

Monitoring der Unterbringungen nach UbG in Österreich

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht; Berichtsjahre 2016/2017

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Monitoring der Unterbringungen nach UbG in Österreich

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht; Berichtsjahre 2016/2017

Autorinnen:

Sophie Sagerschnig
Monika Nowotny
Joy Ladurner

Fachliche Begleitung durch das BMASGK:

Sylvia Füzsl
Wolfgang Heissenberger

Projektassistenz:

Menekşe Yilmaz

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im September 2019

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Gesundheit Österreich
GmbH 

Zitiervorschlag: Sagerschnig, Sophie; Nowotny, Monika; Ladurner, Joy (2019): Monitoring der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Berichtsjahre 2016/2017. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Zl. P4/21/4496

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH – Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Ausgangslage und Projektziele

Das Unterbringungsgesetz (UbG) ist ein Gesetz zum Schutz der Persönlichkeitsrechte von Patientinnen/Patienten in einem äußerst sensiblen Bereich der Krankenversorgung. Es kommt zur Anwendung, wenn Menschen mit einer psychischen Erkrankung sich selbst oder andere Personen aufgrund dieser Erkrankung ernstlich und erheblich gefährden und „nicht in anderer Weise, insbesondere außerhalb einer psychiatrischen Abteilung, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden“ (§ 2 UbG) können. Neben der Unterbringung von Patientinnen/Patienten (auch gegen oder ohne deren Willen) regelt das UbG auch die gesetzliche Vertretung der untergebrachten Personen und sieht gerichtliche Kontrollmechanismen vor, die dem Schutz der Persönlichkeitsrechte der Patientinnen/Patienten dienen und Rechtssicherheit für behandelnde Fachärztinnen/Fachärzte schaffen.

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erhebt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) seit 2005 Daten zur Vollziehung des UbG und publiziert die Ergebnisse in einer Berichtsserie (alle 2 Jahre). Ziel der Arbeiten ist es, durch eine größere Transparenz und Vergleichbarkeit von Daten zu diesem sensiblen Versorgungsbe- reich einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität für Patientinnen/Patienten zu leisten. Der regelmäßig organisierte strukturierte Austausch der relevanten UbG-Akteure und -Akteurinnen zu aktuellen Daten sowie anderen Aspekten der praktischen Anwendung des UbG soll ebenfalls zur Steigerung der Versorgungsqualität beitragen. Untersucht wird auch, ob die täglich gelebte Praxis den im Gesetz formulierten Regelungen folgt. Darüber hinaus soll ein besseres Verständnis über die vielseitigen Einflussfaktoren auf Unterbringungen hergestellt werden.

Datengrundlage und methodische Vorgehensweise

Der vorliegende Bericht stellt die zentralen Bestimmungen und Abläufe des UbG dar. Die Darstellung der Daten fokussiert auf die Jahre 2016 und 2017, enthält aber auch die wichtigsten Zahlen im Zeitverlauf seit Einführung des UbG 1991. Die jahrelange kontinuierliche Arbeit der GÖG an diesem Thema schafft eine für Österreich einzigartig umfassende und bundesweit (sowie tlw. auch international) vergleichbare Datengrundlage. Die Daten bilden den gesamten Unterbringungsver- lauf in seiner Chronologie ab (Zugang, stationäre Aufnahme, Unterbringungsbeginn, gerichtliches Verfahren) und ermöglichen ein Gesamtbild zur Anwendung des UbG durch die involvierten Ak- teure (Krankenhäuser, Patientenanwaltschaft, Bezirksgerichte). Daten der Bezirksgerichte und der Patientenanwaltschaft werden von den jeweils zuständigen Institutionen an die GÖG gemeldet, Daten der Krankenhäuser werden von der GÖG erhoben; alle Daten werden von der GÖG für den Bericht aufbereitet.

Kindern und Jugendlichen wird ein eigenes Kapitel gewidmet. Ein weiteres Kapitel informiert über das von der GÖG im Jahr 2012 initiierte Format „Expertengespräche zur Unterbringung“ und fasst zentrale Punkte der Expertengespräche 2016 und 2017 zusammen.

Ergebnisse: Unterbringungen gemäß UbG in der Praxis

Im Jahr 2017 wurden bei den zuständigen Bezirksgerichten 25.301 Unterbringungen ohne Verlangen gemäß UbG gemeldet. Auf 100.000 Einwohner/-innen kamen 288 Unterbringungen. Von den untergebrachten 18.700 Personen waren rund 46 Prozent Frauen und 54 Prozent Männer.

In Relation zu den gesamten vollstationären Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2017 machten die Aufnahmen mit Unterbringungen ohne Verlangen einen Anteil von rund 29 Prozent aus, wobei dieser Wert in den vergangenen Jahren relativ stabil war. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie betrug der Anteil an Aufnahmen mit Unterbringungen ohne Verlangen rund 27 Prozent, wobei ein Großteil (81 %) der Unterbringungen Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 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 Tagen nach der Anhörung) aufgehoben. Bei rund einem Sechstel der Fälle erstreckt sich die Unterbringung auf einen Zeitraum über die gerichtliche Verhandlung hinaus. Tendenziell zeigt sich eine Zunahme bei Kurzunterbringungen (Aufhebung vor/bei der Anhörung).

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Auch wenn das Gesetz seit 1991 einen österreichweit einheitlichen Rahmen bietet, bestehen in seiner praktischen Anwendung nach wie vor erhebliche regionale sowie auch standortspezifische Unterschiede, die auf eine Vielzahl von Faktoren zurückzuführen sind. Diese wirken tlw. wechselseitig und/oder kumulativ zusammen, eindeutige Ableitungen sind daher nur bedingt möglich. Zusammenhänge sind komplex, Schlussfolgerungen kritisch zu prüfen und unter Berücksichtigung des jeweiligen Kontextes zu sehen bzw. zu interpretieren. Das Kennen relevanter Einflussfaktoren und das Bewusstsein für deren Relevanz können für den eigenen Wirkungsbereich (Berufsgruppe, Standort) vielfältige Möglichkeiten und Spielraum für Reflexion und Verbesserung aufzeigen. GÖG-Empfehlungen auf Basis der vorliegenden Arbeiten umfassen Maßnahmen zu/r: Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen, Verbesserung der Datenlage und Forschung, strukturellen Änderungen (Amtsärztinnen/Amtsärzte), Kooperationen und Definition von Standards unter Einbindung von Expertinnen/Experten aus eigener Erfahrung sowie unter Berücksichtigung bestehender Standards und rezenter Literatur, z. B. bei architektonischen Veränderungen, Neubauten/-gestaltung von psychiatrischen Krankenhäusern/Abteilungen.

Schlüsselwörter

Unterbringung, Psychiatrie, Versorgung, Österreich, Analyse, Monitoring, Daten

Executive Summary

Background, Research Aims

The Involuntary Placement Act (Unterbringungsgesetz, UbG) is concerned with the protection of personal rights of patients in a highly sensitive area of care. It regulates the admission of patients to a psychiatric hospital or department (in most cases) without or against their will. The law is applied whenever persons with a mental illness put themselves or others at serious and substantial risk due to their illness and when 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. UbG also 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 and ensure legal certainty for attending medical specialists.

The Austrian Public Health Institute *Gesundheit Oesterreich GmbH* (GÖG) has been collecting data on involuntary placement for the Federal Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, BMASGK) since the year 2005. Results are published in a biennial report. The primary aim of the project is to improve transparency and comparability of data in an extremely sensitive area of care, thereby contributing to the promotion of patient-related quality of care. Quality of care should furthermore be improved by bringing stakeholders in the field together on a regular basis to discuss data and other issues related to the application of UbG in practice. Another aim is to assess, whether actual daily common practice regarding involuntary placement follows the intentions originally defined in the underlying legal framework, UbG. Finally the project strives to gain a better understanding of the numerous factors exerting an influence on involuntary placement.

Data, Methods

The present report details provisions and processes as defined in UbG. With regard to data, it focuses on the years 2016 and 2017, but also contains information on the most important trends since the introduction of UbG in the year 1991.

Gesundheit Oesterreich has, based on the longstanding work in this field, a uniquely comprehensive and – within Austria and partially also internationally –comparable data set. On the one hand data feature the entire course of involuntary placement (admission, inpatient stay, judicial procedures) in a chronological manner; on the other hand data represent the perspectives of all actors involved in involuntary placement procedures (hospitals, patients' advocates/lawyers, district Courts). Data of different sources is joined together to create a big picture. Data of district courts and patients' lawyers are reported to GÖG by competent institutions, GÖG processes these for the report. Hospital data are collected and processed by GÖG.

Data for children and adolescents are presented in an own chapter, another chapter summarizes results of UbG–expert–talks 2016 and 2017. This format was introduced in 2012 and brings together all relevant stakeholders on a yearly basis.

Results

In the year 2017, a total of 25.301 involuntary placements without request (Unterbringungen ohne Verlangen) according to UbG were documented, 288 placements per 100,000 inhabitants. Of the 18,700 affected persons 46 percent were women and 54 percent men.

Involuntary admissions without request accounted for about 29 percent of total inpatient admissions to psychiatric hospitals/departments, whereby the indicator remained fairly stable over the past years. In departments of Child- and Adolescent Psychiatry the share of involuntary admissions without request was about 27 percent, whereby a majority of these (81 %) concerned young people between 14 and 17 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 cancelled within this period. A third of the involuntary placements were cancelled 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. The number of short placements (termination before/at court hearing) is increasing.

Conclusions and Recommendations

Since 1991 the Involuntary Placement Act offers a uniform framework for Austria and a good basis for patient protection in a highly sensitive area of care. Considerable regional and location-specific differences in practical application of the law can be observed. Variations are high between individual hospitals and departments, the share of involuntary placements examined in hearings also differs widely according to District Court Statistics.

Due to the multitude of influencing factors (often reaching beyond the health care sector) and their interrelation, unambiguous conclusions are limited. Relations are complex, conclusions need critical assessment, interpretations have to take consideration of the respective context. Over the years however, GÖG has identified factors and brought them together in an overview. Knowing these factors as well as being aware of their relevance for the own sphere of practice (professional group, organization/department) can illustrate numerous options and scope for reflection and improvement. GÖG-recommendations – based on the present work – include measures concerning: destigmatization of mental illness, improvement of data and research, structural changes (public health/medial officers), cooperations, definition of standards, inclusion of experts by own experience as well as consideration of existing standards and literature e. g. when undertaking architectural changes (planning of new buildings).

Key words

Placement, psychiatry, care, Austria, analysis, monitoring, data

Inhalt

Kurzfassung	III
Executive Summary	V
Abbildungen.....	IX
Tabellen	XI
Abkürzungen	XII
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	7
2.3.2 Unterbringung auf Verlangen	9
2.3.3 Beschränkungen und ärztliche Behandlung im Kontext der Anwendung des UbG.....	10
2.4 Novellen zum Unterbringungsgesetz.....	11
3 Datengrundlage und methodische Vorgehensweise.....	14
3.1 Daten der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen	14
3.2 Daten der Bezirksgerichte	21
3.3 Daten der Patientenanwaltschaft	22
4 Unterbringungen gemäß UbG in der Praxis.....	23
4.1 Unterbringungen ohne Verlangen.....	23
4.1.1 Unterbringungen ohne Verlangen im Zeitverlauf	23
4.1.2 Bevölkerungsbezogene Unterbringungsrate nach UbG	24
4.1.3 Zielgruppenbeschreibung.....	26
4.2 Unterbringungen bei Aufnahme ins Krankenhaus.....	31
4.2.1 Unterbringungen bei Aufnahme im Zeitverlauf	31
4.2.2 Zugangs- und Aufnahmearten	32
4.3 Unterbringungen während des Aufenthalts	35
4.4 Unterbringungen nach Diagnosegruppen	35
4.5 Gerichtliche Kontrolle der Unterbringungen	37
4.5.1 Anhörungen und Verhandlungen	37
4.5.2 Gerichtliche Entscheidungen über die Zulässigkeit von Unterbringungen.....	40
4.6 Beschränkungen und ärztliche Behandlung im Kontext der Anwendung des UbG	41
5 Unterbringung von Kindern und Jugendlichen	44
5.1 Zielgruppenbeschreibung.....	44
5.2 Unterbringungen bei Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie	47
5.3 Unterbringungen während des Aufenthalts	50
5.4 Unterbringungen nach Diagnosegruppen	51

5.5	Anhörungen und mündliche Verhandlungen	52
6	Begleitende Expertengespräche zur Unterbringung	54
7	Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	67
8	Referenzierte Literatur	71
9	Weiterführende Literatur (ab 2010)	74
	Anhang	81

Abbildungen

Abbildung 2.1:	Schematische Darstellung der Zugangs- und Aufnahmearten	4
Abbildung 2.2:	Unterbringung ohne Verlangen und gerichtliche Kontrolle	7
Abbildung 2.3:	Schematische Darstellung der Unterbringung auf Verlangen	9
Abbildung 4.1:	Entwicklung der Unterbringungshäufigkeit 2000–2017.....	23
Abbildung 4.2:	Bevölkerungsbezogene Unterbringungsrate 2000–2017	24
Abbildung 4.3:	Bevölkerungsbezogene Unterbringungsrate 2010–2017 – Bundesländervergleich (Ost/West) ¹	25
Abbildung 4.4:	Bevölkerungsbezogene Rate untergebrachter Personen* pro 100.000 nach Altersstufen 2014–2017.....	27
Abbildung 4.5:	Bevölkerungsbezogene Rate untergebrachter Personen* pro 100.000 EW nach Altersstufen und Geschlecht 2017	28
Abbildung 4.6:	Unterbringungsdauer bis 18 Tage im Berichtsjahr 2017, prozentueller Anteil an allen Unterbringungen.....	29
Abbildung 4.7:	Unterbringungshäufigkeit pro untergebrachter Person und Standort 2017	29
Abbildung 4.8:	Aufnahmeart, differenziert nach vorangegangener Zugangsart 2017, prozentuelle Verteilung*	33
Abbildung 4.9:	Zugangsart differenziert nach darauffolgender Aufnahmeart 2017, prozentuelle Verteilung*	35
Abbildung 4.10:	Anzahl der Unterbringungen nach Diagnosegruppen in Österreich 2017	36
Abbildung 4.11:	Anzahl der gemeldeten UoV, Anhörungen und Verhandlungen 2000–2017 ...	38
Abbildung 4.12:	Anteil der UoV mit Anhörung und Anteil der UoV mit Verhandlung an allen UoV 2000–2017	39
Abbildung 4.13:	Anteil Unterbringungen mit Bewegungseinschränkungen in den einzelnen Bundesländern, gruppiert nach Ost/West 2010–2017	42
Abbildung 5.1:	Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren nach Stationstyp 2011–2017.....	44
Abbildung 5.2:	Unterbringungshäufigkeit der unter 18-Jährigen pro Einrichtung 2017	45
Abbildung 5.3:	Unterbringungen der unter 18-Jährigen nach Dauer in Prozent 2017	46
Abbildung 5.4:	Aufnahmeart in der KJP, differenziert nach der vorangegangenen Zugangsart 2017, prozentuelle Verteilung*	49
Abbildung 5.5:	Zugangsart in der KJP, differenziert nach der darauffolgenden Aufnahmeart 2017, prozentuelle Verteilung.....	50

Abbildung 5.6:	Anzahl der Unterbringungen in KJP-Abteilungen nach Diagnosegruppen 2017	51
Abbildung 5.7:	Anzahl beendeter Unterbringungen, Anhörungen und mündlicher Verhandlungen 2011–2017	53
Abbildung 6.1:	Mögliche Einflussfaktoren auf die Unterbringungshäufigkeit (Stand Jänner 2018).....	66

Tabellen

Tabelle 3.1:	Standorte psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen (Stand: 2019)	14
Tabelle 3.2:	Übersicht Datenrückmeldungen der befragten psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen	18
Tabelle 3.3:	Angaben zu Diagnosegruppen	20
Tabelle 4.1:	Ausgewählte Parameter zur Unterbringung ohne Verlangen 2011–2017	30
Tabelle 4.2:	Aufnahmen mit Unterbringung gemäß UbG und Aufnahmen ohne Unterbringung im Verhältnis zu allen Aufnahmen (gesamt)*	32
Tabelle 4.3:	(Anteil der) Aufnahmeart, differenziert nach vorangegangener Zugangsart 2017*	33
Tabelle 4.4:	(Anteil der) Zugangsarten, differenziert nach der darauffolgenden Aufnahmeart 2017*	34
Tabelle 4.5:	Anteile Aufenthalte und Unterbringungen, nach Diagnosegruppen in Österreich 2017	37
Tabelle 4.6:	UoV, Anhörungen und Verhandlungen 2010–2017	39
Tabelle 4.7:	Prüfung von Beschränkungen und Behandlungen 2016 und 2017	43
Tabelle 5.1:	Ausgewählte Parameter zur Unterbringung ohne Verlangen von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren 2011–2017	47
Tabelle 5.2:	Aufnahmen mit Unterbringung gemäß UbG und Aufnahmen ohne Unterbringung im Verhältnis zu allen Aufnahmen in der KJP 2012–2017*	48
Tabelle 5.3:	(Anteil der) Aufnahmearten in der KJP, differenziert nach vorangegangener Zugangsart 2017*	48
Tabelle 5.4:	(Anteil der) Zugangsarten in der KJP, differenziert nach darauffolgender Aufnahmeart 2017	50
Tabelle 5.5:	Anteile Aufenthalte in Abteilungen für KJP und Unterbringungen nach Diagnosegruppen 2017*	52

Abkürzungen

AUaV	Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen nach Unterbringungsgesetz
AUoV	Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen nach Unterbringungsgesetz
AoU	Aufnahme ohne (Anwendung des) Unterbringung(-sgesetzes)
BG	Bezirksgericht
BGBI	Bundesgesetzblatt
BKH	Bezirkskrankenhaus
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (bis Juli 2016)
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (bis Dezember 2017)
BMVRDJ	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und 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
ErwSchG	Erwachsenenschutzgesetz
EW	Einwohner/-innen
FÄ/FA	Fachärztin/Facharzt
gem. UoV	(bei Bezirksgerichten) gemeldete Unterbringung/-en ohne Verlangen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
KFJ	Kaiser-Franz-Josef-Spital
KH	Krankenhaus
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
LK	Landeskrankenhaus
LKH	Landeskrankenhaus
LNKL	Landesnervenklinik
LPH	Landespflegeheim
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Geschäftsbereich der GÖG
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
OWS	Otto-Wagner-Spital
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
UMF	unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

1 Ausgangslage und Projektziele

Das seit 1991 geltende Unterbringungsgesetz (UbG) regelt primär die unfreiwillige Aufnahme und Anhaltung von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen sowie die Anwendung von Zwangsmaßnahmen (Beschränkungen, ärztliche Behandlung ohne/gegen den Willen von Patientinnen/Patienten) während der Unterbringung.

Im Zuge der grundlegenden Neuordnung des (vormaligen) Sachwalterrechts mit dem 2. Erwachsenenschutzgesetz (2. ErwSchG) wurde auch das UbG angepasst, dessen letzte umfangreichere Novellierung¹ im Jahr 2010 stattfand (zu beiden Novellen siehe Abschnitt 2.4).

Dieser Bericht wurde im Rahmen des vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK) bei der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) in Auftrag gegebenen Projekts zum „Monitoring der Unterbringungen nach UbG in Österreich“ erstellt². Ziel des Projekts³ ist es, einen Beitrag zur Förderung einer bestmöglichen Versorgungsqualität im Sinne der Patientinnen und Patienten in diesem sehr sensiblen Versorgungsbereich zu leisten durch:

- » Schaffung einer größtmöglichen Transparenz über Praxis und Vollziehung des UbG (Datensammlung, Berichtslegung)
- » Austausch und Kooperation zu erhobenen Daten sowie ausgewählten Schwerpunktthemen mit den relevanten Akteuren

Der gegenständliche Bericht behandelt die folgenden Themen:

- » Grundzüge des UbG, insbesondere rechtlich vorgesehener Ablauf der Unterbringung (Zugang zum psychiatrischen Krankenhaus / zur psychiatrischen Abteilung und Aufnahme ebendort) sowie gerichtliche Kontrollmechanismen
- » Datenlage (Datenquellen) zu Unterbringungen
- » 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
- » Abbildung der Daten jeweils gesamt und – wenn möglich – gesondert für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren

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

²
Die GÖG erhebt seit 2005 im Auftrag des BMSGK Daten zum UbG. Ergebnisse werden in zweijährlichen Intervallen in einem Bericht veröffentlicht. Vergangene Berichte sind über die Website der GÖG verfügbar: www.goeg.at.

³
in Anlehnung an vorangegangene Studien (Forster/Kinzl 2001, ÖBIG 2005, GÖG/ÖBIG 2006, GÖG/ÖBIG 2008, Ladurner/Hagleitner 2011, Ladurner et al. 2012, Ladurner et al. 2015, Sagerschnig et al 2017)

- » Zugangs- und Aufnahmeroutinen: Gegenüberstellung des rechtlich vorgesehenen Ablaufs (gemäß UbG) mit der Versorgungsrealität
- » Unterbringungshäufigkeiten
- » gerichtliche Kontrolle: Anzahl und Entscheidungen der gerichtlichen Anhörungen, Anzahl und Entscheidungen mündlicher Verhandlungen, Entscheidungen gerichtlicher Verfahren bei Beschränkungen und ärztlichen Behandlungen im Kontext der Unterbringung gemäß UbG
- » zielgruppenspezifische Darstellungen: ausgewählte Auswertungen nach Geschlecht und Alter sowie nach Dauer der Unterbringung

Die gegenständliche Studie basiert auf Daten, die von den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen, von der Patientenadvokatur (Vertretungsnetz sowie Institut für Sozialdienste) und vom Bundesrechenzentrum im Auftrag des Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz (BMVRDJ) zur Verfügung gestellt werden. Der Fokus der Erhebungen für diesen Bericht liegt auf den Jahren 2016 und 2017; wo möglich und sinnvoll, sind darüber hinaus längere Zeitverläufe dargestellt.

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.

In Ergänzung zu den o. a. Datenerhebungen und -analysen veranstaltet die GÖG seit 2012 jährliche Expertengespräche zur Unterbringung (je ein Expertengespräch zur Erwachsenenpsychiatrie in West- und in Ostösterreich, seit 2013 auch eines zur Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Im Rahmen dieser Gespräche werden die Ergebnisse der GÖG-Datenerhebungen mit für die Umsetzung des UbG relevanten Akteurinnen und Akteuren diskutiert, um ein besseres Verständnis der Daten und der dahinterstehenden Praxis sowie der aktuellen Entwicklungen zu erlangen. Ergebnisse der Expertengespräche 2016 und 2017 sind in Kapitel 6 dieses Berichts zusammengefasst, für die Ergebnisse vergangener Expertengespräche wird auf Publikationen der Vorjahre verwiesen.

2 Bestimmungen und Vollziehung des UbG

Das UbG kommt in Krankenhäusern und Abteilungen für Psychiatrie zur Anwendung, „in denen Personen in einem geschlossenen Bereich angehalten oder sonstigen Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden“ (§ 2 UbG).

Die Abschnitte 2.1 bis 2.3 beschreiben die geltenden rechtlichen Bestimmungen zur Unterbringung, in Abschnitt 2.4 werden die wesentlichen Änderungen der letzten zwei Novellen zum Unterbringungsgesetz (2017, 2010) erläutert.

2.1 Voraussetzungen für die Unterbringung

Im Unterbringungsgesetz (UbG) werden drei Voraussetzungen genannt, die erfüllt sein müssen, um eine Person in einem psychiatrischen Krankenhaus oder 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 eigenen Gesundheit oder des Lebens oder der Gesundheit anderer vor.
- » Die betreffende Person kann nicht in anderer Weise (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 / der Patient selbst das Verlangen 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.

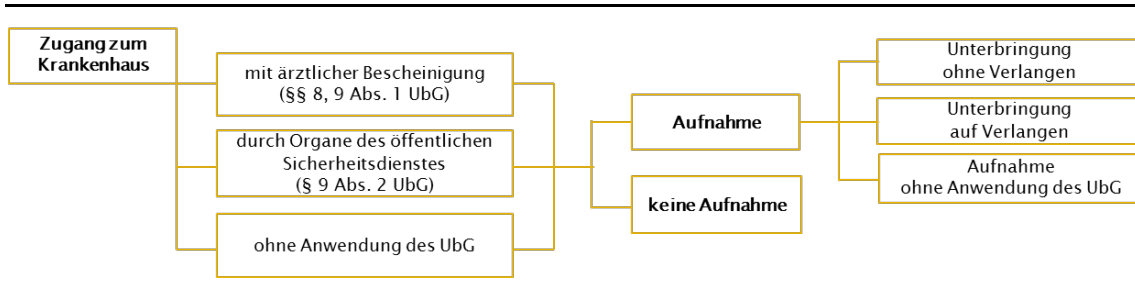
2.2 Zugangs- und Aufnahmearten

Im Zusammenhang mit dem UbG ist eine Differenzierung der Zugangs- und Aufnahmearten⁴ erforderlich, da diese sich hinsichtlich der daraus resultierenden Kontrollmechanismen wesentlich unterscheiden. Abbildung 2.1 zeigt alle Möglichkeiten im Überblick.

4

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

Abbildung 2.1:
Schematische Darstellung der Zugangs- und Aufnahmearten



Quelle und Darstellung: GÖG

Folgende **Zugangsarten** sind zu unterscheiden:

- » Zuweisung durch eine Ärztin / einen Arzt im öffentlichen Sanitätsdienst, durch einen Polizeiarzt/ eine -ärztin oder durch eine Ärztin / einen Arzt einer Primärversorgungseinheit:
 - » § 8 UbG sieht vor, dass eine Person nur dann gegen oder ohne ihren Willen in ein psychiatrisches Krankenhaus / eine psychiatrische Abteilung gebracht werden darf, wenn „ein/eine im öffentlichen Sanitätsdienst stehende/r Arzt/Ärztin, ein Polizeiarzt/-ärztin oder ein Arzt/eine Ärztin einer Primärversorgungseinheit, die hierfür gemäß § 8 Abs. 7 des Primärversorgungsgesetzes BGBl I Nr. 131 /2017 verpflichtet wurde, [sie] untersucht und bescheinigt, dass die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen“. Die Bescheinigung listet die Gründe auf, aus denen die Ärztin / der Arzt die Voraussetzungen der Unterbringung ableitet.
 - » § 9 Abs 1 UbG sieht vor, dass die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes berechtigt und verpflichtet sind „eine Person, bei der sie aus besonderen Gründen die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachten, zur Untersuchung zur Ärztin / zum Arzt (§ 8) bringen oder diese/-n beiziehen. Bescheinigt [die Ärztin /] der Arzt das Vorliegen der Voraussetzungen der Unterbringung, so haben die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes die betroffene Person in [ein psychiatrisches Krankenhaus oder] eine psychiatrische Abteilung zu bringen oder dies zu veranlassen. Wird eine solche Bescheinigung nicht ausgestellt, so darf die betreffende Person nicht länger angehalten werden.“
- » Zugang durch eine Sicherheitsbehörde (§ 9 Abs. 2 UbG):

„Bei Gefahr in Verzug können die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes die betroffene Person auch ohne Untersuchung und Bescheinigung in [ein psychiatrisches Krankenhaus / eine psychiatrische Abteilung] zu bringen.“
- » 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, eine nicht psychiatrische Station, 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 oder 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 dem ärztlichen Zeugnis die Voraussetzungen für die Unterbringung vorliegen. Verlangt die untergebrachte Person, ihre Vertretung oder die Abteilungsleitung ein zweites ärztliches Zeugnis, so ist dies spätestens am Vormittag des auf das Verlangen folgenden Werktags durch einen weiteren Facharzt / eine weitere Fachärztin zu erstellen (Ausnahme: Die Anhörung hat bereits stattgefunden oder die 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 Kopie der/des ärztlichen Zeugnisse/s. Die Unterbringung ohne Verlangen ist unverzüglich dem zuständigen Bezirksgericht zu melden. Zum weiteren gerichtlichen Prozedere siehe Abschnitt 2.3.

» Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen:

Eine Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen setzt die Mitwirkung und Entscheidungsfähigkeit der betroffenen Patientin / des betroffenen Patienten voraus: „Eine Person, bei der die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen, darf auf eigenes Verlangen untergebracht werden, wenn sie entscheidungsfähig ist“ (§ 4 Abs. 1 UbG). Volljährige Personen und mündige Minderjährige können ihr Verlangen auf Unterbringung nur selbst stellen. Entscheidungsfähige unmündige Minderjährige dürfen nur untergebracht werden, wenn sie und auch ihre gesetzliche Vertretung im Bereich der Pflege und Erziehung (die/der Erziehungsberechtigte) die Unterbringung verlangen. Entscheidungsunfähige unmündige Minderjährige dürfen untergebracht werden, wenn die erziehungsberechtigte Person die Unterbringung verlangt.

Das Verlangen der Patientin / des Patienten bzw. der/des Erziehungsberechtigten muss vor der Aufnahme eigenhändig schriftlich im Beisein des/der mit der Führung der Abteilung betrauten Arztes/Ärztin oder seiner/ihrer Vertretung erfolgen. Die Erklärung / Das Verlangen 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.

» Aufnahme ohne Anwendung des UbG:

Die große Mehrheit der Patientinnen und Patienten wird ohne Anwendung des UbG im Krankenhaus stationär aufgenommen. Dies ist auch dann möglich, wenn die betreffende Person gemäß § 8 oder § 9 Abs. 1 (mit ärztlicher Bescheinigung) oder gemäß § 9 Abs. 2 durch Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes (unabhängig vom Vorliegen einer ärztlichen Bescheinigung) in das Krankenhaus gebracht wird.

Neben einer Unterbringung (ohne/auf Verlangen) unmittelbar bei Aufnahme (Unterbringungstag = Aufnahmetag) kann es auch **während eines stationären Aufenthalts** zu einer Unterbringung oder auch zu mehreren Unterbringungen kommen⁵, was die jeweils entsprechenden rechtlichen und organisatorischen Mechanismen nach sich zieht.

