung 95/1, 3–6

Forster, Rudolf (1997): Psychiatrische Macht und rechtliche Kontrolle: internationale Entwicklungen und die Entstehung des österreichischen Unterbringungsgesetzes. Wien

Forster, Rudolf (1999): Von der Anstalts- zur Gemeindepsychiatrie: Empirische Befunde und theoriegeleitete Interpretationen eines Wandlungsprozesses. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 24/3: 56–75

Forster, Rudolf (2002): Zur Gewalt in der Psychiatrie; In: M. Ertl, B. Keintzel, R. Wagner: Ich bin tausend Ich. Probleme, Zugänge und Konzepte zur Therapie von Psychosen. Wien, 270–283

Forster, Rudolf; Kinzl, Harald (2004): Zehn Jahre Vollziehung des österreichischen Unterbringungsgesetzes. In: Recht & Psychiatrie 22/1:23–32

Haberfellner, Egon Michael; Rittmannsberger, Hans (1996): Unfreiwillige Aufnahme im psychiatrischen Krankenhaus – die Situation in Österreich. In: Psychiatrische Praxis 23, 139–142

Halmich, Michael (2014): Unterbringungsgesetz Praxiskommentar. proLIBRIS Verlagsgesellschaft mbH. Linz

Katschnig, Heinz; Ladinser, Edwin; Scherer, Michael; Sonneck, Gernot; Wancata, Johannes (2001): Österreichischer Psychiatriebericht 2001. Teil 1, Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien

Kopetzki, Christian (1995): Unterbringungsrecht Band II: Materielles Recht, Verfahren und Vollzug (Forschungen aus Staat und Recht 109). Wien

Kopetzki, Christian (2002): Der Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft – 20 Jahre Rechtsschutz für psychisch kranke und geistig behinderte Menschen. In: Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft (Hg.): Vertreten – Beraten – Unterstützen. 10 Jahre Patientenanwälte in der Psychiatrie. Wien, 95–112

Kopetzki, Christian (2005): Grundriss des Unterbringungsrechts. Wien

Koppensteiner, Stefan; Zierl, Hans Peter (Hrg.). (2012): Praxisleitfaden Unterbringungsrecht. Manz. Wien

König, Peter; Niederhofer, H. (1995): Auswirkungen des Unterbringungsgesetzes auf die Population stationär aufgenommenen Patienten. In: Österreichische Juristen-Zeitung 50/3, 81-86

Pilgrim, David; Rogers, Anne (1994): A Sociology of Mental Health and Illness. Buckingham/Philadelphia

Raiser, Thomas (1995): Das lebende Recht. Rechtssoziologie in Deutschland. Baden-Baden

Salize, Hans-Joachim; Dreßing, Harald; Peitz, Monikal. (2002): Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. European Commission – Health & Consumer Protection Directorate-General, Research Project. Final Report. Mannheim

Salize, Hans-Joachim; Dreßing, Harald (2004a): Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. In: British Journal of Psychiatry 184, 163-168

Salize, Hans-Joachim; Dreßing, Harald (2004b): Nehmen Zwangsunterbringungen psychisch Kranker in den Ländern der Europäischen Union zu? In: Gesundheitswesen 66, 240-245

Spengler, Andreas; Böhme, K. (1989): Versorgungsepidemiologische Aspekte der sofortigen Unterbringung. In: Nervenarzt 60, 226-232

Spengler, Andreas (1994): Sofortige zwangsweise Unterbringungen in der Bundesrepublik Deutschland, 1991-1992: Erste Ergebnisse. In: Psychiatrische Praxis 21, 118-120

Thanner, Theodor; Vogl, Mathias (2006): UbG-Unterbringungsgesetz. Wien

UbG: Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz-UbG): BGBl 2010/18

VSP (1999): Im rechtsfreien Raum. Freiheitsbeschränkungen in Behinderteneinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen. Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft. Wien

VSP (2001): Bericht 2000. Tätigkeit, Erfahrungen, Wahrnehmungen. Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft. Wien

VSP (2002): Bericht 2001. Tätigkeit, Erfahrungen, Wahrnehmungen. Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft. Wien

Architektur und Unterbringung/Zwangsmaßnahmen

Borckardt, J. J., et al. (2011): Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. Psychiatr Serv 62(5): 477-483.