Nicht jeder Zugang zum Krankenhaus mündet in einer stationären Aufnahme. Eine Nichtaufnahme ist insbesondere dann von Interesse, wenn die betreffende Person zuvor unter Anwendung des UbG (§§ 8 oder 9) ins Krankenhaus gebracht wurde. Ein solcher Fall der „Nichtaufnahme“ ist im Krankenhaus zu dokumentieren. Aktuell liegen jedoch kaum Daten zu dieser Patientengruppe vor, was insbesondere deswegen problematisch ist, da sie laut Schätzung der Krankenhausärztinnen und -ärzte bis zu 20 Prozent der mittels UbG ins Krankenhaus kommenden Patientinnen/Patienten ausmachen dürfte.

2.3 Gerichtliche Kontrolle

Der Prozess der gerichtlichen Kontrolle im Kontext des UbG ist bei einer Aufnahme ohne Verlangen anders als bei einer Aufnahme auf Verlangen – über eine Unterbringung auf Verlangen muss das Gericht nicht informiert werden. Die rechtliche Sicherheit wird jedoch durch das Widerrufsrecht der untergebrachten Person erreicht. Da dem Gericht bei einer Unterbringung ohne Verlangen eine zentrale Rolle zukommt, wird nachfolgend zuerst auf diese Form der Unterbringung eingegangen.

Auch Beschränkungen sowie ärztliche Behandlung im Kontext der Anwendung des UbG unterliegen einer gerichtlichen Kontrolle, weshalb sie in diesem Abschnitt behandelt werden.

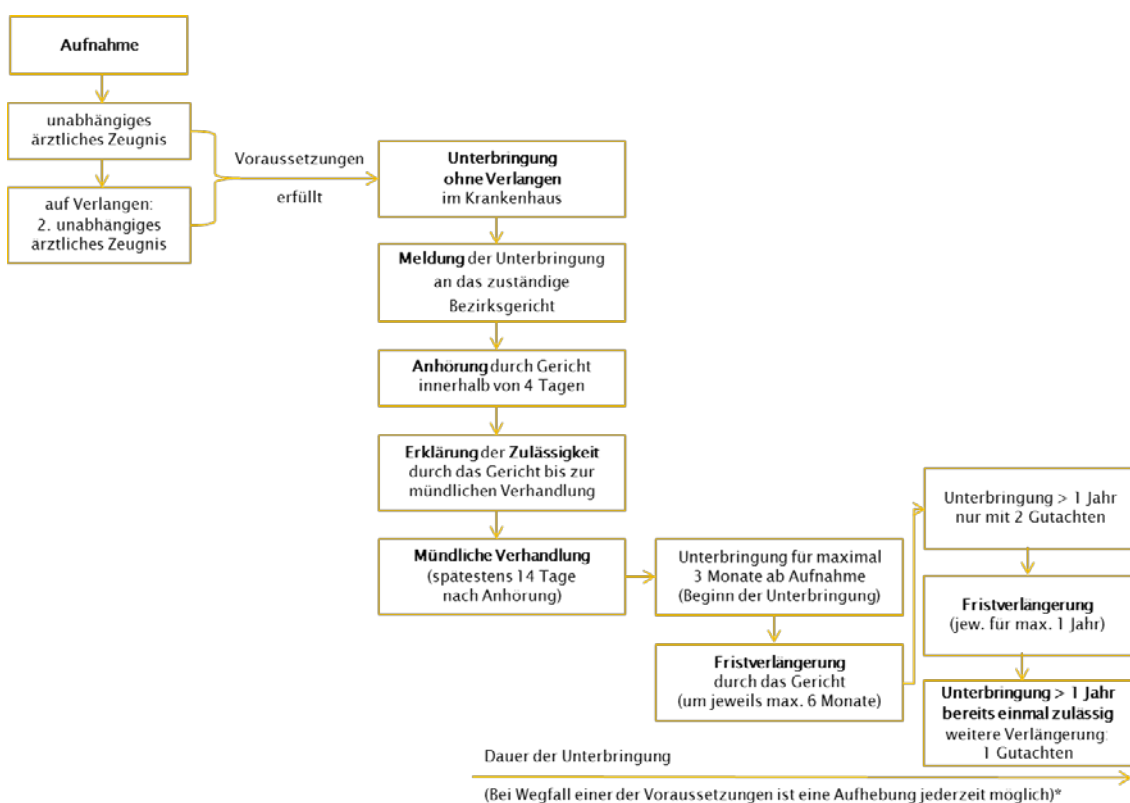
5

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

2.3.1 Unterbringung ohne Verlangen

Kommt es zu einer Unterbringung, so findet diese meist ohne Verlangen statt. Unterbringungen auf Verlangen kommen in der Praxis kaum vor. Abbildung 2.2 stellt den Ablauf einer Unterbringung ohne Verlangen inklusive der gerichtlichen Kontrolle schematisch dar.

Abbildung 2.2:
Unterbringung ohne Verlangen und gerichtliche Kontrolle



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

Quelle und Darstellung: GÖG

Wie in Abschnitt 2.1 ausgeführt, ist unmittelbar vor der Unterbringung zu prüfen, ob die Voraussetzungen dafür gegeben sind (§ 10 Abs. 1 UbG). Diese Prüfung geschieht in Form einer Untersuchung, die der/die mit der Führung der Abteilung betraute Arzt/Ärztin durchführt und in Folge ein ärztliches Zeugnis über das Ergebnis der Untersuchung erstellt. Wenn laut Zeugnis die Voraussetzungen für eine 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 psychiatrischen Abteilung 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, die Unterbringung entweder 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 mündlichen Verhandlung hat das Gericht zumindest eine/n Sachverständige/n zu bestellen; diese/r führt eine Untersuchung zur Prüfung der Unterbringungs Voraussetzungen durch und erstellt ein schriftliches Gutachten (§ 22 UbG). Auf Wunsch der Patientin / des Patienten oder einer Vertretungsperson ist ein zweiter Sachverständiger / 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 Fristablauf aufgehoben, weil die Voraussetzungen dafür nicht mehr gegeben sind, hat das Gericht erneut zu prüfen. Die jeweiligen Fristverlängerungen dürfen sechs Monate nicht übersteigen. Dauert die Unterbringung länger als ein Jahr, darf eine weitere Unterbringung für wiederum jeweils längstens ein Jahr für zulässig erklärt werden, wenn dies aufgrund der übereinstimmenden Gutachten zweier Sachverständiger aus besonderen medizinischen Gründen erforderlich ist (§ 30 UbG).

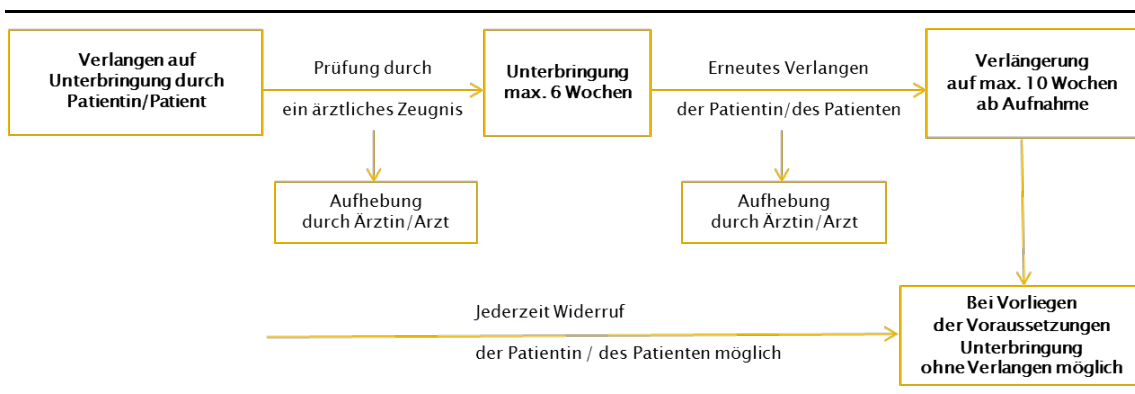
Unabhängig von den o. a. gerichtlichen Entscheidungen ist die Unterbringung jederzeit durch die verantwortliche Abteilungsleitung im Krankenhaus aufzuheben, sobald die Voraussetzungen dafür nicht mehr gegeben sind (§ 32 UbG).

Seit der Novellierung des UbG im Jahr 2010 sind in die Prüfung, ob die Unterbringung fortzusetzen oder aufzuheben ist, Überlegungen zur Rückfallwahrscheinlichkeit 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 ein zeitlich begrenztes Fortführen 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.

2.3.2 Unterbringung auf Verlangen

Eine Unterbringung kann auch auf Verlangen der betroffenen Person erfolgen (§ 4 UbG). Dazu muss diese das „Verlangen“ eigenhändig schriftlich formulieren. Abbildung 2.3 zeigt den schematischen Ablauf der Unterbringung auf Verlangen.

Abbildung 2.3:
Schematische Darstellung der Unterbringung auf Verlangen



Quelle und Darstellung: GÖG

Wie bei der Unterbringung ohne Verlangen ist durch die/den mit der Führung der Abteilung beauftragte/n Ärztin/Arzt oder ihre/seine Vertretung zu prüfen, ob die Unterbringungsbedingungen sowie ergänzend die Entscheidungsfähigkeit (§ 4 UbG) gegeben sind. „Eine volljährige Person und ein mündiger Minderjähriger können ihr Verlangen auf Unterbringung nur selbst stellen. Ein entscheidungsfähiger unmündiger Minderjähriger darf nur untergebracht werden, wenn er und auch sein gesetzlicher Vertreter im Bereich der Pflege und Erziehung (Erziehungsberechtigter) die Unterbringung verlangen.“

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 untergebrachte Person ist darauf hinzuweisen, dass sie die Unterbringung jederzeit widerrufen kann. Des Weiteren ist 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 / den betroffenen Patienten, muss entweder die Unterbringung aufgehoben 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 nur die Möglichkeit der Unterbringung ohne Verlangen mit dem gesamten Prozedere der Prüfung und gerichtlichen Kontrolle.

2.3.3 Beschränkungen und ärztliche Behandlung im Kontext der Anwendung des UbG

Beschränkungen der Bewegungsfreiheit

In einigen Fällen wird die Bewegungsfreiheit der untergebrachten Person während der 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.

Verkehr mit der Außenwelt

Der Verkehr der/des Kranken mit der Außenwelt (Besuche / Telefonate) darf nur eingeschränkt werden, „soweit dies zur Abwehr einer Gefahr im Sinn des § 3 Z 1 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 der Novelle zum Unterbringungsgesetz im Jahr 2010 sind – neben den oben beschriebenen Beschränkungsarten – auch 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 für zulässig erklärt worden, 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 auf einen Raum oder innerhalb eines Raums (sogenannte „weitergehende Beschränkungen“) sowie Beschränkungen des Verkehrs mit der Außenwelt 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 deren Vertretung hat das Gericht über die Zulässigkeit der Beschränkung zu entscheiden (§§ 33, 34, 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. Die Behandlung, sei sie auch nicht psychiatrischer Art, ist nur insoweit zulässig, als sie nicht außer Verhältnis zu ihrem Zweck steht. Der Grund und die Bedeutung sind der Patientin / dem Patienten sowie bei Minderjährigkeit oder bei aus anderen Gründen bestehender gesetzlichen Vertretung dieser zu erläutern.

Die Behandlung darf, soweit die/der Erkrankte entscheidungsfähig ist, nicht gegen ihren/seinen Willen erfolgen. Besondere Heilbehandlung (eine medizinische Behandlung, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist) darf nur mit schriftlicher Zustimmung vorgenommen werden.

In Fällen, in denen die Patientin / der Patient nicht entscheidungsfähig ist, darf eine Heilbehandlung, wenn die Person minderjährig ist, nicht gegen den Willen der gesetzlichen Vertretung – sofern zur Willenserklärung in diesem Bereich befugt – durchgeführt werden. Eine besondere Heilbehandlung muss von der gesetzlichen Vertretung schriftlich genehmigt werden.

Ist die erkrankte Person nicht entscheidungsfähig, so hat auf Verlangen dieser oder ihrer gesetzlichen Vertretung das zuständige Gericht über die Zulässigkeit der Behandlung unverzüglich zu entscheiden. Eine besondere Heilbehandlung bedarf der Genehmigung dieses Gerichts.

Sollte eine Behandlung so dringend sein, dass die Einholung einer Zustimmung oder gerichtlichen Genehmigung das Leben der/des Kranken gefährden oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit der/des Kranken oder starken Schmerzen einhergehen würde, ist die Zustimmung nicht erforderlich, sondern wird durch die Entscheidung der Abteilungsleitung ersetzt. Die Abteilungsleitung hat die gesetzliche Vertretung oder, falls nicht zutreffend, die Patientenanzweltschaft nachträglich von der Behandlung zu verständigen.

2.4 Novellen zum Unterbringungsgesetz

Änderung durch das 2. Erwachsenenschutzgesetz

Die Neuregelung der Sachwalterschaft durch das 2. ErwSchG im Jahr 2017 erforderte die Änderung zahlreicher Gesetze, u. a. auch des UbG. Das UbG betreffende Punkte, die ab Juli 2018 zur Anwendung kamen (in den Abschnitten 2.2. und 2.3. eingearbeitet), sind:

- » Unterbringung auf Verlangen (§ 4):
 - » Volljährige Personen und mündige Minderjährige können ihr Verlangen auf Unterbringung nur selbst stellen.
 - » Unmündige Minderjährige, die selbst entscheidungsfähig sind, dürfen nur untergebracht werden, wenn sie selbst und auch ihre gesetzliche Vertretung die Unterbringung verlangen.

- » Unmündige Minderjährige, die nicht selbst entscheidungsfähig sind, dürfen nur untergebracht werden, wenn die/der Erziehungsberechtigte die Unterbringung verlangt.
- » Das Verlangen der gesetzlichen Vertretung muss eigenhändig schriftlich gestellt werden.
- » Für den Widerruf genügt die Erklärung auch nur entweder der/des entscheidungsfähigen unmündigen Minderjährigen oder der/des Erziehungsberechtigten.
- » Ärztliche Behandlung (§ 35): nicht psychiatrische Behandlungen wurden ergänzt.
- » Zustimmung zu ärztlicher Behandlung (§ 37) und gerichtliche Genehmigung: Ergänzung von starken Schmerzen der/des Kranken.

Änderungen des UbG in Zusammenhang mit dem Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017⁶

Mit dem Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 (GRUG 2017) wurde u. a. auch das UbG geändert. Die unter § 8 UbG genannte Personengruppe, die bescheinigen kann, ob eine Person gegen oder ohne ihren Willen in eine psychiatrische Abteilung gebracht werden darf – bislang im öffentlichen Sanitätsdienst stehende Ärztinnen/Ärzte oder Polizeiärztinnen/Polizeiärzte – wurde um Ärztinnen/Ärzte in Primärversorgungseinheiten, die hierfür gemäß § 8 Abs. 7 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017 verpflichtet wurden, erweitert. Nach dieser Bestimmung kann mit Zustimmung von dem für die Vollzugsbehörden zuständigen Rechtsträger einer Primärversorgungseinheit insbesondere die Durchführung von Untersuchungen nach § 8 UbG übertragen werden.

UbG–Novelle 2010

Im Juli 2010 trat die Novelle zum Unterbringungsgesetz (BGBl. I 18/2010)⁷ in Kraft. 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).

6

Gesundheitsreformumsetzungsgesetz (GRUG 2017) BGBl. I Nr. 131/2017, abrufbar unter https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_131/BGBLA_2017_I_131.pdf (letzter Zugriff 6. 6. 2019).

7

Bundesgesetz, mit dem das Unterbringungsgesetz, das Heimaufenthaltsgesetz und das Strafvollzugsgesetz geändert werden (Unterbringungs- und Heimaufenthaltsnovelle 2010 – Ub–HeimAuf–Nov 2010, BGBl. I 18/2010, abrufbar unter http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2010_I_18/BGBLA_2010_I_18.pdf (letzter Zugriff 23. 8. 2019)

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

- » Für die Unterbringung auf Verlangen (§ 6 Abs. 1) reicht ein fachärztliches Zeugnis. Bereits die erste Aufnahmeuntersuchung samt positivem Zeugnis löst die Unterbringung aus.
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 Fall hat eine weitere Fachärztin / ein weiterer Facharzt die aufgenommene Person spätestens am Vormittag des folgenden Werktags 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 einzubeziehen (§ 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 ein zeitlich begrenztes Fortführen 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 wurden sowohl eine größere Rückfallwahrscheinlichkeit als auch vermehrte „Drehtürpsychiatrie“ bei bestimmten stationären Patientinnen und Patienten geortet. Beklagt wurde auch eine aus der kürzeren 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 / die Patientin möglich. Mit der Novelle können Beschränkungen auch zum Schutz der Rechte anderer Patientinnen und Patienten erfolgen.

Die Novelle war in den Jahren 2012 und 2013 Diskussionsgegenstand der von der GÖG organisierten Expertengespräche zur Unterbringung (siehe Kapitel 6). Die Expertinnen und Experten, die in der Praxis damit konfrontiert sind, beurteilten die Novelle grundsätzlich positiv. Die Diskussion der Daten machte jedoch deutlich, dass Änderungen der Unterbringungsdauer auf viele Faktoren zurückzuführen sind und die Wirkung einzelner Faktoren dadurch schwer zu beurteilen ist. Nähere Informationen dazu finden sich in der GÖG-Publikation zum UbG aus dem Jahr 2017.

3 Datengrundlage und methodische Vorgehensweise

Die vorliegende Studie dient dazu, Daten zur Vollziehung des UbG systematisch zu erfassen und ein Monitoring durchzuführen. Zu diesem Zweck werden drei Datenquellen herangezogen:

1. die Daten der jährlichen GÖG-Erhebung zu Unterbringungen – differenziert nach Zugangs- und Aufnahmearten – in den mit der Unterbringung befassten psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen,
2. die von den Bezirksgerichten (im Auftrag des BMVRDJ) an das Bundesrechenzentrum übermittelten Informationen bezüglich der gemeldeten Unterbringungen ohne Verlangen und gerichtlichen Kontrollen sowie
3. die von der Patientenanwaltschaft (VertretungsNetz⁸ sowie Institut 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, an denen Unterbringungen nach dem UbG vorgenommen werden. Abteilungen für Erwachsenenpsychiatrie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind gesondert ausgewiesen.

Tabelle 3.2 zeigt übersichtsmäßig, welche Daten zu Unterbringungen im Rahmen der Krankenhauserhebung der GÖG von der jeweiligen Einrichtung bereitgestellt werden konnten.

Tabelle 3.1:

Standorte psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen (Stand: 2019)

Bundesland	Standort	Versorgungsstruktur	Unterbringung nach UbG
B	KH BBR Eisenstadt	ERW-PSY	ja (seit 2013)
K	Klinikum Klagenfurt am Wörthersee	ERW-PSY	ja
	Klinikum Klagenfurt am Wörthersee	KJP	ja
	LKH Villach	ERW-PSY	ja (seit 2012)

Fortsetzung nächste Seite

8

Zuständigkeitsbereich: Österreich ohne Vorarlberg

Fortsetzung Tabelle 3.1 – Seite 2 von 3

Bundesland	Standort	Versorgungsstruktur	Unterbringung nach UbG
NÖ	LKL Hollabrunn	ERW-PSY	ja
	LKL Mauer	ERW-PSY	ja
	LKL Mauer	KJP	ja
	LKL Neunkirchen	ERW-PSY	ja
	UKL Tulln	ERW-PSY	ja
	UKL Tulln	KJP	ja
	LKL Baden	ERW-PSY	ja
	LKL Mödling (Hinterbrühl)	KJP	ja
	LKL Waidhofen/Thaya (Waldviertler Zentrum für Seelische Gesundheit)	ERW-PSY	ja
OÖ	KH St. Josef Braunau	ERW-PSY	ja
	LKH Steyr	ERW-PSY	ja
	Klinikum Wels-Grieskirchen (Wels)	ERW-PSY	ja
	Kepler Universitätsklinikum (Neuromed Campus ²)	ERW-PSY	ja
	Kepler Universitätsklinikum (Med Campus IV, Neuromed Campus ²)	KJP	ja
	Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck	ERW-PSY	ja
S	Christian-Doppler-Klinik Universitätskliniken Salzburg	ERW-PSY	ja
	Christian-Doppler-Klinik Universitätskliniken Salzburg	KJP	ja
	Kardinal Schwarzenberg Klinikum	ERW-PSY	ja
ST	LKH-Univ. Klinikum Graz	ERW-PSY	ja
	KH BBR Graz-Eggenberg	ERW-PSY	ja (seit Juli 2017)
	LKH Graz II	ERW-PSY	ja
	LKH Graz II	KJP	ja
T	LKH Hall in Tirol	ERW-PSY	ja
	LKH Innsbruck – Psychiatrische Universitätsklinik	ERW-PSY	ja
	LKH Innsbruck – Psychiatrische Universitätsklinik ³	KJP	ja
	BKH Lienz	ERW-PSY	ja
	BKH Kufstein	ERW-PSY	ja
V	LKH Rankweil	ERW-PSY	ja
	LKH Rankweil	KJP	ja (seit 2016)

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.1 – Seite 3 von 3

Bundesland	Standort	Versorgungsstruktur	Unterbringung nach UbG
W	AKH Wien (Universitätsklinik für Psychiatrie)	ERW-PSY	ja
	AKH Wien (Universitätsklinik für Psychiatrie)	KJP	ja
	SMZ SÜD – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital	ERW-PSY	ja
	KH Hietzing – Rosenhügel	ERW-PSY	ja
	KH Hietzing – Rosenhügel	KJP	ja
	KA Rudolfstiftung	ERW-PSY	ja (seit 2014)
	SMZ-Ost – Donauspital	ERW-PSY	ja
	Otto-Wagner-Spital ⁴	ERW-PSY	ja
	Therapiezentrum Ybbs a. d. Donau ¹	ERW-PSY	ja

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

AKH = Allgemeines Krankenhaus, BBR = Barmherzige Brüder, BKH = Bezirkskrankenhaus, ERW-PSY = Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie, KA = Krankenanstalt, KJP = Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, LKH = Landeskrankenhaus, LKL = Landesklinikum, SMZ = Sozialmedizinisches Zentrum, UKL = Universitätsklinikum

- 1 Das TZ Ybbs befindet sich zwar am Standort NÖ, wird aber als KH des Wiener KAV dem Bundesland Wien zugeordnet.
- 2 Kepler Universitätsklinikum GmbH: Neuromed Campus (ehemals LNK Wagner-Jauregg) und Med Campus IV (ehemals Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz)
- 3 seit 15. 01. 2018 Zuordnung der KJP (inkl. Unterbringungsbereich) zum LKH Hall
- 4 seit Mai bzw. Juni 2018 Verlegung der 6. und 2. Psychiatrischen Abteilung ins KH Hietzing Rosenhügel (1. und 2. Psychiatrische Abteilung) sowie der Spezialambulanz für peripartale Psychiatrie ins Wilhelminenspital

Quelle, Erhebungen und Darstellung: GÖG

Folgende UbG-relevante Daten der Krankenhäuser werden im Rahmen der GÖG-Erhebung erfasst:

- » Gesamtanzahl der vollstationären Aufnahmen⁹
- » Daten zu den verschiedenen Zugangsarten zum Krankenhaus (siehe Abschnitt 2.2)
- » Daten zu den daraus resultierenden Aufnahmearten (siehe ebenfalls Abschnitt 2.2)
- » Informationen zur Unterscheidung, ob eine Unterbringung unmittelbar bei Aufnahme (Unterbringungstag = Aufnahmetag) oder während des Aufenthalts (Unterbringungstag nach dem Aufnahmetag) stattfindet
- » Daten zu untergebrachten Personen
- » Daten zu Diagnosegruppen

9

Seit 2017 setzen die Bundesländer sukzessive das Bepunktungsmodell für den spitalsambulantem Bereich um; d. h. 0-Tages-Aufenthalte werden nicht mehr als stationäre Fälle gezählt. Seit 1. Jänner 2019 ist das Modell in allen Bundesländern anzuwenden. Für nähere Informationen siehe: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/6/7/CH3987/CMS1537966701278/bepunktungsmodell_spitalsambulanter_bereich_2019.pdf.

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 Beteiligung der Krankenhäuser / Abteilungen an der Erhebung ist freiwillig. Dennoch liegt die Mitwirkung seit einigen Jahren bei 100 Prozent.
- » Die Möglichkeiten der (differenzierten) Datenerfassung und –auswertung in den einzelnen Krankenhäusern haben sich kontinuierlich verbessert, sind jedoch noch immer sehr unterschiedlich. Nicht alle Krankenhäuser können (sämtliche) Daten in der gewünschten Differenziertheit¹⁰ bereitstellen, was zumeist datentechnische Gründe (keine systematische elektronische Erfassung, Auswertungsmöglichkeit) hat. Zu den einzelnen Tabellen und Grafiken wird jeweils angegeben, auf welche Datengrundlagen sich die Angaben beziehen.
- » Im Laufe der Erhebungsjahre sind weitere Standorte / 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 Krankenhäusern stellt die einzige Informationsquelle hinsichtlich der Art des Zugangs zu Krankenhäusern und der Krankenhaus–Aufnahme dar.
- » Die Erhebung ist auch die einzige Informationsquelle in Bezug auf Unterbringungen auf Verlangen, da diese weder an die Bezirksgerichte noch an die Patientenanwaltschaft gemeldet werden müssen.
- » Die Erhebung ermöglicht somit eine Gegenüberstellung von 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. 1 oder § 9 Abs. 2 UbG) und der Einschätzung der begutachtenden Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus / in der psychiatrischen Abteilung zum Zeitpunkt der Aufnahme¹¹.
- » In vielen Krankenhäusern und Abteilungen erfolgt keine elektronische Dokumentation der Daten zu Nichtaufnahmen (wenn nach Einweisung durch eine Amtsärztin / einen Amtsarzt oder durch die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes keine stationäre Aufnahme stattfindet, siehe dazu auch Abschnitt 2.2). Die Anzahl der Fälle, in denen eine Person ohne Anwendung des UbG ins Krankenhaus kommt und nicht aufgenommen wird, ist meist nicht eruierbar. Die Anzahl der „Nichtaufnahmen“ ist jedoch insbesondere bei einem Zugang nach UbG (§ 8 oder § 9 Abs. 1 oder § 9 Abs. 2) interessant; eine zukünftige Erfassung solcher Zugänge im Rahmen der GÖG–Erhebung ist jedenfalls wünschenswert.
- » Daten zu Diagnosegruppen wurden erstmals für das Jahr 2015 erhoben. Im aktuellen Bericht werden erstmals auch Diagnosedaten der Erwachsenenpsychiatrie abgebildet. Im letzten Bericht war dies nur für die Kinder– und Jugendpsychiatrie möglich, da zum Zeitpunkt der Berichterstellung nur für diese ausreichend Rückmeldungen vorlagen.

10

Insbesondere fehlen häufig die Unterscheidung der Zugangsarten sowie Angaben dazu, ob die Unterbringung unmittelbar bei Aufnahme oder während des Aufenthalts (inkl. Mehrfachunterbringungen) erfolgte.

11

Die Erhebung zeigt also, ob jemand, der unter Anwendung des UbG (§ 8 oder § 9 Abs. 1 oder § 9 Abs. 2) in das Krankenhaus kommt, stationär aufgenommen und gemäß UbG (auf/ohne Verlangen) untergebracht wird oder nicht.

Tabelle 3.2 zeigt im Überblick, in welcher Differenziertheit Daten für die Jahre 2016 und 2017 von den jeweiligen Krankenhäusern und Abteilungen übermittelt werden konnten. Basisdaten (Unterbringungen sowie Aufnahmen gesamt) konnten (bis auf einen Standort) von allen Krankenhäusern für die Auswertungen herangezogen werden.