Bowers, L. (2014): Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 21(6): 499–508.

Enser, J. and D. MacInnes (1999): The relationship between building design and escapes from secure units. *J R Soc Promot Health* 119(3): 170–174.

Gaskin, C. J., et al. (2007): Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. *Br J Psychiatry* 191: 298–303.

Madan, A., et al. (2014): Efforts to Reduce Seclusion and Restraint Use in a State Psychiatric Hospital: A Ten-Year Perspective. *Psychiatr Serv*.

Mohl, A., et al. (2012): The Suicide Guard Rail: a minimal structural intervention in hospitals reduces suicide jumps. *BMC Research Notes* 5(1): 408.

P.S. van der Schaaf, P. S., et al. (2013): Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *Br J Psychiatry* 202: 142–149.

Stolker, J. J., et al. (2006): Are patients' views on seclusion associated with lack of privacy in the ward? *Arch Psychiatr Nurs* 20(6): 282–287.

Vaaler, A. E., et al. (2005): Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward. *Nordic journal of psychiatry* 59(1): 19–24.

Architektur und Psychiatrie

Bringslimark, T., et al. (2009): The psychological benefits of indoor plants: A critical review of the experimental literature. *Journal of Environmental Psychology* 29(4): 422–433.

Cama, R. (2009): *Evidence-based healthcare design*, John Wiley & Sons.

Curtis, S., et al. (2009): New spaces of inpatient care for people with mental illness: a complex 'rebirth' of the clinic? *Health Place* 15(1): 340–348.

Dijkstra, K., et al. (2008): Stress-reducing effects of indoor plants in the built healthcare environment: the mediating role of perceived attractiveness. *Prev Med* 47(3): 279–283.

Glasow, Nadine (2011): *Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen*. Logos Verlag Berlin.

Gross, H. (2010): Krankenhausarchitektur – von der Bettenburg zum Healing Environment. *Dtsch Med Wochenschr* 135(14): p13–p13.

Gross, R., et al. (1998): Healing environment in psychiatric hospital design. *Gen Hosp Psychiatry* 20(2): 108–114.

Gulak, M. B. (1991): Architectural guidelines for state psychiatric hospitals. *Hosp Community Psychiatry* 42(7): 705–707.

Gutkowski, S., et al. (1992). "Improving psychiatric environments through minimal architectural change." *Hosp Community Psychiatry* 43(9): 920–923.

Karlin, B. E. and R. A. Zeiss (2006): Best practices: environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices. *Psychiatr Serv* 57(10): 1376–1378.

Lincourt, J. (2002): A place for empathy: ethics involving architectural designs in healthcare. *HEC Forum* 14(2): 86–98.

Müller, N. (1997): Historische und aktuelle Bauprinzipien psychiatrischer Kliniken. *Der Nervenarzt* 68(3): 184–195.

Richter, D. and H. Hoffmann (2014): Architektur und Design psychiatrischer Einrichtungen. *Psychiat Prax* 41(03): 128–134.

Ruhl, I (2013): Psychiatrie und Architektur. GP Gemeindepshyatrie.info. Abgerufen am 19. 01. 2015 unter: <http://gemeindepshyatrie.info/psychiatrie-und-architektur>

Sadler, B. L. (2004): Designing with health in mind. Innovative design elements can make hospitals safer, more healing places. *Mod Healthc* 34(42): 28.

Schweitzer, M., et al. (2004): Healing spaces: elements of environmental design that make an impact on health. *J Altern Complement Med* 10 Suppl 1: S71–83.

Sendula-Jengic, V., et al. (2011): Psychiatric hospital--from asylums to centres for mind-body wellness. *Coll Antropol* 35(4): 979–988.

Shoemaker, L. K., et al. (2010): Making the case for evidence-based design in healthcare: a descriptive case study of organizational decision making. *Herd* 4(1): 56–88.

Topp, L. E. (2007): *Madness, architecture and the built environment: psychiatric spaces in historical context*. New York, NY [u.a.], Routledge

Ulrich, R. S. (1991): Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. *J Health Care Inter Des* 3:97–109.

Ulrich, R. S. (2006): Essay: Evidence-based health-care architecture. *The Lancet* 368: S38–S39.

Ulrich, R. S., et al. (2008): A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *Herd* 1(3):61–125.

Universalraum GmbH (2012): *Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie*. Band 1. Dresden, Universalraum GmbH

Verderber, S. and D. J. Fine (2000): Healthcare architecture in an era of radical transformation. New Haven, Conn. [u.a.], Yale Univ. Press

Welter, R. (1997): Architektur, Gewalt und Aggression in Kliniken. System Familie 10(2): 88–91.

Wilson, M Robert; Soth, Nancy; Robak, Rebecca (1992): Managing disturbed behavior by architectural changes: making spaces fit the program. In: Residential Treatment for Children & Youth 10/2:63–74

Zborowsky, T., Bunker–Hellmich L. (2010): Integrating healthcare design research into practice: setting a new standard of practice. Herd 4(1): 115–130.

Zborowsky, T. and M. J. Kreitzer (2008). Creating optimal healing environments in a health care setting. Minn Med 91(3): 35–38.

Zimring, C. M. et al. (2008): A review of the research literature on evidence–based healthcare design.

Architektur und ältere Patienten/Patientinnen

Dobrohotoff, J. T. and R. H. Llewellyn–Jones (2011): Psychogeriatric inpatient unit design: a literature review. Int Psychogeriatr 23(2): 174–189.

Heeg, S. and K. Bäuerle (2006): Demenzwohngruppen und bauliches Milieu: Beispiele für Umbau und Innenraumgestaltung. Stuttgart, Demenz Support Stuttgart

Held, C. and D. Ermini–Fünfschilling (2006): Das demenzgerechte Heim : Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit Alzheimerkrankheit Basel [u. a.], Karger

Hung, L., et al. (2014): The Impact of an Acute Psychiatry Environment on Older Patients and Their Families. J Gerontol Nurs: 1–7.

Marquardt, G. and P. H. Schmiege (2007): Kriterienkatalog demenzfreundliche Architektur : Möglichkeiten der Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Berlin, Logos

Wills, W., et al. (1998): The Taps Project 40: quality of care provisions for the elderly mentally ill–traditional vs alternative facilities. Int J Geriatr Psychiatry 13(4): 225–234.

Bauliche Suizidprävention in Krankenhäusern

Ballard, E. D., et al. (2008): Aftermath of suicide in the hospital: institutional response. Psychosomatics 49(6): 461–469.

Bowers, L. (2014): Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 21(6): 499–508.

Bowers, L., et al. (2010): Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis* 198(5): 315–328.

Cardell, R., et al. (2009): Revisiting suicide proofing an inpatient unit through environmental safeguards: a review. *Perspect Psychiatr Care* 45(1): 36–44.

Glasow, Nadine (2011): *Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen*. Logos Verlag Berlin.

Hough, D. and P. Lewis (2010): A suicide prevention advisory group at an academic medical center. *Mil Med* 175(5): 347–351.

Hunt, J. M. (2014): Eliminate curtains from all patient accessible areas. *Behav Healthc* 34(3): 38–40.

Lieberman, D. Z., et al. (2004): Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide Life Threat Behav* 34(4): 448–453.

Matsushita, M., et al. (1980): [Problems related to the suicide of patients in an open psychiatric ward in a high-rise building: analysis of situation and preventive measures]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 82(12): 761–768.

Mills, P. D., et al. (2012): Suicide attempts and completions in the emergency department in Veterans Affairs Hospitals. *Emerg Med J* 29(5): 399–403.

Mills, P. D., et al. (2010): A checklist to identify inpatient suicide hazards in veterans affairs hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 36(2): 87–93.

Mohl, A., et al. (2012): The Suicide Guard Rail: a minimal structural intervention in hospitals reduces suicide jumps. *BMC Research Notes* 5(1): 408.

Sakinofsky, I. (2014): Preventing suicide among inpatients. *Can J Psychiatry* 59(3): 131–140.

Tishler, C. and N. Reiss (2009): Inpatient suicide: preventing a common sentinel event. *Gen Hosp Psychiatry* 31: 103 – 109.

Watts, B. V., et al. (2012): Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Arch Gen Psychiatry* 69(6): 588–592.

White, R., et al. (1995): Jumping from a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 17: 208 – 215.