Tabelle 3.2:
Übersicht Datenrückmeldungen der befragten psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen

Bundesland	Standort	Versorgungsstruktur ¹	Aufnahmen nach Zugangsarten konnten vollständig gezählt werden		Unterscheidung Unterbringungen bei Aufnahme und während des Aufenthalts	
			Jahr			
			2016	2017	2016	2017
B	KH BBR Eisenstadt	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
K	Klinikum Klagenfurt am Wörthersee	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	Klinikum Klagenfurt am Wörthersee	KJP	✓	✓	✓	✓
	LKH Villach	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
NÖ	LKL Hollabrunn	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	LKL Mauer	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	LKL Mauer	KJP	✓	✓	✓	✓
	LKL Neunkirchen	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	UKL Tulln	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	UKL Tulln	KJP	✓	✓	✓	✓
	LKL Baden	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	LKL Mödling (Hinterbrühl)	KJP	✓	✓	✓	✓
	LKL Waidhofen/Thaya (Waldviertler Zentrum für Seelische Gesundheit)	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
OÖ	KH St. Josef Braunau	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	LKH Steyr	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	Klinikum Wels-Grieskirchen (Wels)	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	Kepler Universitätsklinikum (Neuromed Campus)	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	Kepler Universitätsklinikum (Med Campus IV, Neuromed Campus)	KJP	✓	✓	✓	✓
	Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.2

Bundesland	Standort	Versorgungsstruktur	Aufnahmen nach Zugangsarten konnten vollständig gezählt werden		Unterscheidung Unterbringungen bei Aufnahme und während des Aufenthalts	
			Jahr			
			2016	2017	2016	2017
S	Christian-Doppler-Klinik Universitätskliniken Salzburg	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	Christian-Doppler-Klinik Universitätskliniken Salzburg	KJP	✓	✓	✓	✓
	Kardinal Schwarzenberg Klinikum	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
ST	LKH-Univ. Klinikum Graz	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	KH BBR Graz-Eggenberg	ERW-PSY	noch kein UbG	✓	noch kein UbG	✓
	LKH Graz II	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	LKH Graz II	KJP	✓	✓	✓	✓
T	LKH Hall in Tirol	ERW-PSY	✓	✓	–	✓
	LKH Innsbruck – Psychiatrische Universitätsklinik	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	LKH Innsbruck – Psychiatrische Universitätsklinik	KJP	✓	✓	✓	✓
	BKH Lienz	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	BKH Kufstein	ERW-PSY	–	–	–	–
V	LKH Rankweil	ERW-PSY	–	–	–	–
	LKH Rankweil	KJP	✓	✓	✓	✓
W	AKH Wien (Universitätsklinik für Psychiatrie)	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	AKH Wien (Universitätsklinik für Psychiatrie)	KJP	✓	✓	✓	✓
	SMZ SÜD KFJ mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital	ERW-PSY	–	–	–	–
	KH Hietzing – Rosenhügel	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	KH Hietzing – Rosenhügel	KJP	✓	✓	✓	✓
	KA Rudolfstiftung	ERW-PSY	–	✓*	–	–
	SMZ-Ost – Donauspital	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓
	Otto-Wagner-Spital	ERW-PSY	–	–	–	–
	Therapiezentrum Ybbs a. d. Donau	ERW-PSY	✓	✓	✓	✓

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

AKH = Allgemeines Krankenhaus, BBR = Barmherzige Brüder, BKH = Bezirkskrankenhaus, ERW-PSY = Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie, KFJ = Kaiser-Franz-Josef-Spital, KH = Krankenanstalt, KJP = Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, LKH = Landeskrankenhaus, LKL = Landesklinikum, SMZ = Sozialmedizinisches Zentrum, UKL = Universitätsklinikum

* Meldung war erst ab 14.9. möglich, daher Daten nicht miteinbezogen

Erhebungen und Darstellung: GÖG

Tabelle 3.3:
Angaben zu Diagnosegruppen

Bundesland	Standort	2016		2017	
		Daten lieferbar	wenn ja, Art	Daten lieferbar	wenn ja, Art
B	KH BBR Eisenstadt	-	-	✓	E
K	Klinikum Klagenfurt am Wörthersee	-	-	✓	A
	Klinikum Klagenfurt am Wörthersee KJP	-	-	-	-
	LKH Villach	✓	E	✓	E
NÖ	LKL Hollabrunn	✓	E	✓	E
	LKL Mauer	✓	E	✓	E
	LKL Mauer KJP	✓	E	✓	E
	LKL Neunkirchen	✓	E	✓	E
	UKL Tulln	✓	E	✓	E
	UKL Tulln - KJP	✓	E	✓	E
	LKL - Baden	✓	E	✓	E
	LKL - Mödling (Hinterbrühl) KJP	✓	E	✓	E
	LKL Waidhofen/Thaya (Waldviertler Zentrum für Seelische Gesundheit)	✓	E	✓	E
OÖ	KH St. Josef Braunau	✓	E	✓	E
	LKH Steyr	-	-	✓	E
	Klinikum Wels-Grieskirchen (Wels)	✓	E	✓	E
	Kepler Universitätsklinikum (Neuromed Campus)	✓	E	✓	E
	Kepler Universitätsklinikum (Med Campus IV, Neuromed Campus) KJP	✓	E	✓	E
	Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck	✓	E	✓	E
S	Christian-Doppler-Klinik Universitätskliniken Salzburg	✓	E	✓	E
	Christian-Doppler-Klinik Universitätskliniken Salzburg KJP	✓	E	✓	E
	Kardinal Schwarzenberg Klinikum	✓	E	✓	E
ST	LKH-Univ. Klinikum Graz	✓	E	✓	E
	KH BBR Graz-Eggenberg	noch kein UbG	noch kein UbG	✓	E
	LKH Graz II	✓	E	✓	E
	LKH Graz II KJP	✓	E	✓	E
T	LKH Hall in Tirol	-	-	-	-
	LKH Innsbruck- Psychiatrische UKL	✓	A	✓	A
	LKH Innsbruck - Psychiatrische UKL KJP	✓	A	✓	A
	BKH Lienz	-	-	-	-
	BKH Kufstein	-	-	-	-

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.3

Bundesland	Standort	2016		2017	
		Daten lieferbar	Wenn ja, Art	Daten lieferbar	Wenn ja, Art
V	LKH Rankweil (ERW und Geronto)	-	-	-	-
	LKH Rankweil KJP	✓	E	✓	E
W	AKH Wien (Universitätsklinik für Psychiatrie) Sozialpsychiatrie	-	-	-	-
	AKH Wien (Universitätsklinik für Psychiatrie) Biologische Psychiatrie	✓	E	✓	E
	AKH Wien (Universitätsklinik für Psychiatrie) KJP	✓	E	-	-
	SMZ SÜD KFJ mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital	-	-	✓	A
	KH Hietzing - Rosenhügel	-	-	✓	A
	KH Hietzing - Rosenhügel KJP	-	-	✓	A
	KA Rudolfstiftung	-	-	-	-
	SMZ-Ost - Donauspital	-	-	✓	A
	Otto-Wagner-Spital	-	-	-	-
	Therapiezentrum Ybbs a. d. Donau	✓	E	✓	E

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

AKH = Allgemeinkrankenhaus, BBR = Barmherzige Brüder, BKH = Bezirkskrankenhaus;

ERW-PSY = Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie; KA = Krankenanstalt, KH = Krankenhaus; KFJ = Kaiser Franz-Josef-Spital; KJP = Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, LKH = Landeskrankenhaus, LKL = Landeskrankenhaus, LKL = Landeskrankenhaus, LKL = Landeskrankenhaus,

SMZ = Sozialmedizinisches Zentrum, UKL = Universitätsklinikum

A = Aufnahmediagnose, E=Entlassungsdiagnose

Erhebungen und Darstellung: GÖG

3.2 Daten der Bezirksgerichte

Die Daten der Bezirksgerichte werden vom Bundesrechenzentrum erhoben 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 sind von hoher Qualität; vereinzelt gibt es allerdings Inkonsistenzen (z. B. werden Verhandlungen gemeldet, ohne dass zuvor Anhörungen gemeldet wurden). Ursache könnten Fehleintragungen an den Gerichten sein.

3.3 Daten der Patientenanwaltschaft

Von der Patientenanwaltschaft der Einrichtung *VertretungsNetz*¹² werden alle österreichischen Bundesländer mit Ausnahme von Vorarlberg betreut. In Vorarlberg obliegt die Vertretung der Patientinnen und Patienten dem Institut für Sozialdienste IfS¹³.

Beide Institutionen führen eine umfassende Dokumentation. In Vorbereitung des letzten Berichts (Daten 2014/2015, Publikation 2017) wurden die Daten dieser beiden Institutionen so aufbereitet und zusammengeführt, dass eine gemeinsame Darstellung und somit ein Gesamtbild für Österreich möglich ist. Einige Auswertungskategorien konnten vereinheitlicht werden (z. B. Altersgruppen), aber es bestehen noch geringfügige Unterschiede in Datenerfassung und -auswertung, die zu einer gewissen Unschärfe der Gesamtergebnisse führen: Das IfS zählt alle Unterbringungsfälle, die im Bezugszeitraum (Kalenderjahr) gemeldet wurden, während VertretungsNetz auch den Altbestand der zum 1. 1. aufrechten (im Vorjahr begonnenen) Unterbringungen mitzählt (das sind < 3 % der Unterbringungen). Auch für die Auswertung der Beschränkungen wurden die beiden unterschiedlichen Bezugswerte der Unterbringungen herangezogen. Eine geringe Überschätzung wird auch bei der Anzahl der Unterbringungsverlängerungen toleriert: IfS erfasst die von ärztlicher Seite gemeldeten beantragten Verlängerungen, während VertretungsNetz die Anzahl der erneuten Erstanhörungen nach Ablauf der Unterbringungen administriert.

Die Daten der Patientenanwaltschaft ermöglichen einerseits eine nähere Beschreibung der untergebrachten Personen, andererseits stellen sie die einzige Datengrundlage 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 Meldungen der beiden o. a. Organisationen die Plausibilität der hier publizierten Daten der Krankenhäuser und der Bezirksgerichte geprüft werden.

12

www.vertretungsnetz.at (letzter Zugriff 18. 06. 2019)

13

www.ifs.at/patientenanwaltschaft.html (letzter Zugriff 18. 06. 2019)

4 Unterbringungen gemäß UbG in der Praxis

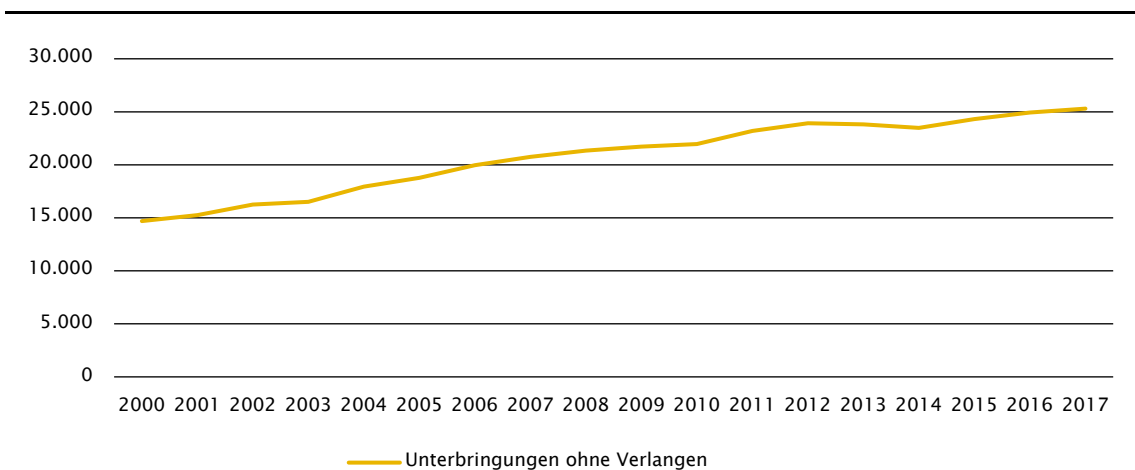
4.1 Unterbringungen ohne Verlangen

Dieser Abschnitt bezieht sich auf alle Unterbringungen ohne Verlangen gemäß UbG im Jahr 2017 in Österreich. Die Analysen beruhen teils auf den Daten der Bezirksgerichte, teils auf den Daten der Patientenanwaltschaft (VertretungsNetz und IfS).

4.1.1 Unterbringungen ohne Verlangen im Zeitverlauf

Im Jahr 2017 wurden bei den zuständigen Bezirksgerichten 25.301 Unterbringungsfälle ohne Verlangen registriert (Unterbringungen auf Verlangen gemäß UbG unterliegen keiner gesetzlichen Meldepflicht an die Bezirksgerichte). Die Anzahl der gemeldeten Unterbringungen nahm vom Jahr 2000 mit 14.694 gemeldeten Unterbringungen bis zum Jahr 2012, in dem 23.919 Unterbringungen registriert wurden, kontinuierlich zu, die jährlichen Zuwächse fielen allerdings sehr unterschiedlich aus. 2013 und 2014 gab es einen leichten Rückgang an Unterbringungen, seit 2015 nahm die jährliche Anzahl wieder zu (vgl. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1:
Entwicklung der Unterbringungshäufigkeit 2000–2017



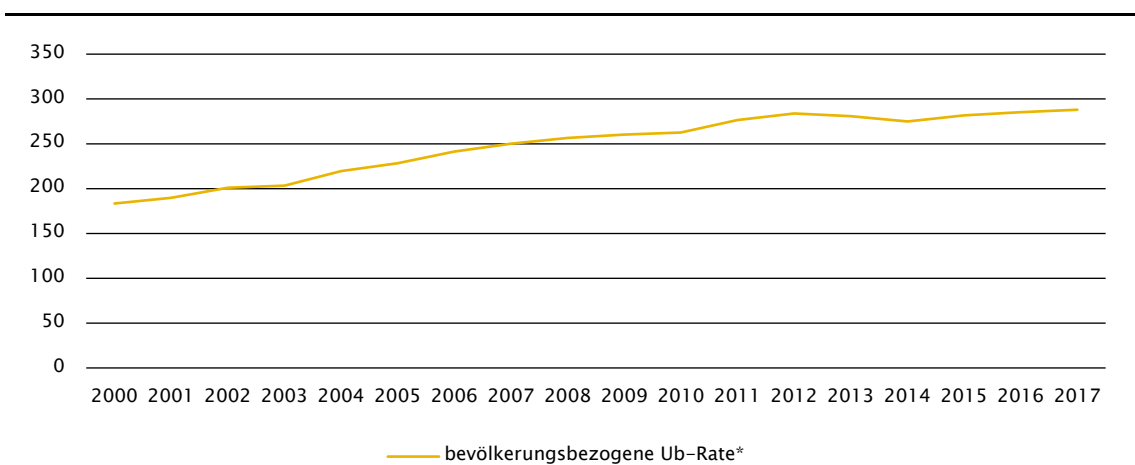
Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Detaillierte Daten zur Entwicklung der an die Bezirksgerichte gemeldeten Unterbringungen ohne Verlangen finden sich im Anhang (Tabelle A.1).

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. 2013 und 2014 nahm die Ub-Rate leicht ab, seit 2015 stieg sie wieder. Im Jahr 2017 lag die bevölkerungsbezogene Ub-Rate bei 288 Unterbringungen pro 100.000 EW; das ist der höchste Wert seit 2000 (vgl. Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2:
Bevölkerungsbezogene Unterbringungsrate 2000–2017

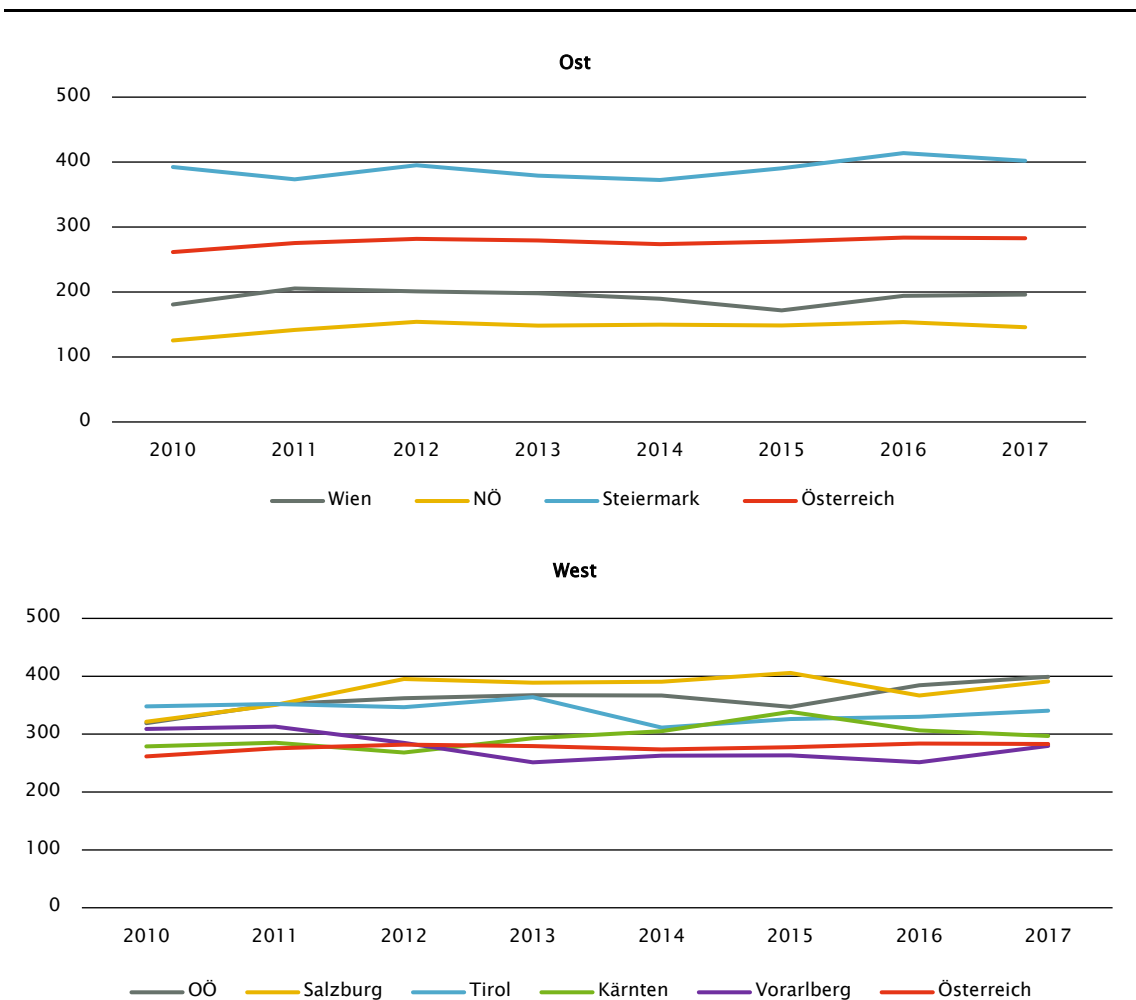


* Unterbringungen pro 100.000 Einwohner/-innen

Quellen: Bundesrechenzentrum; Jahresdurchschnittsbevölkerung (Statistik Austria);
Berechnungen und Darstellung: GÖG

Zwischen den Bundesländern zeigen sich in Bezug auf die bevölkerungsbezogene Ub-Rate große Unterschiede (146 bis 402 Unterbringungen pro 100.000 EW). Die höchsten Ub-Raten wiesen im Jahr 2017 die Bundesländer Steiermark und Oberösterreich auf, die niedrigsten Wien und Niederösterreich (vgl. Abbildung 4.3). Die bevölkerungsbezogene Ub-Rate war über die letzten Jahre in den meisten Bundesländern relativ konstant, sie zeigte nur leichte Schwankungen.

Abbildung 4.3:
 Bevölkerungsbezogene Unterbringungsrate 2010–2017 – Bundesländervergleich (Ost/West)¹



¹ Die Einwohnerzahlen aus dem nördlichen Burgenland (Eisenstadt, Rust, Eisenstadt Umgebung, Mattersburg, Neusiedl am See und Oberpullendorf) werden in Wien, jene aus dem südlichen Burgenland (Jennersdorf, Güssing und Oberwart) in der Steiermark mitgezählt.

Quelle und Berechnung: VertretungsNetz-Patientenadvokatur und Ifs; Darstellung: GÖG

Die Unterbringungsrate ist ein Indikator, der einer Vielzahl von Einflussfaktoren unterliegt. Sie zeigt nicht nur im Vergleich zwischen den Bundesländern eine breite Streuung (siehe oben), sondern auch zwischen den einzelnen Krankenhäusern. Mögliche Einflussfaktoren wurden in den vorangegangenen Jahren und auch im Jahr 2017 in den Expertengesprächen diskutiert (siehe Kapitel 6).

4.1.3 Zielgruppenbeschreibung

Anhand der Daten der VertretungsNetz-Patientenanzwaltschaft und des Instituts für Sozialdienste, (IfS) können Aussagen zu Personen, die ohne Verlangen untergebracht sind, für ganz Österreich getätigt werden (zu Limitationen siehe Abschnitt 3.3).

Untergebrachte Personen nach Alter und Geschlecht

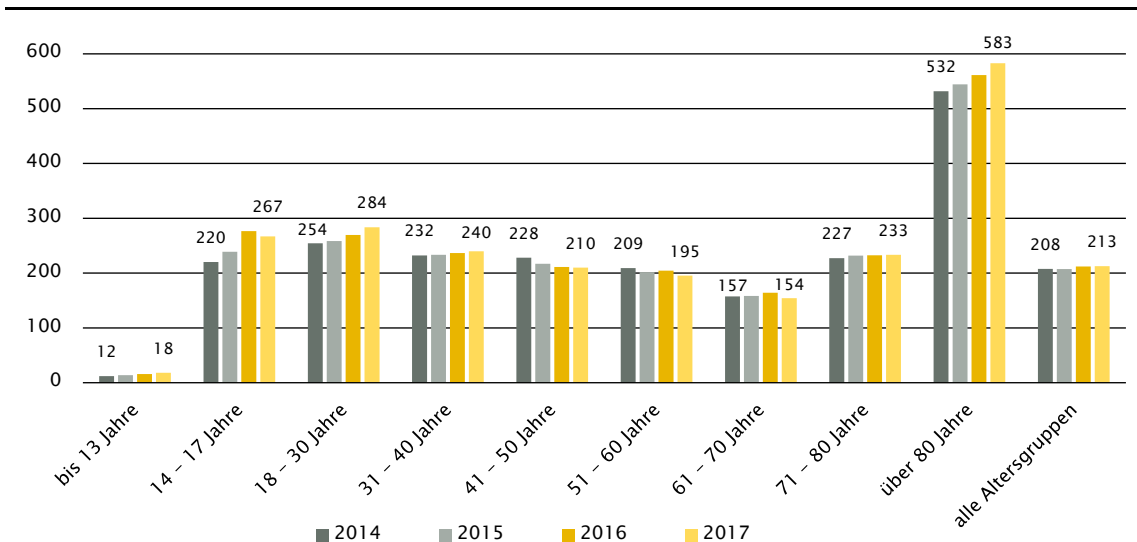
Im Jahr 2017 waren in Österreich insgesamt rund 18.700 Personen¹⁴ untergebracht, davon waren rund 8.600 (46 %) Frauen und rund 10.100 (54 %) Männer. Dies entspricht einer Rate von 213 untergebrachten Personen pro 100.000 Einwohner/-innen (EW) (193 Frauen, 233 Männer pro 100.000 Frauen bzw. Männer).

Betrachtet man die untergebrachten Personen pro 100.000 Einwohner/-innen in den einzelnen Altersklassen, so zeigt sich, dass der Anteil von Kindern und Jugendlichen bis 13 Jahre gering ist (18 Personen pro 100.000 EW), wohingegen in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen die Rate bereits über dem Bevölkerungsdurchschnitt liegt (2017: 267 untergebrachte Personen pro 100.000 EW). In den Altersgruppen 18 bis 30 Jahre und 31 bis 40 Jahre liegt die Rate ebenfalls über dem Bevölkerungsdurchschnitt (2017: 284 und 240 untergebrachte Personen pro 100.000 EW). In der Altersstufe der über 80-Jährigen zeigt sich im Altersvergleich die höchste Rate an untergebrachten Personen (2017: 583 pro 100.000 EW). Zwischen den Berichtsjahren 2014 und 2017 gab es vor allem in den jüngeren Altersgruppen bis 30 Jahre und in der Altersgruppe ab 80 Jahren einen Anstieg, während in den Altersgruppen 41 bis 60 Jahre ein Rückgang zu verzeichnen ist (vgl. Abbildung 4.4).

14

Doppelzählungen sind möglich, wenn eine Person innerhalb des Berichtsjahrs an mehreren Standorten untergebracht war.

Abbildung 4.4:
 Bevölkerungsbezogene Rate untergebrachter Personen* pro 100.000
 nach Altersstufen 2014–2017

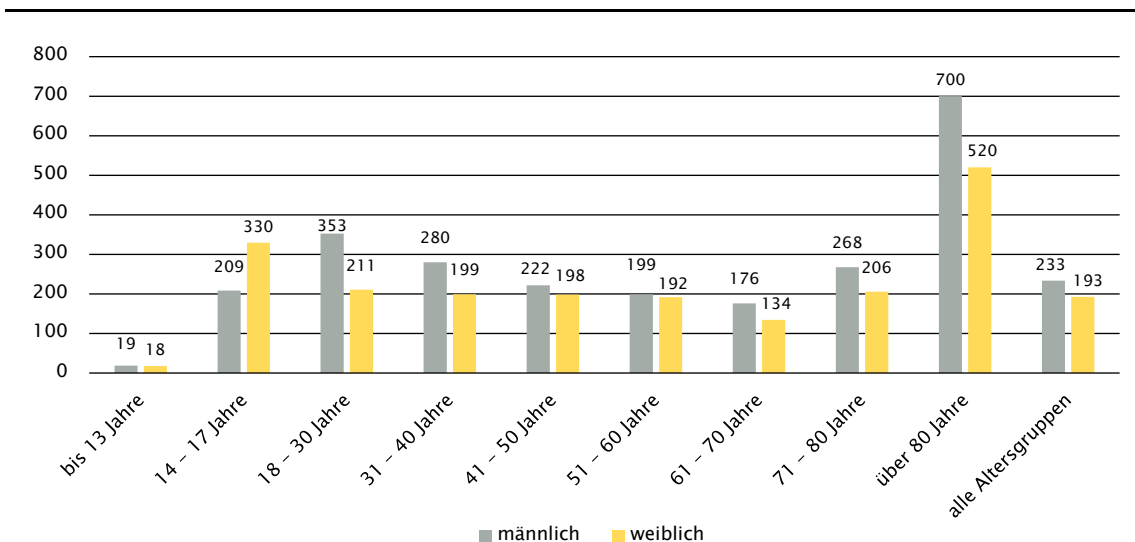


* distinkte Personen pro Standort; Doppelzählungen bei Unterbringungen an mehreren Standorten innerhalb des Berichtsjahrs möglich

Quellen: VertretungsNetz-Patientenanzwaltschaft und Ifs; Jahresdurchschnittsbevölkerung Statistik Austria; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Betrachtet man die Geschlechterunterschiede nach Altersstufe, dann fällt auf, dass nur in der Altersstufe der 14- bis 17-Jährigen häufiger junge Frauen als junge Männer untergebracht werden. In den Altersgruppen der 18- bis 40-Jährigen sowie in den höheren Altersgruppen ab 61 Jahren ist die Rate untergebrachter Männer höher als die der Frauen (vgl. Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5:
Bevölkerungsbezogene Rate untergebrachter Personen* pro 100.000 EW
nach Altersstufen und Geschlecht 2017



* distinkte Personen pro Standort; Doppelzählungen bei Unterbringungen an mehreren Standorten innerhalb eines Berichtsjahrs möglich

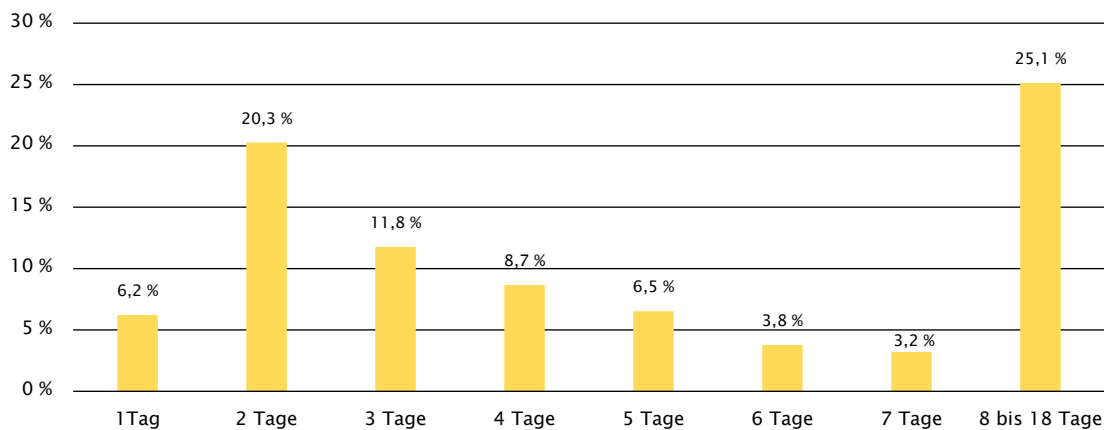
Quellen: VertretungsNetz–Patientenanwaltschaft und Ifs; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Unterbringungsdauer

60 Prozent der Unterbringungen werden innerhalb der ersten Woche wieder aufgehoben, 86 Prozent innerhalb der ersten 18 Tage, 95 Prozent innerhalb des ersten Monats. Nach zwei Monaten sind 99 Prozent aller Unterbringungen beendet. Im Jahr 2017 haben insgesamt 24 Unterbringungen in Österreich länger als ein Jahr gedauert (0,1 %).

Betrachtet man den Zeitraum der ersten Woche näher, so zeigt sich, dass die meisten Unterbringungen – rund 20 Prozent – am zweiten Tag beendet werden. Innerhalb der ersten vier Tage (bis zur Anhörung) werden insgesamt 47 Prozent aller Unterbringungen wieder aufgehoben (vgl. Abbildung 4.6). Lt. Daten der VertretungsNetz–Patientenanwaltschaft werden Unterbringungen größtenteils von behandelnden Ärztinnen/Ärzten noch vor oder am Tag der Erstanhörung aufgehoben. Nur wenige Unterbringungen werden bei der Erstanhörung vom Gericht für unzulässig erklärt und deshalb aufgehoben. Im Jahr 2017 waren rund 78 Prozent der Unterbringungen spätestens bei der mündlichen Verhandlung aufgehoben. Im Wochenverlauf zeigen sich gehäufte Aufhebungen besonders vor/an den Verhandlungstagen (an den meisten Standorten gibt es zwei fixe Tage pro Woche: Montag und Donnerstag bzw. Dienstag und Freitag). An Wochenenden werden am wenigsten Unterbringungen von Ärztinnen/Ärzten beendet.

Abbildung 4.6:
 Unterbringungsdauer bis 18 Tage im Berichtsjahr 2017,
 prozentueller Anteil an allen Unterbringungen

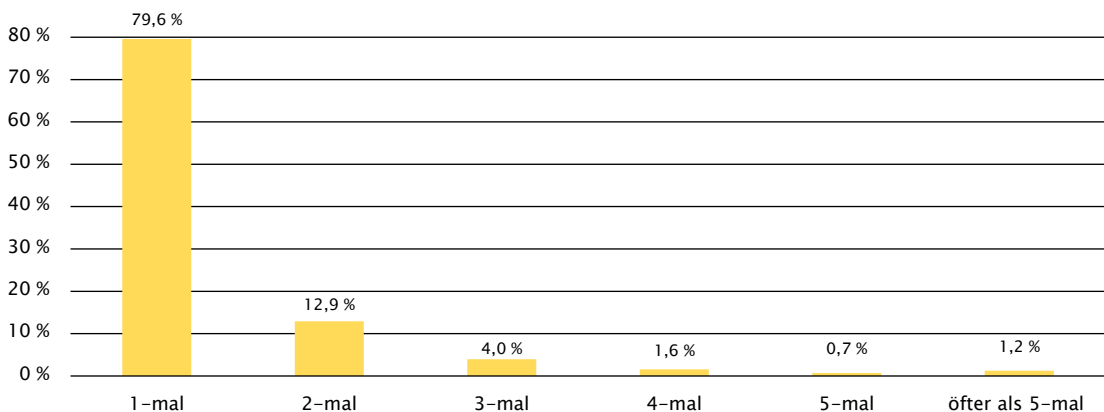


Quellen: VertretungsNetz–Patientenrechtsanwaltschaft und Ifs; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterbringungshäufigkeit

Rund 80 Prozent aller untergebrachten Personen waren im Jahr 2017 nur einmal pro Standort untergebracht. Weitere 13 Prozent waren in diesem Zeitraum zweimal und vier Prozent dreimal in demselben Krankenhaus / derselben Abteilung untergebracht. Rund ein Prozent wurden öfter als fünf Mal (n=229) untergebracht (vgl. Abbildung 4.7).

Abbildung 4.7:
 Unterbringungshäufigkeit pro untergebrachter Person und Standort 2017



Quellen: VertretungsNetz–Patientenrechtsanwaltschaft und Ifs; Berechnung und Darstellung: GÖG

Entwicklung ausgewählter Parameter zur Unterbringung ohne Verlangen

Die Werte für die meisten der ausgewählten Parameter (vgl. Tabelle 4.1) sind über die letzten sieben Jahre relativ konstant geblieben: das Geschlechterverhältnis der untergebrachten Personen, die Unterbringungshäufigkeit, die Unterbringungsdauer, der Anteil der Unterbringungen mit mindestens einer Verlängerung sowie der Anteil der Unterbringungen mit zumindest einer Einschränkung des Verkehrs mit der Außenwelt (§ 34). Eine leichte Veränderung zeigt sich beim Anteil der Unterbringungen mit zumindest einer Bewegungseinschränkung (§ 33) insofern, als dieser in den Jahren 2011 bis 2017 von 37 Prozent auf 32 Prozent geringfügig gesunken ist (siehe auch Abschnitt 4.6). Bei Betrachtung der bevölkerungsbezogenen Unterbringungsrate nach Altersklassen zeigt sich, dass der Anteil der untergebrachten Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren pro 100.000 EW in den sieben dargestellten Jahren gestiegen ist (2011: 53 Personen pro 100.000 EW, 2017: 75 Personen pro 100.000 EW).

Tabelle 4.1:

Ausgewählte Parameter zur Unterbringung ohne Verlangen 2011–2017

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Anzahl Personen	17.305	17.943	17.793	17.672	17.888	18.547	18.716
davon Anteil weiblich	47 %	48 %	47 %	47 %	46 %	46 %	46 %
bevölkerungsbezogene Ub-Rate*: Personen unter 18 Jahren	53	53	58	61	66	76	75
bevölkerungsbezogene Ub-Rate*: Personen 18 bis 60 Jahre	235	240	235	232	229	232	234
bevölkerungsbezogene Ub-Rate*: Personen über 60 Jahre	254	268	263	253	260	265	263
Anzahl Unterbringungen ohne Verlangen	23.117	23.820	23.773	23.475	24.149	24.894	25.256
Anteil Personen 1x pro Standort und Zeitraum untergebracht	78 %	79 %	80 %	80 %	80 %	79 %	80 %
Anteil Unterbringungsdauer bis 2 Tage	25 %	24 %	24 %	25 %	27 %	26 %	26 %
Anteil Unterbringungsdauer bis 4 Tage	46 %	46 %	47 %	46 %	47 %	48 %	47 %
Anteil Unterbringungsdauer bis 18 Tage	85 %	85 %	86 %	85 %	85 %	86 %	86 %
Anteil der Unterbringungen mit mind. einer Verlängerung	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	4 %	4 %
Anteil der Unterbringungen mit zumindest einer Bewegungseinschränkung (§ 33)	37 %	35 %	34 %	40 %	33 %	33 %	32 %
Anteil der Unterbringungen mit zumindest einer Einschränkung des Verkehrs mit der Außenwelt (§ 34)	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %

* untergebrachte Personen pro 100.000 Einwohner/-innen in der jeweiligen Altersklasse

Quellen: VertretungsNetz–Patientenanzwaltschaft und Ifs; Berechnung und Darstellung: GÖG

4.2 Unterbringungen bei Aufnahme ins Krankenhaus

In diesem Abschnitt werden Daten der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen zu Unterbringungen bei Aufnahme präsentiert, d. h. Fälle, bei denen es unmittelbar bei Aufnahme zu einer Unterbringung gemäß UbG kommt¹⁵ (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

In den Jahren 2016 und 2017 war die Anzahl der Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen sowie der Anteil aller vollstationären Aufnahmen, der auf Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen entfiel, annähernd konstant (vgl. Tabelle 4.2). Ein Vergleich mit den Jahren davor ist aufgrund von Veränderungen in der Erhebung¹⁶ bzw. in der Abrechnung (z. B. Einführung des spitalsambulanten Bepunktungsmodells) nur bedingt möglich.

Die Gesamtanzahl der von den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen gemeldeten (voll-)stationären Aufnahmen betrug im Jahre 2017 rund 68.800. In die Auswertungen wurden nur Standorte bzw. Abteilungen eingeschlossen, an denen Unterbringungen nach UbG vorgenommen werden können. Seit 2012 kamen österreichweit sechs weitere psychiatrische Abteilungen zur Erhebung hinzu: das Landeskrankenhaus Villach (ab 2012), das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt (ab 2013), das Krankenhaus Rudolfstiftung (ab 2014; Ausgliederung einer Station des Otto-Wagner-Spitals, keine Datenlieferung in den Jahren 2016–2017 möglich), die gerontopsychiatrische sowie die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung des Landeskrankenhauses in Rankweil (ab 2015) sowie das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Graz Eggenberg (ab 2017).

Gemessen an allen von den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen gemeldeten stationären Aufnahmen eines Jahres machten die Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen in der Vergangenheit jeweils etwas mehr als ein Viertel aller Aufnahmen aus. Hinsichtlich der Unterbringungshäufigkeiten (Aufnahmen mit Unterbringungen ohne Verlangen) sind große Unterschiede zwischen den einzelnen psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen festzustellen (Bandbreite: weniger als 1 % bis 54 % aller Aufnahmen).

15

Unterbringungstag = Aufnahmetag. Dieser Abschnitt enthält keine Angaben zu Unterbringungen, die während der stationären Aufnahme erfolgten, sowie keine Angaben zu Mehrfachunterbringungen (siehe dazu Abschnitt 4.3).

16

Im Jahre 2014 wurde die Erhebung an den Krankenhäusern erweitert, seither werden die Daten zur Unterbringung in einem höheren Differenzierungsgrad (u. a. explizite Abfrage von Unterbringungen während des Aufenthalts sowie von untergebrachten Personen) erfasst.

Aufnahmen mit Unterbringung auf Verlangen spielen bezogen auf Gesamtösterreich eher eine untergeordnete Rolle. Im Jahr 2017 machten sie 1,5 Prozent aller Aufnahmen aus (vgl. Tabelle 4.2). In einigen Krankenhäusern und Abteilungen kommt diese Form der Unterbringung gar nicht zur Anwendung, in einigen anderen Krankenhäusern hingegen wird die Praxis der Unterbringung auf Verlangen sehr bewusst praktiziert.

Tabelle 4.2:

Aufnahmen mit Unterbringung gemäß UbG und Aufnahmen ohne Unterbringung im Verhältnis zu allen Aufnahmen (gesamt)*

Aufnah- men ¹	2012		2013		2014**		2015		2016		2017	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
AUoV	20.327	28,7	20.173	28,4	18.761	26,6	19.190	26,2	19.561	28,2	19.763	28,7
AUaV ²	927	1,3	856	1,2	970	1,4	923	1,3	1.109	1,6	1.019	1,5
AoU	49.586	70,0	50.084	70,4	50.725	72,0	53.225	72,6	48.667	70,2	48.003	69,8
Gesamt	70.840	100,0	71.113	100,0	70.457	100,0	73.338	100,0	69.337	100,0	68.785	100,0

AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen, AoU = Aufnahme ohne Unterbringung

* Rundungsdifferenzen möglich

** Änderung der Datenerhebung im Jahre 2014

1 seit 2012: Villach; seit 2013: Eisenstadt; seit 2014 KA Rudolfstiftung; seit 2015: Rankweil Geronto, Rankweil KJP; seit 2016: ohne KA Rudolfstiftung, seit Juli 2017: mit BBR Graz Eggenberg

2 AUaV werden nicht an allen Standorten praktiziert oder im Rahmen der Krankenhauserhebung erfasst.

Quelle: Krankenhausdaten; Erhebungen und Darstellung: GÖG

4.2.2 Zugangs- und Aufnahmearten¹⁷

Zugangsarten

Gemäß UbG sollte einer Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen eine ärztliche Untersuchung nach § 8 oder § 9 Abs. 1 zur Legitimierung des Überstellungsvorgangs vorangehen. Bei Gefahr im Verzug können die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes gemäß § 9 Abs. 2 UbG Personen auch ohne ärztliche Bescheinigung in psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen bringen (siehe dazu Abschnitt 2.2).

In der Praxis hingegen erfolgten im Jahr 2017 etwas mehr als 60 Prozent der stationären Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen nach einem Zugang ohne Anwendung des UbG. Alle gesetzlich vorgesehenen Zugangsarten (§ 8 oder § 9 Abs. 1 und Abs. 2) machten zusammen rund 40 Prozent aus.

¹⁷

Die „Zugangs- und Aufnahmeart“ zeigt auf, wie eine Person ins Krankenhaus kommt und wie sie dort aufgenommen wird (jeweils mit / ohne Anwendung des UbG).

Auch Aufnahmen mit Unterbringung auf Verlangen folgten größtenteils (88 %) Zugängen ohne Anwendung des UbG. Die im UbG vorgesehenen Wege spielten bei Aufnahmen mit Unterbringung auf Verlangen eine noch viel geringere Rolle als bei Aufnahmen ohne Verlangen (vgl. Tabelle 4.3 und Abbildung 4.8).

Tabelle 4.3:
(Anteil der) Aufnahmeart, differenziert nach vorangegangener Zugangsart 2017*

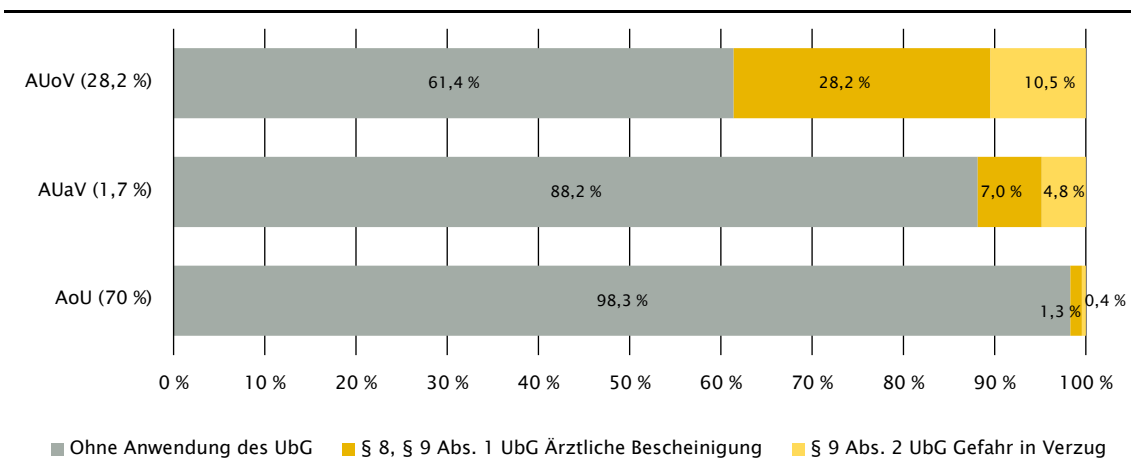
Art der Aufnahme	gesamt		Zugangsart					
	absolut	in Prozent	ärztliche Bescheinigung (§ 8, § 9 Abs. 1 UbG)		Gefahr im Verzug (§ 9 Abs. 2 UbG)		ohne Anwendung des UbG	
			absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
AUoV	16.476	28,3	4.638	28,2	1.722	10,5	10.116	61,4
AUaV	1.013	1,7	71	7,0	49	4,8	893	88,2
AoU	40.699	69,9	513	1,3	178	0,4	40.008	98,3

AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen, AoU = Aufnahme ohne Unterbringung; jeweils nach Zugang mit Anwendung des UbG (ärztliche Bescheinigung = § 8 oder § 9 Abs. 1 oder Gefahr im Verzug = § 9 Abs. 2) oder ohne Anwendung des UbG

* Rundungsdifferenzen möglich. Angaben ohne KH Rudolfstiftung, SMZ-Süd Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital, OWS, BKH Kufstein, LKH Rankweil (Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie)

Quelle: Krankenhausdaten; Erhebungen und Darstellung: GÖG

Abbildung 4.8:
Aufnahmeart, differenziert nach vorangegangener Zugangsart 2017, prozentuelle Verteilung*



AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen, AoU = Aufnahme ohne Unterbringung

* Rundungsdifferenzen möglich. Angaben ohne KH Rudolfstiftung, SMZ-Süd KFJ mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital, BKH Kufstein, LKH Rankweil (Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie).

Quelle: Krankenhausdaten; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Übereinstimmung zwischen Zugangsart und Aufnahmeart

Werden die unterschiedlichen Zugangsarten in Beziehung zur Aufnahmeart / Aufnahmeentscheidung gesetzt (vgl. Tabelle 4.4 und Abbildung 4.9), zeigt sich, in wie vielen Fällen sich die Einschätzung (UbG-relevant oder nicht) der in die jeweiligen Prozesse involvierten Personen – das sind am Zugang beteiligte Personen bzw. bei Aufnahme im Spital begutachtende Fachärztinnen/Fachärzte – deckt.

Etwa zwölf Prozent aller stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten sind im Jahr 2017 über die im UbG (§§ 8; 9 Abs. 1, 9 Abs. 2) geregelten Prozeduren in das Krankenhaus / die psychiatrische Abteilung gekommen. Davon machten die Zugänge mit ärztlicher Bescheinigung rund drei Viertel aus.

Einer Einweisung ins Krankenhaus mit ärztlicher Bescheinigung folgte in rund 90 Prozent der Fälle eine Aufnahme mit Unterbringung (88,8 % AUoV, 1,4 % AUaV). Die Beurteilung durch die dazu befugten Ärztinnen/Ärzte stimmte somit weitgehend mit jener der begutachtenden Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie in den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen überein.

Ein ähnliches Bild zeigte sich im Jahr 2017 für die Verbringung von Personen durch die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes (§ 9 Abs. 2). Etwa 91 Prozent dieser Fälle führten zu einer Aufnahme mit Unterbringung gemäß UbG (88,4 % AUoV, 2,5 % AUaV), neun Prozent wurden ohne Anwendung des UbG aufgenommen.

Bei rund 22 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 4.4:

(Anteil der) Zugangsarten, differenziert nach der darauffolgenden Aufnahmeart 2017*

Zugangsart	Aufnahmeart							
	gesamt		AUoV		AUaV		AoU	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
ärztliche Bescheinigung (§ 8, § 9 Abs. 1)	5.222	8,9	4.638	88,8	71	1,4	513	9,8
Gefahr im Verzug (§ 9 Abs. 2)	1.949	3,3	1.722	88,4	49	2,5	178	9,1
ohne Anwendung des UbG	51.017	87,7	10.116	19,8	893	1,8	40.008	78,4

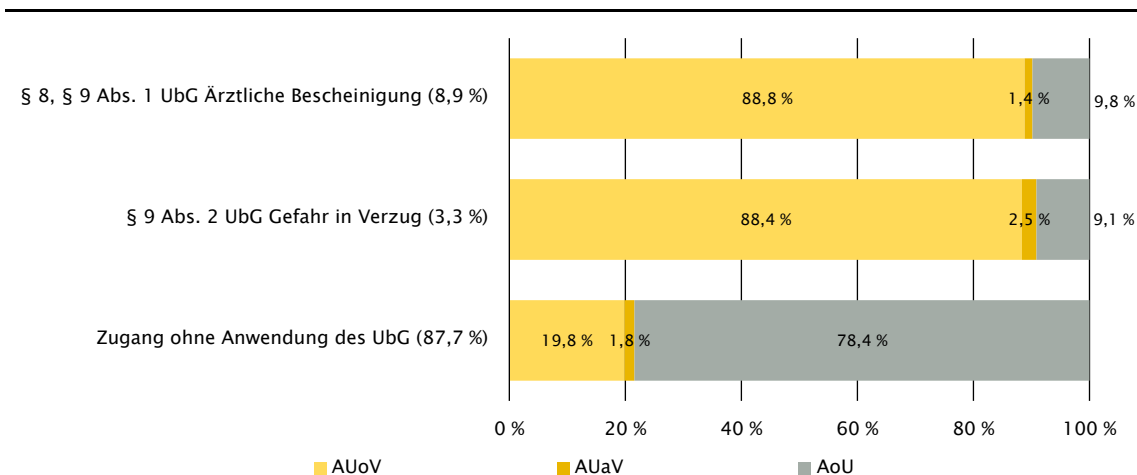
AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen, AoU = Aufnahme ohne Unterbringung; jeweils nach Zugang mit Anwendung des UbG (ärztliche Bescheinigung = § 8 oder § 9 Abs. 1 oder Gefahr im Verzug = § 9 Abs. 2) oder ohne Anwendung des UbG

* Rundungsdifferenzen möglich. Angaben ohne KH Rudolfstiftung, SMZ-Süd Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital, OWS, BKH Kufstein, LKH Rankweil (Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie)

Quelle: Krankenhausdaten; Erhebungen und Darstellung: GÖG

Abbildung 4.9:

Zugangsart differenziert nach darauffolgender Aufnahmeart 2017, prozentuelle Verteilung*



AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen, AoU = Aufnahme ohne Unterbringung

* Rundungsdifferenzen möglich. Angaben ohne KH Rudolfstiftung, SMZ-Süd KFJ mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital, OWS, BKH Kufstein, LKH Rankweil (Erwachsene und Gerontopsychiatrie)

Quelle: Krankenhausdaten; Berechnungen und Darstellung: GÖG

4.3 Unterbringungen während des Aufenthalts

Durch die Erweiterung der Krankenhausdatenerhebung im Jahre 2014 können seit 2015 Aussagen zum Anteil jener Unterbringungen getroffen werden, die während eines Aufenthalts ausgesprochen werden. 2017 wurden 17 Prozent aller Unterbringungen während des Aufenthalts in einem psychiatrischen Krankenhaus / einer psychiatrischen Abteilung ausgesprochen. Dieser Anteil war in den letzten drei Jahren relativ stabil (2015: 16 %, 2016: 17 %).

4.4 Unterbringungen nach Diagnosegruppen

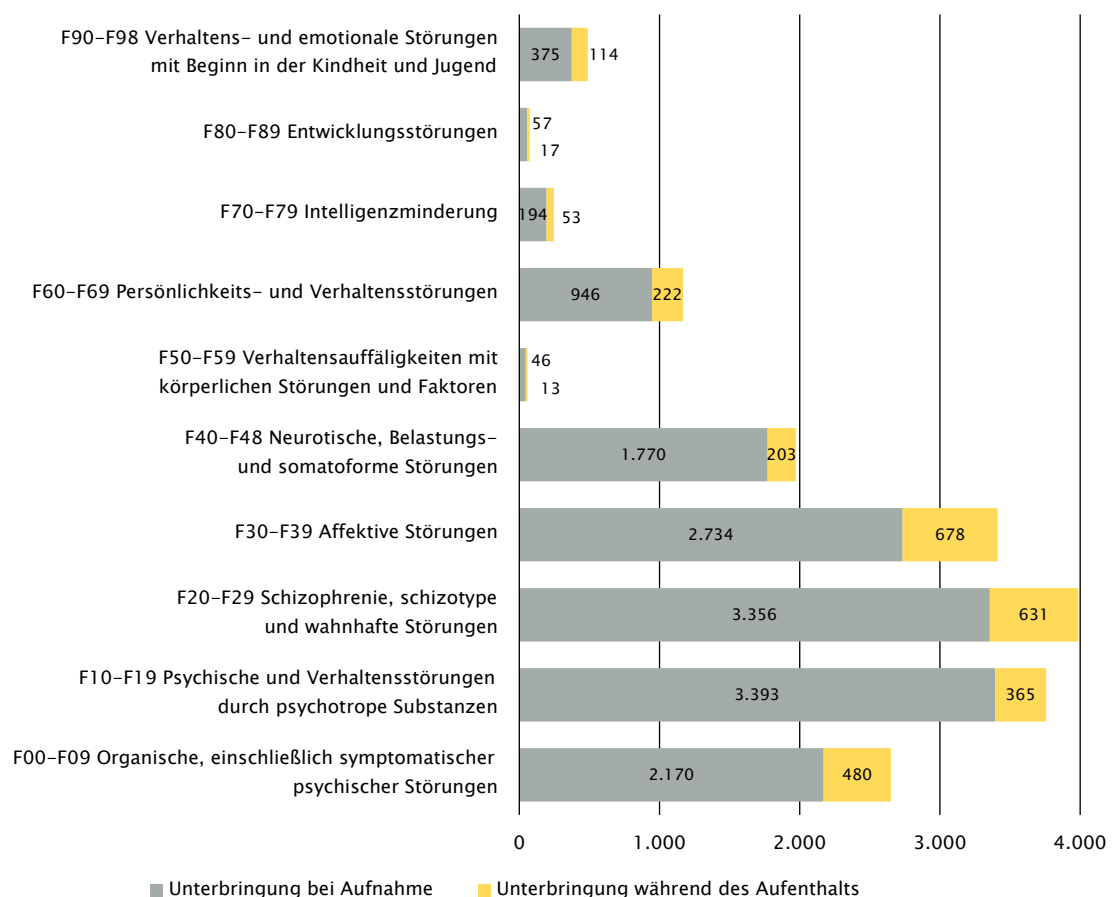
Im gegenständlichen Bericht können erstmals Gesamtinformationen zu den Diagnosegruppen von Patientinnen/Patienten bei Aufenthalten mit Unterbringung nach UbG auch unter Einbezug der Erwachsenenpsychiatrie dargestellt werden¹⁸. Die Daten beruhen auf Rückmeldungen von 34 der insgesamt 43 Standorte/Abteilungen. Der Großteil der eingeflossenen Daten beruht auf Entlassungsdiagnosen, einige Standorte konnten nur Aufnahmediagnosen melden.

18

Im Jahre 2014 wurden im Rahmen der Krankenanstalten-Erhebung erstmals zusätzliche Angaben zu Diagnosegruppen bei Unterbringung abgefragt. Zum damaligen Zeitpunkt konnten im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie nur wenige Standorte diese Informationen rückmelden, daher wurden die Ergebnisse nicht im Bericht aufgenommen.

Die häufigste Diagnosegruppe bei Aufenthalten mit Unterbringung (Beginn der Unterbringung bei Aufnahme sowie während des Aufenthalts zusammengerechnet) ist mit 23 Prozent die Diagnosegruppe F20 nach ICD-10, die Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen umfasst. Es folgen die Gruppe Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19 nach ICD-10) mit 21 Prozent, die Gruppe der Affektiven Störungen (F30-F39) mit 19 Prozent und die Gruppe der organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09) mit 15 Prozent. Die absoluten Häufigkeiten der Diagnosegruppen nach Unterbringungszeitpunkt (bei Aufnahme und während des Aufenthalts) sind in Abbildung 4.10 dargestellt.

Abbildung 4.10:
Anzahl der Unterbringungen nach Diagnosegruppen in Österreich 2017



Quelle: Krankenhausdaten; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Vergleicht man die Häufigkeit der Diagnosegruppen bezogen auf alle stationären psychiatrischen Aufenthalte mit der Häufigkeit dieser Diagnosegruppen bei Aufenthalten mit Unterbringungen, so zeigt sich, dass der Anteil an Aufenthalten mit Unterbringungen bei den Diagnosegruppen F00-F09 sowie F20-F29 vergleichsweise hoch, bei der Diagnosegruppe F30-F39 hingegen vergleichsweise gering ist (vgl. Tabelle 4.5).

Tabelle 4.5:

Anteile Aufenthalte und Unterbringungen, nach Diagnosegruppen in Österreich 2017

Diagnose (Gruppe)	Stat. Aufenthalte	Unterbringung bei Aufnahme	Unterbringung während Aufenthalt
(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	7 %	14 %	17 %
(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	21 %	23 %	13 %
(F20–F29) Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	16 %	22 %	23 %
(F30–F39) Affektive Störungen	30 %	18 %	24 %
(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	14 %	12 %	7 %
(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1 %	0 %	0 %
(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	6 %	6 %	8 %
(F70–F79) Intelligenzminderung	1 %	1 %	2 %
(F80–F89) Entwicklungsstörungen	1 %	0 %	1 %
(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3 %	2 %	4 %
(F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0 %	0 %	0 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %

Quellen: BMASGK: Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2017 sowie Krankenhausdaten; Berechnungen und Darstellung: GÖG

4.5 Gerichtliche Kontrolle der Unterbringungen¹⁹

Im Jahr 2017 wurden bei den zuständigen Bezirksgerichten 25.301 Unterbringungsfälle ohne Verlangen registriert (siehe auch Abschnitt 4.1.1)²⁰.

4.5.1 Anhörungen und Verhandlungen

Zwischen den Jahren 2000 und 2017 stiegen die gemeldeten Unterbringungsfälle um rund 72 Prozent, die Anzahl der Anhörungen um etwa 57 Prozent und die Anzahl der mündlichen Verhandlungen um rund 50 Prozent (vgl. Abbildung 4.11 und Tabelle A.1–A.5). Von 2016 auf 2017 ist für alle drei Indikatoren eine Zunahme zu verzeichnen.

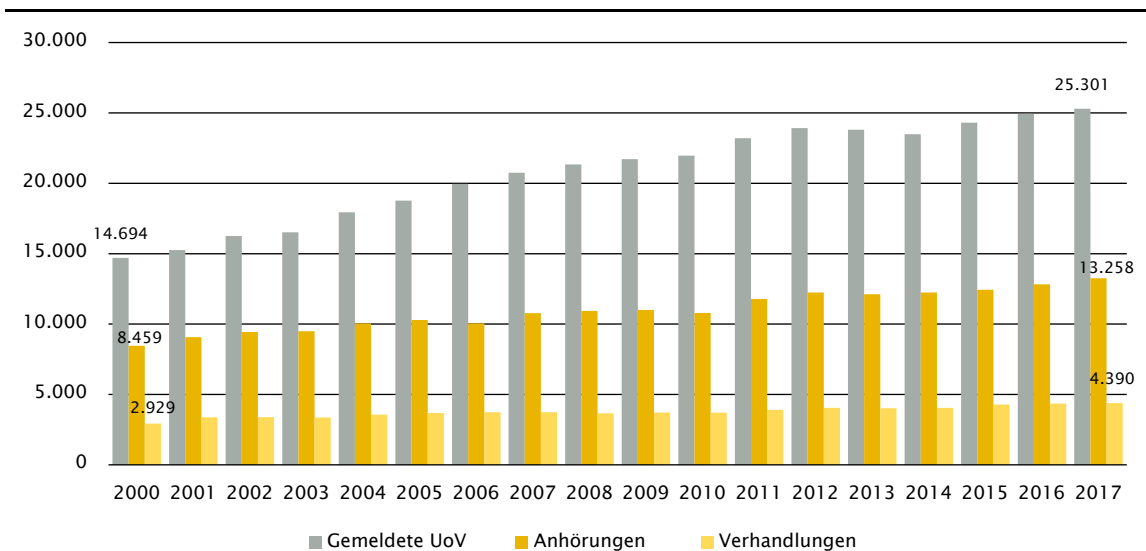
¹⁹

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

²⁰

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

Abbildung 4.11:
Anzahl der gemeldeten UoV, Anhörungen und Verhandlungen 2000–2017



UoV = Unterbringungen ohne Verlangen

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung; GÖG

Im Berichtszeitraum 2016–2017 lag der Anteil jener Unterbringungsfälle, die im Rahmen einer Anhörung geprüft wurden, wie auch in den vergangenen Jahren bei rund 50 Prozent (vgl. Tabelle 4.6). In knapp der Hälfte der Fälle wurde 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 stattfand.²¹

Innerhalb von 14 Tagen nach der Anhörung findet eine mündliche Verhandlung statt, bei der definitiv über die Zulässigkeit der Unterbringung entschieden wird (§ 22 UbG). Voraussetzung dafür ist, dass die Unterbringung nicht bereits vor der mündlichen Verhandlung (durch die verantwortlichen Ärztinnen/Ärzte) aufgehoben wurde, weil eine der Unterbringungs Voraussetzungen nicht mehr gegeben war.

Mündliche Verhandlungen fanden in den Jahren 2016 und 2017 jeweils bei etwas mehr als 17 Prozent der gemeldeten Unterbringungsfälle statt (vgl. Tabelle 4.6). Daraus folgt, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Berichtszeitraum rund ein Drittel der verbleibenden Unterbringungen zwischen der Anhörung und der mündlichen Verhandlung aufgehoben hatten.

²¹

Krankenhäuser melden eine Unterbringung unverzüglich an das Gericht, das laut UbG innerhalb von vier Tagen ab der Meldung eine Anhörung durchzuführen hat (§ 19 UbG).