Anhang

Tabelle A.1: Entwicklung der bei den Gerichten gemeldeten Unterbringungen 1991–2013

Tabelle A.2: Entwicklung der Unterbringungshäufigkeiten 2000–2013

Tabelle A.2: Mit dem Unterbringungsverfahren betraute Bezirksgerichte (Stand 2013)

Tabelle A.4: Anzahl der Unterbringungen ohne Verlangen, Anzahl der Anhörungen mit jeweiligem Anteil an Unzulässigkeitsentscheidungen sowie Anzahl mündlicher Verhandlungen mit jeweiligem Anteil an Unzulässigkeitsentscheidungen, 2012

Tabelle A.5: Anzahl der Unterbringungen ohne Verlangen, Anzahl der Anhörungen mit jeweiligem Anteil an Unzulässigkeitsentscheidungen, sowie Anzahl mündlicher Verhandlungen mit jeweiligem Anteil an Unzulässigkeitsentscheidungen, 2013

Tabelle A.6: Gerichtliche Prüfung von Beschränkungen und Behandlungen 1996–2013

Tabelle A.7: Verteilung der Aufnahmearten 1995–2013

Tabelle A.1:

Entwicklung der bei den Gerichten gemeldeten Unterbringungen ohne Verlangen 1991–2013

Jahr	Gemeldete Unterbringungen	Veränderung absolut	Veränderung in Prozent
1991	7.115		
1992	7.335	220	3,1
1993	9.197	1.862	25,4
1994	9.704	507	5,5
1995	11.064	1.360	14
1996	11.268	204	1,8
1997	12.300	1.032	9,2
1998	13.084	784	6,4
1999	14.123	1.039	7,9
2000	14.694	571	4,0
2001	15.257	563	3,8
2002	16.253	996	6,5
2003	16.514	261	1,6
2004	17.941	1.427	8,6
2005	18.774	833	4,6
2006	19.962	1.188	6,3
2007	20.745	783	3,9
2008	21.341	596	2,9
2009	21.715	374	1,8
2010	21.963	248	1,1
2011	23.200	1.237	5,6
2012	23.919	719	3,1
2013	23.812	-107	-0,4

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A.2:
Entwicklung der Unterbringungshäufigkeiten 2000–2013

Jahr	Gemeldete Unterbringungen ohne Verlangen	Veränderung zum Vorjahr	
		absolut	in Prozent
2000	14.694		
2001	15.257	563	3,8
2002	16.253	996	6,5
2003	16.514	261	1,6
2004	17.941	1.427	8,6
2005	18.774	833	4,6
2006	19.962	1.188	6,3
2007	20.745	783	3,9
2008	21.341	596	2,9
2009	21.715	374	1,8
2010	21.963	248	1,1
2011	23.200	1.237	5,6
2012	23.919	719	3,1
2013	23.812	-107	-0,4

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A.3:

Mit dem Unterbringungsverfahren betraute Bezirksgerichte (Stand 2013)

Bezirksgericht	Zugehörige Krankenanstalt(en)
BG Wien-Favoriten	SMZ SÜD KFJ/Preyer
BG Wien-Hietzing	KH Hietzing – Rosenhügel
BG Wien-Fünfhaus	Otto-Wagner-Spital
BG Wien-Donaustadt	KH SMZ-Ost – Donauspital
BG Wien-Josefstadt	AKH Wien (Universitätsklinik für Psychiatrie)
BG Amstetten	LKL Amstetten-Mauer
BG Baden	LKL Baden-Mödling
BG Hollabrunn	LKL Hollabrunn
BG Melk (fr. Ybbs)	Therapiezentrum Ybbs
BG Mödling	LKL Baden-Mödling
BG Tulln	LKL Tulln
BG Waidhofen/Thaya	LKL Zwettl-Gmünd-Waidhofen/Thaya
BG Neunkirchen	LKL Neunkirchen
BG Eisenstadt	KH BBR Eisenstadt
BG Braunau/Inn	Braunau KH St Josef
BG Linz	LNKL Linz Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz
BG Steyr	LKH Steyr
BG Vöcklabruck	LKH Vöcklabruck
BG Wels	Klinikum Wels-Grieskirchen
BG Sankt Johann/Pongau	KH Schwarzach/Pongau
BG Salzburg	Christian-Doppler-Klinik Salzburg
BG Deutschlandberg	LPH Schwanberg
BG Graz-Ost	LKH Graz (Psychiatrische Universitätsklinik)
BG Graz-West	LNKL Graz
BG Klagenfurt	LKH Klagenfurt (Zentrum für Seelische Gesundheit)
BG Villach	LKH Villach
BG Hall/Tirol	LKH Hall in Tirol
BG Innsbruck	LKH Innsbruck – Psychiatrische Universitätsklinik
BG Kufstein	BKH Kufstein
BG Lienz	BKH Lienz
BG Feldkirch	LKH Rankweil