Tabelle 4.6:
UoV, Anhörungen und Verhandlungen 2010–2017

UoV, Anhörungen und Verhandlungen	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
gemeldete UoV	21.963	23.200	23.919	23.812	23.486	24.308	24.931	25.301
Anzahl der Anhörungen	10.786	11.773	12.241	12.115	12.244	12.436	12.820	13.258
Anteil der UoV mit Anhörung in Prozent	49,1	50,8	51,2	50,9	52,1	51,2	51,4	52,4
Anzahl der Verhandlungen	3.702	3.904	4.049	4.022	4.047	4.279	4.354	4.390
Anteil der UoV mit Verhandlung in Prozent	16,9	16,8	16,9	16,9	17,2	17,6	17,46	17,35

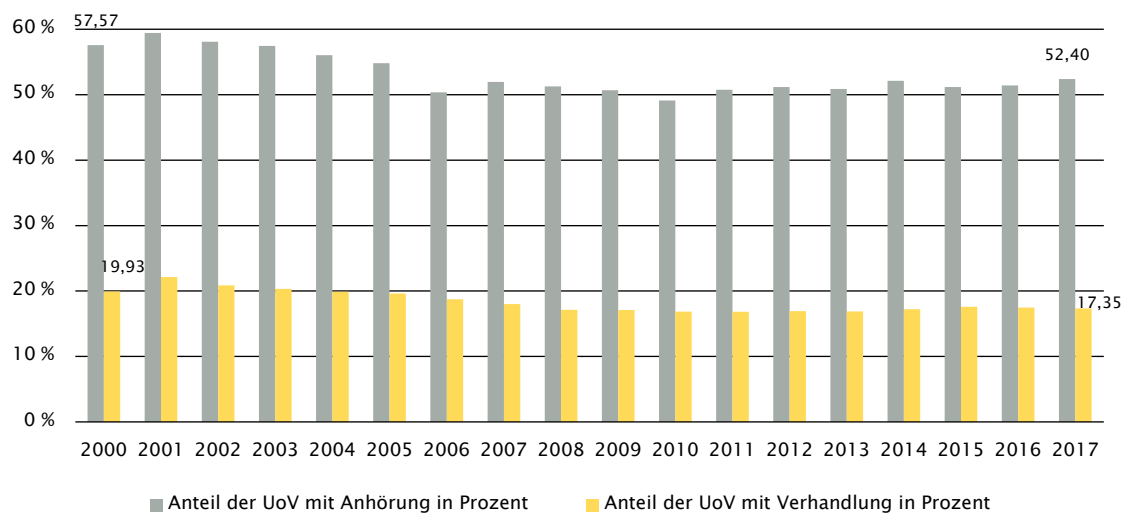
UoV = bei den Bezirksgerichten gemeldete Unterbringung ohne Verlangen

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Der Anteil der Unterbringungsfälle, die im Rahmen einer Anhörung geprüft wurden, stieg im Jahr 2017 im Vergleich zu den zwei Jahren davor marginal (vgl. Abbildung 4.12). Der Anteil der Unterbringungsfälle, bei denen es zu einer mündlichen Verhandlung kam, blieb über die letzten Jahre relativ konstant.

Von 2000 auf 2017 sank der Anteil der UoV mit Anhörung um neun Prozent und der Anteil der UoV mit Verhandlung um etwa 13 Prozent.

Abbildung 4.12:
Anteil der UoV mit Anhörung und Anteil der UoV mit Verhandlung an allen UoV 2000–2017



UoV = Unterbringungen ohne Verlangen

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Die Dauer der Unterbringungen lässt sich aus dem jeweiligen Aufhebungszeitpunkt 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 etwas mehr als einem Sechstel der Fälle dauert die Unterbringung länger als zwei bis drei Wochen (Anhörung und mündliche Verhandlung finden statt).
- » Es kommt vermehrt zu kurzen Unterbringungen, die vor der Anhörung oder der mündlichen Verhandlung aufgehoben werden.
- » Die Daten der Bezirksgerichte zeigen bezüglich des Anteils an Unterbringungen, bei denen es zu einer Anhörung kommt, extrem große Unterschiede (8 bis 94 %) ²². Dies trifft auch auf den Anteil der Unterbringungen zu, bei denen es zu einer Verhandlung kommt (4 bis 58 %).

Die Schlussfolgerungen zur Unterbringungsdauer, die sich aus den Daten der Bezirksgerichte ergeben, decken sich mit den Auswertungsergebnissen der Daten der Patientenanwaltschaft (siehe Abschnitt 4.1.3 Zielgruppenbeschreibung).

4.5.2 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 2016 und 2017 hoben die Gerichte rund 4,8 bzw. 4,4 Prozent der Unterbringungen im Rahmen der Anhörung und rund 4,4 bzw. 4,5 Prozent der Unterbringungen im Rahmen der mündlichen Verhandlung auf.

Der Anteil der Unzulässigkeitsentscheidungen im Rahmen der Anhörung ist ebenso wie der Anteil der Unzulässigkeitsentscheidungen im Rahmen der mündlichen Verhandlung über die letzten Jahre relativ stabil bei 4–5 Prozent. Generell zeigen sich in den letzten Jahren Schwankungen im Anteil der Unzulässigkeitsentscheidungen zwischen vier und sechs Prozent.

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

22

Nur Bezirksgerichte mit stringenten Angaben (Anzahl der Anhörungen \geq Anzahl der Verhandlungen) wurden in dieser Statistik berücksichtigt. Die Angaben beziehen sich auf das Jahr 2017.

Verlängerungen von Unterbringungen²³

Bei rund vier Prozent aller im Jahre 2017 beendeten Unterbringungen wurde mindestens eine Verlängerung gemäß § 32a beantragt.

4.6 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 bis 37 UbG).

Beschränkung der Bewegungsfreiheit und des Verkehrs mit der Außenwelt

Das UbG sieht zur Abwehr einer ernsten und erheblichen Gefahr für Gesundheit und Leben der Patientinnen/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 / des Patienten mitzuteilen. Zu diesen Beschränkungen zählen beispielsweise das Einschränken der Bewegungsfreiheit auf einen Raum oder das Angurten an ein Bett (Fixierung). 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 deren Vertretung kann die Zulässigkeit dieser Maßnahmen überprüft werden.

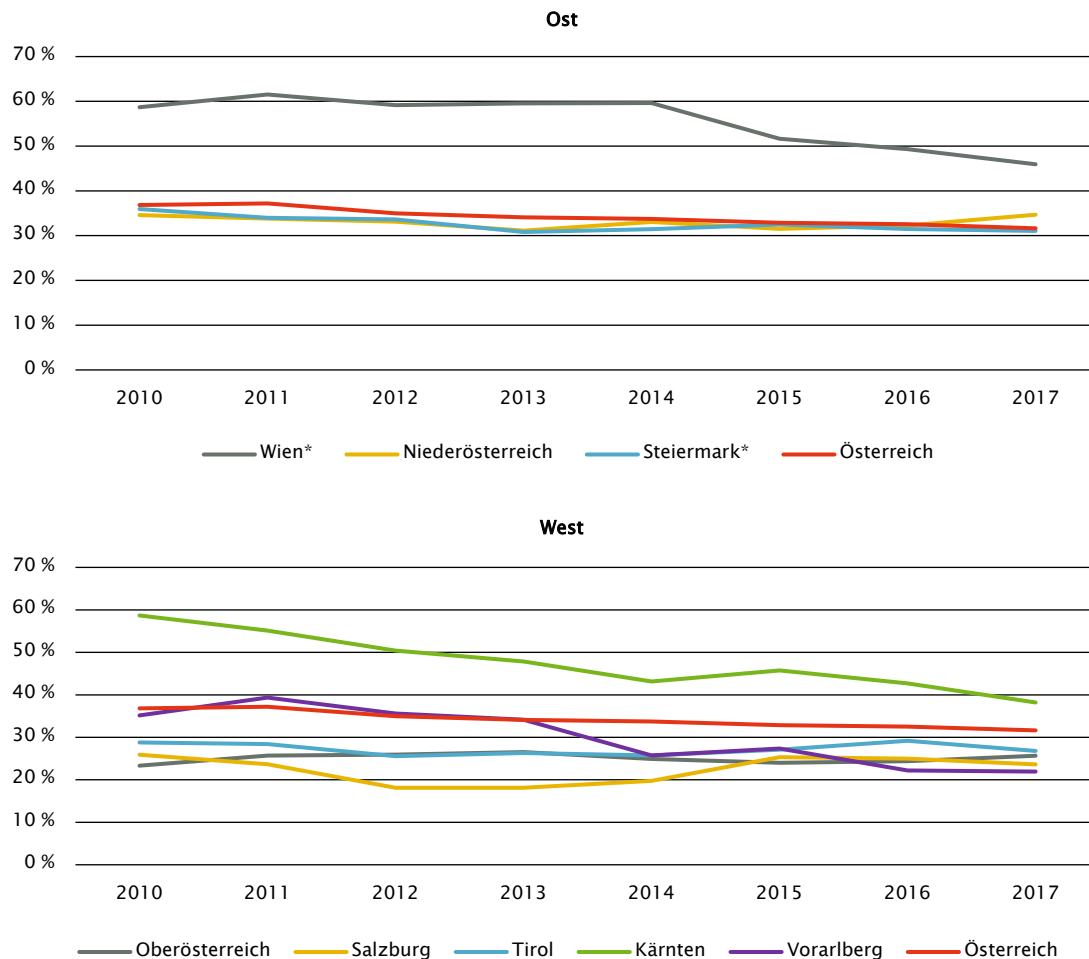
Von den an die Patientenanzwtschaft gemeldeten Unterbringungen kam es 2016 bei etwa 33 Prozent und 2017 bei etwa 32 Prozent zu zumindest einer weitergehenden Beschränkung der Bewegungsfreiheit. Im Vergleich mit dem Jahr 2011 zeigt sich ein leichter Rückgang des Anteils an Unterbringungsfällen mit zumindest einer weitergehenden Beschränkung der Bewegungsfreiheit.

Regional bestehen große Unterschiede (Bundesländer-Bandbreite: 22 % bis 46 %), wobei 2017 die größten Anteile an Unterbringungsfällen mit zumindest einer weitergehenden Beschränkung der Bewegungsfreiheit in den Bundesländern Wien und Kärnten, die niedrigsten in Vorarlberg und Salzburg auftraten.

²³

Die Ergebnisse bezüglich der Verlängerungen beziehen sich auf Daten, die vom VertretungsNetz und vom Ifs zur Verfügung gestellt wurden.

Abbildung 4.13:
Anteil Unterbringungen mit Bewegungseinschränkungen in den einzelnen Bundesländern,
gruppiert nach Ost/West 2010–2017



* Die Einwohnerzahlen des nördlichen Burgenlands (Eisenstadt, Rust, Eisenstadt Umgebung, Mattersburg, Neusiedl am See und Oberpullendorf) werden in Wien, jene des südlichen Burgenlands (Jennersdorf, Güssing und Oberwart) in der Steiermark mitgezählt.

Quellen: VertretungsNetz und Ifs; Darstellung: GÖG

Bei rund einem Prozent der Unterbringungen kam es in den Jahren 2016 (293 Unterbringungen) und 2017 (278 Unterbringungen) zu zumindest einer Einschränkung des Verkehrs mit der Außenwelt gemäß § 34 UbG.

Gerichtliche Prüfung der Zulässigkeit von Beschränkungen und Behandlungen während der Unterbringung

Eine gerichtliche Prüfung über die Zulässigkeit einer Beschränkung sowie einer Behandlung gemäß § 36 UbG im Rahmen der Unterbringung (ohne Verlangen sowie auf Verlangen) erfolgt nur auf Verlangen der Patientin / des Patienten oder deren Vertretung.

Die Behandlung darf, soweit die/der Erkrankte entscheidungsfähig ist, nicht gegen ihren/seinen Willen erfolgen. Eine besondere Heilbehandlung gemäß § 36 Abs. 1 UbG darf nur mit schriftlicher Zustimmung vorgenommen werden und bedarf der Genehmigung des Gerichts (siehe Abschnitt 2.3.3.). Bezüglich Beschränkungen wurden gemäß den Daten der Bezirksgerichte im Berichtszeitraum nur selten Überprüfungen vorgenommen, was der Entwicklung in den vorangegangenen Jahren entspricht. Im Jahr 2016 erklärte das Gericht in etwa 60 Prozent der Fälle die Beschränkung als unzulässig, im Jahr 2017 in drei Viertel der Fälle (siehe dazu Tabelle 4.7). Im Vergleich zu den Jahren 2014/2015 wurde 2016 ein höherer Anteil an Beschränkungen für zulässig erklärt, im Jahr 2017 entsprach die Verteilung wieder annähernd der Verteilung der Jahre 2014/2015.

Zwischen 2008 und 2012 war die Anzahl geprüfter Behandlungen annähernd stabil, 2013 nahmen die Prüfungen auf etwa das Doppelte zu und blieben 2014 und 2015 auf gleich hohem Niveau. In den Jahren 2016 und 2017 sank die Anzahl geprüfter Behandlungen wieder auf das Niveau der Jahre 2008–2012. 2016 und 2017 wurden 108 bzw. 101 Behandlungen überprüft, dabei wurden in rund 15 bzw. 17 Prozent der Fälle die Behandlungen nicht genehmigt (vgl. Tabelle 4.7 und Tabelle A.5 im Anhang).

Tabelle 4.7:

Prüfung von Beschränkungen und Behandlungen 2016 und 2017

Jahr	Prüfungen gesamt	Beschränkung			Behandlung		
		gesamt	zulässig	unzulässig	gesamt	zulässig	unzulässig
2016	144	36	15	21	108	93	15
2017	117	16	4	12	101	84	17

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnung und Darstellung: GÖG

5 Unterbringung von Kindern und Jugendlichen

Im ersten Teil dieses Kapitels werden anhand der Daten von VertretungsNetz und IfS alle nach UbG untergebrachten Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren näher charakterisiert. Im zweiten Teil wird anhand der Daten der Krankenhaus-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 wurden.

5.1 Zielgruppenbeschreibung

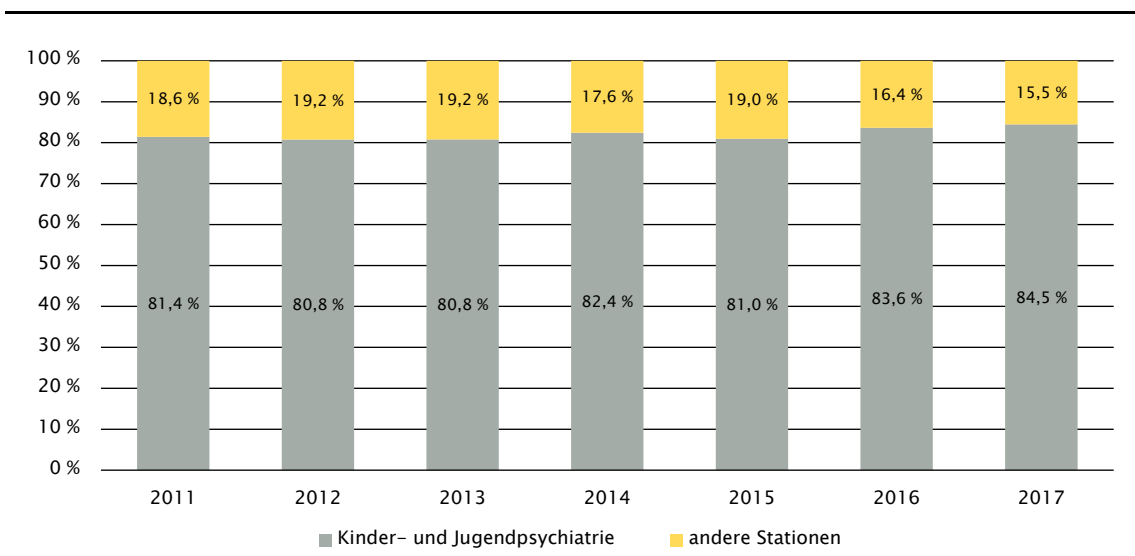
Anhand der Daten der VertretungsNetz-Patientenanzahl und des IfS (für Vorarlberg) können für ganz Österreich Aussagen zu Kindern und Jugendlichen, die ohne Verlangen untergebracht waren, getätigt werden.

Unterbringungen nach Stationstypen

Etwa 84 Prozent der Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in Österreich im Jahr 2017 fanden in Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie statt, der Rest (etwa 16 %) in anderen Stationen. Im Vergleich zu den Vorjahren ist der Anteil der Unterbringungen auf Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrien in den beiden letzten Jahren geringfügig gestiegen (vgl. Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1:

Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren nach Stationstyp 2011–2017



Quellen: VertretungsNetz und IfS; Berechnung und Darstellung: GÖG

Geschlechterverteilung bei Kindern und Jugendlichen

Insgesamt waren im Jahr 2017 in Österreich 1.140 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren – davon 652 (57 %) Mädchen und junge Frauen und 488 (43 %) Burschen und junge Männer – untergebracht²⁴.

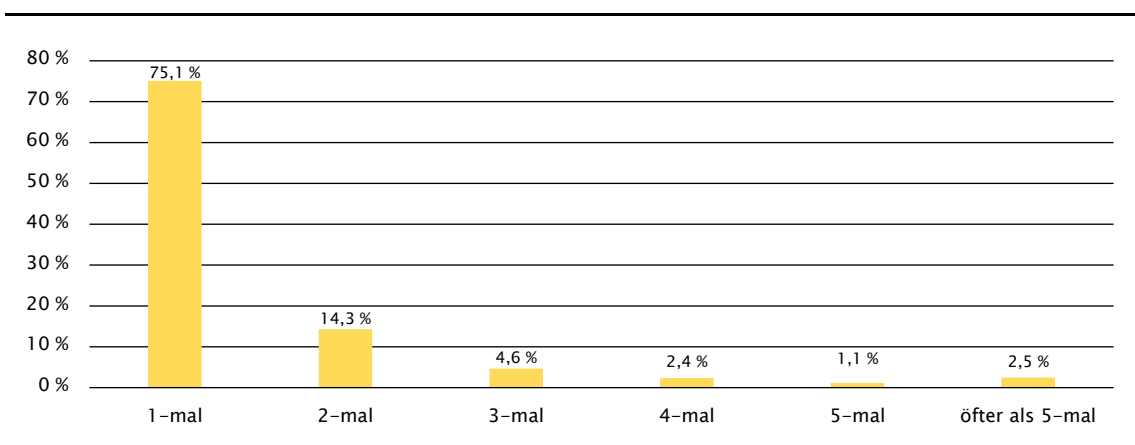
Auf diese 1.140 Kinder und Jugendlichen entfielen insgesamt rund 1.827 Unterbringungen. Der Großteil der untergebrachten Kinder und Jugendlichen (924 Personen oder 81 %) war zwischen 14 und 17 Jahren alt, nur ein geringer Anteil (216 Personen oder 19 %) war jünger als 14 Jahre. Betrachtet man die Geschlechterverteilung, so zeigt sich, dass in der Altersstufe bis 13 Jahre 53 Prozent der untergebrachten Kinder und Jugendlichen männlich waren und 47 Prozent weiblich, in der Altersstufe 14 bis 17 Jahre hingegen 60 Prozent weiblich und 40 Prozent männlich.

Unterbringungshäufigkeit pro Krankenhaus / Abteilung

75 Prozent aller untergebrachten Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre waren im Jahr 2017 nur einmal pro Krankenhaus / Abteilung untergebracht. Weitere 14 Prozent waren in diesem Zeitraum zweimal und fünf Prozent dreimal am selben Krankenhaus oder an derselben Abteilung untergebracht. Über fünfmal wurden im Jahr 2017 rund drei Prozent aller untergebrachten Kinder und Jugendlichen (das sind 28 Personen) am selben Krankenhaus oder an derselben Abteilung untergebracht (vgl. Abbildung 5.2).

Abbildung 5.2:

Unterbringungshäufigkeit der unter 18-Jährigen pro Einrichtung 2017



Quellen: VertretungsNetz und IfS; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Anteil der mehrfach untergebrachten Kinder und Jugendlichen ist etwas höher als der Mehrfachunterbringungsanteil bei allen Altersgruppen.

24

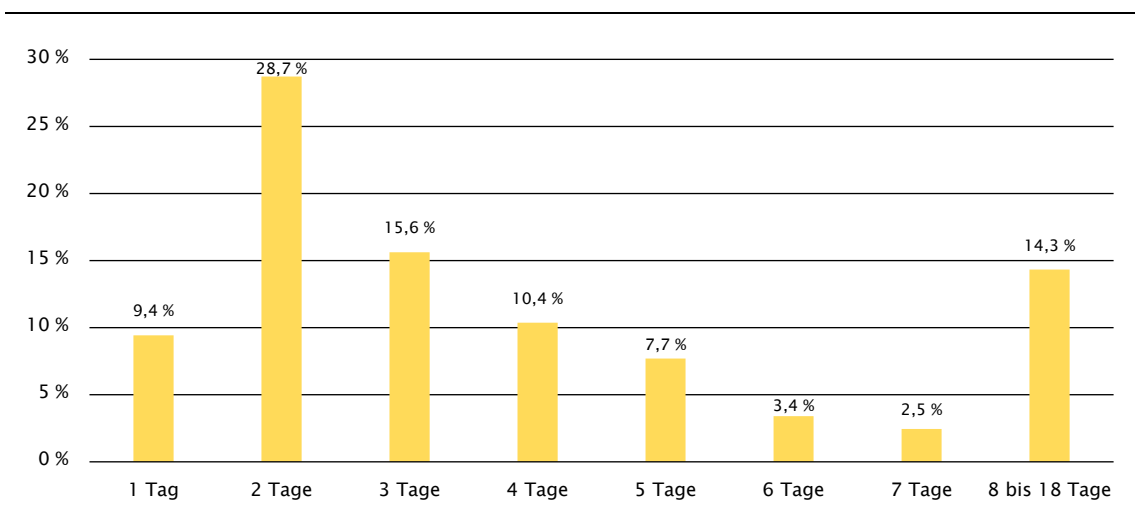
Doppelzählungen sind möglich, wenn eine Person im Jahr 2017 an mehreren Standorten untergebracht war.

Unterbringungsdauer

Ein Großteil der Unterbringungen der unter 18-Jährigen dauert maximal eine Woche: 78 Prozent werden innerhalb der ersten Woche wieder aufgehoben, 92 Prozent innerhalb der ersten 18 Tage. Nach einem Monat sind 96 Prozent, nach zwei Monaten 99 Prozent aller Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen aufgehoben. Die unter 18-Jährigen werden im Vergleich zur Gesamtbevölkerung öfter kürzer untergebracht.

Betrachtet man die Kurzzeit-Unterbringungen (< 1 Woche) näher, so zeigt sich, dass die meisten – fast 29 Prozent aller Unterbringungen von unter 18-Jährigen – am zweiten Tag beendet werden; innerhalb der ersten vier Tage werden rund zwei Drittel aller Unterbringungen wieder aufgehoben (vgl. Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3:
Unterbringungen der unter 18-Jährigen nach Dauer in Prozent 2017



Quellen: VertretungsNetz; Berechnung und Darstellung: GÖG

Entwicklung ausgewählter Parameter zur Unterbringung ohne Verlangen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren über die letzten fünf Jahre

Zwischen 2011 und 2017 stieg die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die untergebracht waren (2011: 808 Personen, 2017: 1.140 Personen). Auch relativ zur Bevölkerung in diesen Altersgruppen ist eine Steigerung der Unterbringungsrate in beiden Altersgruppen festzustellen: von 10 auf 18 pro 100.000 EW bei den Kindern und Jugendlichen bis 13 Jahren und von 185 auf 267 pro 100.000 EW bei den 14- bis 17-Jährigen. Das Geschlechterverhältnis und die Unterbringungshäufigkeit pro Person sind im Zeitraum 2011 bis 2017 relativ konstant geblieben. Im Vergleich zu den Vorjahren stieg der Anteil der Unterbringungen, die auf Abteilungen der Kinder und Jugendpsychiatrien stattfanden, in den beiden letzten Jahren geringfügig. Bei der Unterbringungsdauer zeigt sich eine Steigerung der Anteile an Kurzunterbringungen bis zu zwei und bis zu vier Tagen (vgl. Tabelle 4.1).

Tabelle 5.1:

Ausgewählte Parameter zur Unterbringung ohne Verlangen von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren 2011–2017

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Anzahl Personen	808	803	873	915	990	1.151	1.140
davon Anteil weiblich	55 %	53 %	54 %	57 %	55 %	52 %	57 %
bevölkerungsbezogene Ub-Rate*: Kinder bis 13 Jahre	10	10	12	12	14	16	18
bevölkerungsbezogene Ub-Rate*: Jugendliche 14 bis 17 Jahre	185	186	203	220	239	277	267
Anzahl Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen	1.308	1.381	1.419	1.447	1.646	1.970	1.827
Anteil unter 18-Jähriger einmal pro Standort und Zeitraum untergebracht	75 %	73 %	74 %	75 %	72 %	74 %	75 %
Anteil Unterbringungen in einer Abteilung für KJP	81 %	81 %	81 %	82 %	81 %	84 %	84 %
Anteil Unterbringungsdauer bis 2 Tage	29 %	30 %	34 %	41 %	39 %	38 %	38 %
Anteil Unterbringungsdauer bis 4 Tage	57 %	59 %	64 %	66 %	66 %	65 %	64 %
Anteil Unterbringungsdauer bis 7 Tage	75 %	76 %	77 %	80 %	77 %	78 %	78 %
Anteil Unterbringungsdauer bis 18 Tage	92 %	91 %	91 %	93 %	92 %	93 %	92 %

* bevölkerungsbezogene Ub-Rate: untergebrachte Personen pro 100.000 Einwohner/-innen in der jeweiligen Altersklasse

Quellen: VertretungsNetz und Ifs; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.2 Unterbringungen bei Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für den vorliegenden Bericht wurden – analog zur vergangenen Berichtsperiode (2014/2015) – 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 fast vollständiges Bild der Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bezug auf die Unterbringungen vor, die unmittelbar bei Aufnahme erfolgten²⁵ (in weiterer Folge als „Aufnahme/n mit Unterbringung“ bezeichnet). Angaben zu allen Unterbringungen bei Aufnahme laut Krankenhaus-Datenerhebung (Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche) finden sich im Abschnitt 4.2.

In den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden im Jahr 2017 insgesamt 1.412 Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen vorgenommen. Bezogen auf alle Aufnahmen in der KJP machten die Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen in den Jahren 2016 und 2017 etwas mehr als ein Viertel aus (vgl. Tabelle 5.2). Im Vergleich zu den Jahren davor nahm der Anteil an Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen an allen Aufnahmen leicht zu.

25

Das bedeutet Unterbringungstag = Aufnahmetag.

Tabelle 5.2:

Aufnahmen mit Unterbringung gemäß UbG und Aufnahmen ohne Unterbringung im Verhältnis zu allen Aufnahmen in der KJP 2012–2017*

Aufnahmen	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
AUoV	1.051	24,3	1.137	25,9	1.163	24,1	1.217	23,0	1.390	28,3	1.412	27,3
AUaV	36	0,8	40	0,9	67	1,4	43	0,8	76	1,5	110	2,1
AoU	3.240	74,9	3.211	73,2	3.600	74,5	4.026	76,2	3.440	70,1	3.642	70,5
gesamt	4.327	100,0	4.388	100,0	4.830	100,0	5.286	100,0	4.906	100,0	5.164	100,0

AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen; AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen;
AoU = Aufnahme ohne Unterbringung

* Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Krankenhausdaten, Erhebungen und Darstellung: GÖG

Zugangs- und Aufnahmearten in der KJP²⁶

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgten rund 62 Prozent der stationären Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen nach einem Zugang ohne Anwendung des UbG. Die gesetzlich vorgesehenen Zugangsarten (§ 8, § 9 Abs. 1 und § 9 Abs. 2) machten zusammen rund 38 Prozent aus (vgl. Tabelle 5.3 und Abbildung 5.4). Bei Aufnahmen mit Unterbringung auf Verlangen spielten die im UbG vorgesehenen Wege eine noch geringere Rolle, 86 Prozent der Aufnahmen mit Unterbringung auf Verlangen folgten auf einen Zugang ohne Anwendung des UbG.

Tabelle 5.3:

(Anteil der) Aufnahmearten in der KJP, differenziert nach vorangegangener Zugangsart 2017*

Art der Aufnahme	Zugangsart							
	absolut		ärztliche Bescheinigung (§ 8, § 9 Abs. 1 UbG)		Gefahr im Verzug (§ 9 Abs. 2 UbG)		ohne Anwendung des UbG	
			absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
AUoV	1.412	27,3	389	27,5	143	10,1	880	62,3
AUaV	110	2,1	7	6,4	9	8,2	94	85,5
AoU	3.642	70,5	102	2,8	44	1,2	3.496	96,0

AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen; AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen;
AoU = Aufnahme ohne Unterbringung; jeweils nach Zugang mit Anwendung des UbG (ärztliche Bescheinigung = § 8, § 9 Abs. 1 oder Gefahr im Verzug = § 9 Abs. 2) oder ohne Anwendung des UbG

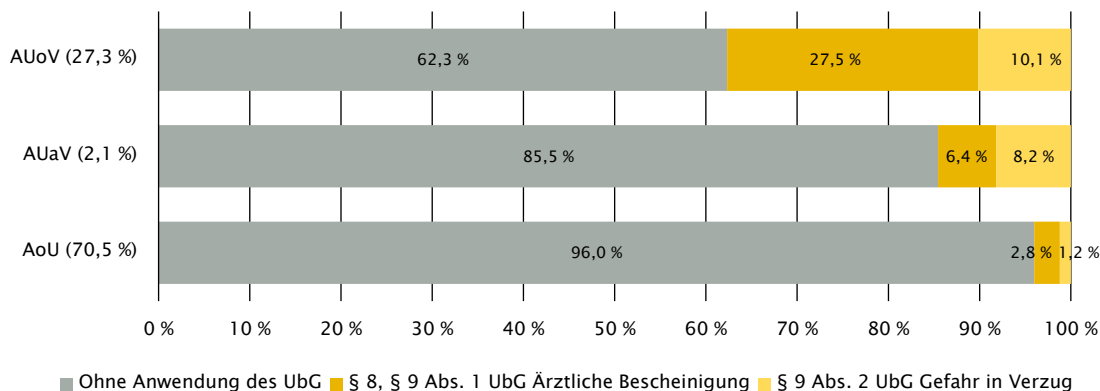
* Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Krankenhausdaten, Erhebungen und Darstellung: GÖG

26

Zugangs- und Aufnahmearten beschreiben, wie eine Person ins Krankenhaus kommt und wie sie dort aufgenommen wird (jeweils mit/ohne Anwendung des UbG).

Abbildung 5.4:
Aufnahmeart in der KJP, differenziert nach der vorangegangenen Zugangsart 2017,
prozentuelle Verteilung*



AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen; AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen;
AoU = Aufnahme ohne Unterbringung

* Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Krankenhausdaten, Berechnungen und Darstellung: GÖG

Übereinstimmung zwischen Zugangsart und Aufnahmeart

Werden die unterschiedlichen Zugangsarten in Beziehung zur Aufnahmeart/Aufnahmeentscheidung gesetzt (vgl. Abbildung 5.5), wird deutlich, in wie vielen Fällen sich die Einschätzung (UbG-relevant oder nicht) der in die jeweiligen Prozesse involvierten Personen deckt (am Zugang beteiligte Personen bzw. bei Aufnahme im Spital begutachtende Fachärztinnen/Fachärzte).

Circa 13 Prozent aller stationären Aufnahmen in kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen erfolgten im Jahr 2017 über die im UbG (§§ 8, 9 Abs. 1 und § 9 Abs. 2) geregelten Prozeduren. Davon machten die Einweisungen mit ärztlicher Bescheinigung knapp drei Viertel aus (vgl. Tabelle 5.4).

Einer Einweisung mit ärztlicher Bescheinigung folgte in 78 Prozent der Fälle, in denen es zu einer Aufnahme kam, 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 ähnliches Bild zeigte sich 2017 bei der Verbringung von Personen durch die Sicherheitsbehörden (§ 9 Abs. 2). Etwa 73 Prozent der auf diesem Weg in die KJP gebrachten Fälle führten zu einer Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen, fünf Prozent zu einer Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen und 22 Prozent zu einer Aufnahme ohne Unterbringung. Hier zeigt sich eine Veränderung im Vergleich zu den letzten Jahren, in denen der Anteil der Aufnahmen ohne Unterbringung nach Zugang durch die Sicherheitsbehörde deutlich höher war (rund 50 %). Allerdings wurden nur wenige Fälle (insgesamt 196 im Jahre 2017) durch Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes gebracht, diese konzentrierten sich auf einzelne Krankenhäuser.

Dagegen führten rund 22 Prozent der Zugänge ohne Anwendung des UbG zu einer Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen bzw. auf Verlangen.

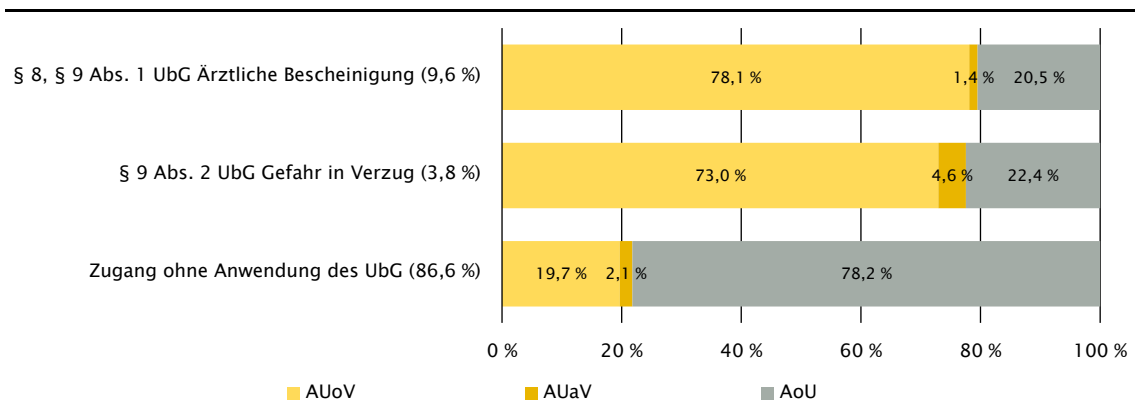
Tabelle 5.4:
(Anteil der) Zugangsarten in der KJP, differenziert nach darauffolgender Aufnahmeart 2017

Zugangsart	Aufnahmeart							
	absolut	in Prozent	AUoV		AUaV		AoU	
			absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
ärztliche Bescheinigung (§ 8, § 9 Abs. 1 UbG)	498	9,6	389	78,1	7	1,4	102	20,5
Gefahr im Verzug (§ 9 Abs. 2)	196	3,8	143	73,0	9	4,6	44	22,4
ohne Anwendung des UbG	4.470	86,6	880	19,7	94	2,1	3.496	78,2

AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen; AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen;
AoU = Aufnahme ohne Unterbringung

Quelle: Krankenhausdaten, Erhebungen und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.5:
Zugangsart in der KJP, differenziert nach der darauffolgenden Aufnahmeart 2017,
prozentuelle Verteilung



AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen; AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen;
AoU = Aufnahme ohne Unterbringung

Quelle: Krankenhausdaten, Berechnungen und Darstellung: GÖG

5.3 Unterbringungen während des Aufenthalts

Seit der Erweiterung der GÖG-Krankenhausdatenerhebung im Jahre 2014 können auch Aussagen zum Anteil der Unterbringungen, die während eines Aufenthalts ausgesprochen werden, getroffen werden. 2017 wurden insgesamt 1.955 Unterbringungen gemeldet; 22 Prozent aller Unterbringungen wurden dabei während des Aufenthalts auf einer psychiatrischen Station ausgesprochen.

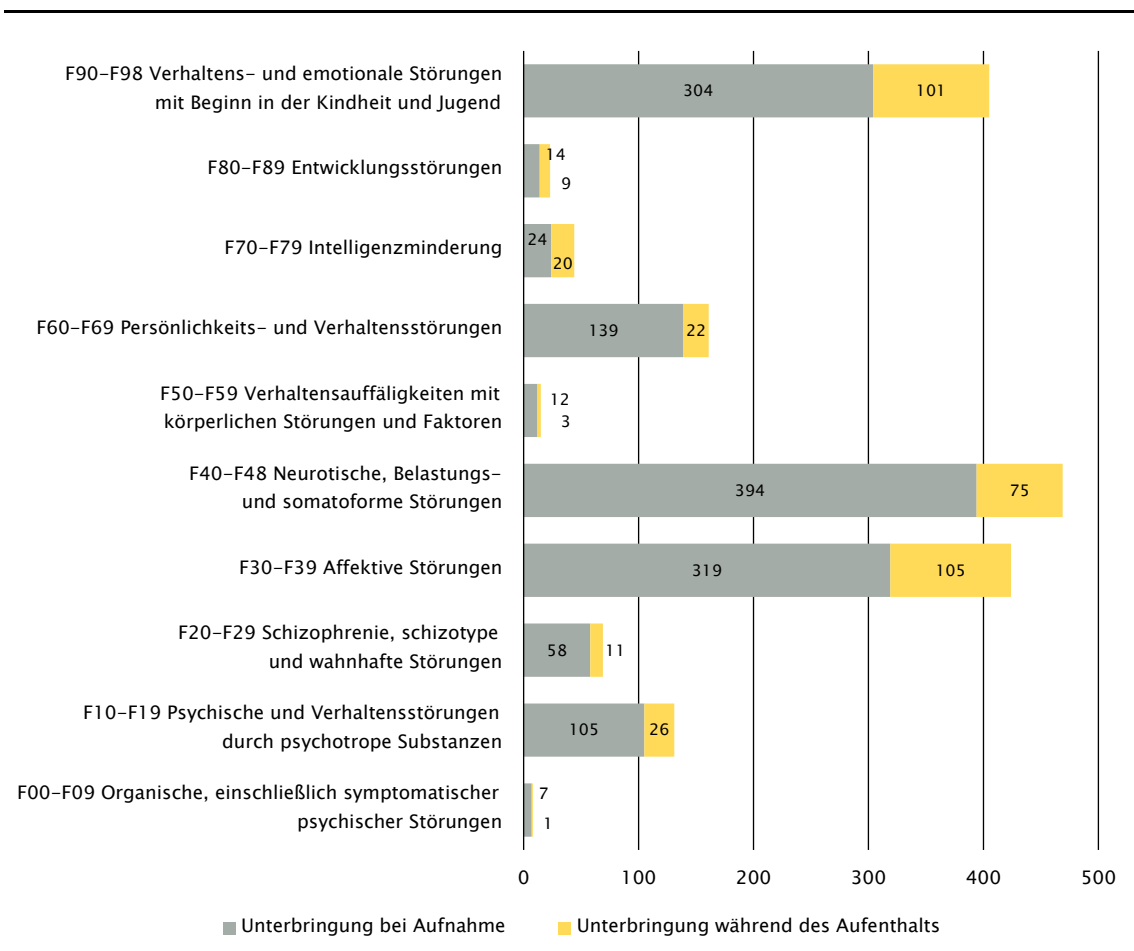
5.4 Unterbringungen nach Diagnosegruppen

2014 wurden im Rahmen der Krankenhausdatenerhebung erstmals zusätzliche Angaben zu Diagnosegruppen bei Unterbringung abgefragt. Für 2017 konnten neun der elf Standorte der Kinder- und Jugendpsychiatrie Informationen zu den Diagnosegruppen rückmelden. Der Großteil der gemeldeten Diagnosen bezieht sich auf Entlassungsdiagnosen.

Die häufigste Diagnosegruppe bei KJP-Aufenthalten mit Unterbringung (bei Aufnahme und während des Aufenthalts zusammengerechnet) ist die Gruppe der Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48 nach ICD–10) mit 27 Prozent, gefolgt von der Gruppe der Affektiven Störungen (F30–F39) mit 24 Prozent, und der Gruppe der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit 23 Prozent (F90–F98). Die absoluten Häufigkeiten der Diagnosegruppen nach Unterbringungszeitpunkt (bei Aufnahme und während des Aufenthalts) sind in Abbildung 5.6. dargestellt.

Abbildung 5.6:

Anzahl der Unterbringungen in KJP-Abteilungen nach Diagnosegruppen 2017



Quelle: Krankenhausdaten; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Der Vergleich der Diagnosegruppen bei Aufenthalten mit Unterbringung mit den Entlassungsdiagnosen aller Aufenthalte von in eine KJP aufgenommenen Patienten/Patientinnen zeigt folgendes Bild: Der Anteil an Aufenthalten mit Unterbringung bei Aufnahme ist bei den Diagnosegruppen F10–19 sowie F60 – F69 im Vergleich zu allen stationären Aufenthalten aufgrund dieser Diagnose vergleichsweise hoch. Unterbringungen während des Aufenthalts kommen vor allem bei der Diagnosegruppe F30–F39 vergleichsweise häufiger vor (vgl. Tabelle 5.5).

Tabelle 5.5:

Anteile Aufenthalte in Abteilungen für KJP und Unterbringungen nach Diagnosegruppen 2017*

Diagnose (Gruppe)	Stat. Aufenthalte	Unterbringung bei Aufnahme	Unterbringung während Aufenthalt
(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0 %	1 %	0 %
(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3 %	8 %	7 %
(F20–F29) Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	3 %	4 %	3 %
(F30–F39) Affektive Störungen	21 %	23 %	28 %
(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	28 %	29 %	20 %
(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	4 %	1 %	1 %
(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	6 %	10 %	6 %
(F70–F79) Intelligenzminderung	1 %	2 %	5 %
(F80–F89) Entwicklungsstörungen	5 %	1 %	2 %
(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	28 %	22 %	27 %
(F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0 %	0 %	0 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %

* Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Krankenhausdaten; Berechnungen und Darstellung: GÖG

5.5 Anhörungen und mündliche Verhandlungen

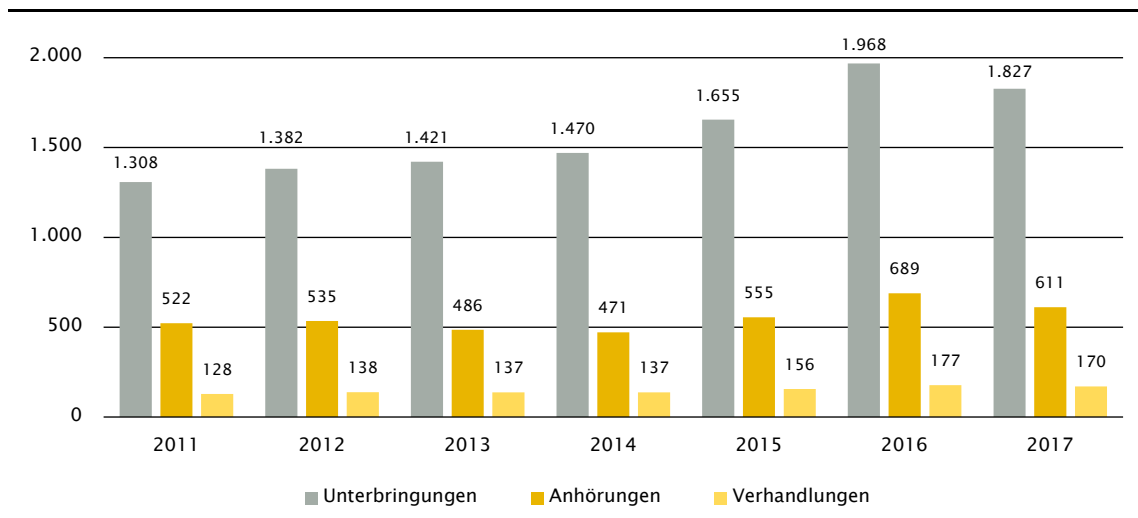
In den Jahren 2011 bis 2017 stiegen die Unterbringungsfälle pro Jahr von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren von 1.308 im Jahr 2011 auf 1.827 im Jahr 2017 an.

Der Anteil der Unterbringungsfälle, die im Rahmen einer Anhörung geprüft wurden, ist von 2011 bis 2017 gesunken (2011: 40 %; 2017: 33 %) (vgl. Abbildung 5.7). Der Anteil der Unterbringungsfälle, bei denen es zu einer mündlichen Verhandlung kam, liegt in den Jahren 2011 bis 2017 zwischen neun und zehn Prozent.

Der Anteil der Unterbringungen, bei denen es zu einer Verlängerung kam, lag in den letzten Jahren bei zwei bis drei Prozent (2011: n=28; 2017; n=46).

Abbildung 5.7:

Anzahl beendeter Unterbringungen, Anhörungen und mündlicher Verhandlungen 2011–2017



Quelle: VertretungsNetz; Darstellung: GÖG

6 Begleitende Expertengespräche zur Unterbringung

Die Berichtstätigkeit der GÖG zeigt, dass es in der Vollziehung des UbG drastische Unterschiede – sowohl regional als auch zwischen den einzelnen Krankenhäusern bzw. Bezirksgerichten – gibt. Die Datenauswertungen zeigen diese Unterschiede bzw. Bandbreiten auf, können jedoch in Hinblick auf die Ursachen nur bedingt zufriedenstellende Hinweise oder Erklärungen liefern. Die Betrachtung der Daten allein lässt keine eindeutigen Schlussfolgerungen z. B. auf mögliche Auswirkungen der letzten UbG-Novelle zu. Um die vielen Einflussfaktoren auf die Unterbringungshäufigkeit und deren Wechselwirkungen besser zu verstehen, bedarf es auch einer ergänzenden qualitativen Diskussion mit Expertinnen und Experten aus der Praxis.

Daher veranstaltet die Gesundheit Österreich GmbH (im Auftrag des BMASGK) seit 2012 regelmäßige Expertengespräche zur Unterbringung in der (Erwachsenen-)Psychiatrie, seit 2013 auch zur Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Ziele dieser Gespräche sind:

- » Diskussion der Daten zur Unterbringung mit allen für die Umsetzung des UbG relevanten Akteurinnen/Akteuren
- » Diskussion möglicher Einflussfaktoren auf die Unterbringungshäufigkeit und gemeinsame Suche nach Erklärungen für bestimmte Auffälligkeiten und/oder Trends
- » Austausch zu ausgewählten jährlich wechselnden Schwerpunktthemen
- » Austausch, Vernetzung und gegenseitiges Lernen über die unterschiedlichen Berufsgruppen und die damit verbundenen Perspektiven hinweg
- » Identifizieren prioritärer Anliegen, fallweise Formulieren potenzieller Empfehlungen
- » Wissenstransfer und Dissemination in die beteiligten Organisationen
- » Vorantreiben von (weiteren Arbeiten zu gemeinsamen) Themen, Setzen von Maßnahmen

An den jährlichen Expertengesprächen nehmen teil: Vertreter/-innen der psychiatrischen Krankenhäuser / Abteilungen (Fachärztinnen/Fachärzte, Pflegepersonal), der Patientenanwaltschaft (VertretungsNetz, IfS), der relevanten Ministerien (BMASGK, BMVRDJ und BMI), der Angehörigen und der Betroffenen. Die Gespräche zur Erwachsenenpsychiatrie finden aus organisatorischen Gründen auf zwei Runden aufgeteilt in Wien (Ost²⁷) und in Salzburg²⁸ (West²⁹) statt, die Gespräche zur KJP werden in Wien abgehalten.

27

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

28

seit 2014 in Zusammenarbeit mit der Christian-Doppler-Klinik Salzburg, davor mit dem Landeskrankenhaus Hall in Tirol

29

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

Zwischen 2012 und 2017 wurden in den Expertengesprächen folgende Themenschwerpunkte behandelt:

- » Dokumentation und Datenlage (regelmäßig)
- » Auswirkungen der UbG–Novelle 2010 (2012)
- » Einflussfaktoren auf die Qualität der Unterbringung (regelmäßig)
- » Entwicklung von Standards für fachärztliche Zeugnisse (2013)
- » Architektur als Einflussfaktor auf die Qualität der Unterbringung (2013, 2014)
- » rechtliche Rahmenbedingungen der Dokumentation von Unterbringungen (2014)
- » Herausforderungen bei der Anwendung des UbG in der KJP (2015)
- » freiheitsbeschränkende Maßnahmen (2015, 2016)
- » Einführung der Interessensvertretung der Betroffenen (2016)
- » unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (2016)
- » Selbst- und Fremdgefährdung (2017)

Im Folgenden werden die wichtigsten Inhalte der Expertengespräche der Jahre 2016 und 2017 zusammengefasst.³⁰ Neben der Präsentation aktueller Daten zu Unterbringungen durch die GÖG gab es Inputs zu ausgewählten Themenschwerpunkten:

Expertengespräche 2016

- » Einführung der Interessensvertretung der Betroffenen (Erwachsenenpsychiatrie)
- » freiheitsbeschränkende Maßnahmen (Erwachsenenpsychiatrie)
- » unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (KJP)

Expertengespräche 2017

- » Selbst- und Fremdgefährdung (Erwachsenenpsychiatrie, KJP)

Teil der Expertengespräche sind auch immer sogenannte Round–Table–Runden, bei denen Teilnehmende über aktuelle Entwicklungen und Themen ihrer Organisationen/Standorte berichten.

30

Für Ergebnisse früherer Expertengespräche wird auf GÖG–Publikationen der Vorjahre verwiesen.

Einführung der Interessensvertretung der Betroffenen

An den Expertengesprächen zur Unterbringung in der Erwachsenenpsychiatrie nahmen 2016 erstmals Vertreter/-innen von Betroffenen-Interessenvertretungen teil. Zu jeder Runde (Ost und West) wurden drei Vertreter/-innen eingeladen³¹. Diese präsentierten ihre Organisation, deren Aktivitäten und ihre zentralen Anliegen zum UbG.

Betroffenenorganisationen sind in vielen Bereichen tätig, u. a. in der Selbsthilfe, Interessensvertretung, Informationsvermittlung und der gemeinsamen Freizeitgestaltung. Vielfach werden auch konkrete Projekte durchgeführt. Die anwesenden Personen nannten z. B. folgende Aktivitäten: Öffentlichkeitsarbeit, Antistigma-Arbeit, Mitarbeit bei der Planung der psychosozialen Versorgung (z. B. neuer Einrichtungen), Organisation / Abhaltung von Selbsthilfegruppen, Mitwirkung in Gremien, bei Polizeischulungen, Ausbildungen zu Peer-Beraterinnen/-Beratern, Organisation dialogischer Treffen / Austauschmöglichkeiten, Organisation von Veranstaltungen, Erstellung von Ratgebern und anderer Informationsunterlagen, Unterstützung / Durchführung von bzw. Mitwirkung bei wissenschaftlichen Projekten (Erhebungen, Anfragen von Universitäten etc.), Vernetzungsmöglichkeiten z. B. User/-innen-Cafés, (stundenweise) Beschäftigungsmöglichkeiten im Rahmen von Projekten z. B. bei pro mente Oberösterreich, sportliche und kulturelle Freizeitangebote.

Die Betroffenenvertreter/-innen brachten folgende zentrale Anliegen ein, die auch in den Expertengesprächen diskutiert wurden:

- » Einbindung von Betroffenen in diversen Settings (z. B. als Peers bei der Behandlung im Krankenhaus oder als Interessensvertretung in Gremien etc.)
- » Förderung eines dialogischen Austausches (Betroffene, Angehörige, professionelle Helfer/innen)
- » Förderung von Betroffenen- und Peer-Arbeit (auch finanziell)
- » Bedeutung eines abschließenden Gesprächs nach Unterbringung
- » Möglichkeit der Nachbesprechung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Zeitpunkt, Teilnehmende)
- » Behandlungsvereinbarungen (kommen in einigen Spitälern schon standardmäßig zur Anwendung) – ihre Bedeutung und bisherige Erfahrungen damit
- » Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (siehe nächster Abschnitt)
- » Ermöglichung des Kontakts zwischen Müttern und Kindern auch bei Unterbringung
- » Aufklärung im Familienkreis, speziell für Kinder und nahe Angehörige
- » Einbindung einer Vertrauensperson, die die Patientin / den Patienten kennt und z. B. auf eine vorhandene Behandlungsvereinbarung hinweist
- » offene und ehrliche Kommunikation, um eine Vertrauensbasis zu gewährleisten
- » Behandlung(sschritte) gut erklären, Zustimmung der Patientin / des Patienten einholen (z. B. bei einer Elektroschocktherapie)

31

Auswahl auf Basis folgender Kriterien: Vertretung der Interessen als Mitglied einer Betroffenenorganisation (regelmäßiger Austausch und Rückkopplung von Inhalten), legitimierte Vertretung einer Selbsthilfeorganisation, die Interessensvertretung als Teil ihres Aufgabenspektrums definiert, Erfüllen bestimmter Kriterien (Organisation besteht seit mindestens drei Jahren, Transparenz über Finanzierung- und Organisationsziele)

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Das Thema „Freiheitsbeschränkende Maßnahmen“ wurde wiederholt in Expertengesprächen diskutiert, z. B. 2014 in Hinblick auf die damit verbundene Dokumentation und 2015 mit Fokus auf internationalen Empfehlungen und Standards sowie unterschiedlichen regionalen Vorgehensweisen (auf Basis von Rückmeldungen der Krankenhäuser auf eine GÖG-Erhebung).

Die Datenlage zu dem Thema, aber auch die Qualität der vorhandenen Daten ist bedauerlicherweise noch immer nicht ausreichend. Strukturelle Rahmenbedingungen (Räume, Personal, Betten) werden als maßgebliche Einflussfaktoren auf die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen gesehen. Eine Videoüberwachung allein wird nicht als ausreichend beurteilt, Sicht- und Hörkontakt ist notwendig, eine „Sitzwache“ soll auf Basis medizinischer Notwendigkeit (nicht routinemäßig) definiert werden. Die Bedeutung einer Nachbesprechung wird als sehr hoch eingestuft.

2015 wurden im Zusammenhang mit dem Thema auch standortspezifische Unterlagen (z. B. Empfehlungen, Standards) ausgetauscht. Die Fachgesellschaft (ÖGPP) leitete u. a. infolgedessen einen österreichweiten Prozess zur Erstellung von Empfehlungen ein, der im Jahr 2017 in der Publikation „Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP) zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der Psychiatrie und psychotherapeutischen Medizin“ mündete.³²

Vertreter/-innen des Wiener Vereins Freiräume präsentierten 2016 Ergebnisse ihrer Befragung zur subjektiven Erfahrung von Freiheitsbeschränkungen³³. Die Erhebung wurde für sehr wertvoll befunden. Diskutiert wurden u. a.

- » methodische Fragen u. a. zur Stichprobe, zu Auswertungsmöglichkeiten
- » der Begriff der „Traumatisierung“
- » Umgang des Personals mit Kranken bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
- » Nachbesprechungen von Fixierungen
- » fehlende Schnittstellen zum niedergelassenen Bereich nach der Entlassung, Behandlungskontinuität

Das Phänomen, dass Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte Situationen unterschiedlich wahrnehmen (u. a. beim Vornehmen von Freiheitsbeschränkungen), ist bekannt und deshalb auch besonders wichtig zu thematisieren. Die Akutpsychiatrie hat einerseits den Auftrag, den Schutz der Person zu gewährleisten, umfasst aber auch Zwangs- / Gewaltaspekte, die nicht geleugnet werden sollen. Auch für das Personal stellen diese Situationen eine Belastung dar und müssen verarbeitet werden. Eine entsprechende Schulung sowie Fort- und Weiterbildungen (u. a. zu De-

32

https://www.oegpp.at/fileadmin/user_upload/news/OEGPP_FBM_Empfehlungen_final1.pdf (letzter Zugriff 18.6.2019)

33

<https://www.freiraeume.at/fragebogen/> (letzter Zugriff 18.6.2019)

eskalation, Kommunikation) sind enorm wichtig. In der Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen sind Verbesserungen anzustreben und die Sensibilität des Personals zu erhöhen. Die zentrale Bedeutung des Austausches zu diesem Thema und die Einbindung von Peers – bereits in der Aus- und Weiterbildung – werden für diesen gemeinsamen Prozess hervorgehoben.

In Tulln wurde ebenfalls eine Befragung der Betroffenen über das Erleben von Beschränkungen durchgeführt.

Christian JAGSCH (LKH Graz II) und Wolfgang AICHHORN (Christian Doppler Klinik) gaben 2016 einen Input zur Unterbringung von alten und hochbetagten Menschen in der Psychiatrie. Die Anwendungsbereiche des UbG sowie des HeimAufG spielen eine zentrale Rolle, u. a. geht es um die Fragen, welche die jeweils damit verbundenen Zuständigkeiten sind und, welches „das gelindere Mittel“ darstellt. Neben der Suche nach Gründen für den noch relativ spärlichen Einsatz des HeimAufG wurden folgende Problemstellungen diskutiert:

- » zunehmend heterogene Personengruppe im UbG-Bereich – ev. Differenzierung nach diesen Gruppen, z. B. ältere Menschen?
- » Schwerpunktsetzung in Alters- / Pflegeheimen (Demenzstationen) wird als Entlastung der Allgemeinen Psychiatrie erlebt
- » Abgrenzung der psychiatrische Versorgung zur somatischen Medizin: Die Behandlung soll an dem Ort (Abteilung) erfolgen, der das medizinisch vordringliche Anliegen / Zustandsbild bestmöglich versorgt. Ausschlaggebend in Hinblick auf eine Unterbringung ist darüber hinaus die potenzielle Gefährdung.
- » Versorgung in Heimen (Qualität, Standards): Wichtig wäre, Standards für Qualifikationen und Kompetenzen des Personals zu definieren und eine regelmäßige fachärztliche Betreuung sicherzustellen.
- » Personelle Anforderungen und Herausforderungen: Die Betreuung und Behandlung älterer und hochaltriger psychiatrischer Patientinnen/Patienten bringt einen erhöhten Pflegeaufwand mit sich. Die Allgemeine Psychiatrie hat zu wenig Personal für (auf somatischer Ebene) pflegeintensive Patientinnen/Patienten, Pflegeheime haben hingegen oft nicht die psychosoziale Kompetenz (und ebenfalls wenig Personal).
- » Die ärztliche Versorgung in Heimen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung ist sehr unterschiedlich (personell, strukturell). Dies wirkt sich auf die Versorgungsqualität aus.
- » Kooperationsmodelle zwischen den relevanten Akteuren: Gemeinsame Richtlinien können erstellt werden (z. B. in Eisenstadt: Psychiatrie gemeinsam mit Internisten und Anästhesisten), der vermehrte Einsatz von Konsiliar- und Liaisondiensten auf geriatrischen, internen und chirurgischen Abteilungen sowie in Pflegeheimen und demenzspezifischen Einrichtungen wird für notwendig erachtet. Generell sollten im besten Fall bereits im Vorfeld alle mit der Versorgung betrauten Fachpersonen einen ganzheitlichen Blick auf die medizinische und therapeutische Situation werfen (z. B. Medikamentenverschreibungen).
- » Altersgrenzen der Zuständigkeiten Allgemeine Psychiatrie und Gerontopsychiatrie: Zuständigkeiten richten sich eher nach der Diagnose, der Versorgungshistorie und dem aktuellen Gesundheitszustand als nach dem Alter.

Harald STEFAN von der Wiener Krankenanstalt Rudolfstiftung präsentierte 2016 Auswirkungen von Architektur, Milieu und Konzepten auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Im Krankenhaus Rudolfstiftung wurde eine neue Psychiatrische Abteilung eingerichtet bzw. wurde eine Abteilung des OWS dorthin transferiert. Beim Bau des neuen Gebäudes wurde besonderes Augenmerk auf die Architektur gelegt. Gleichzeitig erfolgte der systematische Einsatz von ausgewählten Betreuungskonzepten (Deeskalationsmanagement). Im neuen Standort konnte die Anzahl der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen deutlich gesenkt werden. Teilnehmende an den Expertengesprächen diskutierten die

- » Gestaltung des Krankenhausplanungsprozesses (Wen wann wie einbinden?)
- » Bedeutung von Rückzugsmöglichkeiten (zur Vorbeugung von Unruhe, Aggression)
- » Relevanz von Haltung und Hintergrundwissen (u. a. bei Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern) für die Umsetzung von Konzepten
- » vorgestellten Betreuungskonzepte

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Die Unterbringung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge (UMF) in der KJP wurde 2016 aus konkretem Anlass ein Themenschwerpunkt, anhand von Erfahrungsberichten zweier Standorte (Klagenfurt, Innsbruck) wurden Herausforderungen, der Konnex zum UbG sowie Good Practices diskutiert.

In Zusammenhang mit der Behandlung von UMF wurden folgende Herausforderungen genannt:

- » UMF-spezifische Situation (mit Erwartungsdruck kommend / geschickt, Ambivalenz zwischen in Österreich bleiben und nach Hause zurückkehren wollen)
- » unsichere Rahmenbedingungen (u. a. Ansprechpersonen, Zuständigkeiten) erschweren die Versorgungsplanung
- » hohe Suizidgefahr, v. a. bei Kriegsflüchtlingen aus Afghanistan z. B. in Zusammenhang mit drohender Abschiebung
- » Mangel an Know-how und Spezialkenntnissen (Dolmetschen, Sozialarbeit)
- » Suchtproblematik (kulturell unterschiedlicher Umgang mit Suchtmitteln)
- » juristische Herausforderungen, z. B. bei der Übertragung der Obsorge, Notwendigkeit besserer Kooperation zwischen Gericht und Träger
- » falsche Altersangaben (junge Erwachsene, die behaupten, dass sie jünger sind) und damit verbundene Unterbringung von Erwachsenen in der KJP
- » Herausforderungen der Kommunikation (Analphabetismus, Dolmetsch-Angebote, Eskalation und Unterbringung aufgrund sprachlicher Missverständnisse)
- » Herausforderung Perspektivenarbeit aufgrund mangelhafter oder nicht passender außerstationärer Unterstützungsangebote sowie mangelnder Selbstorganisationsmöglichkeit

Von Unterbringungen sind laut Angaben der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte v. a. Burschen betroffen (Frauen vorwiegend aus nicht muslimischen Ländern, muslimische Frauen sind selten unbegleitet), Zustände, die zu Unterbringungen führen, sind Substanzmissbrauch, Entzugssymptomatik, Selbstgefährdung und Raptus. Posttraumatische Belastungsreaktionen werden eher über

Ambulanzen behandelt. Regional gab es 2016 große Unterschiede bezüglich der Anzahl der UMF und/oder der Unterbringung von UMF.

Bewährt haben sich laut Erfahrung der Expertinnen/Experten:

- » Videodolmetschen
- » Dolmetsch-Möglichkeiten vor Ort
- » aufsuchende Arbeit (in die Einrichtungen gehen)
- » Vernetzung der Player / Institutionen
- » Patenschaften (z. B. in Kärnten, Salzburg)
- » Spezialambulanzen (z. B. in Kärnten, Salzburg, Tirol)

An der GÖG wurde 2016 im Auftrag des damaligen BMGF eine Koordinationsstelle für psychosoziale Unterstützung für Flüchtlinge und Helfer/-innen eingerichtet.

Selbst- und Fremdgefährdung

Im Jahr 2017 behandelten die Expertengespräche schwerpunktmäßig das Thema „Selbst- und Fremdgefährdung“.

In allen drei Expertengesprächsrunden wurde auf Basis eines Inputs von Wolfgang HEISENBERGER (BMASGK) der Begriff der Gefährdung im UbG anhand der Judikatur und in der Praxis diskutiert:

- » Dynamisches Geschehen findet im statischen Gerichtsurteil nur bedingt Berücksichtigung. Mittlerweile finden Kontext und Erfahrungswerte mehr Berücksichtigung in der Rechtsprechung. Diese Aspekte sind wesentlich für eine Gefährdungsprognose.
- » Grundsätzlich ist jeder Fall individuell zu betrachten. Dabei ist es essenziell, sorgfältig vorzugehen, möglichst klar zu sein, sich festzulegen (keine diffusen Angaben wie „wahrscheinlich“) und Verantwortung entsprechend der eigenen Zuständigkeit zu übernehmen. Das Gericht ist für das Urteil zuständig, die Psychiatrie für eine Einschätzung der Prognose unverzichtbar. Unterschiedliche standortbezogene Vorgehensweisen sind u. a. für Angehörige vielfach nicht nachvollziehbar und lösen Unzufriedenheit aus.
- » Grenzen des UbG bei bestimmten Zustandsbildern (z. B. ist bei einer Manie eine Unterbringung oft schwer zu argumentieren)
- » Gratwanderung in Hinblick auf den gewählten Entlassungszeitpunkt
- » fehlende Zuständigkeit für Gefährder/-innen ohne psychische Erkrankung
- » Hilflosigkeit wird z. T. in die Psychiatrie verschoben (Kritik der zu liberalen Handhabung des UbG vonseiten der Polizei).
- » Insgesamt fehlt eine psychosoziale Lösung außerhalb der Psychiatrie. Ein nachgehendes/nachsorgendes Angebot, bei dem Nachschau gehalten wird, wie es der Familie geht, und vermehrte Kooperationen wären wünschenswert.

Als Besonderheiten bei der Anwendung des UbG bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen wurden genannt:

- » Mehr Systeme / Personen im Umfeld müssen miteinbezogen werden. Die Frage nach möglichen Alternativen zur Unterbringung steht stärker im Fokus.
- » Aufsichts- und Obsorgepflicht der Obsorgeberechtigten, die auch freiheitseinschränkend sein kann
- » Die Entwicklung sowie potenziell damit verbundene Gefährdungen zu beachten ist bedeutsam.
- » anderer Umgang mit Krankheitsbegriffen und Diagnosen
- » UbG-Prozess wird bei Gefährdung als zu träge erlebt, da bei Kindern und vor allem bei jugendlichen Gefährdung durch häufigere Impulshandlungen oft punktuell ist.
- » Wegweisung von Kindern und Jugendlichen: Zuständigkeitslücke; Wegweisung soll nur mit flankierenden Maßnahmen erfolgen.
- » Sektoren- und bereichsübergreifendes Denken ist essenziell!
- » Dialog mit Kinder- und Jugendhilfe ist sehr wichtig (u. a. zur Kündigungsfrist bei Jugendlichen, die in Wohngemeinschaften leben).
- » Anlaufstelle Juno in Kärnten wird als positives Beispiel für eine niederschwellige Einrichtung genannt.³⁴

Patricia FOUS-ZEINER (BMI) beleuchtete in der Ost-Runde die Rolle der Amtsärztinnen/Amtsärzte und schilderte damit verbundene Herausforderungen (z. B. Nicht-Verfügbarkeit, Nicht-Erreichbarkeit, Einweisung somatisch erkrankter nicht-psychiatrischer Patientinnen/Patienten) und Wünsche (besser lesbares § 8-Parere, Kontaktinformation der Amtsärztin / des Amtsarztes für Rückfragen für das Spital). Weitere in der Diskussion eingebrachte Anregungen waren:

- » eine klar geregelte, umfassende und qualitätsgesicherte Ausbildung für Amtsärztinnen/-ärzte
- » gegenseitige Feedbackschleifen (Spitalsärztinnen/-ärzte mit Amtsärztinnen/-ärzten)
- » generell eine gute Dokumentation (für alle Berufsgruppen) v. a. für eine Nachkontrolle sowie klare Regelungen darüber, wer wie wann welche Information und Dokumentation austauscht
- » Betroffene und Angehörige sollen bei Polizei- und Amtsärzteschulungen standardmäßig eingebunden werden (passiert vielfach bereits).

Rainer FIDESSER (LK Hollabrunn) berichtete bei der Ost-Runde über Erfahrungen und Umgang zum Thema Gewalt gegen Personal. Fragen und Diskussionspunkte waren:

- » Tabuisierung von Gewalt
- » Wunsch nach standardisiertem Vorgehen bei der Aufnahme von Anzeigen in der Psychiatrie
- » Eskalation und Gewalt sind für alle belastend (Personal, Patientinnen/Patienten, Angehörige). Einzelpersonen sollen von der Institution (z. B. Krankenhaus, Spitalsträger) geschützt werden, indem z. B. diese die Anzeige ausspricht.

34

<http://www.junoklagenfurt.at/> (letzter Zugriff 18. 06. 2019)

- » Akteure sollen sich präventiv vernetzen, um möglichst früh auf Problemlagen hinzuweisen, die Kommunikation miteinander und der Informationsfluss sollen verbessert werden.
- » Verbesserte Diagnostik ist erforderlich, um besser einschätzen zu können, wann Aggression in Gewalt umschlägt.
- » Zuständigkeiten müssen transparent und bewusst sein und klar kommuniziert werden.
- » Dokumentation ist essenziell, sie kann im Nachhinein helfen, ein Gesamtbild herzustellen.
- » Alle Mitarbeiter/-innen sollen in Deeskalation geschult werden.
- » Wo ist hinsichtlich Schuldfähigkeit das UbG nicht mehr zuständig?
- » Einflussfaktoren zur Eskalation (u. a. Strukturen, Architektur, persönliche Aspekte etc.) sollen in die Überlegungen einbezogen werden.
- » Peers sollen verstärkt eingebunden werden.
- » Die Sicht der Patientin / des Patienten soll mehr in den Fokus gerückt werden: Warum kam es zur Aggression?
- » Nachbesprechungen wird eine essenzielle Bedeutung eingeräumt, auch um Traumatisierungen zu verringern.
- » Zuständigkeiten im Falle eines Kliniksuzids: Erste-Hilfe-Leistung durch Ärztinnen/Ärzte, weitere Zuständigkeiten liegen bei der Polizei. Diese soll unverzüglich gerufen werden.
- » Die Forensik steht oft am Ende einer Kette von Ereignissen; nicht selten kann die Behandlung im Umfeld der Forensik neue Chancen bringen.

Martin AIGNER (LK Tulln) präsentierte bei der Ost-Runde Ergebnisse der Erfassung von Aggressionsereignissen. Diskussionspunkte waren:

- » Vorsicht bei der Interpretation der Zahlen
- » Besserung ist oft durch einfache Maßnahmen möglich (z. B. Änderung bei Medikamentenausgabe, Mahlzeitenausgabe, Nachtruhe)
- » Stigmatisierung der Psychiatrie: Diese ist nicht gleichzusetzen mit Aggression und umgekehrt.
- » Psychiatrie soll – insbesondere in Akutsituationen – nicht von anderen somatischen Abteilungen unter Zugzwang gesetzt bzw. als „Einsatzmannschaft“ missbraucht werden. Sie kann jedoch für Schulungen zur Verfügung stehen, bei der Diagnostik unterstützen und im Rahmen eines Konsiliar-/ Liaison-Dienstes aufklären.
- » Deeskalationsschulungen sind eine gute Maßnahme.
- » Viele Aggressionsereignisse sind nicht psychiatrisch. Somatische Abteilungen (das dort arbeitende Personal) müssen sich für ihre Patientinnen/Patienten verantwortlich fühlen, sich mit dem Thema „Aggression“ befassen und dadurch lernen.
- » Der extramurale, außerstationäre Bereich soll frühzeitig und präventiv eingebunden werden, ein Gesamtpaket soll überlegt werden.
- » Peers sollen zu adäquaten (Arbeits-)Bedingungen eingebunden werden. Behandlung soll partizipativ sein (Einbindung Patientinnen/Patienten und Angehörige), Erfahrungswissen ist miteinzubeziehen.

Vertreter/-innen mehrerer Standorte geben an, ebenfalls Aggressionseignisse zu erheben und zu evaluieren.

Wilhelm GRUBER (Landespolizeidirektion Vorarlberg) sprach bei der West-Runde über Selbst- und Fremdgefährdung aus amtsärztlicher Sicht. Diskutiert wurde:

- » der Amtsärztemangel: mögliche Ursachen und Implikationen
- » Umgang mit Klagen
- » „Lessons learned“ auf Basis von Fallbeispielen aus der Praxis: u. a. bei fremdsprachigen Konflikten rechtzeitig Dolmetscher/-innen hinzuziehen, gute Dokumentation, Zeit nehmen für eine adäquate Risikoeinschätzung
- » liberalere Anwendung des UbG: Pros und Kontra
- » Versorgungsstruktur Aspekte, z. B. Personalausstattung
- » Rolle von Richtern/Richterinnen und Gerichten

Wolfgang AICHHORN (Christian Doppler Klinik) präsentierte bei der West-Runde Inhalte zum Thema Fremdgefährdung. Diskussionspunkte waren:

- » Jede Patientengruppe braucht etwas anderes, das erfordert eine differenzierte Vorgehensweise bei Fremdgefährdung (insbesondere bei der Aufnahme u. a. in Zusammenhang mit: akut paranoider Psychose, drogeninduzierter Psychose, Persönlichkeitsstörung, inszenierter Selbst- oder Fremdgefährdung, um untergebracht bzw. nicht entlassen zu werden, Menschen mit Schädel-Hirn-Traumen, Menschen mit mentaler Beeinträchtigung).
- » Alte Menschen mit Demenz: Konsiliarische Betreuung wäre sinnvoll, aufgrund geringer Bezahlung gibt es zu wenige Konsiliarärztinnen/-ärzte. Herausforderungen bestehen u. a. betreffend Medikamenteneinstellung, nachgehende/nachsorgende Betreuung, Fremdgefährdung.
- » gefährliche Drohung: Zusammenarbeit mit der Polizei, Justiz regional unterschiedlich
- » Deeskalationstrainings: Vermehrtes Angebot an Schulungen/Trainings wird als hilfreich erlebt.
- » Personalstand: Deeskalationstrainings allein nützen bei zu geringem Personalschlüssel wenig.
- » unterschiedliche Aspekte, Perspektiven von Patientinnen/Patienten (zur Ruhe kommen statt Behandlung, Zwang) und Personal (Angst, Sorge um Sicherheit)
- » Alternativkonzepte zur Psychiatrie?
- » Bedeutung von Architektur in Zusammenhang mit Eskalation
- » Aggressionseignisse häufig in Zusammenhang mit Medikamentengabe
- » Eine Eins-zu-eins-Betreuung wird immer wieder gefordert, ist aber in der Praxis schwer umsetzbar. Im Anlassfall ist jedenfalls der Patientenwunsch zu berücksichtigen.
- » Betroffene sind bei der Anhörung bzw. der Verhandlung teilweise zu sediert, um dem Geschehen folgen bzw. sich entsprechend einbringen zu können.
- » Beziehung, Geborgenheit und Vertrauen spielen eine wichtige Rolle bei der Behandlung.

Johanna WINKLER und Eva GANGLBERGER (Kepler Universitätsklinikum) sprachen zum Thema Kliniksuzid. Diskutiert wurden folgende Aspekte:

- » Begrifflichkeiten
- » Personalschlüssel bei Suizidgefahr
- » Nachfragen bei Suizidgedanken?
- » In Linz wurde ein Handbuch Suizidalität ebenso wie ein Überwachungsblatt für Unterbringungsfälle entwickelt. Weitere Standorte geben an, Vorgehensweisen bei Suizidgefahr definiert zu haben.
- » Hinweis auf die Nationale Suizidpräventionsstrategie des BMASGK³⁵ sowie auf die nationale Suizidpräventionswebsite: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/inhalt>

Karl ABLEIDINGER präsentierte bei der KJP-Runde zum Thema Unterbringung auf Verlangen. Diskussionspunkte waren:

- » Auswirkungen der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes
- » Einflussfaktoren auf die Versorgung, u. a. Qualifikation des Personals, Platz, Anzahl der Betten
- » Eltern-Kind-Angebote
- » mögliche Erklärungsmodelle für regional unterschiedliches Vorgehen bei Unterbringung auf Verlangen aus den unterschiedlichen Perspektiven

Monitoring der Unterbringungen, GÖG-Datenerhebung

Folgende Punkte wurden bei der Präsentation der Unterbringungsdaten im Rahmen der Expertengespräche 2016 und 2017 diskutiert:

- » mögliche Gründe für den Anstieg an Unterbringungen im Jahr 2016
- » Unterschiede zwischen den Bundesländern (u. a. Einflussfaktor offener / geschlossener Bereich)
- » Steigerung der Unterbringungszahl bei den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen
- » Zunahme von Unterbringungen mit kurzer Unterbringungsdauer
- » geschlechtsspezifische Unterschiede (u. a. diagnosebedingt)
- » zunehmende Sensibilität für Selbst- und Fremdgefährdung bei betreuenden Verantwortlichen in Wohneinrichtungen bzw. Schule. zunehmende Bereitschaft, sich an die Psychiatrie zu wenden
- » Amtsärztinnen/Amtsärzte: Mangel in ländlichen Regionen, häufige Fehlzuweisungen, Umgehung des § 8 durch Anwendung von § 9 Abs. 2

35

https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Psychische_Gesundheit/Suizid/Suizid_und_Suizidpraevention_SUPRA (letzter Zugriff 18. 06. 2019)

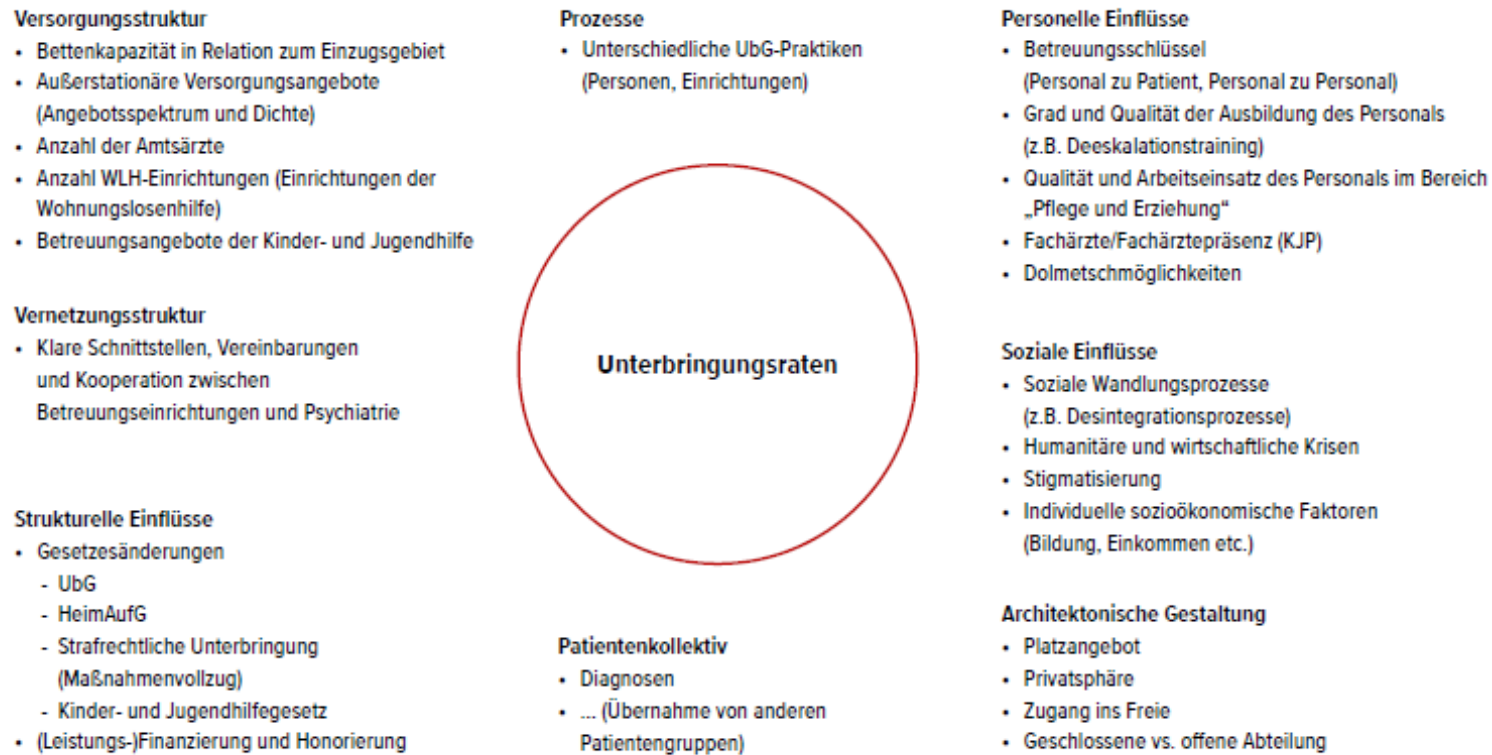
- » Meldung und Auswertung von Daten zu Einweisungen nach §§ 8 bzw. 9 UbG ohne nachfolgende Aufnahme in die Psychiatrie wäre sehr wichtig.
- » Erfassung von Diagnosedaten im Rahmen der Krankenhausdatenerhebung der GÖG: Entlassungsdiagnose als validere Diagnose im Vergleich zur Aufnahmediagnose, die mehr Hinweise auf den Grund der Unterbringung gibt.
- » Mehr Information zu Gründen für die Unterbringung, Ursachen (u. a. Armut, kumulative Belastungsfaktoren) wäre gut, um präventive Ansätze ableiten zu können.
- » Unterbringungen auf Verlangen
- » Auswertungen auf Bundeslandebene?
- » Verbesserung der Dokumentation von Beschränkungen wünschenswert (§ 34a, Behandlungen gegen den Willen der Patientin / des Patienten). Einheitliche Meldeformulare? NÖ Landeskliniken-Holding als Best-Practice-Beispiel?

Als Beispiel für einen Standort präsentierte Christoph SILBERBAUER 2016 bei der West-Runde Auswertungen zu Unterbringungen des Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck.

Einflussfaktoren auf die Unterbringungshäufigkeit

Unter Mitwirkung der Teilnehmenden an den Expertengesprächen erstellte die GÖG einen Überblick über mögliche Einflussfaktoren auf die Unterbringungshäufigkeit. Diese sind vielseitig und unterliegen komplexen Wechselwirkungen. Im Rahmen des Expertengesprächs 2016 wurde eine erste Ergänzung des vorgestellten Modells vorgenommen:

Abbildung 6.1:
Mögliche Einflussfaktoren auf die Unterbringungshäufigkeit (Stand Jänner 2018)



Quelle und Darstellung: GÖG auf Basis der Expertengespräche zur Unterbringung in der Psychiatrie 2016

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Seit dem Jahr 2005 erhebt die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK) Daten zur Vollziehung des UbG, seit 2012 veranstaltet sie Expertengespräche mit Praktikerinnen und Praktikern aus ganz Österreich zu unterschiedlichen Fachthemen im Zusammenhang mit dem UbG. Ziel ist es, durch Transparenz hinsichtlich Praxis und Vollziehung des UbG die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten in diesem sensiblen Versorgungsbereich zu verbessern. Als Ergebnis der langjährigen Arbeiten liegt eine einzigartig umfassende und österreichweit vergleichbare Datengrundlage im Bereich der Unterbringungen gemäß UbG vor, die eine Beobachtung der wichtigsten Entwicklungen und Trends ermöglicht.

Im Laufe der Jahre konnte die **Vollständigkeit und Qualität der Daten kontinuierlich verbessert** werden. Informationen zu ausgewählten Bereichen u. a. resultierend aus den jährlichen Datenerhebungen und den Expertengesprächen wurden kontinuierlich aufgenommen und ergänzen das Bild. So wurden auch Daten der Kinder- und Jugendpsychiatrie integriert und laufend ausgebaut und vermehrt Daten der Patientenanzahl in den Bericht aufgenommen – diese sind inzwischen österreichweit vergleichbar. Auswertungen zu Diagnosen wurden inkludiert ebenso wie Informationen zu Unterbringungen während des Aufenthalts und zur Anzahl der untergebrachten Personen. Zur Unterstützung eines Benchmarkings wurden bei Indikatoren regionale bzw. standortbezogene Schwankungsbreiten ergänzt. In den Krankenhäusern sind zunehmend standardisierte elektronische Auswertungen möglich; dies trägt zu einer besseren Datenqualität bei und reduziert den krankenhausinternen Erhebungsaufwand deutlich (vormals war häufig eine händische Auszählung nötig). Akteure zeigen tendenziell größeres Interesse an Daten, v. a. in Hinblick auf das damit verbundene Potenzial für Qualitätssicherung und -verbesserung.

Bei der Anwendung des UbG zeigt sich, dass das Gesetz zwar einen österreichweit einheitlichen Rahmen bietet, in der Praxis bestehen jedoch nach wie vor **sehr große regionale und standortspezifische (Krankenhaus, Gericht) Unterschiede**. Die Gründe und Einflussfaktoren sind sehr vielfältig, sie werden von der GÖG systematisch gesammelt und in den Expertengesprächen regelmäßig diskutiert und ergänzt. Viele Wirkfaktoren und -zusammenhänge werden dadurch konkreter fassbar, sichtbar wird dadurch auch, dass zur Qualitätsverbesserung an vielen Punkten angesetzt werden kann.

Das nachhaltig große Interesse an den **Expertengesprächen** bestätigt, dass dieses Format wichtige Funktionen erfüllt. Die **gemeinsame Reflexion der Daten, die Diskussion ausgewählter Fachthemen sowie der generelle perspektivenübergreifende Austausch liefern neue Erkenntnisse und Erklärungsansätze und unterstützen den Wissenstransfer zwischen Policy und Practice** auf optimale Weise. Der Austausch ist vertrauensbildend und von großem gegenseitigem Interesse, von Wertschätzung und Offenheit geprägt. 2016 wurden erstmals auch **Betroffenenvertreterinnen und -vertreter eingebunden**. Dies war ein wichtiger, ja notwendiger Schritt – so kann nun auch die Expertise aus eigener Erfahrung in die Diskussion einfließen.

Die Daten zeigen, dass die bevölkerungsbezogene **Unterbringungsrate** seit dem Jahr 2000 – mit einer kurzen Unterbrechung 2013 / 2014 – **konstant gestiegen** ist. Zwischen den Bundesländern bestehen große Unterschiede. Auffällig und besorgniserregend ist die **Zunahme der bevölkerungsbezogenen Rate untergebrachter Personen bei Kindern und Jugendlichen** unter 18 Jahren.

Erfreulich ist die **Abnahme** der Anzahl an Unterbringungen, bei denen es zu zumindest einer **Bewegungseinschränkung** kommt. Der Anteil an **Kurzunterbringungen** hat über die Jahre zugenommen. Expertinnen/Experten berichten, dass die **Gruppe der untergebrachten Personen über die Zeit heterogener geworden ist**, u. a. aufgrund demografischer und sozialer Entwicklungen (z. B. hohe Anzahl an von Demenz betroffenen Personen), aufgrund veränderter Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen (z. B. Verlagerung der stationären Versorgung in den ambulanten Bereich) sowie bedingt durch aktuelle Geschehnisse (z. B. die „Flüchtlingskrise“).

Bei den untergebrachten Personen gibt es eine relativ geringe Anzahl, **die besonders häufig untergebracht werden** (öfter als 5 Mal) **und/oder besonders lange Unterbringungsauern aufweisen**. Diese selbst sowie die mit ihnen im Austausch befindlichen professionellen Helfer/-innen sind stark gefordert.

Kooperation und Vernetzung spielen bei Unterbringungen nach dem UbG eine zentrale Rolle, um die Zusammenarbeit der verschiedenen beteiligten Akteure zu optimieren und dadurch eine höhere Versorgungsqualität für die Patientinnen/Patienten zu gewährleisten. Heterogene Vorstellungen und Bilder, mangelndes Wissen über Zuständigkeiten bzw. Aufträge sowie vielfach unbekannte wechselseitige Erwartungen sind für alle herausfordernd. Dies zeigt sich z. B. bei der Abstimmung psychiatrischer und somatischer Versorgungsbereiche u. a. in Zusammenhang mit der Anwendung des HeimAufG oder bei der Abstimmung zwischen KJP und Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Nur teilweise existieren definierte Prozesse und Standards der Zusammenarbeit. Fehluweisungen medizinischer Art können wertvolle Zeit kosten und schwere gesundheitliche Implikationen haben.

Für die **Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen** haben einige Standorte bereits Standards erarbeitet, auch die ÖGPP hat dazu Empfehlungen publiziert. Dennoch sind die Praktiken sehr unterschiedlich, u. a. bedingt durch Rahmenbedingungen wie Architektur, Personalschlüssel, Betten, aber auch durch Ausbildung oder Haltung des Personals. Schulungen in Deeskalation finden vielfach statt, allerdings je nach Standort sehr unterschiedlich (Ausmaß, Finanzierung).

Bereits seit langem ist bekannt, dass **vielerorts, insbesondere im ländlichen Bereich, ein Mangel an Amtsärztinnen/Amtsärzten** besteht. In Hinblick auf das UbG ist das problematisch, da die Notfallprozedur (§ 9 Abs. 2) häufig zum Standard wird. Dieses Thema ist immer wieder Gegenstand der Expertengespräche.

Auch gesellschaftliche Entwicklungen wirken auf die Psychiatrie bzw. die psychiatrische Versorgung und stellen diese vor (neue) Herausforderungen (u. a. demographische Entwicklungen, vermehrter Einsatz neuer Technologien, Abbau von Sozialschutzmaßnahmen, stärkere Diskussion von Datenschutz, zunehmende Unsicherheit und Individualisierung).

In der Vergangenheit hat die Arbeit mit **unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen** insbesondere die KJP gefordert. Sprachliche und kulturelle Aspekte sind aber auch vermehrt im Erwachsenenbereich Thema, Videodolmetschen wird stärker genutzt.

Veränderungen im Arbeitszeitgesetz sowie Ausbildungsreformen (Ärzte-Gesetz, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) fordern einige Standorte beträchtlich, u. a. berichten Expertinnen/Experten von personellen Engpässen und befürchteten Qualitätseinbußen in der Versorgung.

Gewalt und Aggression – sowohl gegenüber der Patientin / dem Patienten als auch gegenüber dem Personal – und damit verbundene Themen (u. a. Anwendung von Zwangsmaßnahmen, Beschränkungen, Erfassung von Aggressionsereignissen, Personalschulungen, architektonische Maßnahmen, Behandlungskonzepte, Einsatz von Security-Personal in Krankenhäusern, Videoüberwachung) werden vermehrt thematisiert.

Aus den vorliegenden Arbeiten lassen sich folgende **Empfehlungen** ableiten:

Mehr Aktivitäten und Arbeiten zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen sollen stattfinden; zentraler aktueller Bezugspunkt sind die Arbeiten der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung (u.a. die Durchführung einer nationalen Bestandserhebung über Anti-Stigma-Aktivitäten)³⁶.

Automatisierte vergleichbare elektronische Datenerfassung, -erhebung und -analyse v. a. auf Ebene der einzelnen Standorte / Träger soll ausgebaut werden, jedoch entlang bundeseinheitlicher Standards; aktueller Bezugspunkt dafür ist § 38 KaKuG.

Vertiefende Analysen, Forschung zu ausgewählten Themenschwerpunkten werden angeregt, z. B. Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen, häufige sowie besonders lange Unterbringungen, Beschränkungen.

Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote u. a. in den Bereichen kultursensible Gesprächsführung, Umgang mit Sprachbarrieren, Deeskalation, Konfliktmanagement sollen ausgebaut werden.

Standardisierte Kooperation/-en zwischen den UbG-Akteuren auf diversen Ebenen (institutions- und berufsgruppenübergreifend, regional, standortbezogen), z. B. durch gegenseitiges Kennenlernen, regelmäßigen Austausch, Definition von Handlungsempfehlungen, Standard-Operating-Procedures, Erstellung von Kooperationsvereinbarungen etc. sollen etabliert und gefördert werden.

Einbindung von Expertinnen/Experten aus eigener Erfahrung (Betroffene sowie Angehörige) bei diversen UbG-Anliegen (auf individueller Ebene in der konkreten Behandlungssituation, z. B. Abschluss von Behandlungsvereinbarungen, Nachbesprechung von Beschränkungsmaßnahmen, aber

36

Siehe dazu u. a. https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/News_Veranaltungen/Newsletter/Archiv/Newsletter_August_2018

auch als Interessensvertretungen, z. B. bei der Planung neuer Einrichtungen, Behandlungskonzepte etc.) soll selbstverständlich sein und frühzeitig stattfinden.

Bei architektonischen Veränderungen z. B. Neubauten sollen bestehende Standards und Literatur berücksichtigt sowie Erfahrungen anderer Standorte (z. B. Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien) genutzt werden.

8 Referenzierte Literatur

BMGF (2014): Erlass, Einsatz von psychiatrischen Intensivbetten in Einrichtungen nach dem UbG und HeimAufG. 22.07.2014, Schreiben ergangen an alle Landeshauptfrauen und -männer.

Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl 1 55/1990) (NR: GP XVII RV 464 AB 1 202 S 132. BR: AB 3 820 S 526.) <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936>

Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz – HeimAufG), BGBl. I/11/2004). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003231> (letzter Zugriff 23. 8. 2019)

Bundesgesetz, mit dem das Unterbringungsgesetz, das Heimaufenthaltsgesetz und das Strafvollzugsgesetz geändert werden (Unterbringungs- und Heimaufenthaltssnovelle 2010 –Ub-HeimAuf-Nov 2010, BGBl 18/2010), http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2010_I_18/BGBLA_2010_I_18.pdf (letzter Zugriff 23. 8. 2019)

Bundesgesetz, mit dem das Erwachsenenvertretungsrecht und das Kuratorenrecht im Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch geregelt werden und das Ehegesetz, das Eingetragene Partnerschaft-Gesetz, das Namensänderungsgesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Außerstreitgesetz, die Zivilprozessordnung, die Jurisdiktionsnorm, das Rechtspflegergesetz, das Vereinssachwalter-, Patientenanwalts- und Bewohnervertretergesetz, das Unterbringungsgesetz, das Heimaufenthaltsgesetz, die Notariatsordnung, die Rechtsanwaltsordnung, das Gerichtsgebührengesetz und das Gerichtliche Einbringungsgesetz geändert werden (2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG), https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_59/BGBLA_2017_I_59.pdf (letzter Zugriff 23. 8. 2019)

Bundesrechenzentrum (1996–2017): Daten der Bezirksgerichte zur Unterbringung für die Jahre 1996–2017

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

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, Cadeyrn J.; Elsom, Stephen J.; Happell, Brenda (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 (2008): Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes 2006–2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- GÖG/ÖBIG (2006): Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes 2003–2005. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- GÖG/ÖBIG (2005): Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes 2001–2002. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- GÖG (2018). Daten der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen zur Anwendung des UbG im Jahr 2017. Erhebung der GÖG im Jahr 2018. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- GÖG (2017) Daten der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen zur Anwendung des UbG im Jahr 2016. Erhebung der GÖG im Jahr 2017. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- GÖG (2017): Protokoll Expertengespräche zur Unterbringung (Runde Ost–Österreich) am 18. 10. 2017 in Wien. Im Auftrag des BMGF.
- GÖG (2017): Protokoll Expertengespräche zur Unterbringung (Runde West–Österreich) am 4. 10. 2017 in Salzburg.
- GÖG (2017): Protokoll Expertengespräche zur Unterbringung (Runde KJP) am 8. 11. 2017 in Wien.
- GÖG (2016): Protokoll Expertengespräche zur Unterbringung (Runde Ost–Österreich) am 12. 10. 2016 in Wien.
- GÖG (2016): Protokoll Expertengespräche zur Unterbringung (Runde West–Österreich) am 6. 10. 2016 in Salzburg.
- GÖG (2016): Protokoll Expertengespräche zur Unterbringung (Runde KJP) am 4. 11. 2016 in Wien.
- GRUG (2017), Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017. Bundesgesetzblatt, mit dem ein Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG) erlassen und das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern–Sozialversicherungsgesetz, das Beamten–Kranken– und Unfallversicherungsgesetz, das Unterbrin–

- gungsgesetz, das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, das Gesundheitstelematikgesetz 2012, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Hebammengesetz, das Medizinische Assistenzberufe-Gesetz und das Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz geändert werden. Ausgegeben am 2. August 2017. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_131/BGBLA_2017_I_131.pdf (letzter Zugriff 23. 8. 2019)
- Hagleitner, Joachim; Ladurner, Joy (2014): Qualität trotz Zwang – Herausforderung für die Psychiatrie. *Neurologie und Psychiatrie* 1(14): 29–31
- IfS-Patientenadvokatur Vorarlberg (2011–2016): Jahresberichte 2010 bis 2017. Institut für Sozialdienste, Rankweil
- Ladurner, Joy; Nowotny, Monika; Sagerschnig, Sophie (2018): Unfreiwillige Unterbringung in der Psychiatrie. In: *Jartos Neurologie & Psychiatrie* 2018/1:43–48
- Ladurner, Joy; Sagerschnig, Sophie; Nowotny, Monika (2015): Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. 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
- Ladurner, Joy; Hagleitner, Joachim (2011): Analyse Unterbringungsgesetz 2010. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des BMG, Wien
- ÖGPP (2017): Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP) zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der Psychiatrie und psychotherapeutischen Medizin. Wien 24.8.2018. https://www.oegpp.at/fileadmin/user_upload/news/OEGPP_FBM_Empfehlungen_final1.pdf (letzter Zugriff 23. 8. 2019)
- Sagerschnig, Sophie; Nowotny, Monika; Ladurner, Joy (2017): Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Berichtsjahre 2014/2015. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Universalraum GmbH (2012): Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie. Band 1. Dresden, Universalraum GmbH
- VertretungsNetz-Patientenadvokatur (2018): Unterbringungshäufigkeit und weitergehende Beschränkungen an psychiatrischen Abteilungen. Aktuelle Zahlen (2017). Poster
- VertretungsNetz-Patientenadvokatur (2010–2017): Ausgewählte Auswertungen zu Unterbringungen für die Jahre 2010 bis 2017.

9 Weiterführende Literatur (ab 2010)

Allgemeines, Recht, (internationaler) Systemvergleich

Aigner, Doris (2015): Wahnsinn: Eine Frage der Macht. Auswirkungen der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen auf Freiheitsbeschränkungen durch Psychiatrie in Österreich. Dissertation. 25. August 2015. Wien

CPT (2017): Means of restraint in psychiatric establishments for adults (revised CPT standards). European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Council of Europe. Strasbourg, 21 March 2017

Forster, Rudolf (2016): The Times They Are A-Changin'. 25 Jahre Patientenanwaltschaft im Wandel der Zeit. Vortrag anlässlich „25 Jahre Patientenanwaltschaft – Erfolgreicher Rechtsschutz in der Psychiatrie. Wien, 18. Oktober 2016

FRA (2012). Unfreiwillige Unterbringung und Behandlung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen. European Union Agency for Fundamental Rights. Agentur der Europäischen Union für Grundrechte, Wien

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

Hemkendreis, Bruno; Löhr, Michael; Schulz, Michael; Nienaber, André (2013): Praxisempfehlung Intensivbetreuungen. Ein erster Schritt in die richtige Richtung. Erstveröffentlicht in: Psych Pflege 2013; 19: 90–92. Stuttgart, New York

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

ÖGERN (2018): Psychiatrische Notfälle im Spannungsfeld zwischen Freiheit und Sicherheit. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Notfallmedizin. Band 5. Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin. Tagungsband. Symposium vom 8.11.2017 an der Kepler Universität Linz. Graz

SAMW (2015): Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizinisch-ethische Richtlinien. 1. Auflage 2500 (Dezember 2015). Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Bern

Steffen, Michael; Gschaider, Andreas (2016): 25 Jahre Unterbringungsgesetz: Eine kritische Bestandsaufnahme zum Status Quo des Rechtsschutzes bei zwangsweisen Unterbringungen in der Psychiatrie aus Sicht der Patientenanwaltschaft – Teil I. Journal für Medizin- und Gesundheitsrecht 0 (2016), 30–33

Volksanwaltschaft (2017): Sonderbericht. Kinder und ihre Rechte in öffentlichen Einrichtungen. Dezember, Wien

Volksanwaltschaft (2016). Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat 2016. Band Präventive Menschenrechtskontrolle. März, Wien

WHO (2018): Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen

Zhang, Simei; Mellsop, Graham; Brink, Johann; Wang, Xiaoping (2015): Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neuroscience Bulletin* 31 (1): 99–112

Ältere Menschen

Dobrohotoff, John T.; Llewellyn-Jones, Robert H. (2011): Psychogeriatric inpatient unit design: a literature review. *Journal of International Psychogeriatrics* 23(2): 174–189

Hung, Lilian; Loewen, Elizabeth; Bindley, Buffy; McLaren, Debra; Feist, Travis; Phinney, Alison (2014): The Impact of an Acute Psychiatry Environment on Older Patients and Their Families. *Journal of Gerontological Nursing*: 1–7

Jagsch, Christian; Kainz, Elmar J.; Klug, Günter (2015): Versorgung älterer psychisch Kranker in Österreich: stationäre akutpsychiatrische, Langzeit- und ambulante Betreuungsaspekte. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 16 (4), 149–158

Architektur und Psychiatrie

Enser, John; MacInnes, Douglas (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

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

Richter, Dirk; Hoffmann, Holger (2014): Architektur und Design psychiatrischer Einrichtungen. *Psychiat Prax* 41(03): 128–134

Rohe, Tim; Dresler, Thomas; Stuhlinger, Monika; Weber, Markus; Strittmatter, Thomas; Fallgatter, Andreas J. (2017): Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen. *Der Nervenarzt*. 88(1): 70–77

Ruhl, Ilija (2013): Psychiatrie und Architektur. GP Gemeindepсихиатрии.info. <http://gemeindepсихиатрии.info/psychiatrie-und-architektur/> (letzter Zugriff am 23. 8. 2019)

Sendula-Jengic, Vesna; Juretic, I.; Hodak, Jelena (2011): Psychiatric hospital—from asylums to centres for mind–body wellness. *Collegium Antropologicum* 35(4): 979–988

Shoemaker, Lorie K.; Swanson Kazely Abby; White, Andrea (2010): Making the case for evidence–based design in healthcare: a descriptive case study of organizational decision making. *Herd* 4(1): 56–88

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

Bauliche Suizidprävention in Krankenhäusern

Bowers, Thomas L.; Banda, Tumi; Llewellyn, Henk; Nijman, Inge (2010): Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *Journal of Nervous and Mental Disease* 198(5): 315–328

Hough, David; Lewis, Philip (2010): A suicide prevention advisory group at an academic medical center. *Military Medicine* 175(5): 347–351.

Hunt, James M. (2014): Eliminate curtains from all patient accessible areas. *Behavioral Health* 34(3): 38–40.

Mills, Peter D.; Watts, Vince B.; DeRosier, Joseph M., Tomolo, Anne; Bagian, James (2012): Suicide attempts and completions in the emergency department in Veterans Affairs Hospitals. *Journal of Emergency Medicine* 29(5): 399–403.

Mills, Peter D.; Watts, Vince; Miller, Steven; Kemp, Jan R.N.; Knox, Kerry; DeRosier, Joseph, M.; Bagian, James P. (2010): A checklist to identify inpatient suicide hazards in veterans affairs hospitals. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 36(2): 87–93.

Mohl, Andreas; Stulz, Niklaus; Martin, Andrea; Eigemann, Franz, Hepp, Urs; Hüsler, Jürg; Beer, Jürg H. (2012): The Suicide Guard Rail: a minimal structural intervention in hospitals reduces suicide jumps. *BMC Research Notes* 5(1): 408.

Sakinofsky, Isaac (2014): Preventing suicide among inpatients. *Canadian Journal of Psychiatry* 59(3): 131–140.

Watts, Bradley V.; Mills, Peter, D.; Young–Xu, Yinong, DeRosier, Joseph M. (2012): Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Archives of General Psychiatry* 69(6): 588–592.

Einflussfaktoren auf Unterbringungsraten

- de Jong, Mark H.; Kamperman, Astrid M.; Oorschot, Margreet; Priebe, Stefan.; Bramer, Wichor; van de Sande, Roland.; Van Gool, Arthur R.; Mulder, Cornelis L. (2016): Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *JAMA Psychiatry* 73/7657-664
- Dressing, Harald; Salize, Hans Joachim (2004): [Is there an increase in the number of compulsory admissions of mentally ill patients in European Union Member States?]. In: *Gesundheitswesen* 66/4240-245
- Hoffmann, Knut; Haussleiter, Ida Sybille; Illes, Franciska; Jendreyschak, Jasmin.; Diehl, Anke; Emons, Barbara; Armgart, Carina; Schramm, Anja.; Juckel, Georg (2017): Preventing involuntary admissions: special needs for distinct patient groups. In: *Ann Gen Psychiatry* 16/3
- Juckel, Georg; Haussleiter, Ida Sybille (2014): Die stationäre Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG NRW) – was sind die stärksten Prädiktoren? *Psychiatr Prax* 43: 133-139
- Lay, Barbara; Salize, Hans Joachim; Dressing, Harald; Rüsck, Nicolas; Schönenberger, Thekla; Buhlmann, Monika; Bleiker, Marco; Lengler, Silke; Korinth, Lena; Rössler, Wulf (2012): Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care through psycho-education and crisis focused monitoring. In: *BMC Psychiatry* 12/136
- Meise, Ulrich; Frajo-Apor, Beatrice (2011): [The "subjective aspects" of restraint and violence in psychiatry]. In: *Psychiatr Prax* 38/4161-162
- Myklebust, Lars Henrik; Sorgaard, Knut; Wynn, Rolf. (2014): Local psychiatric beds appear to decrease the use of involuntary admission: a case-registry study. In: *BMC Health Services Research* 14/64
- Pawlowski, Tomasz; Baranowski, Piotr (2018): How patients' characteristics influence the use of coercive measures. *Indian Journal of Psychiatry* 59:152-132
- Ruchlewska, Asia; Wierdsma, Andre I.; Kamperman, Astrid M.; van der Gaag, Mark; Smulders, Renee; Roosenschoon, Bert-Jan; Mulder, Cornelis L. (2014): Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. In: *PLoS One* 9/3e91882
- Weich, Scott; McBride, Orla; Twigg, Liz; Duncan, Craig; Keown, Ppatrick; Crepaz-Keay, David; Cyhlarova, Eva; Parsons, Helen; Scott, Jan; Bhui, Kamaldeep (2017): Variation in compulsory psychiatric inpatient admission in England: a cross-classified, multilevel analysis. In: *Lancet Psychiatry* 4/8619-626

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

BMJ et al. (2011): Heimaufenthaltsgesetz. Erläuterungen zur medikamentösen Freiheitsbeschränkung. Manual (Stand 2011), Wien

Borckardt, Jeffrey; Madan, Alok; Grubaugh, Anouk L.; Danielson, Carla Kmett; Pelic, Cristopher G.; Hardesty, Susan J.; Hanson, Rochelle.; Herbert, Joan; Cooney, Harriet; Benson, Anna; Frueh, Christopher B. (2011): Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. In: *Psychiatric Services* 62/5:477–483

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

Cibis, Mara-Lena, Wackenhagen, Carolin; Müller, Sabine; Lang, Undine E.; Schmidt, Y., Heinz, Anreas. (2017): Comparison of Aggressive Behaviour, Compulsory Medication and Absconding Behaviour Between Open and Closed door Policy in an Acute Psychiatric Ward. *Psychiatr. Prax*, 44 (3): 141–147

Frajo-Apor, Beatrice; Macha, Immina., Kemmler, Georg., Meise, Ulrich. (2013): Mechanische Bewegungseinschränkungen: Die klinische Praxis an einer psychiatrischen Universitätsklinik. *Neuropsychiatrie* 27: 84–91

Hemkendreis, Bruno; Keitel, Sven; Prestin, E.; Sauter, D; Schiel, Sabine; Scheydt, Stefan; Staudter, Claus; Walter, Gernot (2016): Stellungnahme der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der akutpsychiatrischen stationären Versorgung. DFPP. 28. April 2016, Güterloh, Ulm, Münster, Großumstadt

Hilbe, Johannes; Jaquemar, Susanne (2013): Prävalenz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in österreichischen Alten- und Pflegeheimen. *Österreichische Pflegezeitschrift* 5: 25–29

Hochstrasser, Lisa; Fröhlich, Daniela; Schneeberger, Andres R., Borgwardt, Stefan; Lang, Undine E., Stieglitz, Rolf-Dieter; Huber Christian G. (2018): Long-term reduction of seclusion and forced medication on a hospital-wide level: Implementation of an open-door policy over 6 years. *Eur Psychiatry*, 48: 51–57

Hoffmann, K., Haussleiter, Ida Sybille, Illes, Franciska, Jendreyschak, J., Diehl, Anke, Emons, Barbara; Amgart, Carina; Schramm, Anja., Juckel, Georg. (2017): Preventing involuntary admissions: special needs for distinct patient groups. *Ann Gen Psychiatry*. 16 (3): 1–9

Kopetzki, Christian (2016): Das Unterbringungsgesetz vor dem EGMR. *Recht der Medizin* 138: 277

Kölch, Michael; Vogel, Harald (2016): Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 44 (1), 1–11

- Meise, Ulrich; Frajo-Apor, Beatrice (2011): Die „subjektive Seite“ von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie. *Psychiat Prax* 38: 161–162
- Madan, Alok; Borckardt, Jeffrey J.; Grubaugh, Anouk L; Danielson, Carla K.; McLeod-Bryant, Stephen; Cooney, Harriet; Herbert, Joan; Hardesty, Susan J.; Frueh, Christopher (2014): Efforts to Reduce Seclusion and Restraint Use in a State Psychiatric Hospital: A Ten-Year Perspective. *Psychiatric Services*
- MHE (2017): Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe. *Mental Health Europe. Report*
- Pimon, Rosalinde (2010): Freiheitsbeschränkung durch Medikamente – Erfahrungen der Bewohnervertretung. *iFamZ*. September 2010: 280
- Richter, Dirk (2014): Deeskalation von Konfliktsituationen. Strategie zur Vermeidung von Konfliktsituationen. 20: 221–225
- Rose, Diana; Perry, Emma; Rae, Sarah; Good, Naomi (2017): Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. *BJPsych International*. 14(3): 59–61
- Sibitz, Ingrid; Scheutz, Alexandra; Lakeman, Richard; Schrank, Beate; Schaffer, Markus; Amering, Michaela (2011): Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry* 199: 239–244
- van der Schaaf, Petra S.; Dusseldorp, Elise.; Keuning, F.M.; Janssen, W.A.; Noorthoorn, Eric.O. et al. (2013): Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *British Journal of Psychiatry* 202:142–149

Anhang

Tabelle A.1: Entwicklung der bei den Gerichten gemeldeten Unterbringungen ohne Verlangen, 1991–2017

Tabelle A.2: Mit dem Unterbringungsverfahren betraute Bezirksgerichte (Stand 2017)

Tabelle A.3: Anzahl der Unterbringungen ohne Verlangen, Anzahl der Anhörungen mit Anteil der Unzulässigkeitsentscheidungen sowie Anzahl mündlicher Verhandlungen mit Anteil der Unzulässigkeitsentscheidungen, 2016

Tabelle A.4: Anzahl der Unterbringungen ohne Verlangen, Anzahl der Anhörungen mit Anteil der Unzulässigkeitsentscheidungen sowie Anzahl mündlicher Verhandlungen mit Anteil der Unzulässigkeitsentscheidungen, 2017

Tabelle A.5: Gerichtliche Prüfung von Beschränkungen und Behandlungen, 1996–2017

Tabelle A.6: Verteilung der Aufnahmearten, 1995–2017

Tabelle A.1:
Entwicklung der bei den Gerichten gemeldeten Unterbringungen ohne Verlangen, 1991–2017

Jahr	gemeldete Unterbringungen ohne Verlangen	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
2014	23.486	-326	-1,4
2015	24.308	822	3,5
2016	24.931	623	2,6
2017	25.301	370	1,5

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Tabelle A.2:

Mit dem Unterbringungsverfahren betraute Bezirksgerichte (Stand 2017)

Bezirksgericht	zugehörige Krankenhäuser
BG Innere Stadt Wien	Krankenanstalt Rudolfstiftung
BG Wien-Favoriten	SMZ SÜD Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital
BG Wien-Hietzing	KH Hietzing – Rosenhügel
BG Wien-Fünfhaus	Otto-Wagner-Spital
BG Wien-Donaustadt	SMZ-Ost – Donauspital
BG Wien-Josefstadt	AKH Wien (Universitätsklinik für Psychiatrie)
BG Amstetten	LKL Mauer
BG Baden	LKL Baden
BG Hollabrunn	LKL Hollabrunn
BG Melk (fr. Ybbs)	Therapiezentrum Ybbs a. d. Donau
BG Mödling	LKL Mödling (Hinterbrühl)
BG Tulln	Universitätsklinikum Tulln
BG Waidhofen/Thaya	LKL Waidhofen/Thaya (Waldviertler Zentrum für Seelische Gesundheit)
BG Neunkirchen	LKL Neunkirchen
BG Eisenstadt	KH Barmherzige Brüder Eisenstadt
BG Braunau/Inn	KH St. Josef Braunau
BG Linz	Kepler Universitätsklinikum (Neuromed Campus)
BG Steyr	LKH Steyr
BG Vöcklabruck	Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck
BG Wels	Klinikum Wels-Grieskirchen (Wels)
BG Sankt Johann/Pongau	Kardinal Schwarzenberg Klinikum
BG Salzburg	Christian-Doppler-Klinik Universitätskliniken Salzburg
BG Graz-Ost	LKH-Univ. Klinikum Graz
BG Graz-West	KH Barmherzige Brüder Graz-Eggenberg
BG Graz-West	LKH Graz II
BG Klagenfurt	Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
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; LKH = Landeskrankenhaus; LKL = Landesklinikum; UKL = Universitätsklinik, SMZ = Sozialmedizinisches Zentrum

Quelle: Bundesrechenzentrum; Darstellung: GÖG

Tabelle A.3:

Anzahl der Unterbringungen ohne Verlangen,

Anzahl der Anhörungen mit Anteil der Unzulässigkeitsentscheidungen sowie

Anzahl mündlicher Verhandlungen mit Anteil der Unzulässigkeitsentscheidungen, 2016

Bezirksgericht	gemeldete UoV	Anzahl Anhörungen gesamt	2016		
			Anteil unzulässig (in Prozent)	Anzahl Verhandlungen gesamt	Anteil unzulässig (in Prozent)
BG Innere Stadt Wien	496	254	10,6	66	0,0
BG Favoriten	315	160	0,6	75	1,3
BG Hietzing ¹	233	0	0,0	159	0,6
BG Fünfhaus	2.131	1.462	8,9	623	5,3
BG Donaustadt	476	354	–	158	0,0
BG Josefstadt	196	164	1,2	79	1,3
BG Amstetten	892	441	5,7	112	6,3
BG Baden	549	269	4,5	117	4,3
BG Hollabrunn	265	179	7,8	52	0,0
BG Melk (fr. Ybbs)	10	5	0,0	0	–
BG Mödling ¹	74	0	–	12	8,3
BG Tulln	457	296	15,9	78	10,3
BG Waidhofen	153	107	0,0	75	26,7
BG Neunkirchen ¹	158	0	0,0	80	1,3
BG Eisenstadt ¹	211	132	0,0	44	0,0
BG Braunau/Inn	503	220	30,0	47	4,3
BG Linz	3.341	1.344	3,1	349	2,0
BG Steyr	300	126	9,5	35	2,9
BG Vöcklabruck	771	274	1,8	63	0,0
BG Wels	722	336	3,3	73	2,7
BG St. Johann im Pongau	464	162	2,5	73	2,7
BG Salzburg	1.560	553	2,0	152	0,0
BG Graz–Ost	195	174	14,4	57	17,5
BG Graz–West	5.318	2.679	3,3	478	4,8
BG Klagenfurt	1.508	1.042	–	315	4,8
BG Villach ¹	228	0	–	39	0,0
BG Hall/Tirol	1.144	889	6,9	464	5,0
BG Innsbruck	968	434	2,1	131	3,1
BG Kufstein	201	92	19,6	31	29,0
BG Lienz	119	52	1,9	14	7,1
BG Feldkirch	973	620	0,2	303	4,3
Gesamt	24.931	12.820	4,8	4.354	4,4

UoV = Unterbringung ohne Verlangen

¹ Dateninkonsistenzen aufgrund unterschiedlicher Administrationspraktiken

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Tabelle A.4:

Anzahl der Unterbringungen ohne Verlangen,

Anzahl der Anhörungen mit Anteil der Unzulässigkeitsentscheidungen sowie

Anzahl mündlicher Verhandlungen mit Anteil der Unzulässigkeitsentscheidungen, 2017

Bezirksgericht	gemeldete UoV	Anzahl Anhörungen gesamt	2017		
			Anteil unzulässig (in Prozent)	Anzahl Verhandlungen gesamt	Anteil unzulässig (in Prozent)
BG Innere Stadt Wien	477	226	5,3	62	4,8
BG Favoriten	369	203	2,0	89	0,0
BG Hietzing ¹	178	0	–	168	2,4
BG Fünfhaus	2.233	1.546	10,0	659	3,5
BG Donaustadt	477	161	0,6	166	0,6
BG Josefstadt	200	402	0,5	87	3,4
BG Amstetten	831	262	3,4	97	7,2
BG Baden	544	122	4,1	108	0,9
BG Hollabrunn	184	122	5,7	44	2,3
BG Melk (fr. Ybbs)	25	2	0,0	1	0,0
BG Mödling ¹	116	0	–	9	0,0
BG Tulln	432	276	13,4	79	12,7
BG Waidhofen	158	122	0,0	85	29,4
BG Neunkirchen ¹	149	0	–	72	4,2
BG Eisenstadt ¹	198	102	2,0	23	0,0
BG Braunau/Inn	541	260	25,8	64	12,5
BG Linz	3.504	1.565	1,7	392	1,0
BG Steyr	326	152	7,2	38	10,5
BG Vöcklabruck	755	302	0,0	77	0,0
BG Wels	751	328	2,1	83	6,0
BG St. Johann im Pongau	401	176	3,4	70	2,9
BG Salzburg	1.775	634	1,6	156	0,6
BG Graz–Ost	204	191	15,2	54	31,5
BG Graz–West	5.184	2.723	3,2	431	4,6
BG Klagenfurt	1.452	996	0,3	372	1,6
BG Villach ¹	224	0	–	30	0,0
BG Hall/Tirol	1.159	901	8,9	420	5,2
BG Innsbruck	1.069	420	2,4	114	4,4
BG Kufstein	157	81	8,6	19	21,1
BG Lienz	136	42	0,0	10	0,0
BG Feldkirch	1.092	695	0,7	311	5,8
Gesamt	25.301	13.380	4,3	4.390	4,5

UoV = Unterbringung ohne Verlagen

¹ Dateninkonsistenzen aufgrund unterschiedlicher Administrationspraktiken

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Tabelle A.5:
Gerichtliche Prüfung von Beschränkungen und Behandlungen, 1996–2017

Jahr	Prüfungen gesamt	Beschränkungen			Behandlungen		
		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
2014**	238	22	5	17	216	192	24
2015	231	18	6	12	213	187	26
2016	144	36	15	21	108	93	15
2017	117	16	4	12	101	84	17

* 1 zulässige Behandlung sowie 1 zulässige als auch 1 unzulässige Beschränkung bei einer Unterbringung auf Verlangen

** 1 unzulässige Behandlung sowie 4 zulässige als auch 1 unzulässige Beschränkung bei einer Unterbringung auf Verlangen

Quelle: Bundesrechenzentrum; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Tabelle A.6:
Verteilung der Aufnahmearten, 1995–2017

Jahr	Psychiatrische Aufnahmen		
	AoU 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
2014	72	27	1
2015	73	26	1
2016	70	28	2
2017	70	29	1

AoU = Aufnahme ohne Unterbringung; AUaV = Aufnahme mit Unterbringung auf Verlangen nach UbG;
AUoV = Aufnahme mit Unterbringung ohne Verlangen nach UbG

Quelle: Krankenhausdaten; Erhebung, Berechnungen und Darstellung: GÖG