AKH = Allgemeines Krankenhaus, BG = Bezirksgericht, BKH = Bezirkskrankenhaus, KH = Krankenhaus,
LNKL = Landesnervenklinik, LKH = Landeskrankenhaus, BKH = Bezirkskrankenhaus, LKL = Landesklinikum,
LPH = Landespflegeheim, PKH = Psychiatrisches Krankenhaus, St. = Sankt

Quelle: Bundesrechenzentrum; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A.4:

Anzahl der Unterbringungen ohne Verlangen, Anzahl der Anhörungen mit jeweiligem Anteil an Unzulässigkeitsentscheidungen, sowie Anzahl mündlicher Verhandlungen mit jeweiligem Anteil an Unzulässigkeitsentscheidungen, 2012

Bezirksgericht	gemeldete UoV	Anzahl Anhörungen gesamt	2012		
			davon unzulässiger Anteil (in Prozent)	Anzahl Verhandlungen gesamt	Davon unzulässiger Anteil (in Prozent)
BG Favoriten	356	172	1,2	61	1,6
BG Hietzing ¹	127	0	-	96	0,0
BG Fünfhaus	2.783	1.548	5,4	636	2,5
BG Donaustadt	495	362	0,0	177	0,0
BG Josefstadt	139	119	2,5	61	0,0
BG Amstetten	1.017	545	6,6	163	5,5
BG Baden	439	244	2,9	79	2,5
BG Hollabrunn	215	161	1,9	48	6,3
BG Ybbs	46	17	0,0	4	0,0
BG Mödling ¹	55	0	-	23	0,0
BG Tulln	479	340	14,7	109	7,3
BG Waidhofen	70	41	0,0	20	50,0
BG Neunkirchen ¹	172	0	-	23	0,0
BG Eisenstadt ¹	5	0	-	4	0,0
BG Braunau/Inn	403	213	12,2	52	15,4
BG Linz	3.058	1.366	2,3	326	1,8
BG Steyr	376	183	0,0	45	2,2

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A.4

Bezirksgericht	gemeldete UoV	Anzahl Anhörungen gesamt	2012		
			davon unzulässiger Anteil (in Prozent)	Anzahl Verhandlungen gesamt	davon unzulässiger Anteil (in Prozent)
BG Vöcklabruck	837	374	2,9	55	1,8
BG Wels	490	308	0,0	0	-
BG St. Johann im Pongau ¹	242	0	-	105	0,0
BG Salzburg	1.875	715	4,1	143	1,4
BG Deutschlandsberg ¹	8	0	-	22	0,0
BG Graz-Ost	204	137	14,6	59	15,3
BG Graz-West	4.994	2.339	5,9	553	5,8
BG Klagenfurt	1.371	1.014	1,2	371	0,8
BG Villach ¹	125	0	-	14	0,0
BG Hall/Tirol	1.130	811	6,8	342	3,5
BG Innsbruck	1.070	420	2,1	121	1,7
BG Kufstein	210	79	16,5	20	25,0
BG Lienz	61	34	0,0	15	0,0
BG Feldkirch	1.067	699	0,1	302	8,3
Gesamt	23.919	12.241	4,4	4.049	4,4

UoV = Unterbringung ohne Verlagen

¹ Dateninkonsistenzen aufgrund unterschiedlicher Administrationspraktiken

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A.5:

Anzahl der Unterbringungen ohne Verlangen, Anzahl der Anhörungen mit jeweiligem Anteil an Unzulässigkeitsentscheidungen, sowie Anzahl mündlicher Verhandlungen mit jeweiligem Anteil an Unzulässigkeitsentscheidungen, 2013

Bezirksgericht	gemeldete UoV	2013			
		Anzahl Anhörungen gesamt	davon unzulässiger Anteil (in Prozent)	Anzahl Verhandlungen gesamt	davon unzulässiger Anteil (in Prozent)
BG Favoriten	320	169	1,7	61	0,0
BG Hietzing ¹	132	0	-	126	0,0
BG Fünfhaus	2.698	1.593	7,4	622	2,9
BG Donaustadt	454	334	0,0	157	0,0
BG Josefstadt	161	127	0,8	58	6,9
BG Amstetten	952	499	7,0	124	4,0
BG Baden	508	262	1,6	102	1,0
BG Hollabrunn	206	152	0,6	60	3,3
BG Melk (fr. Ybbs)	12	1	0,0	1	0,0
BG Mödling ¹	41	0	-	11	0,0
BG Tulln	449	309	9,7	84	7,1
BG Waidhofen	81	47	4,9	38	52,6
BG Neunkirchen ¹	167	0	-	85	0,0
BG Eisenstadt ¹	127	44	-	58	0,0
BG Braunau/Inn	448	179	23,0	25	8,0
BG Linz	3.197	1.318	4,8	295	2,4
BG Steyr	297	140	1,6	32	6,3
BG Vöcklabruck	776	384	2,7	76	2,6

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A.5

Bezirksgericht	2013				
	gemeldete UoV	Anzahl Anhörungen gesamt	davon unzulässiger Anteil (in Prozent)	Anzahl Verhandlungen gesamt	davon unzulässiger Anteil (in Prozent)
BG Wels	531	291	0,3	7	71,4
BG St. Johann im Pongau ¹	356	0	-	62	0,0
BG Salzburg	1.741	676	3,8	135	2,2
BG Deutschlandsberg	0	0	-	0	-
BG Graz-Ost	193	172	22,6	58	39,7
BG Graz-West	4.792	2.259	4,7	514	4,7
BG Klagenfurt	1.470	1.087	0,5	343	3,2
BG Villach ¹	164	0	-	37	0,0
BG Hall/Tirol	1.182	940	9,7	430	5,6
BG Innsbruck	1.061	381	2,4	111	6,3
BG Kufstein	263	125	17,7	29	24,1
BG Lienz	94	48	5,9	13	0,0
BG Feldkirch	939	578	0,0	268	3,4
Gesamt	23.812	12.115	5,1	4.022	5,3

UoV = Unterbringung ohne Verlagen

¹ Dateninkonsistenzen aufgrund unterschiedlicher Administrationspraktiken

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A.6:

Gerichtliche Prüfung von Beschränkungen und Behandlungen 1996–2013

Jahr	Prüfungen gesamt	Beschränkung			Behandlung		
		gesamt	zulässig	unzulässig	gesamt	zulässig	unzulässig
1996	100	17	8	9	83	68	15
1997	103	19	9	10	84	62	22
1998	84	14	3	11	70	53	17
1999	121	24	8	16	97	85	12
2000	104	28	8	20	76	65	11
2001	80	7	3	4	73	57	16
2002	117	13	4	9	104	84	20
2003	139	14	10	4	125	102	23
2004	99	6	3	3	93	68	25
2005	101	13	7	6	88	73	15
2006	144	14	6	8	130	112	18
2007	126	18	6	12	108	86	22
2008	109	19	6	13	90	67	23
2009	101	18	4	14	83	69	14
2010	131	33	13	20	98	79	19
2011	135	27	11	16	108	99	9
2012	107	26	6	20	81	58	23
2013	199	25	10	15	174	150	24

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A.7:
Verteilung der Aufnahmearten 1995–2013

Jahr	Psychiatrische Aufnahmen		
	Areg in Prozent	AUoV in Prozent	AUaV in Prozent
1995	77	21	2
1996	80	17	2
1997	82	16	2
1998	83	16	1
1999	82	17	1
2000	81	17	1
2001	77	21	2
2002	81	17	2
2003	76	23	2
2004	73	25	2
2005	73	25	2
2006	72	26	2
2007	72	27	1
2008	74	25	1
2009	74	25	1
2010	74	25	1
2011	72	27	2
2012	70	29	1
2013	70	28	1

Areg = reguläre Aufnahme, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen nach Unterbringungsgesetz,
AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen nach Unterbringungsgesetz

Quelle: Krankenanstalten-Erhebung; Erhebung, Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG