

Zur Unterbringung psychisch kranker Menschen: Rechtsanwendung und Kooperations- zusammenhänge

Abschlussbericht

AutorInnen Berichtsteil 1:

Walter Hammerschick, Hemma Mayrhofer, Andrea Fritsche

Autor Berichtsteil 2: Walter Fuchs

Auftraggeber:

Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Bundesministerium für Inneres

Wien, 18. April 2019

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary – Zusammenfassung zentraler Erkenntnisse..... I-XVI

1. Einleitung	3
1.1. Problemaufriss – Kontext der Studie.....	3
1.2. Zielsetzungen und Fragestellungen	5
2. Methodik.....	7
2.1. Forschungsdesign, Befragungsgruppen und räumlicher Fokus	7
2.2. Forschungsmodule im Detail.....	7
3. Wege in die Unterbringung	16
3.1. InitiatorInnen von Unterbringungen und Zugangswege zur psychiatrischen Abteilung im Überblick.....	16
3.2. Zugänge nach §§ 8 und 9 – Polizei und ärztliche Bescheinigungen	22
3.3. Aufnahme nach § 10 UbG im Krankenhaus.....	46
3.4. Nicht-Aufnahmen nach UbG-Zugang.....	50
3.5. Wichtige Eindrücke aus den Betroffenen-Interviews	55
3.6. Resümee zu den Wegen in die Unterbringung	57
4. Anwendungspraxis der Unterbringungsvoraussetzungen nach § 3 UbG	60
4.1. Psychische Krankheit.....	61
4.2. Ernstliche und erhebliche Gefährdung.....	65
4.3. Subsidiarität und Verhältnismäßigkeit – gelindere Alternativen zur Unterbringung in der Psychiatrie	70
4.4. Resümee zur Anwendungspraxis der Unterbringungsvoraussetzungen	72
5. Die gerichtliche Überprüfung.....	74
5.1. Vorbereitung und Informationsbasis der Überprüfung	74
5.2. Allgemeine Bewertung der gerichtlichen Überprüfung.....	77
5.3. Zur konkreten Umsetzung von Erstanhörungen und mündlichen Verhandlungen	83
5.4. Begutachtung durch Sachverständige.....	95
5.5. Unzulässigkeitserklärungen.....	99
5.6. Erkenntnisse aus den Interviews mit betroffenen Personen	100
5.7. Resümee zur gerichtlichen Überprüfung.....	103
6. Struktur, Dauer und Aufhebung der Unterbringung.....	107
6.1. Beurteilung der Ressourcenausstattung der Psychiatrien.....	107
6.2. Dauer der Unterbringung an den Fallstudienorten	111
6.3. Kurze Unterbringungen bis 4 Tage.....	112

6.4.	Lange Unterbringungen.....	115
6.5.	Rolle der PatientenanwältInnen bei der Aufhebung von Unterbringungen ohne Verlangen	117
6.6.	Anwendung von § 32a UbG	118
6.7.	Bedingte Unterbringung und bedingte Entlassung einer Unterbringung mit Auflagen.....	120
6.8.	Weitergehende Beschränkungen während der Unterbringung aus der Sicht Betroffener	121
6.9.	Resümee zu Strukturen, Dauer und Aufhebung der Unterbringung.....	124
7.	Exkurs: Kinder und Jugendliche auf „Erwachsenenstationen“	126
7.1.	Besonderheiten der Kinder und Jugendpsychiatrie (KJP).....	126
7.2.	Ergebnisse der vertiefenden Fallstudien	129
7.3.	Resümee zur Unterbringung von Kindern und Jugendlichen auf „Erwachsenenstationen“	131
8.	Entlassung und Nachsorge	132
8.1.	Ergebnisse der Online Befragung	132
8.2.	Erkenntnisse aus den Fallstudien.....	133
8.3.	Resümee zur Entlassung und Nachsorge.....	139
9.	Kommunikation und Kooperation	142
9.1.	Ergebnisse der Online-Befragung.....	142
9.2.	Erkenntnisse aus den vertiefenden Fallstudien.....	151
9.3.	Resümee zu Kommunikation und Kooperation.....	163
10.	Extramurale psychiatrische und (psycho-)soziale Versorgungssituation	167
10.1.	Ergebnisse der Onlinebefragungen.....	167
10.2.	Erkenntnisse aus den vertiefenden Fallstudien.....	172
10.3.	Resümee zur extramuralen Versorgungssituation.....	187
11.	Exkurs: Unterbringungen und Maßnahmenvollzug	191
12.	Resümee zu Anstieg und regionalen Differenzen der Unterbringungszahlen	193
	Literatur	201
	Abbildungsverzeichnis	203
	Berichtsteil 2: Sekundärstatistische Analysen (Walter Fuchs)	205
	(danach neu beginnende Seitennummerierung)	

Executive Summary – Zusammenfassung zentraler Erkenntnisse

Mit der vorliegenden Studie zum Unterbringungsrecht soll evidenzbasiertes wissenschaftliches Wissen zur tatsächlichen Rechtsanwendung sowie zu den Bedingungsfaktoren und Folgewirkungen der aktuell stark differierenden Rechtspraxis bereitgestellt werden. Dabei interessierte auch die Kommunikation und Kooperation zwischen unterschiedlichen Stellen, die mit psychisch erkrankten Personen mit Selbst- und Fremdgefährdungspotenzial zu tun haben. Zudem wurde auf das Zusammenwirken von Unterbringungen in der Psychiatrie mit den Strukturen der psychiatrischen Versorgungslandschaft und psychosozialen Infrastruktur sowie sozialer Unterstützungsangebote allgemein geachtet. Die Studienergebnisse auf Basis umfassender, aussagekräftiger empirischer Daten unterstützen damit die Realisierung und Optimierung einer effektiven und kongruenten Rechtsanwendung des Unterbringungsgesetzes gemäß den rechtlichen Intentionen. Die nachfolgende Ergebniszusammenfassung baut auf den Resümees zu jedem Teilkapitel auf, folgt deren inhaltlicher Struktur und verdichtet sie hier nochmals auf die zentralen Erkenntnisse.

Wege in die Unterbringung

- Angehörige und Heime bzw. Wohneinrichtungen sind sehr häufige **InitiatorInnen** von Unterbringungen ohne Verlangen. Dies ist wenig überraschend, haben sie doch besonders umfassende Einblicke in die Lebenssituation und in Veränderungen der gesundheitlichen Situation der betroffenen Personen. Wenn die privaten oder professionellen Unterstützungssysteme an ihre Grenzen stoßen, kann die Psychiatrie als mögliche Lösung erscheinen bzw. eine solche darstellen. Als neuralgische Frage hierbei zeigt sich, inwieweit die stationäre Psychiatrie tatsächlich die geeigneteren Behandlungsmöglichkeiten anbieten kann, die durch andere, gelindere Mittel nicht realisierbar wären, oder inwieweit sie aufgrund mangelhaft bereitstehender Alternativen und Ressourcen schnell (manchmal ev. auch vorschnell) zum einzig verfügbaren Mittel wird.
- Zugänge nach UbG, d.h. gegen oder ohne den Willen der betroffenen Person, weisen große Umsetzungsunterschiede auf, sie unterscheiden sich insbesondere regional sehr stark. Dieser **ärztlichen Vorprüfung** einer Einweisung in die Psychiatrie **nach § 8 UbG** wird einerseits fast durchgängig eine grundsätzlich sehr wichtige Kontrollfunktion zugesprochen. Faktisch zeigt sich beachtlicher Zweifel, ob diese wichtige Kontroll- und Filterfunktion tatsächlich ausreichend wahrgenommen werden kann und wahrgenommen wird. Diesbezügliche Mängel zeigen sich vor allem in ungenügend vorhandenen oder unzuverlässig erreichbaren bzw.

zeitlich teils nicht verfügbaren ÄrztInnen begründet. Die vertiefenden Fallstudien machen deutlich, dass das Problem behebbar ist und manche Regionen Beispiele guter Praxis bieten – etwa das ÄrzteePool-System am Fallstudien-Standort 3. Die Filterfunktion der ärztlichen Bescheinigungen kann zudem durch eine – teils beobachtbare – hohe Sicherheitsorientierung im Sinne der Vermeidung von Verantwortlichkeit für die Ablehnung einer Einweisung nach § 8 UbG potenziell ausgehöhlt werden. Und vielfach wurde auch systematischer Schulungsbedarf bezüglich der Anwendung und der Unterbringungs Voraussetzungen nach § 3 UbG artikuliert. Zudem können bei GemeindeärztInnen durch Rollenvermischung (auch kurative Zuständigkeit für die gemäß § 8 UbG zu untersuchende Person bzw. die Wohneinrichtung, in der diese lebt) manchmal kurative Ziele sowie soziale Indikatoren eine Unterbringungseinweisung mit motivieren – mitunter auch unter Absehung von einer ganz genauen Anwendung der Voraussetzungen nach § 8 UbG.

- Wenn das ärztliche System zur Untersuchung nach § 8 UbG unzureichend bereitgestellt ist, dann wirkt sich dies unmittelbar erhöhend auf Verbringungen durch die Polizei gemäß § 9 Abs. 2 UbG (**Gefahr in Verzug**) aus. Damit wird aber das gemäß Unterbringungsrecht vorgesehene ärztliche Kontrollsystem bei Zugängen nach UbG systematisch untergraben.
- Andererseits wird auch auf **polizeilicher Seite** eine teils hohe Absicherungsorientierung erkennbar: Die Verantwortung über die Entscheidung insbesondere einer Nicht-Einweisung wird oft bereitwillig an die Ärzteschaft weitergegeben, um u.a. die eigene Verantwortlichkeit zu reduzieren. Grundsätzlich ist die Hinzuziehung von gemäß § 8 UbG untersuchungsbefugten ÄrztInnen bei Verdacht auf Vorliegen der Unterbringungsbedingungen im Sinne des Gesetzes. Teils steht aber die Frage im Raum, inwieweit das UbG nicht manchmal auch etwas vorschnell oder unreflektiert bemüht werden könnte, um nicht selbst entscheidungsverantwortlich für eine Nicht-Verbringung in die Psychiatrie zu sein. Diese Frage ist auf den konkreten Fall bezogen zu klären und kann nicht pauschal beantwortet werden, es gilt dabei aber auch bewusst zu halten, dass die polizeiliche Entscheidung über Hinzuziehung eines Arztes oder einer Ärztin nach UbG einen eigenen Beitrag zur Aktivierung des UbG-Zugangsprozesses – und damit auch mit zur Ermöglichung einer Freiheitsbeschränkung – darstellt.
- In der **Aufnahmeuntersuchung nach § 10 UbG** im Krankenhaus kommt der Außenanamnese eine besondere Bedeutung zu, so die vielfach berichtete Erfahrung. Demnach stellen neben ärztlichem Fachwissen detaillierte und valide Informationen unterschiedlicher externer Stellen und Personen eine wichtige Grundlage für die Entscheidung für oder gegen eine Unterbringung dar. Die Ergebnisse machen deutlich, dass neben der betroffenen Person deren Angehörige eine meist

hilfreiche Informationsquelle sind. Auch die Informationsweitergabe durch die Polizei zeigt sich überwiegend als gut funktionierend, während der Informationsfluss von den nach § 8 UbG bescheinigenden ÄrztInnen erheblichen Optimierungsbedarf erkennen lässt.

- In der Prüfung der Voraussetzungen nach § 3 UbG im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung werden beachtliche **Auslegungs- und Entscheidungsdifferenzen zwischen den FachärztInnen** in der Psychiatrie sichtbar. Die Rechtsanwendung in der psychiatrischen Abteilung wird durch persönliche und abteilungskulturelle Faktoren überformt. Teils wird auch der Ressourcenausstattung ein relevanter Einfluss zugesprochen, der in den sekundärstatistischen Auswertungen dieser Studie bestätigt wird (vgl. Berichtsteil 2). Durchschnittlich wird zwar nur ein kleiner Teil der Zugänge nach UbG gar nicht stationär aufgenommen, es zeigen sich aber sehr große Differenzen bezüglich solcher **Nicht-Aufnahmen** zwischen den Standorten. Nicht-Aufnahmen werden überwiegend, wenn auch nicht immer, systematisch dokumentiert, meist findet eine entsprechende Dokumentation in den Ambulanzakten statt.
- Aus **Sicht der betroffenen Personen** erweisen sich vor allem ein Zeitmangel auf Seiten der UbG-zuweisenden Stellen (Polizei, ÄrztInnen) und fehlende Möglichkeiten, sich artikulieren zu können und Gehör zu finden, als problematisch. Ausreichend Aufklärung und Information bzw. ein transparentes Vorgehen ihnen gegenüber werden als essenzielle Bestandteile des Umgangs mit ihnen in dieser Ausnahmesituation eingefordert.
- Insgesamt zeigen die empirischen Erkenntnisse zu den Wegen in die Unterbringung auf breiter Ebene, dass viele EntscheiderInnen vor allem die sicherheitsrelevanten Folgen von Nicht-Aufnahmen im Blick zu haben scheinen, für die sie verantwortlich gemacht werden könnten – und die nicht wenige zugleich als persönliche psychische Belastung fürchten. Wenn solch eine Orientierung einseitig in den Vordergrund rückt, **schwächt** dies potenziell die **Wirksamkeit des Kontrollsystems** bei den Zugängen zur Psychiatrie ab. Verantwortung wird dann immer mehr zur Psychiatrie weitergereicht, was die steigenden Unterbringungszahlen teilweise miterklären dürfte.

Anwendungspraxis der Unterbringungsvoraussetzungen nach § 3 UbG

- Die rechtlichen Bestimmungen zu den Voraussetzungen einer Unterbringung gemäß § 3 UbG führen – teils unvermeidbar – einen großen **Interpretationsbedarf** in der Rechtsanwendung mit sich. Neben mehr Informationen braucht es vor allem auch interaktive Deutungs- und Aushandlungsprozesse, wie sie etwa in Verfahren der gerichtlichen Überprüfung grundsätzlich möglich wären (s.u.).

- Auch wenn der Krankheitsbegriff des UbG prinzipiell einer rechtlichen Auslegung bedarf, stellt das psychiatrische Krankheitsverständnis eine zentrale Orientierung hierbei dar. Entsprechend beanspruchen psychiatrische FachärztInnen eine besondere Deutungsmacht – und wird ihnen solch eine in der Regel auch zuerkannt. Aktuell werden folgende Grenzbereiche in der Anwendungspraxis der **Unterbringungs Voraussetzung „psychische Krankheit“** diskutiert und Abgrenzungsaushandlungen dazu geführt: somatisch bedingtes Delir, alkoholisierte bzw. drogenkranke Personen, Personen mit Demenzerkrankung, Personen mit Persönlichkeitsstörungen sowie einsichtsfähige Personen mit Suizidabsicht. Bezüglich der Einsichts- und Absprachefähigkeit bestehen generell größere Anwendungsdifferenzen.
- Annahmen über **Gefährdungen** stellen Prognosen dar und sind mit dem Problem ungewisser Zukunft konfrontiert – sie lassen entsprechend großen Ermessensspielraum. Die Entscheidungskulturen sind u.a. von Werthaltungen mit beeinflusst, die einerseits stärker an persönlichen Freiheitsrechten und Selbstbestimmung orientiert sein können oder sich andererseits eher von einer fürsorglichen Haltung geprägt zeigen. Zudem wird vor allem bei dieser Unterbringungs Voraussetzung auf breiter Ebene eine steigende Absicherungsorientierung erkennbar, die vorrangig Verantwortlichkeit für die Schutzgüter Gesundheit und Leben betont.
- Intensive Diskussionen werden aktuell um die Frage einer **Unterbringung** primär **aus medizinisch-therapeutischen Gründen** geführt, wo die unmittelbare Gefahrenabwehr nicht als Unterbringungsgrund geltend gemacht werden kann. Hierbei sind zwei neuralgische Fragen zu stellen: Inwieweit ist für Personen, bei denen sich eine Akutphase anbahnt, die stationäre Psychiatrie tatsächlich die beste Alternative oder nur faktisch die einzig verfügbare? Und sind von der Zwangsunterbringung in der Psychiatrie auch nennenswerte kurative Effekte erwartbar oder geht es vorrangig um eine (Sicherheits-)Verwahrung von Personen? Im Kontext von Diskussionen um Verwahrungsfunktionen verdient auch der Unterbringungsgrund „Selbstfürsorgedefizit“ Aufmerksamkeit: Er wird häufig angewandt, zeigt sich oft sehr vage definiert und eng verbunden mit fehlenden Alternativen.
- Der Grundsatz der **Subsidiarität** einer Unterbringung gegenüber **gelinderen Mitteln** wird in der Umsetzungspraxis des UbG einerseits teils durch fehlendes Wissen der entscheidenden Personen über Alternativen begrenzt. Andererseits limitieren oft unzureichende Versorgungs- und Unterstützungsangebote seine Umsetzung in der Praxis. Gefährdungsmomente werden teils in beachtlichem Aus-

maß durch einen Unterstützungsmangel mitbedingt. Auch hier ist die Frage essenziell, ob die Psychiatrie tatsächlich die beste Alternative darstellt oder nur als letzte Möglichkeit übrigbleibt.

Gerichtliche Überprüfung

- Die **Vorbereitung** der gerichtlichen Überprüfung findet unter großem **Zeitdruck** statt, in der Regel können dies die Beteiligten in der Praxis aber gut handhaben. Der **Informationsstand** zu den einzelnen Unterbringungsfällen basiert einerseits zentral auf Auskünften der untergebrachten Personen selbst und teilweise der Angehörigen sowie andererseits auf über das Krankenhaus vermittelten Unterlagen (insbesondere Krankenakte, Polizeibericht, in eingeschränktem Ausmaß auch das amtsärztliche Zeugnis). Erheblicher Informationsmangel zeigt sich in Bezug auf (psycho-)soziale Dienste, niedergelassene FachärztInnen und Heime bzw. Wohneinrichtungen – und damit Stellen, die häufig Unterbringungen initiieren. RichterInnen führen selbst nur in Ausnahmefällen eigene Erhebungen gemäß § 23 UbG durch.
- Die **Selbsteinschätzungen der drei zentralen Berufsgruppen** in der Umsetzung der gerichtlichen Überprüfung (RichterInnen, ÄrztInnen, PatientenanwältInnen) würden zunächst auf eine überwiegend sehr gut bis eher gut funktionierende rechtliche Kontrolle verweisen. Demnach können damit die Persönlichkeitsrechte der untergebrachten Personen eher bis sehr gut geschützt werden und üben die PatientenanwältInnen die Rechtevertretung der PatientInnen in hohem Ausmaß gut und aktiv aus. Ihre vermittelnde Rolle ist hingegen gerade von ärztlicher Seite etwas mehr umstritten. PatientenanwältInnen selbst beurteilen die Gleichwertigkeit der Beteiligten in den Tagsatzungen etwas heterogener als die anderen beiden Berufsgruppen. Auch bei der Gesamtbewertung der gerichtlichen Überprüfung zeigen sie sich etwas kritischer, auch wenn diese allen Bewertungen zufolge insgesamt ihre Funktion meist eher gut bis sehr gut erfüllen.
- Die Eindrücke aus den vertiefenden Fallstudien geben allerdings ein deutlich heterogeneres Bild. Zunächst zeigen sich beachtliche **Differenzen im Ablauf bzw. in der Ausgestaltung der Verfahren**: Die Zeit der Verfahren pro PatientIn schwankt zwischen fünf Minuten und bis zu einer Stunde, oft liegt sie bei zehn, max. 15 Minuten. Häufig werden die Verfahren recht zügig durchgeführt, wodurch wenig Zeit für das Gespräch mit den PatientInnen und für tiefgehende Erörterungen des Sachverhalts bleibt. Ein Standort weicht hier deutlich ab und das Gericht nimmt sich vergleichsweise viel Zeit, dort kommen auch die unterge-

brachten Personen wesentlich besser zu Wort und findet mehr diskursive Erörterung des Falls zwischen allen am Verfahren Beteiligten statt. Ausreichend Zeit erweist sich insgesamt als essenziell für die Qualität des gerichtlichen Verfahrens.

- **RichterInnen** können ihre zentrale Rolle im Verfahren verschieden umsetzen: Zum einen können sie sich neben der Verhandlungsstrukturierung vorrangig auf die formale Legitimation fachärztlicher Expertise und Entscheidungsempfehlungen beschränken. Dann wird oft auch dem direkten Gespräch mit der untergebrachten Person weniger Bedeutung und Zeit beigemessen, es erfolgt eine äußerst enge Orientierung an den Sachverständigengutachten. Zum anderen – und dies ist eindeutig der seltenere Fall – ist aber auch eine aktivere Ausübung der richterlichen Funktion im Sinne einer selbstständig abwägenden Prüfung und Entscheidungsfindung beobachtbar. Dies impliziert ausführliche Dialoge mit den PatientInnen und eine gewisse Hartnäckigkeit, bei den ärztlichen bzw. Sachverständigen-Einschätzungen Gefährdungskonkretisierung einzufordern, aber auch eine intensivere Auseinandersetzung mit relevanten Krankheitsbildern. RichterInnen können erheblich beeinflussen, wie respektvoll die PatientInnen ins Verfahren eingebunden werden.
- Auf Seiten der **FachärztInnen** psychiatrischer Abteilungen lässt sich pragmatische Akzeptanz der Kontrollmechanismen durch das UbG als verbreitete Grundhaltung ausmachen. Dennoch wird mitunter auch als unangemessene Infragestellung ärztlicher Kompetenz wahrgenommen, was im Kern die gerichtliche Kontrolle der den ÄrztInnen übertragenen staatlichen Zwangsbefugnisse darstellen soll. In den vertiefenden Fallstudien ließen sich unterschiedliche Mechanismen beobachten, die direkte Konfrontation mit der formalen Entscheidungsmächtigkeit des Gerichts zu meiden. Vereinzelt zeigte sich aber auch, wie die Verfahren als Chance genutzt werden können, schwierige oder strittige Unterbringungsentscheidungen diskursiv zu erörtern und gemeinsam ergebnisoffen nachzuschärfen.
- **PatientenanwälInnen** nehmen ihre anwaltschaftlichen Funktionen häufig dezent im Hintergrund wahr – etwa durch Ansprechen der ÄrztInnen hinsichtlich zweifelhafter Unterbringungen bereits vor der Anhörung. Insgesamt erweist sich eine dynamische Balance zwischen der Vertretung der Rechte und des Willens der untergebrachten Personen einerseits und ausreichender Akzeptanz durch die entscheidungsmächtigen AkteurInnen (ÄrztInnen und RichterInnen) andererseits als essenziell, sie gelingt aber auch nicht selbstverständlich und ist immer wieder nachzujustieren. Die anwaltschaftliche Rolle wird mit relativ großer Bedachtnahme auf die anderen beruflichen AkteurInnen wahrgenommen, dies macht es umso wichtiger, nicht nur das Wohl, sondern auch den Willen der PatientInnen ausreichend zu vertreten.

- **Die Gutachten der Sachverständigen** üben einen großen Einfluss auf die richterlichen Entscheidungen über die Zulässigkeit einer Unterbringung aus. Die Anwendungspraxis gestaltet sich heterogen: Auch wenn die Gutachten überwiegend in schriftlicher Form vor der mündlichen Verhandlung vorliegen, werden sie an manchen Standorten erst beim Verfahren selbst vorgelegt – oder mitunter dort erst mündlich ad hoc ausformuliert und dann protokolliert. Die Qualität der Gutachten wird unterschiedlich bewertet: fast ausschließlich positiv von den RichterInnen, mehrheitlich negativ von den PatientenanwältInnen und überwiegend „ausreichend gut“ von den ÄrztInnen. Der Hauptkritikpunkt bezieht sich auf eine unzureichende Erörterung der Gefährdungslage. Die Analyse der Gerichtsakten lässt eine knappe, überwiegend formelhafte Erörterung der Gefährdung sichtbar werden. Trotz teils wahrnehmbarer Unzufriedenheit wird die grundsätzliche Wichtigkeit eines externen fachärztlichen Blicks auf breiter Basis unterstrichen.
- **Unterbringungen** werden bei der gerichtlichen Überprüfung nur selten für **unzulässig erklärt**. Dies dürfte einerseits aus einer vorwegnehmenden Aufhebung zweifelhafter Unterbringungsfälle durch die Ärzteschaft kurz vor den Verfahren resultieren, d.h. deren Rechtsschutz entfaltet sich hier präventiv. Andererseits lassen die vertiefenden Fallstudien auch vermuten, dass sich die Richterschaft teils in großer Zurückhaltung übt, gegen die ärztliche Meinung zu entscheiden. Für einen funktionierenden Rechtsschutz ist aber von großer Wichtigkeit, dass RichterInnen ihre Entscheidungsverantwortung aktiv wahrnehmen.
- Die **Perspektive von Personen mit Unterbringungserfahrung** streicht die große Bedeutung von Transparenz und ausreichender sowie gut aufbereiteter Information zum Verfahren und den eigenen Rechten hervor. Die Inhalte des Verfahrens sind für sie oft wenig verständlich, zugleich wird der Kontakt mit der Patientenanwaltschaft als durch Zeitknappheit limitiert erfahren. Ihre eigene Position im gerichtlichen Überprüfungsprozess erleben die interviewten Betroffenen häufig als ohnmächtig. Mehrfach wurde der Wunsch nach zwei GutachterInnen thematisiert, in diesem Aspekt scheint es auch ein Informations- und Vermittlungsdefizit zu geben.
- Zusammenfassend kann die **rechtliche Gestaltung** der gerichtlichen Überprüfung als **passend** beurteilt werden, die ihren Zweck grundsätzlich erfüllen kann. Allerdings zeigen sich in der **Rechtsanwendung** teils noch **Optimierungsbedarfe**, damit die gerichtliche Überprüfung ihre Kontrollaufgaben, aber auch Möglichkeiten zur gemeinsamen Aushandlung unklarer Anwendungsfälle noch umfassender umsetzen kann.

Struktur, Dauer und Aufhebung der Unterbringung

- Obwohl das insgesamt in der Psychiatrie zur Verfügung stehende Bettenangebot oft als mangelnd beurteilt wurde, gestaltet sich der Einschätzung der online befragten Berufsgruppen zufolge die **für Unterbringungen zur Verfügung stehende Bettenzahl** als ausreichend. Interessant ist dabei die Beobachtung, dass die Zahl verfügbarer Betten keine einfache Erklärung für die Mangelwahrnehmung darstellt. Aus Niederösterreich, dem Bundesland mit der bezogen auf die Bevölkerung geringsten Bettenzahl in der Psychiatrie, wurde am seltensten ein Mehrbedarf gemeldet. Aus Salzburg, einem Bundesland mit vergleichsweise hohem Bettenbestand, wurde andererseits sehr oft ein Mehrbedarf berichtet.
- Die steigende Zahl an kurzen Unterbringungen, die oft noch vor der Erstanthörung aufgehoben werden, ist einerseits teilweise **als Effekt steigender Sicherheitsbedürfnisse** zu erklären. Andererseits stellt sich die Phase von der Aufnahme bis zur Erstanthörung als **Kriseninterventions- und Clearingphase** dar. Ohne die **frühe Erstanthörung** ist eine hohe Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass manche PatientInnen länger untergebracht bleiben würden, wenn dem nicht **Bettenknappheit** entgegensteht. Für **Langzeitversorgungen** sieht sich die stationäre Psychiatrie nicht zuständig. Und doch kommt sie, abgesehen von langen Behandlungszeiten, die nur einen relativ kleinen Teil der PatientInnen betreffen, immer wieder vor, nämlich vor allem dann, wenn bei besonders aufwendig und schwer zu betreuenden PatientInnen lange keine Wohnversorgung mit der erforderlichen Betreuung vermittelt werden kann.
- Bei den Ergebnissen der Rückmeldungen zu **§ 32a UbG** wird vor allem eines deutlich: Auf Seiten der Ärzteschaft ist die Regelung des § 32a UbG nicht genügend bekannt und oft auch nicht ausreichend klar. Erklärungen und Erläuterungen zum § 32a UbG sollten demzufolge jedenfalls verstärkt in **Schulungen** von psychiatrischen FachärztInnen aufgenommen werden. Aber auch auf Seiten der Richterschaft gibt es offenbar sehr unterschiedliche Auslegungen dieser Gesetzesstelle, die im engen Rahmen eine großzügigere Interpretation der Unterbringungs Voraussetzungen und eine Aufrechterhaltung einer Unterbringung ermöglichen soll, wenn dies im Sinne des Behandlungserfolges geboten erscheint.
- Geringe Wirkungen erwartet man sich allgemein von der Möglichkeit, **bedingte Unterbringungen** auszusprechen oder auch aufzuheben und damit **Auflagen** zu verbinden. Zu vermuten ist, dass vielfach auch Zweifel an der rechtlichen und praktischen Umsetzbarkeit einer solchen Möglichkeit bestehen.

Kinder und Jugendliche auf „Erwachsenenstationen“

- Eine Unterbringung von Kindern und Jugendlichen auf Erwachsenenstationen wird allgemein als problematisch, mitunter sogar als gefährlich beurteilt. Dennoch ist sie offenbar noch verbreitete Praxis. Als zentraler Hintergrund stellen sich vor allem Ressourcengründe dar. Einerseits wird vielfach auf Bettengpässe in der KJP verwiesen. Andererseits beruft sich die KJP darauf, vor allem mangels entsprechender Personal- und oft auch struktureller Ausstattung mit aggressiven, oft körperlich bereits weitentwickelten PatientInnen überfordert zu sein.

Entlassung und Nachsorge

- Entlassungsmanagement und Nachsorge der PatientInnen sind maßgebliche Faktoren für eine möglichst gute und **langfristige Stabilisierung** ihres Gesundheitszustandes. Bei der Entlassung bedarf es einer hochprofessionellen Unterstützung auf Seiten der Klinik, guter Vernetzung nach draußen und geeigneter extramuraler Angebote und Ressourcen.
- Im Entlassungsmanagement geht es u.a. um Motivation der PatientInnen, Klärung der vorhandenen Ressourcen außerhalb der Klinik, ärztliche Nachbetreuung, Sicherstellung der erforderlichen Medikation, ambulante Therapien, Tagesstruktur, Wohnen und die dabei erforderliche Betreuung und Pflege, um Finanzierungs- bzw. Versicherungsfragen, etc. Bei der Entlassung sollten die jeweiligen Erfordernisse, bzw. deren Umsetzung geklärt sein, auch wenn der eine oder andere Aspekt nur durch Übergangs- oder Notlösungen erfüllt wird.
- Idealerweise beginnt die **Vorbereitung bzw. Planung der Entlassung**, sobald absehbar ist, was an Nachbetreuung bzw. -versorgung für eine/n PatientIn erforderlich sein wird, weitgehend unabhängig davon, ob eine Unterbringung aufrecht ist oder der/die PatientIn offen stationär ist. Aus der Online-Befragung und den Fallstudien ist abzuleiten, dass ein großer Teil der PatientInnen nach einer Unterbringung freiwillig auf der Station bleibt. Knappe Zeit bzw. kurzfristige Entlassungen erschweren die Entlassungsvorbereitung, vor allem wenn PatientInnen nach **kurzfristiger Aufhebung einer Unterbringung** nicht weiter freiwillig auf der psychiatrischen Abteilung bleiben, sind die Möglichkeiten einer Entlassungsvorbereitung in der Regel sehr begrenzt.
- Die Fallstudien zeigen, dass die Entlassungsvorbereitung meist in **interdisziplinären Teams** unter der Leitung des/der verantwortlichen FachärztIn geleistet wird. In der Umsetzung der Pläne und der Abstimmungen mit extramuralen Organisationen übernimmt die Kliniksozialarbeit zumeist eine zentrale Rolle. Wich-

tige Akteure und Kooperationspartner sind regelmäßig Angehörige der PatientInnen. Auch ErwachsenenvertreterInnen werden, so bestellt, vor allem zur Klärung der Finanzierung benötigter Unterstützung oft als hilfreich beschrieben.

- Im Entlassungsmanagement sind die Kliniken auf eine **gute Vernetzung und Kooperation mit extramuralen Dienstleistern** angewiesen – und umgekehrt sind diese auf frühzeitige Information über bevorstehende Entlassungen durch die Kliniken angewiesen. Beim **Schnittstellenmanagement** mit den verschiedenen (psycho-)sozialen Dienstleistern deutet sich in den empirischen Ergebnissen auch einiger Optimierungsbedarf an. Besonders scheint das auf die Schnittstelle zwischen Kliniken und Wohnversorgung zuzutreffen. Von herausragender Bedeutung sind Kooperationen mit psychosozialen Diensten, die selbst meist eine breite Palette an Dienstleistungen erbringen, oft aber auch eine Vermittlungsposition gegenüber anderen, spezialisierten Einrichtungen übernehmen. Großteils werden diese Kooperationen als gut funktionierend beschrieben. Voraussetzungen für eine gute Kooperation sind ein klar vereinbartes (und eingehaltenes) Schnittstellenmanagement, eine möglichst frühzeitige Einbindung des psychosozialen Dienstes, sowie laufender Austausch und Abstimmungen.
- In der Kinder- und Jugendpsychiatrie setzt man den gewonnenen Eindrücken zufolge regelmäßiger **Helferkonferenzen** zur fallbezogenen Abstimmung ein. In der Erwachsenenpsychiatrie kommt diese relativ ressourcenaufwendige Planung und Abstimmung dem Anschein nach seltener zum Einsatz, könnte aber vermutlich auch hier öfter wertvolle Dienste leisten.
- Als eine der größten Hürden im Rahmen der Entlassungsvorbereitungen und für die geeignete Nachsorge der PatientInnen wird der häufige **Mangel an erforderlichen Nachsorgeangeboten** beschrieben. Die Mangelsituation stellt sich regional unterschiedlich dar, aus der österreichweiten Online-Befragung im Rahmen dieser Studie und auch den Fallstudien ist aber zu schließen, dass kaum wo eine „Vollversorgung“ angenommen werden kann. Am massivsten stellt sich der Mangel an Wohnversorgungsmöglichkeiten dar, besonders wenn intensiver Betreuungsbedarf erforderlich ist.
- **Behandlungsvereinbarungen** darüber, wie der/die PatientIn bei einem eventuellen nächsten Klinikaufenthalt behandelt werden soll, welche Vertrauenspersonen benachrichtigt werden sollen, etc., werden bislang offenbar nur sehr selten zwischen psychiatrischen Krankenhäusern und PatientInnen geschlossen. Wenn solche Vereinbarungen geschlossen werden, dann vor allem in Hinblick auf Krisensituationen, für die man den PatientInnen nahelegt, die Klinik aufzusuchen und ihnen die Aufnahme zusagt, sofern die Voraussetzungen erfüllt werden. An

einem der Fallstudienorte gab es auch einen konkreten Versuch, solche Vereinbarungen zu etablieren, auch an anderen Orten zeigt man sich dem Konzept gegenüber durchaus aufgeschlossen. Bislang dürfte einer Ausweitung vor allem unterschiedliche Akzeptanz solcher Vereinbarungen auf Fachärzteseite entgegenstehen bzw. auch der Umstand, dass die ÄrztInnen, mit denen die Vereinbarung konkret beschlossen wurden, dann bei einer eventuellen Neuaufnahme nicht unbedingt vor Ort sind und die Akzeptanz des Vereinbarten durch andere ÄrztInnen ungewiss erscheint.

Kommunikation und Kooperation

- Die **Qualität der psychosozialen Versorgung** wird mitbeeinflusst von der **Qualität der Kooperationen und der Vernetzung der relevanten Akteure**. Die Schnittstellengestaltung zwischen den unterschiedlichen AkteurInnen ist von zentraler Bedeutung. Die Experteninterviews vermitteln, dass es für alle AkteurInnen wichtig ist, „über den eigenen Tellerrand“ zu blicken und Verständnis für die Aufgaben und Rollen der anderen AkteurInnen zu entwickeln. Die psychiatrischen Kliniken befinden sich dabei in einer zentralen Position, die oft auch die Initiative für Vernetzungsaktivitäten nahelegt.
- Vielfach wünschen sich die InterviewpartnerInnen **mehr bzw. bessere Vernetzung** auf bilateraler Ebene, zwischen Gruppen oder unter allen relevanten Akteuren. Letzteres Ziel lässt sich leichter realisieren, wenn das Einzugsgebiet kleinräumiger und die Zahl der AkteurInnen gut überschaubar ist. An einem der Fallstudienorte zeigen sich besonders gute Ansätze einer guten Vernetzungspraxis. Dort gibt es nicht nur eine **Koordinationseinrichtung** für die Weiterentwicklung der psychosozialen Entwicklung in der Region, sondern auch ein **Beratungs- und Planungsgremium**, in dem die wichtigsten Akteure des Feldes vertreten sind. Dieses Gremium wird als wertvolle Ressource und wichtiges Forum für Weiterentwicklungen der Psychosozialen Versorgung erfahren.
- Vielfach beschränken sich die Abstimmungen der AkteurInnen weitgehend auf **Treffen im Rahmen von Einzelfallkontakten**. In eher kleinen Regionen bzw. bei einer übersichtlichen Zahl an Akteuren baut man nicht zuletzt darauf, Abstimmungstreffen bei Bedarf rasch einberufen zu können. Selbst bei guter Kooperation können Optimierungsbedarfe dann länger einer Bearbeitung harren. **Vernetzungs- und Austauschtreffen** sind kein Garant für eine Abstimmung oder Lösung von Optimierungsbedarfen, sie bieten aber ein Forum und ausdrückliche Gelegenheit dafür.

- Anzunehmen ist, dass eine eher **schlechte Versorgungssituation** für Menschen mit psychischen Erkrankungen und schwierige strukturelle Rahmenbedingungen einen **hohen Abstimmungsbedarf** und gemeinsame Bemühungen der Akteure erfordern würden. Tatsächlich scheint sich eine solche Situation aber auch auf Vernetzungen, Abstimmungen und Austausch negativ auszuwirken.
- In der Onlinebefragung nannten die KlinikärztInnen die **Angehörigen der PatientInnen** als wichtigste KooperationspartnerInnen und Informationsquellen, großteils werden diese Kooperationen auch gut bewertet. In den Gesprächen mit AngehörigenvertreterInnen spiegelt sich solch eine gute Kooperation aber kaum wider. Auch wenn die mit Angehörigen geführten Gespräche keine Verallgemeinerungen zulassen, sind diese Rückmeldungen dennoch als Hinweis auf Verbesserungspotenzial zu deuten.
- **Die Polizei** zeigt sich in der Studie als sehr wichtiger Akteur in der Praxis des UbG. Im Allgemeinen und überwiegend wurden die Kooperationen zwischen Polizei und anderen AkteurInnen gut bewertet. Aus dem Blickwinkel befragter PolizeivertreterInnen in den Fallstudien zeigen sich die Kooperationen aber teils als verbesserungsbedürftig. Vor allem wenn nach UbG in die Psychiatrie verbrachte PatientInnen doch nicht untergebracht werden, können fallbezogene Erklärungen und **regelmäßiger Austausch** Irritation auf Seiten der Polizei reduzieren und Verständnis für die Rolle und Aufgabe des/der jeweils anderen befördern.
- Vergleichsweise schlechtes Feedback bekommen die gemäß § 8 UbG **zuweisungsberechtigten ÄrztInnen** in den Erhebungen. In den Fallstudien fällt auf, dass es kaum Vernetzungen mit diesen ÄrztInnen gibt. Besonders verwundert, dass an keinem der Fallstudienorte über Abstimmungstreffen zwischen den psychiatrischen Krankenhäusern und den § 8 ÄrztInnen berichtet wurde, zumal es hier einiger Abstimmungsbedarf erkennbar wird. Eine Erklärung könnte darin liegen, dass es keine regionalen Ansprechstellen gibt, die die § 8 ÄrztInnen vertreten.
- Die **Zusammenarbeit und Kommunikation** der zentralen Akteure der gerichtlichen Überprüfungen – **RichterInnen, KlinikärztInnen, Patienten-anwältInnen** - stellt sich den empirischen Daten zufolge gut dar. Bei kritischer Leseweise der Ergebnisse der Onlinebefragung sieht dennoch ein beachtlicher Teil der ÄrztInnen und der PatientenanwältInnen „Optimierungsmöglichkeiten“. Ein Fünftel der online befragten ÄrztInnen brachte gewisse Schwierigkeiten im Verhältnis zur Patientenanwaltschaft zum Ausdruck. Insgesamt erweist sich auch zwischen diesen Berufsgruppen regelmäßiger Austausch über die **jeweiligen Rollen** losgelöst von der Einzelfallarbeit als wichtig.

- Eine zentrale Kooperationsachse in Hinblick auf die **Nachversorgung** besteht zwischen den **Kliniken** und den **psychosozialen Diensten**. Die empirischen Befunde weisen auch hier auf überwiegend gute Kooperationen mit ein wenig Optimierungspotential hin. Vor allem die **Verbindungsdienste** zeigen sich als sehr wichtige **Schnittstelle**, deren Gestaltung und Pflege besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Vergleichsweise oft lassen sich in den erschlossenen empirischen Daten Hinweise auf Probleme in der Zusammenarbeit mit **Heimen bzw. Wohneinrichtungen** für psychisch kranke Menschen finden. Zu vermuten ist, dass dies nicht zuletzt mit verbreiteten, strukturellen Problemen zusammenhängt (z.B. zu wenige geeignete Wohnplätze oder Unterbringungsanregungen aufgrund mangelnder Personalressourcen bzw. Überforderung in den Wohneinrichtungen).
- Ein vielfach berichtetes Problem sind **Unsicherheiten im Umgang mit sensiblen, personenbezogenen Informationen und Daten**. Im Tenor zeigten sich die befragten AkteurInnen einig, dass Informationen bzw. Hinweise auf ernsthafte Gefahrenpotentiale von PatientInnen jedenfalls an die Kliniken bzw. behandelnden ÄrztInnen weitergegeben werden dürfen. Entsprechendes wird für die Polizei angenommen, wenn bei der Entlassung von PatientInnen nach wie vor ein ernsthaftes Gefahrenpotential gesehen wird. Die PraktikerInnen-Rückmeldungen sprechen für eine **gesetzliche Regelung, die diesbezüglich mehr Klarheit** schafft. Ein großes Spannungsfeld besteht zwischen den Interessen von AkteurInnen an **zentral gespeicherten Dokumentationen zu Gefahrenpotentialen** oder **Unterbringungsinformationen** einerseits und den **Datenschutzrechten** Betroffener andererseits. Eine Mehrheit der befragten ExpertInnen sprach sich relativ deutlich gegen solch zentrale Dokumentationen aus.

Extramurale psychiatrische und (psycho-)soziale Versorgungssituation

- Neben der Zahl bzw. Vielfalt, Dichte und Ressourcenausstattung der relevanten Einrichtungen und Dienstleister bestimmen auch die geographische Lage, die verkehrstechnische Anbindung und soziale Rahmenbedingungen die **Versorgungssituation**. Idealerweise werden Anzeichen einer psychischen Erkrankung früh erkannt und wird auf sie möglichst bald mit Behandlungs-, Therapie- und/oder anderen begleitenden Maßnahmen reagiert, um einer zwangsweisen Unterbringung vorzubeugen. Dies wird unterstützt durch ausreichend zur Verfügung stehende **FachärztInnen und Beratungseinrichtungen** und einen möglichst niederschweligen Zugang zu diesen.

- Ebenso ist die fachärztliche und psychosoziale Nachsorge ein wesentlicher Teil zur **nachhaltigen Absicherung von Behandlungserfolgen**, wie bereits weiter oben thematisiert wurde. Ein zunehmender Mangel an (vor allem niedergelassenen) PsychiaterInnen ist daher auch aus Sicht des Unterbringungsrechts als schwerwiegendes Problem zu betrachten.
- Begleitende Maßnahmen, die auch zu einer **Vermeidung oder Verringerung von Unterbringungen** beitragen können, umfassen ein vielfältiges Feld. Erforderlich sein können rehabilitative Maßnahmen, Maßnahmen zur Gestaltung der Tagesstruktur, Beschäftigung oder Freizeit, Unterstützung beim Wohnen etwa durch geeignete Betreuung und (psychiatrische) Pflege in Privathaushalten, teilbetreutes Wohnen in WGs, etc. Spezifische Unterstützungsmaßnahmen können darüber hinaus für bestimmte PatientInnengruppen erforderlich sein, z.B. für Kinder, für Jugendliche, Menschen mit Suchterkrankungen etc. Österreichweit wird ein **Mehrbedarf hinsichtlich der psychosozialen Versorgung** konstatiert.
- Hervorzuheben ist die in den Fallstudien zum Ausdruck kommende Bedeutung geeigneter **Unterstützungs- und Interventionsangebote in Krisenfällen**, vor allem **mobile Modelle** werden hier gefordert. Diesen wird von ExpertInnen und BetroffenenvertreterInnen ein großes Potential zugesprochen, Eskalationen und auch Unterbringungen zu vermeiden. Mobile Kriseninterventionsteams könnten den Einschätzungen der ExpertInnen zufolge z.B. auch die Polizei entlasten und die gemäß § 8 UbG einschreitenden Ärzte unterstützen.
- Generell zeigt sich im Rahmen der Fallstudien und auch in der österreichweiten Onlinebefragung ein großer **Mangel an nachgehender/mobiler Betreuung**, die unterschiedliche Bedarfe abdecken kann: von basaler Grundversorgung im privaten oder ambulanten Wohnen bis hin zu enger Begleitung im Alltag. Damit kann unter anderem die Betreuung und Versorgung von PatientInnen gesichert werden, die nicht in der Lage sind, eine „Kommstruktur“ einzuhalten. Im Rahmen solcher Betreuungsformen können Verschlechterungen der Krankheit bzw. Problemlagen zudem oft frühzeitig erkannt werden.
- An allen Fallstudien-Standorten und auch in der österreichweiten Onlinebefragung wurden zudem beträchtliche Mängel hinsichtlich **betreuter Wohnplätze** konstatiert. Insbesondere fehle es an geeigneten stationären Wohn- bzw. Pflegeeinrichtungen für PatientInnen, die eine **intensive, umfassende und qualifizierte Betreuung und Pflege** benötigen. Zum einen kann dies dazu führen, dass überforderte Einrichtungen bei Eskalationen eine Unterbringung veranlas-

sen. Zum anderen zeigt sich deutlich das Problem einer „**Versorgungspsychiatrie**“, also der stationären Versorgung von PatientInnen, die streng genommen nicht in die Zuständigkeit der psychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungen fallen. Hingewiesen wurde auf langwierige Antragsverfahren bezüglich Heimplätze und deren **Finanzierung**, die mangels anderer geeigneter Überbrückungsmöglichkeiten zu langen Krankenhausaufenthalten führen können, teils auch zwangsweise.

- In der Online-Befragung im Rahmen dieser Studie antwortete eine große Mehrheit der befragten ExpertInnen, dass Versorgungsmängel für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der jeweiligen Region ein großer **Einfluss auf ein Ansteigen der Unterbringungszahlen** zuzuschreiben ist. Die Ergebnisse dieser Studie deuten aber auch an, dass sich **aus einer besseren medizinischen und (psycho-)sozialen Versorgungslandschaft nicht automatisch niedrigere Unterbringungsraten** ergeben, wie in Kapitel 12 dieser Studie ausführlicher diskutiert wird. Dennoch ist ausdrücklich festzuhalten, dass vielfältige professionelle Versorgungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischer Erkrankung, die durch ausreichende Ressourcen, hohe Fachlichkeit und eine personenzentrierte Grundhaltung gekennzeichnet sind, ein absolut essenzieller Faktor in der Vermeidung und Reduzierung von Zwangsunterbringungen in der Psychiatrie sind. Sie brauchen hierfür eine fachliche Haltung (und haben solch eine auch häufig), die die Zwangsbefugnisse der Psychiatrie nicht einfach nur als praktisches Mittel für schwierige KlientInnen mit mangelnder Compliance betrachtet, sondern Freiheitsbeschränkungen als gravierenden Grundrechtseingriff so weit wie möglich zu vermeiden versucht.

Unterbringungen und Maßnahmenvollzug

- Dass es Zusammenhänge zwischen der Praxis **zivil- und strafrechtlicher Unterbringungen** gibt, steht weitgehend außer Zweifel. Allerdings stehen sich in den Diskussionen zwei sehr grundsätzlich differierende Annäherungen an das Thema gegenüber, die sowohl bei Reformen zum Unterbringungsrecht als auch zum Maßnahmenvollzug zu berücksichtigen sein werden. Die eine Seite sieht in einer **psychiatrischen bzw. psychosozialen Unterversorgung** einen maßgeblichen Grund für ein erhöhtes Risiko mancher PatientInnen, schwerere Straftaten zu begehen, die in den Maßnahmenvollzug führen können. Bei ausreichender Verbesserung der psychosozialen Versorgung und Nutzung der im UbG bestehenden Möglichkeiten könnte man auch bei **schwierigen, aggressiven und potentiell straffälligen PatientInnen** die Erfolge erzielen, die man einem, nicht zuletzt auch schlecht ausgestatten, Maßnahmenvollzug nicht zutraut. Die zweite Position betrachtet **Unterbringungen nach UbG als ungeeignet**

für die Behandlung und Betreuung solcher schwieriger PatientInnen, von denen man die zivilrechtliche Unterbringung auch klar abgrenzen will.

Resümee zu Anstieg und regionalen Differenzen der Unterbringungszahlen

- Die Studienergebnisse machen sichtbar, dass eine niedrige oder **hohe Unterbringungsrate** nur ein **unsicherer Hinweis** darauf ist, **wie sorgfältig das Unterbringungsrecht in der entsprechenden Region angewandt wird**. So kann eine Erhöhung u.a. einer umfassenderen Rechtsanwendung geschuldet sein, weniger Unterbringungen könnten auch aus einem Mangel an Psychiatriebetten mitresultieren. Und zweitens **wirken viele Faktoren komplex zusammen**, die teils senkende, teils erhöhende Effekte haben und sich wechselseitig verstärken oder aber auch abschwächen können. Wesentliche Faktoren für einen Anstieg allgemein sowie auch für hohe regionale Werte können u.a. in einer umfassenderen Rechtsanwendung des UbG, steigender Sicherheits- und Absicherungsorientierung auf verschiedenen entscheidungsrelevanten Ebenen, einer aus Wertehaltungen und Abteilungskulturen resultierenden weiten Auslegung der Unterbringungsfaktoren und einer eher formal legitimierenden gerichtlichen Kontrolle gesehen werden. Auch eine geschlossene Führung des Unterbringungsbereichs zeigt Effekte, zudem ist die Anzahl verfügbarer Psychiatriebetten relevant. Externe Faktoren wie die Anzahl von Erwachsenenschutzanregungen oder an Menschen in Anstaltshaushalten in der Region wirken ebenfalls auf die Höhe der Unterbringungsrate mit ein.

Abschließend sollen zwei wichtige Erkenntnisse der Studie nochmals betont werden: Wenn erstens darüber nachgedacht wird, inwieweit einerseits durch die Gestaltung des Rechtsinstruments und andererseits in der Rechtsanwendung eine ausreichende Wirksamkeit des Unterbringungsrechts gewährleistet ist, muss zugleich benannt werden, welche Funktionen die Psychiatrie bei der Abwehr von Gefährdungen wahrnehmen soll und kann – und welche nicht bzw. welche möglicherweise von anderen Maßnahmen und Einrichtungen adäquater (wirksamer und menschenrechtskonformer, eventuell auch kostengünstiger) erfüllt werden können. Und wenn zweitens über UbG-relevante Gefährdungen und deren effektive Abwehr diskutiert wird, gilt es nicht nur zu konkretisieren, *welche* Gefährdungen tatsächlich gemeint und realistisch sowie wodurch verursacht sind – etwa mitunter auch durch ungenügende Betreuungsangebote, sodass vorrangig diesbezüglich Abhilfe zu schaffen wäre. Es muss auch reflektiert werden, *wessen* Gefährdung denn die Entscheidung mitbestimmt und inwieweit nicht zu einem Teil auch eigene Verantwortlichkeit (d.h. die Verantwortlichkeit der EntscheiderInnen) abgewehrt werden soll. Eine hohe Absicherungsorientierung der EntscheiderInnen ist zwar persönlich nachvollziehbar. Sie schwächt aber die rechtlich vorgesehenen Kontrollmechanismen, die bei schwerwiegenden Grundrechtseingriffen, wie durch das UbG ermöglicht, von essenzieller Bedeutung sind, empfindlich ab.

1. Einleitung

1.1. Problemaufriss – Kontext der Studie

Mit Inkrafttreten des Unterbringungsgesetzes (UbG) im Jahre 1991 wurde ein Regelungs- und Kontrollinstrumentarium für Zwangsmaßnahmen im Bereich der stationären Psychiatrie geschaffen, das einen beträchtlichen Rechtsschutzgewinn und damit auch eine Verbesserung der Situation vieler psychisch kranker Menschen brachte (vgl. Kopetzki 2007, S. 22; Ganner 2015, S. 102; Ladinser 2007, S. 35). Die nach jahrelangen Vorarbeiten verabschiedete Gesetzesreform reagierte auf ein hohes Ausmaß an Zwang und Rechtseinschränkungen in der österreichischen Anstaltspsychiatrie. Deklariertes Ziel des UbG war es, die rechtliche Stellung, den Schutz und die Unterstützung der in ihrer Freiheit beschränkten PatientInnen zu verbessern. Die davor gegebenen Rechtsschutzvorkehrungen waren nicht nur mangelhaft, es fehlte vor allem an realen Durchsetzungsmöglichkeiten (vgl. Hammerschick 2017, S. 555). Diesen Durchsetzungsmöglichkeiten schenkte das UbG besondere Aufmerksamkeit, nicht zuletzt mit der Einführung der Patientenanwaltschaft. Diese obligatorische gesetzliche Vertretung von Unterbringung betroffener Personen und die regelmäßigen Überprüfungen lösten zunächst auf Seiten der betroffenen Ärzteschaft beachtlichen Widerstand aus. Mittlerweile wird das UbG allerdings als überwiegend akzeptierte Normalität dargestellt (vgl. Ganner 2015, S. 101; Gross 2007, S. 25).

Nicht erreicht wurde das mit dem UbG verfolgte Ziel, zwangsweise Anhaltungen zurückzudrängen – ganz im Gegenteil: Die Unterbringungsraten pro 100.000 Einwohner sind seit 1991 kontinuierlich gestiegen (vgl. Sagerschnig et al. 2017, S. 23)¹. Die Unterbringungen stiegen insgesamt enorm an: Kam es 1993 noch zu 93 Unterbringungen ohne Verlangen pro 100.000 EinwohnerInnen, so waren es 2015 mit durchschnittlich 282 Unterbringungen pro 100.000 EW mehr als dreimal so viel. Ähnliche Entwicklungen zeigen sich auch in anderen Ländern, in denen vergleichbare gesetzliche Reformen ebenfalls keinen Rückgang von Unterbringungen bewirken konnten. Bei der Interpretation dieser Steigerungen ist allerdings mit zu berücksichtigen, dass die Aufnahmen in die Psychiatrie im entsprechenden Zeitraum generell stark gestiegen sind. Ein Hintergrund dafür ist sicher auch in den Hinweisen der WHO zu finden, in denen psychische Krankheiten internatio-

¹ Die im folgenden präsentierten Zahlen stammen überwiegend aus den regelmäßigen Berichten des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG), zuletzt: Sagerschnig, Sophie et al, Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Forschungsbericht für die Berichtsjahre 2014/2015, ÖBIG, Wien, 2017. Daten zu den frühen Anwendungsjahren des UbG stammen aus dem Beitrag von Forster Rudolf und Kienzl Harald „Zehn Jahre Vollziehung des österreichischen Unterbringungsgesetzes“, in *Recht & Psychiatrie*, 22. Jg, Heft 1, 2004, S. 23-33.

nal als zunehmend und als Gesundheitsherausforderungen des 21. Jahrhunderts beschrieben werden. Dennoch nahmen die Zuwächse bei den Unterbringungen ohne Verlangen überdurchschnittlich stark zu: Stellten 1993 rund 15% aller Zugänge in die Anstaltspsychiatrie Unterbringungen ohne Verlangen dar, waren dies 2012 in Relation zu allen Aufnahmen fast doppelt so viele, nämlich 28,7% (2015: 26,2%). Die im UbG auch vorgesehene Möglichkeit einer Unterbringung auf (eigenes) Verlangen spielt in der Praxis hingegen kontinuierlich eine sehr geringe Rolle (2015: 1,3%) und findet daher im Rahmen dieser Studie nur am Rande Berücksichtigung.

Dem Anstieg der Patientenzahlen stand von den 1980er-Jahren bis Mitte der 2000er-Jahre ein kontinuierlicher Abbau der Bettenzahlen in der Psychiatrie gegenüber. Allerdings sank auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträchtlich – von 1980 bis 2003 von 95 auf 18 Tage (Hofmarcher/Rack; 2006:147 und Hofmarcher; 2013:224). Verschiedentlich wird eine zu geringe Zahl verfügbarer Psychiatriebetten problematisiert. Forster und Kienzl (2007, S. 295) haben andererseits 2007 auch auf eine lückenhafte, regional unterschiedliche, extramurale Versorgung hingewiesen. Damit wird deutlich, dass die psychiatrische „Versorgungslandschaft“ allgemein ein Faktor ist, der maßgeblichen Einfluss auf die Praxis der Unterbringung haben kann und dem entsprechende Aufmerksamkeit zu schenken ist.

Ein besonders erklärungsbedürftiges Phänomen in der Anwendungspraxis des UbG stellen die großen Unterschiede zwischen den Bundesländern und den einzelnen psychiatrischen Krankenanstalten bzw. Abteilungen dar (vgl. Kinzl 2007; Sagerschnig et al. 2017). Ansteigende Unterbringungszahlen sind zwar in allen Bundesländern zu beobachten, allerdings mit beträchtlichen, bislang empirisch völlig unzureichend geklärten Differenzen: Die Raten der unfreiwilligen Anhaltung unterscheiden sich konstant und teilweise in hohem Ausmaß. Innerhalb der Bundesländer zeigen sich regional nochmals beträchtliche Streuungen zwischen den einzelnen Krankenhäusern bzw. Bezirksgerichten. Diese inhaltlich kaum erklärbaren Differenzen in der Gesetzesanwendung führen zu der in Fachkreisen verbreiteten Einschätzung, dass das persönliche Risiko einer zwangsweisen Unterbringung in hohem Maße von der Postleitzahl mitbeeinflusst werde, an der man wohnt („post code lottery“, Forster/Kinzl 2007, S. 296).

Bedeutsam für eine umfassende Analyse der aktuellen Anwendungspraxis des UbG sind auch die Nicht-Aufnahmen von zuvor unter Anwendung des UbG ins Krankenhaus gebrachten Personen. Allerdings liegen hierzu laut letztem ÖBIG-Bericht kaum Daten vor, obwohl eine grundsätzliche Dokumentationspflicht von „Nicht-Aufnahmen“ bestünde. Der sogenannte „Brunnenmarktmord“ hat z.B. entsprechende Fragen aufgeworfen. Im Abschlussbericht der zum Vorfall eingerichteten Sonderkommission wurden vor allem Mängel in der Kooperation und Kommunikation der verschiedenen Berufsgruppen und

Behörden sowie diesbezüglich fehlende Standards für das zielgerichtete Vorgehen bei psychischen Erkrankungen festgestellt (Sonderkommission Brunnenmarkt 2017, S. 1). Dieser Fall weist auch darauf hin, dass es Verbindungen bzw. Überschneidungen zwischen den Bereichen der Unterbringung ohne Verlangen und dem Maßnahmenrecht gibt. PatientInnen im Maßnahmenvollzug waren zuvor oftmals auch bereits in einer Unterbringung (siehe z.B. Hammerschick 2016, S. 59 und 85).

Beachtung verdienen zudem die Entwicklungen in Bezug auf die Unterbringungsdauer, zeigen sie sich doch von Belang für die aktuelle Rechtsanwendung des UbG: Über die ca. zweieinhalb Jahrzehnte, die das UbG in Kraft ist, stieg die Zahl der kurzen Unterbringungen beachtlich an. Mittlerweile werden knapp die Hälfte aller Unterbringungen noch vor der Erstanthörung, also innerhalb von vier Tagen, wieder aufgehoben; dieser Anteil ist nun seit einigen Jahren konstant. In den ersten Jahren der UbG-Umsetzung lag der Anteil der gerichtlichen Anhörungen noch bei rund 75% aller Unterbringungen. Auch in Bezug auf diese Zahlen zeigen sich große regionale Unterschiede: Der Prozentsatz der Erstanthörungen schwankt zwischen 24% und 90% aller entsprechend UbG aufgenommenen Personen. Zu mündlichen Verhandlungen kam es 2015 in 17,6 % aller Unterbringungen. Tatsächlich bestätigen die Gerichte die Unterbringungen fast ausschließlich, 2015 waren es 96%. Auch hier ist allerdings die regionale Varianz äußerst groß.

Die bislang vorliegenden Daten und Analysen lassen erkennen, dass bei allem konstatierten Erfolg des Unterbringungsgesetzes (vgl. Kopetzki 2007, S. 22; Ganner 2015, S. 102; Ladurner 2007, S. 35) die tatsächliche Rechtsanwendung einige zentrale Entwicklungen und Differenzen aufweist, die dringend einer fundierten empirischen Ergründung bedürfen, um eine ausreichend einheitliche und den Zielsetzungen des Gesetzes entsprechende Rechtspraxis zu unterstützen. Ganz besonders trifft dies auf Phänomene fachlich unbegründeter regionaler Differenzen in der Rechtsanwendung zu, für die bislang in allen vorliegenden Auseinandersetzungen mit der Rechtspraxis des UbG nur empirisch ungenügend geprüfte Hypothesen aufgestellt werden konnten.

1.2. Zielsetzungen und Fragestellungen

Mit der vorliegenden empirischen Studie wird die Zielsetzung verfolgt, evidenzbasiertes wissenschaftliches Wissen zur tatsächlichen Rechtsanwendung sowie den Bedingungsfaktoren und Folgewirkungen der aktuell stark differierenden Rechtspraxis bereitzustellen. Weiters wird fundiertes Wissen zu förderlichen als auch hemmenden Faktoren in der fallbezogenen Vernetzung unterschiedlicher Stellen, die mit psychisch erkrankten Personen mit Selbst- und Fremdgefährdungspotenzial zu tun haben, generiert. Die Studiener-

gebnisse unterstützen auf Basis umfassender, aussagekräftiger empirischer Daten die Realisierung und Optimierung einer effektiven und kongruenten Rechtsanwendung des Unterbringungsgesetzes.

Die forschungsleitenden Fragestellungen lassen sich in folgende zentralen Fragenkomplexe zusammenfassen:

- Wie wird das UbG in der Praxis angewandt? Was sind die Ursachen/Bedingungsfaktoren für beachtliche Differenzen in der Rechtsanwendung? Welche Faktoren bewirken Unterschiede zwischen Regionen (Bundesländern), verschiedenen Krankenhäusern/Kliniken, Bezirksgerichten und ev. auch PatientInnengruppen (Alter, Geschlecht, Diagnosegruppen – soweit erschließbar)?
- Wie verläuft die Kommunikation und Kooperation zwischen unterschiedlichen Stellen, die mit psychisch erkrankten Personen mit Selbst- und Fremdgefährdungspotenzial zu tun haben? (z.B. Polizei/Amtsarzt, Psychiatrie, psychosoziale Dienste etc.) Welche Risiken gehen damit einher und welche Optimierungsbedarfe zeigen sich hier?
- In welcher Wechselwirkung stehen Unterbringungen in der Psychiatrie mit den Strukturen der psychiatrischen Versorgungslandschaft und psychosozialen Infrastruktur sowie mit anderen, vor allem extramuralen Versorgungsangeboten und -möglichkeiten (auch in Bezug auf die Nachversorgung bei Entlassung)?

Bei der Beantwortung dieser Fragen wird in gewissem Ausmaß auch auf die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen allgemein und im Speziellen auf solche Unterbringungen auf Erwachsenenstationen eingegangen, auch wenn diese Fragen in der vorliegenden Studie nicht erschöpfend bearbeitet werden können. Am Rande und im Rahmen der Möglichkeiten wird auch die Schnittstellen zwischen UbG und Maßnahmenvollzug bzw. deren Bedeutung für die Praxis im UbG beleuchtet, der Zusammenhang zwischen UbG und Maßnahmenvollzug bildet allerdings keinen Schwerpunkt der Studie – und er wurde auch in den empirischen Erhebungen eher nur am Rande thematisiert.

Das UbG regelt zudem weitergehende Beschränkungen während der Unterbringung. Diesem Aspekt wird allerdings im Forschungsprojekt nur soweit Aufmerksamkeit geschenkt, wie eine weitergehende Freiheitsbeschränkung zum Anlassfall für eine Unterbringung allgemein wird. Auch wenn der Prozess der Unterbringung und die Gestaltung derselben nur schwer zu trennen sind, wird im gegenständlichen Forschungsvorhaben der Schwerpunkt auf den Zugang und die Aufnahme in die Unterbringung sowie auf die Beendigung der Unterbringung gelegt. Weiters wird die damit im Zusammenhang stehende Praxis der gerichtlichen Überprüfungen (Anhörungen und mündliche Verhandlungen) sowie die Rolle der Patientenanwaltschaft im Aufnahmeprozess näher untersucht werden.

2. Methodik

2.1. Forschungsdesign, Befragungsgruppen und räumlicher Fokus

Mit dem methodischen Vorgehen wurde zunächst eine möglichst breite und umfängliche Erfassung des Forschungsgegenstandes realisiert, um darauf aufbauend vertiefende Fallstudien zu ausgewählten Standorten durchzuführen, die das Spektrum der Unterschiedlichkeiten in der Rechtsanwendung des UbG widerspiegeln und zu erklären verhelfen.

Das Forschungsdesign setzt sich aus folgenden Modulen zusammen:

1. Explorative Erhebungen: Strukturierende Zusammenführung des Forschungsstandes, qualitative ExpertInnen-Interviews mit unterschiedlichen Stakeholdern (u.a. auch Betroffenenvertretungen)
2. Sekundärstatistische Analysen vorliegender Daten (z.B. GÖG-Daten) inkl. multi-faktorieller Analysen
3. Standardisierte Online-Erhebungen beim ärztlichen Personal der unterbringenden Abteilungen, bei UbG-RichterInnen und PatientenanwältInnen.
4. Vertiefende Fallstudien an vier Standorten (Krankenhäusern/Abteilungen und die zugehörigen Bezirksgerichte), ihrer regionalen Angebotsstruktur etc. (u.a. auch zu den Kommunikations- und Kooperationsmustern etc.) unter Einsatz eines triangulativen Methodensets (s.u.).
5. Zusammenführende Analyse aller Ergebnisse, Ableitung von Schlussfolgerungen

Modul 2 (sekundärstatistische Analysen) und Modul 3 (standardisierte Online-Erhebungen) beziehen sich auf Österreich insgesamt. Für die vertiefenden Fallstudien in Modul 4 wurden auf Basis bereits vorliegender Daten vier Standorte (Krankenhäusern/Abteilungen und zugehörige Bezirksgerichte) ausgewählt.

2.2. Forschungsmodule im Detail

2.2.1. Modul 1: Explorative Erhebungen

Für die Exploration des Forschungsfeldes wurden zunächst vorliegende Studien zur Praxis des Unterbringungsrechts herangezogen. Eine wichtige Grundlage bilden hierbei die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (jetzt: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz) erstellten Datenberichte (Sagerschnig et al. 2017; Ladurner et al. 2015; Hagleitner/Nepp 2008).

Nach Vorgesprächen mit Vertretern der Patientenanwaltschaft wurden zur explorativen Erkundung des Untersuchungsfeldes bzw. der Fragestellungen sechs ExpertInnengespräche (qualitative Leitfadeninterviews) mit VertreterInnen relevanter Stakeholder geführt (Ein- und Mehrpersonengespräche). Die konkrete Auswahl erfolgte auf der Grundlage der vorangegangenen Recherchen und von Empfehlungen aus den Vorgesprächen. Die GesprächspartnerInnen waren VertreterInnen der UnterbringungsrichterInnen, der Fachärzteschaft der Anstaltspsychiatrie, der Amts- bzw. PolizeiärztInnen, der Exekutive, von Personen mit Psychiatrie- und Unterbringungserfahrung und von extramuralen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen.

Die Gesprächsleitfäden waren im Kern für alle GesprächspartnerInnen gleich ausgerichtet, enthielten aber ergänzend auch jeweils auf die spezifische Expertise abgestimmte Fragen. Die halbstrukturiert geführten Gespräche gaben den GesprächspartnerInnen ausreichend Raum, selbst relevante Aspekte neu einzubringen. Die Interviews wurden im Zeitraum von Mitte Juli 2018 bis Mitte August 2018 geführt und dauerten zwischen rund 45 Minuten und zwei Stunden. Nach ihrer vollständigen Transkription wurden sie einer strukturierenden Inhaltsanalyse unterzogen.

Die im Zuge der explorativen Erhebungen gesammelten Informationen und Einblicke bildeten die Basis für die folgenden empirischen Untersuchungsschritte (Module 3 und 4).

2.2.2. Modul 2: Sekundärstatistische Analysen vorliegender Daten

Im Rahmen dieses Moduls wurde zunächst eine große Menge an Daten aus unterschiedlichen Quellen gesammelt. Neben Informationen zur Unterbringungspraxis, die die in der Einleitung genannten Institutionen zur Verfügung stellten, wurde eine Fülle an sozioökonomischen und demographischen Daten von Statistik Austria bezogen. Über das gelebte Unterbringungsrecht hinausgehende Indikatoren zur stationären und extramuralen psychiatrischen Versorgung wurden durch die Gesundheit Österreich GmbH übermittelt.

Neben grundlegenden deskriptiven Analysen widmeten sich die ersten Untersuchungsschritte vor allem dem Aufbereiten der Daten für die Querschnittsanalyse. Dabei wurden in einem ersten Schritt die auf Ebene einzelner psychiatrischer Stationen vorliegenden Unterbringungsdaten der Patientenanwaltschaften regionalen Einzugsgebieten zugeordnet. Letztere konnten – dank einer Erhebung durch den Verein Vertretungsnetz – über den jeweiligen Versorgungsauftrag definiert werden. Da die räumlichen Einheiten der unterschiedlichen Datenquellen (Versorgungsregionen, Einzugsgebiete von Krankenhäusern, politische Bezirke, Bezirksgerichtssprengel) jedoch nicht deckungsgleich sind, waren in einem zweiten Schritt zum Teil sehr aufwändige Aggregierungsarbeiten notwendig.

Letztlich ist es gelungen, einen Datensatz mit 32 Regionen zu erstellen, der die Grundlage der eigentlichen statistischen Analyse darstellte.

Nach ersten explorativen Untersuchungen, Konsistenzprüfungen und Transformationen schief verteilter Variablen wurden bivariate Korrelationen gerechnet, bevor schließlich multivariate Modelle erstellt wurden. Eine erste Fassung des Berichts wurde intern im Forschungsteam ausführlich diskutiert, wodurch viele Ergebnisse noch klarer dargestellt werden konnten. Die Ergebnisse dieses Moduls sind diesem Endbericht in einem eigenständigen Berichtsteil beigefügt.

2.2.3. Modul 3: Standardisierte Online-Befragungen

Anhand einer standardisierten Online-Befragung wurden in Modul 3 österreichweit standortbezogene Informationen und repräsentative Einschätzungen der drei im Unterbringungsverfahren zentralen Berufsgruppen erhoben: der für Unterbringungsentscheidungen verantwortlichen ÄrztInnen, der zuständigen AußerstreitrichterInnen und der PatientenanwältInnen. Die Entwicklung des Erhebungsinstruments baute auf den explorativen Ergebnisse in Modul 1 auf, für jede der drei zentralen Berufsgruppen wurde ein eigenes Erhebungsinstrument entwickelt. Dabei wurde einerseits darauf geachtet, die Fragen für alle drei Berufsgruppen möglichst vergleichbar zu formulieren und gestalten, andererseits beinhalteten die verschiedenen Online-Fragebögen zusätzlich jeweils berufsgruppenspezifische Fragen. Die Erhebungsinstrumente umfassten im Wesentlichen Fragen zu folgenden Themenblöcken:

- Strukturelle Rahmenbedingungen der jeweiligen psychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungen;
- Wege in die Unterbringung – InitiatorInnen, AkteurInnen und deren Kooperation, Zugangsgründe und Aufnahme bzw. Nichtaufnahme;
- Gerichtliche Überprüfungen, daran beteiligte AkteurInnen und deren Entscheidungsgrundlagen und Zusammenarbeit;
- Aufhebungen der Unterbringung, Entlassung und Weiterversorgung/Betreuung;
- Unterbringung von Kindern und Jugendlichen;
- Kommunikation und Kooperation zwischen mit der Umsetzung des UbG befassten AkteurInnen;
- Extramurale Versorgungs- und Betreuungsstruktur für psychisch kranke Menschen;
- Reformüberlegungen und allfälliger Entwicklungsbedarf.

BefragungsadressatInnen waren alle in Bezug auf das UbG entscheidungsverantwortlichen ÄrztInnen an allen psychiatrischen Kliniken und Abteilungen, alle für Unterbringungsverfahren zuständigen AußerstreitrichterInnen und alle PatientenanwältInnen. Die Befragung erfolgt klinik- bzw. abteilungsbezogen. Entsprechend wurden PatientenanwältInnen, die für mehrere Kliniken bzw. Abteilungen zuständig sind, gebeten, die Befragung für jede Abteilung gesondert auszufüllen. Die Teilnahme an der Onlinebefragung war grundsätzlich freiwillig und anonym.

Die Befragung wurde mittels der Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey umgesetzt. Alle drei Befragungen wurden in Testläufen getestet, die Befragungen für PatientenanwältInnen und ÄrztInnen jeweils auch durch eine/n VertreterIn der Zielgruppe.

Parallel zur inhaltlichen Ausarbeitung und technischen Umsetzung der Onlinebefragung wurden die organisatorischen Voraussetzungen für die Befragungen abgeklärt. Dies gestaltete sich für die einzelnen Befragungszielgruppen sehr verschieden, sodass auch der Umsetzungsstand der Datenerhebung erheblich variiert, wie nachfolgend dargestellt ist. Die Online-Befragungen wurden und werden durch ein ausführliches Informationsschreiben mit Anleitungen an alle potenziellen BefragungsteilnehmerInnen eingeleitet, dem eine über die Befragungssoftware versendete Einladung zur Teilnahme mit einem Zugangslink folgt.

- *RichterInnen:* Alle mit dem UbG befassten Gerichte wurden zunächst durch das Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz über die Befragung informiert und um Unterstützung gebeten. Zwei Wochen nach Versendung des Befragungslinks an die UbG-RichterInnen wurde ein Erinnerungsschreiben versandt. Die Befragung der Richterschaft konnte Ende Oktober 2018 nach drei Wochen Erhebungszeit erfolgreich abgeschlossen werden.
- *PatientenanwältInnen:* Nachdem die grundsätzliche Zustimmung der Trägervereine eingeholt worden war, wurden die PatientenanwältInnen vorab von den Trägervereinen über die bevorstehende Befragung informiert und anschließend der Befragungslink durch das IRKS verschickt. Die Befragung der PatientenanwältInnen wurde im November 2018 abgeschlossen.
- *ÄrztInnen:* Wesentlich herausfordernder stellte sich die organisatorische Vorbereitung der Befragung der Ärzteschaft dar. Zunächst mussten die jeweils potenziell für Unterbringungsentscheidungen zuständigen ÄrztInnen recherchiert werden. Darauf aufbauend wurden in der ersten Oktoberwoche 2018 die Krankenhausträger und die Klinik- bzw. AbteilungsleiterInnen umfassend über die Befragung informiert und schriftlich um Unterstützung bzw. Genehmigung der Befragung gebeten. Nachdem sich nur sehr wenige Abteilungen auf diese Unterstützungsanfrage hin meldeten, wurde zwei Wochen nach der ersten Aussendung ein

Erinnerungsschreiben versendet. Es folgten Wochen mit unzähligen Telefonaten und zahlreichen Mails, um die Genehmigungen für die Befragung an allen psychiatrischen Kliniken Österreichs zu erlangen. Letztlich wurde die Befragung in mehreren Tranchen durchgeführt, ein letztes Bundesland konnte erst Mitte Februar 2019 abgeschlossen werden.

In Summe wurden 92 RichterInnen angeschrieben, sechs Personen meldeten zurück, doch nicht oder nicht mehr für UbG-Belange zuständig zu sein bzw. in so geringem Ausmaß damit zu tun zu haben, dass sie die Fragen nicht beantworten könnten. Somit kann von einer Grundgesamtheit von bis zu 86 UbG-RichterInnen ausgegangen werden. Von 53 Personen liegen vollständige Beantwortungen der Fragen vor, das entspricht einem Rücklauf von rund 62% der Grundgesamtheit. Dies kann als sehr hoher Rücklauf für eine Online-Befragung betrachtet werden. Abgebrochene Befragungen (in Summe elf Datensätze) wurden nicht mit in die Auswertung aufgenommen, da sie entweder zu unvollständig waren oder die Personen ohnehin nochmals vollständig teilgenommen hatten.

Von den 53 gültigen Datensätzen entfallen 43 auf RichterInnen, die mit UbG-Belangen regelmäßig bzw. hauptverantwortlich befasst sind. Die anderen zehn teilnehmenden RichterInnen gaben an, mit UbG-Belangen nur stellvertretend befasst zu sein. In der Datenauswertung wird nachfolgend in der Regel nicht mehr zwischen beiden Teilgruppen getrennt, da eine Kontrollauswertung sichtbar machte, dass sie sich im Antwortverhalten nicht nennenswert unterscheiden (die stellvertretenden RichterInnen machten beispielsweise nicht häufiger von der „weiß nicht“-Antwortkategorie Gebrauch als ihre hauptzuständigen KollegInnen). Bei einer üblichen Zusammenfassung der Bundesländer nach Regionen – Wien (13) /Niederösterreich, nördl. Burgenland (11) /Steiermark, Kärnten, südl. Burgenland (9)/Oberösterreich (9) /Salzburg, Tirol, Vorarlberg (11) -, zeigt sich eine gute regionale Verteilung der Rückmeldungen.

Auf Seiten der Patientenanwaltschaft wurden 63 PatientenanwältInnen angeschrieben, von denen ein Teil an mehreren Kliniken bzw. psychiatrischen Abteilungen tätig ist. In diesem Fall wurden die PatientenanwältInnen gebeten, die Online-Befragung für jeden ihrer Zuständigkeits-Standorte zu beantworten. Hätten alle PatientenanwältInnen die Befragung für jeden ihrer Zuständigkeits-Standorte beantwortet, so wäre ein Rücklauf von 90 vollständigen Fragebögen zu verzeichnen gewesen. Tatsächlich konnten 60 weitgehend vollständig ausgefüllte Fragebögen in diese Auswertung einbezogen werden, die sich auf 28 aller 32 Kliniken bezogen.² Bei den fehlenden Kliniken bzw. Psychiatrien handelt es sich durchwegs um eher kleine Krankenhäuser bzw. Einrichtungen mit geringen Unterbringungszahlen. In diesem Sinn ist eine sehr gute Abdeckung der UbG-Standorte in

² Bei den PatientenanwältInnen wurde anders als bei den anderen beiden Zielgruppen der Online-Befragung nach dem jeweiligen Zuständigkeits-Standort gefragt.

diesem Befragungsteil gewährleistet. Neun Beantwortungen bezogen sich auf Kinder- und Jugendpsychiatrien, 48 auf Erwachsenenpsychiatrie ohne weitere Differenzierung, zwei auf gerontopsychiatrische Abteilungen und eine sowohl auf Erwachsenen- als auch auf Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfasst sind damit auch alle Bundesländer, wobei allerdings die Kinder- und Jugendpsychiatrie in drei Bundesländern nicht abgedeckt ist. Bei der Zusammenfassung der Bundesländer nach Regionen zeigt sich insgesamt auch hier eine gute Verteilung der Beantwortungen – Wien (11) /Niederösterreich, nördl. Burgenland (12) /Steiermark, Kärnten, Südl. Burgenland (17)/Oberösterreich (7) /Salzburg, Tirol, Vorarlberg (13).

Insgesamt wurden 579 FachärztInnen an allen psychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungen in Österreich angeschrieben worden. 34 Anschreiben ergaben Fehlermeldungen. Mit der Beantwortung der Befragung begannen 132 Personen, 76 dieser Datensätze waren weitgehend komplett und konnten in die Auswertungen aufgenommen werden. Demnach hat etwa jede/r siebte Kontaktierte erfolgreich an der Befragung teilgenommen. In Anbetracht der zeitaufwendigen Befragung ist dieses Ergebnis als durchaus gut zu bewerten. 63 Rückmeldungen bezogen sich auf die Erwachsenenpsychiatrie, 11 auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie und zwei ÄrztInnen gaben an, in beiden Bereichen tätig zu sein. Wertvoll für die Studie ist, dass Rückmeldungen aus allen Bundesländern vorliegen. Die Repräsentanz der Bundesländer in der Umfrage stellt sich jedoch unterschiedlich dar. Die meisten Rückmeldungen kamen aus Wien (20), dies entspricht auch annähernd der Größenordnung der Bewohnerzahl und der Psychiatrie. Aus Oberösterreich kamen die zweitmeisten Rückmeldungen (18), das Bundesland ist damit leicht überrepräsentiert. Es folgt Niederösterreich mit 9 Beantwortungen, das damit etwas unterrepräsentiert ist. Je 7 Rückmeldungen gab es aus der Steiermark und aus Tirol, beide damit auch unter dem Österreichschnitt. Kärnten ist mit 6 Rückmeldungen stark in der Umfrage vertreten, Salzburg hingegen mit 3 Teilnahmen eher schlecht. Vorarlberg und Burgenland sind schließlich mit je drei Rückmeldungen im Verhältnis zur Größenordnung der psychiatrischen Standorte relativ stark in der Befragung vertreten.

Die Antworten wurden in eine Datenbank gespeist und die so generierten Daten nach Aufbereitung und Data-Clearing deskriptivstatistischen Auswertungen (insbesondere Verteilungen, Lage- und Streuungsmaße) unterzogen. Zudem wurden im offenen Antwortformat erhobene Fragen codiert und teilweise ebenfalls einer quantifizierenden Auswertung unterzogen.

2.2.4. Modul 4: Vertiefende Fallstudien

Auf Grundlage der im Herbst 2018 vorliegenden statistischen Informationen und ergänzender Erkundungen wurden vier Fallstudien-Standorte nach folgenden Kriterien ausgewählt: Abdeckung großstädtischer, städtischer und ländlicher Bereiche, regionale Streuung, Typus der psychiatrischen Einrichtung(en) in der Region, differierende Unterbringungsraten sowie gerichtliche Unzulässigkeitsentscheidungen, offen und geschlossen geführte Abteilungen, unterschiedliche Abteilungsschwerpunkte (Akutpsychiatrische, Kinder- und Jugendpsychiatrische, gerontopsychiatrische Abteilung), Differenzen in der Beschaffenheit der psychosozialen Infrastruktur (Soziale Dienste etc.) etc.

Folgende Forschungsmethoden kamen zum Einsatz:

- a) Problemzentrierte Interviews mit unterschiedlichen Stakeholdern (Abteilungs- und AmtsärztInnen, RichterInnen, PatientenanwältInnen, Betroffenenvertretungen, VertreterInnen psychosozialer Dienste, Exekutive)
- b) Qualitative Ein- oder Mehrpersonen-Interviews mit Personen mit Unterbringungserfahrungen
- c) Teilnehmende Beobachtungen bei gerichtlichen Anhörungen und Verhandlungen
- d) Auswertung der Gerichtsakten hinsichtlich Unzulässigkeitsentscheidungen bzw. Bestätigung der Unterbringung
- e) Recherche der regionalen Versorgungslandschaft in Bezug auf psychosoziale Dienste bzw. extramurale Versorgungsangebote und -möglichkeiten (inkl. Versorgungslage in angrenzenden bzw. überschneidenden Bereichen wie etwa der Wohnungslosenhilfe, Sucht- und Drogenhilfe etc.)

An den Fallstudienorten wurde insgesamt 44 ExpertInnengespräche mit FachärztInnen unterschiedlicher Spezialisierung, RichterInnen, PatientenanwältInnen, Fachpflegekräften, AmtsärztInnen, VertreterInnen extramuraler psychosozialer Einrichtungen, VertreterInnen der Polizei und von Betroffenenvertretungen durchgeführt.

Erwartungsgemäß schwierig gestaltete sich die Kontaktaufnahme zu und Einbindung von Menschen in die Fallstudien, die selbst auf Unterbringungserfahrung zurückblicken. Die Bemühungen, solche Kontakte herzustellen und die Bereitschaft Betroffener zu einem Gespräch zu erkunden, waren auf die engagierte Unterstützung der Patientenanwaltschaften sowie psychosozialer Einrichtungen und Betroffenenvertretungen angewiesen. Dank dieser Unterstützung konnten an den Fallstudienorten insgesamt 13 Gespräche mit Betroffenen und zwei weitere Gespräche mit Angehörigen geführt werden.

Zusätzlich fanden an allen Fallstudienorten teilnehmende Beobachtungen an Erstanhörungen und mündlichen Verhandlungen statt. Insgesamt wurden 32 Erstanhörungen und acht mündliche Verhandlungen beobachtet.

In Summe konnten an den vier Fallstudien-Standorten 210 Gerichtsakten zu Unterbringungsverfahren ausgewertet werden. Bei den Akten handelt es sich um durch die Gerichtsabteilungen gezogene Zufallsauswahlen aus den Jahren 2017 und 2018. Die Akten umfassen Verfahren, die noch vor der Erstanhörung wieder eingestellt wurden, Verfahren mit Erstanhörungen, Verfahren mit mündlichen Verhandlungen und vereinzelt auch Verfahren, in denen die Rechtmäßigkeit von Fortsetzungen der Unterbringung (über den in der mündlichen Verhandlung bestimmten Zeitpunkt hinaus) überprüft wurde. Die Zufallsstichprobe enthält auch Aufhebungen der Unterbringung im Rahmen von Erstanhörungen und von mündlichen Verhandlungen. Bereits an dieser Stelle kann festgehalten, dass solche Verfahren eine Minderheit in der Stichprobe ausmachen. Angesichts der bekannt geringen gerichtlichen Aufhebungsraten kann das bei einer Zufallsstichprobe allerdings nicht verwundern.

Überblick Erhebungen vertiefende Fallstudien:

Akteurs- bzw. Erhebungsebene	Erhebungsinstrument	Angepeilte Erhebungen pro Standort	Realisierte Erhebungen gesamt
Professionelle Ebene (persönlich-mündliche und Telefoninterviews)	qualitative, themenzentrierte Leitfadenterviews	10-12 pro Fallstudie	44 Interviews mit in Summe 50 Personen (teils Mehrpersonengespräche)
Personen mit Psychiatrie- und Unterbringungserfahrung/ Angehörige (persönlich-mündlich)	qualitative Leitfadenterviews	4-5 Gespräche pro Standort	15 Interviews
Teilnehmende Beobachtungen bei Anhörungen und Verhandlungen	Beobachtungsprotokoll	Je 2 Verhandlungs- bzw. Anhörungstage pro Standort	8 Beobachtungstage
Inhaltsanalytische Auswertung von Gerichtsakten (Zulassungserklärungen)	Repräsentative Zufallsauswahl von Gerichtsakten	40 bis 50 Akten an 4 Standorten	210 Akten
Recherche alternative psychosoziale Versorgungslandschaft	Desk Research	4 Standorte	4 Beschreibungen der psychosozialen Versorgungslandschaft

Zu allen geführten Gesprächen wurde eine Audioaufzeichnung angefertigt, die anschließend transkribiert wurde, sodass die erhobenen qualitativen Daten in erforderlicher Genauigkeit für die Auswertungen zur Verfügung standen. Zum Schutz personenbezogener Daten - speziell in Bezug auf Privatpersonen, die eben nicht in einer beruflichen Rolle interviewt werden - wurden alle Transkripte so weit wie möglich und inhaltlich sinnvoll anonymisiert (sie mussten aber einem Standort zuordenbar sein und wurden deshalb mit einem Code versehen). Zu den teilnehmenden Beobachtungen bei Anhörungen und Verhandlungen wurden Beobachtungsprotokolle angefertigt.

In der Auswertung der qualitativen Interviews sowie der Beobachtungsprotokolle kam ein erweitertes inhaltsanalytisches Verfahren zur Anwendung, das die inhaltlichen Kategorien induktiv (aus dem empirischen Material heraus) bildete (vgl. u.a. Mayring 2008; Schmidt 2004) und um interpretative Elemente ergänzt wurde. Es ging also in der Analyse der vorsortierten Textstellen (strukturierende Inhaltsanalyse) nicht nur um eine zusammenfassende Beschreibung der manifesten Inhalte, sondern auch um eine vertiefende Analyse der Texte, wie sie etwa in der von Froschauer und Lueger vorgestellten Themenanalyse angedeutet ist (vgl. Froschauer/Lueger 2003: 158ff; Lueger 2010: 206ff). Die Gerichtsakten wurden ebenfalls inhaltsanalytisch ausgewertet.

In der nachfolgenden Ergebnisdarstellung werden die Daten aus Modul 3 und 4 in unterschiedlicher Weise zusammengeführt, je nachdem, welche Form für die Ergebnisaufbereitung erkenntnisreicher erscheint.

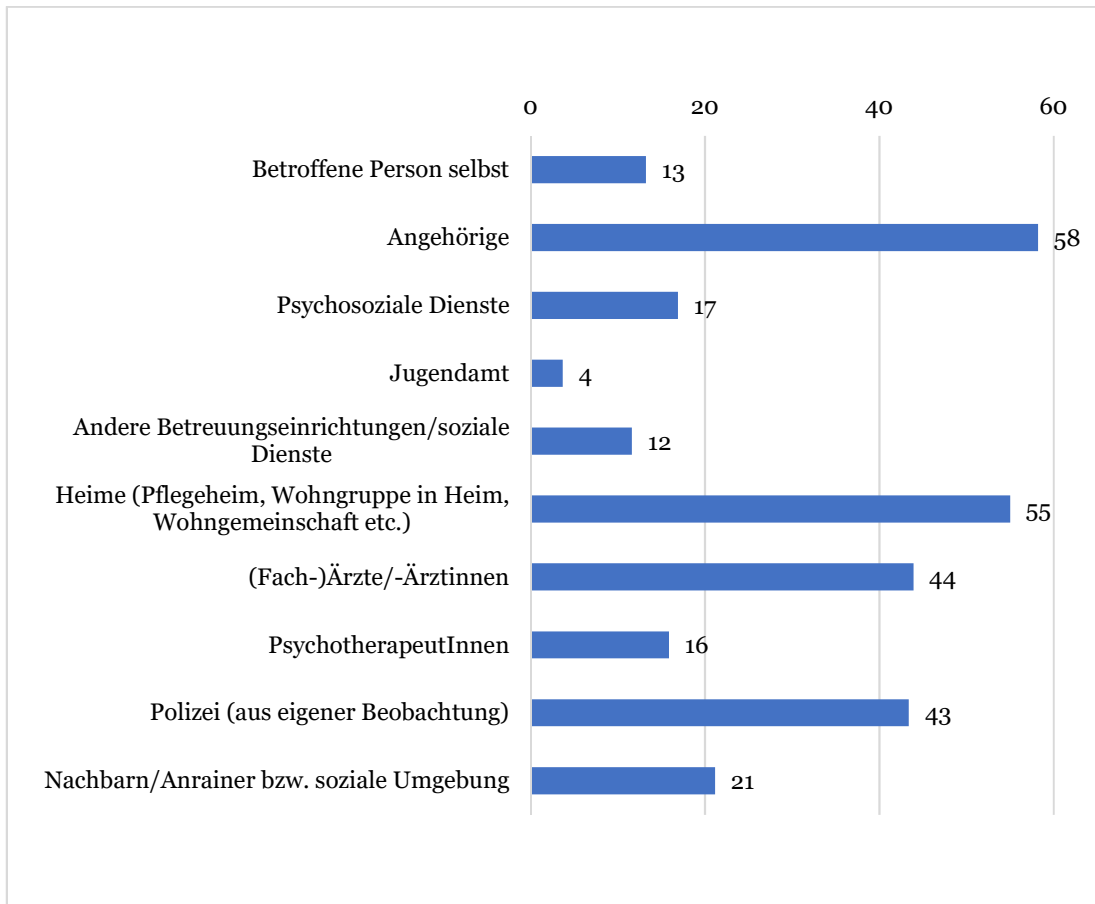
3. Wege in die Unterbringung

Der Prozess hin zu einer Aufnahme und Unterbringung ohne Verlangen in der Psychiatrie ist mehrstufig und kann sich sehr verschieden gestalten und von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst werden (zur detaillierten Beschreibung der formal möglichen Zugangsarten vgl. Sagerschnig et al. 2017, S. 3ff.). Die nachfolgenden Ausführungen fassen zunächst empirische Erkenntnisse zu den Personenkreisen und Stellen, die Unterbringungen anregen, und den Zugangsformen (mit/ohne Anwendung des UbG etc.) zusammen. Anschließend erfolgt eine vertiefende Beschäftigung mit den rechtlich vorgesehenen Zugangsformen bei einer Verbringung in die Psychiatrie gegen oder ohne den Willen der betroffenen Person, d.h. mit Zugängen nach §§ 8 und 9 UbG. Die Aufnahmeuntersuchung durch FachärztInnen der psychiatrischen Abteilungen gemäß § 10 wird darauffolgend zunächst allgemein thematisiert, um danach spezifisch auf Nicht-Unterbringungen, d.h. die Ablehnung einer stationären Aufnahme nach UbG einzugehen. In einem eigenen Unterkapitel werden wichtige Eindrücke aus den Interviews mit betroffenen Personen und Angehörigen zusammengefasst.

3.1. InitiatorInnen von Unterbringungen und Zugangswege zur psychiatrischen Abteilung im Überblick

Die Ergebnisse der Online-Befragung unter ÄrztInnen psychiatrischer Abteilungen, UbG-RichterInnen und PatientenanwältInnen vermögen ein grobes Bild davon zu geben, welche Personenkreise und Institutionen eine Unterbringung nach UbG häufig ursprünglich anregen. Nachfolgende Abbildung 1 gibt die Antworten aller drei Befragungsgruppen zusammengefasst wieder, die Detailwerte weisen allerdings auch große Antwortdifferenzen auf, d.h. die Werte zeichnen sich durch eine hohe Streuung aus, weshalb eben nur ein „grobes Bild“ davon ableitbar ist. Demnach werden vor allem **Angehörige** und **Heime bzw. betreute Wohnformen** (Pflegeheime, Wohngruppen in Heimen, Wohngemeinschaften etc.) häufig als InitiatorInnen von Unterbringungen wahrgenommen. Angehörige wurden in fast 60% aller Rückmeldungen von RichterInnen, PatientenanwältInnen und ÄrztInnen als häufig initiierend genannt, Heime in 55% aller Rückmeldungen. In der Beobachtung der befragten Experten werden auch **ÄrztInnen** und die **Polizei** als häufige Ausgangspunkte in Richtung Unterbringung wahrgenommen (44 bzw. 43%). Gelegentlich kommen Zuweisungen auch über (psycho-)soziale Dienste und andere Betreuungseinrichtungen. Insgesamt stellt sich die Palette der InitiatorInnen sehr breit dar. Im Bundesländervergleich zeigen sich keine markanten Unterschiede der Ergebnisse.

Abbildung 1: **Häufige InitiatorInnen von Unterbringungen** – Prozentzahl der „häufig“-Antworten unter allen Befragten pro Kategorie (n=60 PatientenanwältInnen, 53 RichterInnen und 76 ÄrztInnen); Quelle: eigene Erhebungen



Die vertiefenden Fallstudien geben detailliertere Einblicke in die Situationen und Beweggründe, die zu einer **Unterbringungsanregung durch Heime bzw. Wohneinrichtungen**, aber auch von Seiten anderer Sozialer Dienste führen können. Deren Rolle auf dem Weg zu einer Unterbringung wird dabei durchaus etwas unterschiedlich wahrgenommen. Etwas vereinfacht zusammengefasst ist eine Unterbringung ohne Verlangen für VertreterInnen der Sozialen Dienste oft der letzte (manchmal auch einzige) Ausweg, wenn sie mit einem Bewohner bzw. Klienten oder einer Bewohnerin bzw. Klientin mit vermuteter oder diagnostizierter psychischer Erkrankung nicht zurande kommen, wenn er/sie mangelnde Compliance aufweist, im Heimalltag zur großen Belastung für Personal und MitbewohnerInnen wird, wenn die eigenen Ressourcen und das eigene Handlungsrepertoire an Grenzen stoßen – und mit dieser Situation der mangelnden Interventionsfähigkeit und Situationskontrolle Selbst- oder Fremdgefährdungen einhergehen können. Andere AkteurInnen im Umfeld nehmen teils einen (vor-)schnellen Ruf nach einer Unterbringung in der Psychiatrie wahr, der insbesondere aus einer unzureichenden Ausstattung der Ein-

richtung (zu wenig/kein psychiatrisch geschultes Pflegepersonal, generell Personalmangel und in der Folge zu wenig personenzentriertes Arbeiten, zu wenige Wohnplätze etc.) resultiere. Ernstliche und erhebliche Gefährdungen wiederum seien teilweise nicht ausreichend erkennbar oder mitunter durch eine mangelnde Versorgungs- und Betreuungslage in den Einrichtungen mitverursacht. Folgende Zitate veranschaulichen die differierenden Wahrnehmungen:

B2: „(...) da ist auch oft das Problem, was wir auch schon merken, geballt vor Feiertagen, vor Urlaubszeiten, dass die Heime einfach sagen, sie haben das Personal nicht dazu und dann werden die schwierigen Patienten zu uns verlegt mit Diagnosen der Aggressivität und und und. Die in der normalen Struktur wahrscheinlich händelbar wären, aber durch das Verlegungsproblem, der kennt sich nicht aus, der kennt die neuen Leute nicht, (...) ist das natürlich auch noch mehr ein Ausnahmezustand.“

B1: „(...) Die Heime sind medizinisch schlecht versorgt und sie sind dann halt einfach überfordert.“ (P17/Abs. 73_F1/Pflege)

„(...) wir werden in sehr vielen Fällen direkt vom Landeskrankenhaus angefordert oder von einem Altenheim. Wobei ich dazu sagen muss: Da bin ich immer ein bisschen zwiesgespalten, ob da wirklich jede Einlieferung notwendig ist, wenn ein alter Dementer aggressiv ist oder wenn überhaupt-, ob das mit einer psychischen Erkrankung, ob man das so sehen kann. Aber wie gesagt, ich bin kein Facharzt. Aber die rufen uns dann und sagen in den meisten Fällen sehr wohl schon dann, wir haben den Distriktsarzt oder den Gemeindefacharzt eh schon verständigt.“ (P30/49_F2/Exekutive)

„(...) mir geht es darum, die Patienten, die tatsächlich auffällig sind, wo wir im Prinzip auch mit im Boot sind, wo wir die fachliche Expertise bereitstellen können und da einen Langzeitbericht geben können, was alles war und wie viele schwierige Situationen das da waren und teilweise auch lebensgefährliche Situationen waren, dass diese Patientengruppe leichter untergebracht werden kann.“ (P43/202_F3/Sozialer Dienst)

„Wir (die Psychiatrie, Anm. d. Verf.) sind die letzte Alternative, wir sind das unterste Auffangnetz. Jede andere Institution kann ihren Auftrag definieren und kann sagen, das ist unsere Grenze, ab da tun wir nicht mehr. (...) also hauptsächlich sind es minder- oder schwachbegabte Patienten, die eine ganz große Verhaltensstörung haben, (...) die immer gewalttätig werden, die immer wieder in Konflikte kommen, die immer wieder nicht folgen in den Institutionen, die dort nicht händelbar sind usw. Die werden dann zu uns gebracht. (...) Letztlich sind es aber so chronische Probleme, (...) die sind ja nicht heilbar in dem Sinn. (...) Für die bräuchte es betreutes Wohnen, (...) das auf solche Problemfälle spezialisiert ist und die damit umgehen können.“ (P47/226ff._F4/Psychiatrie)

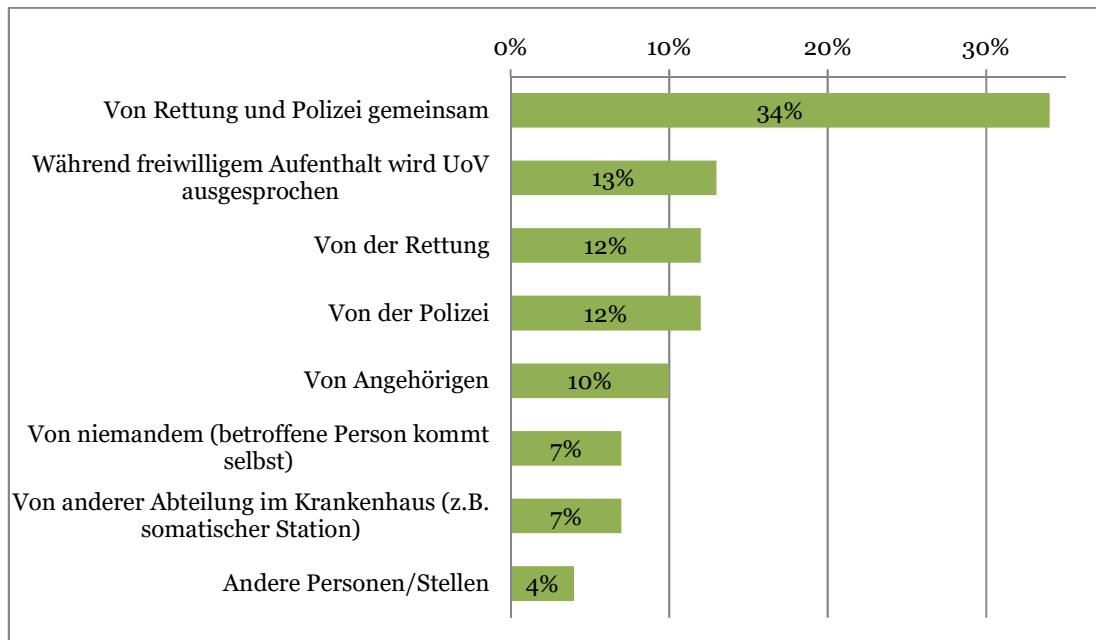
„Wir sind in einer schwierigen Position, weil diese Hilfe, die wir anfordern, sei es jetzt durch Rettung, Polizei und letztendlich Amtsarzt, diese Hilfe wird uns- wie soll ich sagen? In ein schlechtes Licht gerückt. Weil wir eigentlich dann sehr oft leider in diese Position kommen, wo unsere Meinung in Frage gestellt wird. Und eigentlich unser Handeln sehr stark bekräftigt wird, warum wir eigentlich überhaupt anrufen.“ (P56/408_F4/Sozialer Dienst)

Die Diskrepanzen können unter anderem dadurch mitverursacht sein, dass die sozialen Einrichtungen einen umfassenderen, ganzheitlicheren Blick auf die betroffene Person und ihr soziales Umfeld einnehmen. Dadurch antizipieren sie auch in höherem Ausmaß mögliche negative Entwicklungen und Gefährdungen bei Nicht-Handeln, auch wenn diese (noch) nicht immer ausreichend die UbG-Voraussetzungen erfüllen mögen (vgl. auch Kap. 4.2 Gefährdung). Zugleich ist zu berücksichtigen, dass es mitunter um KlientInnen geht, die in vielerlei Hinsicht vor große Herausforderungen stellen und ihrer näheren Umwelt viel zumuten (nicht krankheitseinsichtig, teils aggressiv, unberechenbar und gefährdend, zugleich selbst gesundheitlich gefährdet, teils sich körperlich verwehrlosend, mitunter auch eine hygienische Belastung für das Umfeld,...). Die berichteten Erfahrungen in den Fallstudien lassen vermuten, dass in solchen Fällen manchmal alle Beteiligten an ihre Grenzen stoßen und sich wünschen, die andere Stelle bzw. Institution möge diese Herausforderung für sie lösen – und dann frustriert sind, wenn diese ebenfalls an ihre Grenzen geraten oder solch eine Grenze ziehen, d.h. sich abgrenzen.

Das online befragte ärztliche Personal von psychiatrischen Abteilungen war um eine Einschätzung gebeten worden, welcher Prozentsatz der nach UbG aufgenommenen PatientInnen auf welchen **Zugangswegen in die Abteilung** kommt (z.B. freiwillig entweder allein oder in Begleitung Angehöriger, über Polizei oder Rettung, über andere Abteilung des gleichen Krankenhauses etc.). Die Antworten differieren relativ stark zwischen den antwortenden Personen. Dies könnte in gewissem Ausmaß darin begründet liegen, dass die Antwortenden keine exakten Kenntnisse über die Häufigkeit der Zugangsformen haben. Die empirischen Daten – und zwar vor allem auch die vier vertiefenden Fallstudien – legen aber auch die Hypothese nahe, dass jedenfalls ein Teil – möglicherweise sogar ein beachtlicher Teil – der Antwortenheterogenität auch aus tatsächlichen **Differenzen zwischen den Standorten** in den Zugangswegen resultieren (s.u.). Obwohl aufgrund der großen Streuung und teils schiefen oder mehrgipfeligen Verteilung der Antworten streng genommen auf den Median als statistisches Lagemaß zurückgegriffen werden müsste, wird hier dennoch der Mittelwert herangezogen, da die Mediane in Summe eine äußerst hohe Rundungsungenauigkeit ergeben (82,5% statt 100%).³

³ Dies scheint deshalb zulässig, weil sich ein vergleichbares Ergebnismuster zeigt, die Mediane liegen nur i.d.R. etwa 0,5-2,5% niedriger als die Mittelwerte.

Abbildung 2: **Zugang der UbG-Aufnahmen zur psychiatrischen Abteilung** – Teilbefragung ÄrztInnen, Median (n=76); Quelle: eigene Erhebungen



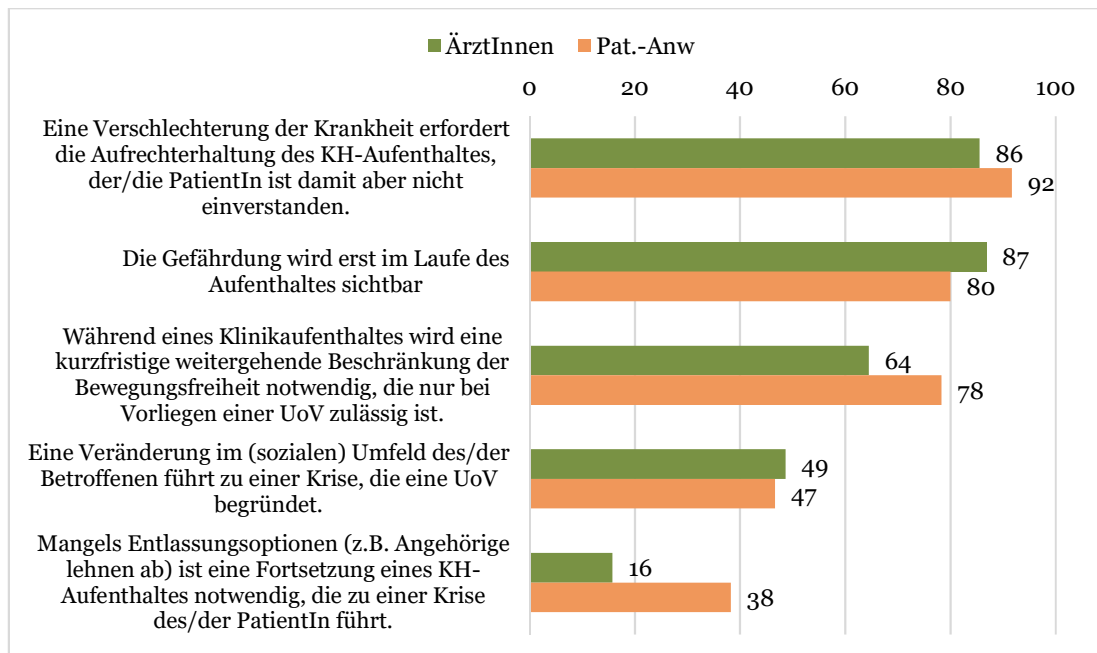
An diesen Ergebnissen ist zunächst bemerkenswert, dass den Einschätzungen der befragten ÄrztInnen zufolge **in knapp der Hälfte der Zugänge (46%) Polizei involviert** ist. Laut GÖG-Bericht erfolgt aber nur etwa ein Drittel aller Aufnahmen nach UbG nach einem Zugang gemäß §§8 und 9 UbG (vgl. Sagerschnig et al. 2017, S. 30). Die Differenz dürfte überwiegend darin begründet sein, dass die Anzahl der UbG-Zugänge von den befragten ÄrztInnen tendenziell überschätzt wird. So wurde in der Online-Befragung durchschnittlich angegeben, dass ca. 45% aller Unterbringungen nach §8 oder 9 veranlasst werden – der Wert stimmt somit recht gut mit den Zugängen mit Polizeibegleitung überein. Erklären lässt sich diese quantitative Überbewertung u.a. dadurch, dass solche Zugänge mit Polizei in den Abteilungen häufig vergleichsweise mehr Aufmerksamkeit binden und sich mitunter relativ herausfordernd gestalten – dies legen zumindest Einblicke der vertiefenden Fallstudien nahe. Zugleich gilt es zu berücksichtigen, dass auch in der Zugangskategorie „von anderer Abteilung im Krankenhaus“ teilweise nach §8 UbG eingewiesen wird, etwa wenn – wie in einzelnen Krankenhäusern üblich – bei einer Überstellung von PatientInnen somatischer Stationen auf die Psychiatrie eine (amts-)ärztliche Bescheinigung eingefordert wird. Der Aspekt wird weiter unten nochmals aufgenommen.

Gemäß GÖG-Bericht erfolgen **zwei Drittel** der Unterbringungen ohne Verlangen nach einem **Zugang** in die Abteilung **ohne Anwendung des UbG** (vgl. Sagerschnig et al. 2017, S. 30). Diese PatientInnen haben sich somit **formal freiwillig** in die psychiatrische Abteilung begeben. Dies kann etwa vorkommen, wenn Personen von ihren Angehörigen begleitet werden (laut Schätzungen der ÄrztInnen durchschnittlich in 10% aller

UbG-Aufnahmen – mit starken Unterschieden zwischen den Standorten. Die vertiefenden Fallstudien machen deutlich, dass die formale Freiwilligkeit des/der Betroffenen faktisch oft auf einer Gemengelage aus „überredet worden“, „gedrängt worden“ und manchmal auch „irreführt worden“ basieren dürfte. Vereinzelt wurde problematisiert, dass auch bei Überstellungen aus Heimen, die überwiegend in die Zugangskategorie „von der Rettung“ gebracht (12% der Zugänge) fallen dürften, die „Freiwilligkeit“ der Betroffenen nicht immer durch ausreichende Information von Seiten des Heimes abgesichert sei.

In durchschnittlich 13% der Unterbringungen ohne Verlangen wird die **Unterbringung** den befragten ÄrztInnen zufolge **im Laufe eines freiwilligen stationären Aufenthaltes** ausgesprochen – auch hier mit großen Differenzen zwischen den Standorten. Das Ergebnis der Online-Befragung ist somit fast gleich hoch wie die im ÖBIG-Bericht ausgewiesenen Zahlen: Diesen zufolge fanden 2015 österreichweit rund 16% aller Unterbringungen während eines freiwilligen Aufenthaltes statt. Die Online-Befragung unserer Studie liefert ergänzend Antworten darauf, aus welchen Gründen es zu Unterbringungen während eines freiwilligen Aufenthaltes in der Psychiatrie kommen kann. Befragt wurden diesbezüglich nur die ÄrztInnen und PatientenanwältInnen, da UbG-RichterInnen aufgrund geringerer Präsenz an den Abteilungen weniger unmittelbaren Einblick in diese Sachverhalte haben. Wie in Abbildung 3 zu sehen ist, gleichen sich die Antworten der beiden Teilstichproben in den meisten Antwortkategorien weitgehend.

Abbildung 3: Gründe für Unterbringung während eines freiwilligen stationären Psychriaufenthaltes – Prozentzahl der Befragten, die der jeweiligen Antwortmöglichkeit zustimmten – Teilbefragungen ÄrztInnen und PatientenanwältInnen (n=60 Patientenanw. und 76 ÄrztInnen); Quelle: eigene Erhebungen



Besonders häufig wurde der Antwortmöglichkeit zugestimmt, dass „eine Verschlechterung der Krankheit eine Aufrechterhaltung des Krankenhaus-Aufenthaltes erforderlich macht, mit der jedoch der/die PatientIn nicht einverstanden ist“ (86% der ÄrztInnen und 92% der PatientenadvokatenInnen). Ähnlich oft wurde angegeben, dass die Gefährdungslagen erst im Laufe eines Krankenhausaufenthaltes erkennbar werden (87% bzw. 80%). Auch die Begründung, dass während eines Klinikaufenthaltes eine kurzfristige Beschränkung der Bewegungsfreiheit notwendig wird, die nur bei einer Unterbringung ohne Verlangen zulässig ist, fand häufig Zustimmung (64% bzw. 78%). Zudem können teilweise Veränderungen im sozialen Umfeld der Betroffenen (49% bzw. 47%) oder fehlende Entlassungsoptionen (16% bzw. 38%) bei zunächst auf freiwilliger Basis aufgenommenen PatientInnen zu Krisen führen, die eine Unterbringung erforderlich erscheinen lassen.

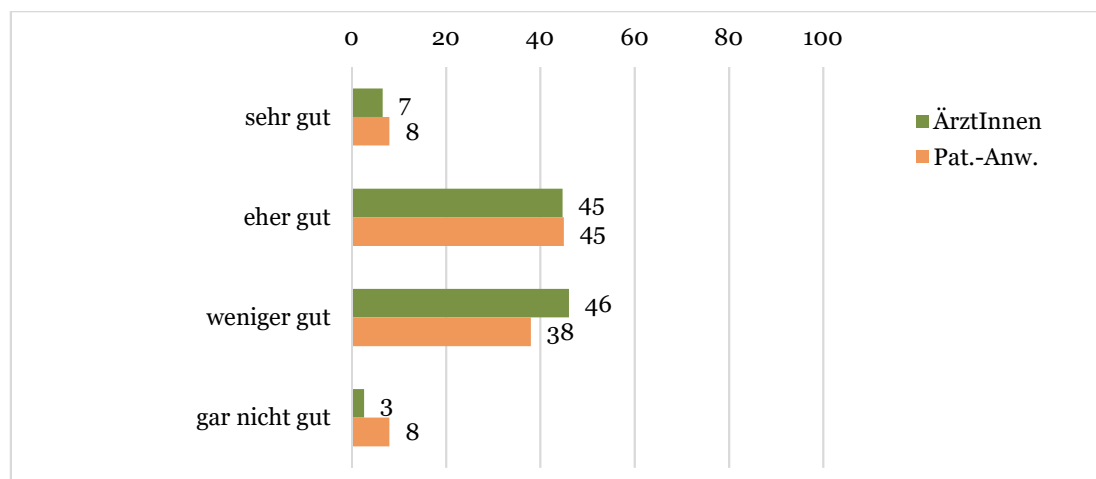
3.2. Zugänge nach §§ 8 und 9 – Polizei und ärztliche Bescheinigungen

Das Unterbringungsgesetz sieht vor, dass einer Unterbringung gegen oder ohne den Willen der betreffenden Person (Unterbringung ohne Verlangen) eine ärztliche Untersuchung und Bescheinigung nach § 8 UbG vorausgeht. Bei Gefahr in Verzug kann von der Polizei auch ohne diesen Zwischenschritt direkt in eine psychiatrische Abteilung gebracht werden. Faktisch erfolgt nur in etwa ein Drittel aller Unterbringungen ohne Verlangen tatsächlich nach §§ 8 bzw. 9 (vgl. Sagerschnig et al. 2017: 30), davon wiederum ca. drei Viertel nach ärztlicher Bescheinigung gemäß § 8 und ein Viertel nach § 9 Abs. 2 (Gefahr in Verzug) ohne ärztliche Voruntersuchung (Quelle: Krankenhausdaten GÖG, eigene Berechnungen). Sowohl Daten der Krankenhauserhebung der GÖG (2017) als auch die Ergebnisse der Online-Erhebung deuten **beachtliche Differenzen zwischen den Regionen** an: Der Anteil an Zugängen nach UbG (§§ 8 und 9) an allen Aufnahmen nach UbG dürfte je nach Standort zwischen etwas über 20% und 45% oder mehr schwanken. Die Zusammensetzung der UbG-Zugänge nach § 8 (ärztliche Bescheinigung) und § 9 Abs. 2 (**Gefahr in Verzug**) differiert den (nicht immer vollständigen und genauen) Daten der GÖG-Krankenhauserhebung zufolge nochmals deutlich stärker zwischen den Standorten: Am einen Ende des Kontinuums befinden sich einzelne Standorte, an denen die Polizei faktisch kaum (mehr) Personen nach § 9 Abs. 2 ins Krankenhaus verbringt, an dessen anderem Ende sind Standorte auszumachen, bei denen Einlieferungen mit „Gefahr in Verzug“ sogar deutlich die Mehrheit der UbG-Zugänge bilden. Gründe für diese **großen Unterschiede in der Umsetzung der Zugangsregelung nach UbG** deuten bereits die Ergebnisse der Online-Befragung an, werden dann aber insbesondere in den vertiefenden Fallstudien erkennbar, wie nachfolgend getrennt für die Akteursebene der bescheinigenden ÄrztInnen und der Exekutive dargestellt wird.

3.2.1. Ärztliche Bescheinigungen gemäß § 8 UbG – Ergebnisse der Online-Befragung

Den Amts- oder PolizeiärztInnen bzw. sonstigen im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden ÄrztInnen kommt gemäß § 8 UbG eine bedeutsame Rolle bei Zugängen nach dem Unterbringungsrecht zu. In der Online-Erhebung wurden alle drei Expertengruppen zunächst danach befragt, wie gut ihrer Erfahrung nach die Einweisungspraxis durch die Amts- und PolizeiärztInnen bzw. durch andere mit dieser Aufgabe betraute ÄrztInnen funktioniert. Die untenstehend abgebildeten Ergebnisse bilden allerdings nur die Werte der letzteren beiden Befragungsgruppen ab, da in der Datenerhebung erkennbar wurde, dass RichterInnen relativ wenig direkt Einblick in die Einweisungspraxis nach § 8 haben. Der Ergebnisdarstellung ist zudem noch vorzuschicken, dass im Erhebungsinstrument zwar genau genommen nur die Zufriedenheit mit Amts- und PolizeiärztInnen abgefragt wurde, aber nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Frage vereinzelt auch breiter, nämlich auf alle nach §8 bescheinigenden ÄrztInnen bezogen verstanden worden ist. Das Befragungsergebnis lässt eine **beachtliche Unzufriedenheit mit der aktuellen Einweisungspraxis gemäß § 8 UbG** sichtbar werden. Nur etwa die Hälfte der Befragten (51% der AbteilungsärztInnen⁴ und 53% der PatientenanwältInnen) gibt an, dass diese „sehr gut“ oder „eher gut“ funktioniere, die andere Hälfte dieser beiden zentralen UbG-AkteurInnen beobachtet offenbar in dieser Hinsicht gravierendere Probleme.

Abbildung 4: **Bewertung, wie gut Einweisungspraxis durch die zuständigen ÄrztInnen (Amtsärzte etc.) funktioniert**, Angaben in Prozent – Teilstichproben ÄrztInnen (n=76) und PatientenanwältInnen (n=60); Quelle: eigene Erhebungen



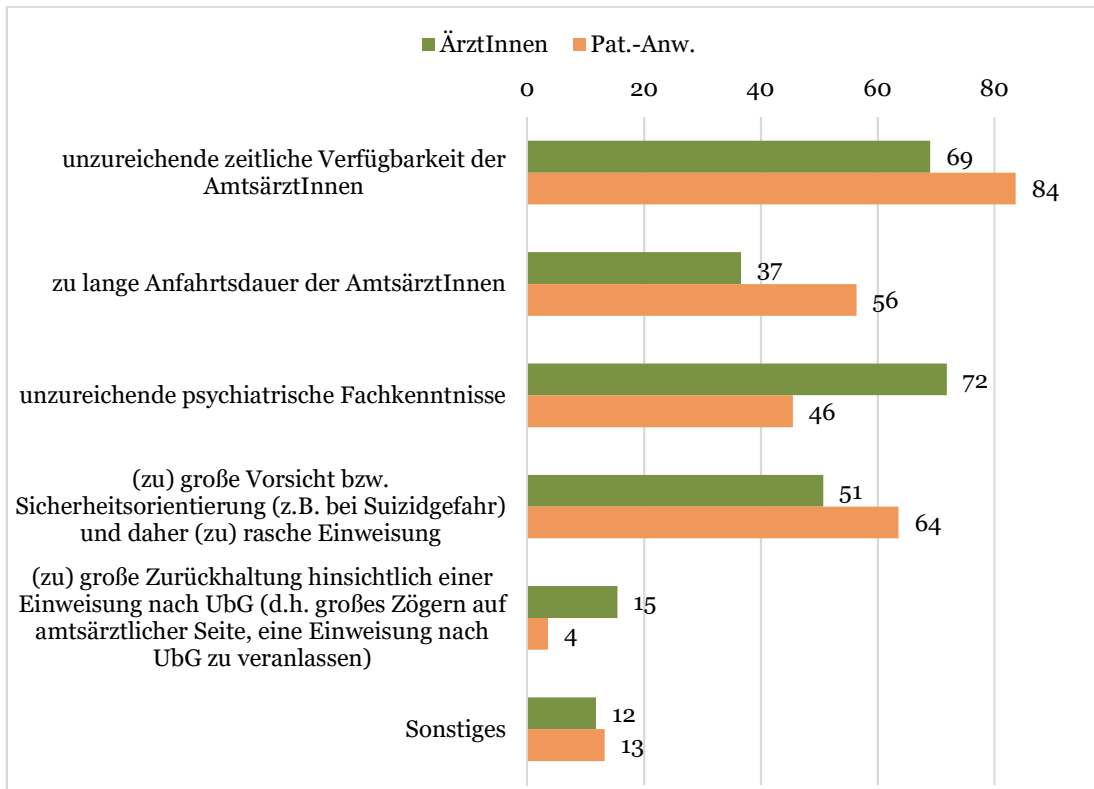
Nachdem diese Aufgabe des öffentlichen Sanitätsdienstes in den Bundesländern und Regionen teils sehr unterschiedlich organisiert ist, empfiehlt es sich, die Antwortverteilung

⁴ Die Werte der nachstehenden Abbildung würden 52% ergeben, dies ist allerdings einer Rundungsgenauigkeit geschuldet, exakt machen beide Werte zusammen 51,3% aus.

nach Bundesländern getrennt zu betrachten, wobei wiederum nur die Angaben der ÄrztInnen und PatientenanwältInnen berücksichtigt wurden. Zudem ist zu ergänzen, dass durch die Aufschlüsselung teils nur geringe Zellbesetzungen gegeben sind, sodass nur auf die markantesten Ergebnisse verwiesen werden kann. Die Daten zeigen vor allem in Wien und Niederösterreich eine größere Unzufriedenheit mit dem Funktionieren des Zugangsprozesses gemäß § 8 UbG. In Oberösterreich und Tirol sind relativ heterogene Bewertungen zu verzeichnen, ebenso in der Steiermark, auch wenn hier der Schwerpunkt doch klar auf der positiven Seite der 4-teiligen Likert-Skala liegt. Dieses Ergebnis überrascht etwas angesichts der durchaus kritischen Eindrücke in den vertiefenden Fallstudien.

Jene Personen, die die Einweisungspraxis durch Amts- oder PolizeiärztInnen nicht mit „sehr gut“ bewertet hatten, wurden danach gefragt, was in der Praxis unter Umständen auch weniger gut funktioniere. Besonders häufig wird die **unzureichende zeitliche Verfügbarkeit** der AmtsärztInnen als Mangel genannt (69% der ÄrztInnen und 84% der PatientenanwältInnen). Teilweise damit verbunden dürfte die Problematik zu langer Anfahrtswege bzw. -dauer sein, ein Aspekt, der mit 37% Nennungen seitens der ÄrztInnen und 56% Nennungen durch die PatientenanwältInnen insgesamt zwar weniger oft, aber dennoch in beachtlichem Ausmaß kritisiert wurde. Fast drei Viertel (72%) der antwortenden ÄrztInnen spricht **unzureichende psychiatrische Fachkenntnisse** der bescheinigenden Ärzteschaft als Praxisproblem an, unter den antwortenden PatientenanwältInnen sind es mit 46% knapp die Hälfte. Ein kritischer Aspekt ist auch die Frage nach dem Spannungsfeld zwischen zu großer Zurückhaltung bei den Einweisungen und zu extensiver Einweisungspraxis, die aus einer großen Sicherheitsorientierung resultiert. Letzteres, nämlich **(zu) große Sicherheitsorientierung** und in der Folge (zu) rasche Einweisung, wird oft als Problem wahrgenommen, nämlich von gut der Hälfte (51%) der antwortenden ÄrztInnen und etwa zwei Drittel (64%) der PatientenanwältInnen. Eine (zu) zögerliche Praxis bei UbG-Einweisungen nach § 8 hingegen beobachten vergleichsweise wenige, konkret 15% der antwortenden Teilstichprobe der ÄrztInnen und nur 4% der PatientenanwältInnen. Im Bundesländervergleich erscheint bemerkenswert, dass eine zu extensive Zuweisungspraxis nach § 8 UbG überdurchschnittlich oft in Wien, Niederösterreich und Tirol angeführt wird. Unter der Kategorie „Sonstiges“ wurde mehrfach problematisiert, dass laut PatientInnenangaben manche AmtsärztInnen kaum mit diesen kommunizieren würden, auch würden Alternativen zur Unterbringung mitunter nicht ausreichend geprüft. Von Seiten der befragten AbteilungsärztInnen wurde mehrfach auf eine unzureichende Lesbarkeit mancher ärztlichen Zeugnisse hingewiesen.

Abbildung 5: **Aspekte, die an der Einweisungspraxis durch AmtsärztInnen weniger gut funktionieren**, Angaben in Prozent; n=55 PatientenanwältInnen und 71 ÄrztInnen (= jeweils alle Befragten abzgl. der Personen, die die Einweisungspraxis als „sehr gut“ bewerteten); Quelle: eigene Erhebungen



Die FachärztInnen der psychiatrischen Abteilungen wurden auch nach ihren Erfahrungen mit anderen nach § 8 zuweisenden ÄrztInnen gefragt, beispielsweise mit ÄrztInnen aus Primärversorgungszentren oder NotärztInnen. Die diesbezüglichen Erfahrungen sind insgesamt (noch) eher gering: Rund ein Viertel der befragten ÄrztInnen konnte auf solche, wenn auch größtenteils wenige Erfahrungen verweisen, am öftesten war dies in Oberösterreich der Fall. Zumeist wurden in diesen Fällen positive Erfahrungen berichtet, nur vereinzelt wurde die Bewertung „weniger gut“ abgegeben.

Der **Großteil** aller online Befragten (RichterInnen, PatientenanwältInnen und ÄrztInnen) sprach sich **gegen Alternativen zur derzeitigen Regelung des Zugangs nach § 8** aus. Vor allem die Richterschaft sieht offenbar wenig Anlass diesbezüglich Änderungen vorzunehmen, sie lehnten zu 90% andere Lösungen ab. PatientenanwältInnen und AbteilungsärztInnen hingegen wünschten sich mit 20% bzw. 29% etwas öfter Alternativen, was allerdings angesichts der insgesamt sehr großen Kritik an der aktuellen Umsetzungspraxis der ärztlichen Bescheinigungen nach § 8 durch diese Berufsgruppen eine überraschend geringe Zahl ist. Die wenigen genannten Veränderungsempfehlungen beziehen sich einerseits auf eine Ausweitung des Kreises der einweisungsbefugten ÄrztIn-

nen bzw. auf **Maßnahmen, um die Verfügbarkeit dieser ÄrztInnen zu verbessern** – z.B. NotärztInnen nach entsprechender Schulung, psychiatrische FachärztInnen oder mobile fachärztliche Krisenteams. Während die Ausweitung auf NotärztInnen vor allem versucht, die Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit der ÄrztInnen zu verbessern, sind die Vorschläge in Richtung Fachärzte wohl auch als Hinweise auf Erfordernisse einer fachlichen Verbesserung zu interpretieren. Solche Maßnahmen zur Verbesserung der fachlichen Qualifikation der zuweisungsberechtigten ÄrztInnen wurden in der Online-Befragung ebenfalls mehrfach explizit angeregt.

3.2.2. Erkenntnisse zur Zuweisung gemäß § 8 UbG aus den vertiefenden Fallstudien

Die Befunde der vertiefenden Fallstudien bestätigen die Ergebnisse der Online-Befragung und vertiefen sie zugleich, d.h. sie ermöglichen ein umfassenderes Verständnis der Strukturen und Wechselwirkungen in unterschiedlichen Systemen amtsärztlicher Bescheinigungen sowie der damit einhergehenden Herausforderungen. Kurz zusammengefasst lässt sich festhalten, dass kaum jemand grundsätzlich auf diese **ärztliche Überprüfung im Vorfeld** einer gegen oder ohne den Willen der betroffenen Person erfolgenden Einlieferung in die Psychiatrie verzichten will. Die „amtsärztliche“ Untersuchung wird vielmehr als **wichtiges Kontrollinstrument** gesehen – das faktisch aber an nicht wenigen Standorten nicht gut funktionieren dürfte. Bei der Auswahl der Standorte für die vertiefenden Fallstudien war darauf geachtet worden, verschiedene Umsetzungsstrukturen und -praktiken mit zu erfassen. Die Ergebnisse zeigen, dass dies – jedenfalls in Bezug auf ärztliche Bescheinigungen nach § 8 – gut geglückt ist: Die vier Fallstudien offenbaren unterschiedliche ärztliche Einweisungssysteme und -praktiken und lassen erkennen, welche Folgen diese in Wechselwirkung mit den anderen Kontextfaktoren der Region auf die Unterbringungspraxis insgesamt in quantitativer und qualitativer Hinsicht haben können. Folgend werden die zentralen Charakteristika getrennt nach den Fallstudien-Standorten dargestellt und herausgearbeitet.

Fallstudie 1: Dezentrale Psychiatrische Abteilung mit überwiegend ländlichem Einzugsgebiet

Die psychiatrische Abteilung befindet sich an einem Krankenhaus, das für die Versorgung einer eher ländlich geprägten Region (umfasst mehrere politische Bezirke) in allen Fachbereichen zuständig ist. In der Region können neben AmtsärztInnen der Bezirkshauptmannschaften auch GemeindeärztInnen (meist niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen, die im Auftrag der Gemeinden spezifische Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens wahrnehmen) Untersuchungen nach § 8 UbG durchführen und ärztliche Bescheinigungen ausstellen. Zudem gibt es in den Nachtstunden und am Wochenende – jeden-

falls in einem der Versorgungsbezirke – einen ärztlichen Notdienst, der zusätzlich zu kurativen Aufgaben auch UbG-Prüfungen durchführen kann, d.h. diese hoheitlichen Funktionen mit übernimmt. Für den Bezirk mit ca. 100.000 EinwohnerInnen sind in diesen Zeiten ständig zwei NotärztInnen im Einsatz, die sich das Bezirksgebiet auch räumlich aufteilen. Das regionale System der § 8-Zuweisungen stellt somit ein **Mischsystem** aus **AmtsärztInnen**, niedergelassenen ÄrztInnen (**Gemeinde- und NotärztInnen**) und teilweise auch ÄrztInnen des Krankenhauses, die zusätzlich im Notdienst arbeiten, dar (alle in der Regel nicht vom Fach Psychiatrie). Die psychiatrischen Kenntnisse dürften unterschiedlich sein, von NotärztInnen werden beispielsweise offenbar keine speziellen Schulungen für Tätigkeiten das UbG betreffend verlangt. Die Anwendungspraxis lässt folgende Charakteristika erkennen:

- Den **AmtsärztInnen** der Bezirksverwaltungsbehörden werden zwar höhere Fachkompetenz und informativere Bescheinigungen zugesprochen, sie dürften aber **schwer erreichbar** sein und nur den geringeren Teil der § 8-Bescheinigungen ausstellen. **Überwiegend** werden die UbG-Begutachtungen von **GemeindeärztInnen** und außerhalb deren Öffnungszeiten vom **ärztlichen Notdienst** durchgeführt. Der seit einigen Jahren mit UbG-Begutachtungen betraute ärztliche Notdienst erweist sich den empirischen Einblicken zufolge als funktionierende Lösung für das Problem mangelnder Erreichbarkeit zuweisungsbefugter ÄrztInnen in der Nacht und am Wochenende. Das ärztliche **Mischsystem** gewährleistet, dass für **UbG-Untersuchungen** in der Regel ein/e ÄrztIn in **angemessener Zeit** (laut Aussagen meist innerhalb einer halben Stunde) erreichbar ist. Dies wirkt sich unmittelbar auf die Anzahl der Zuweisungen nach § 9 Abs. 2 UbG (Gefahr in Verzug) aus, die an diesem Psychiatriestandort 2017 etwa nur ein Prozent aller Aufnahmen nach UbG ausmachten (Quelle: Daten der Krankenhaushebung 2017, GÖG).
- Beachtenswerte **Unzufriedenheit** wurde von den Befragten wiederholt in Bezug auf **GemeindeärztInnen** artikuliert, wobei es große Unterschiede zwischen einzelnen GemeindeärztInnen zu geben scheint: Es hänge stark von der Person – und damit vom Ort, an dem man sich befindet – ab, wie schnell oder schwer es zu einer Unterbringung komme (gewissermaßen nach dem System „**postcode lottery**“). Wiederholt wird eine unzureichende Anwendung der UbG-Voraussetzungen beobachtet, manche HausärztInnen würden § 8-Bescheinigungen „schon einmal vorsorglich ausstellen“ (P2/Abs. 115), etwa um Angehörige zu entlasten. Folgende Faktoren dürften die Aufgabenerfüllung im Sinne des Unterbringungsrechts für die GemeindeärztInnen erschweren:
 - **Rollenunklarheiten und -vermischungen:** Manche der zu begutachtenden Personen sind zugleich langjährige PatientInnen der meist in

der Region als praktische ÄrztInnen tätigen GemeindeärztInnen – teils werden auch Angehörige ärztlich versorgt. Das eröffnet den GemeindeärztInnen einerseits eine besondere Wissensbasis zum konkreten Fall, dürfte andererseits aber auch begünstigen, dass **kurative Ziele** in den Mittelpunkt rücken können (Zwangsunterbringung, um vorrangig eine medizinische Behandlung zu ermöglichen, die der/die Betroffene ansonsten verweigern würde). Zudem machen solche Nahebeziehungen auch wahrscheinlicher, dass **soziale Indikatoren** in höherem Ausmaß in die Unterbringungsentscheidung einfließen (Entlastung der Familie durch Unterbringung in der Psychiatrie).

- **Begrenzte zeitliche und örtliche Flexibilität:** Durch Ordinationszeiten oder Verpflichtungen wie Schuluntersuchungen etc. wird die Flexibilität von GemeindeärztInnen von vornherein eingeschränkt. Ein/e PolizeivertreterIn berichtete etwa davon, dass vor allem früher betroffene Personen zur UbG-Untersuchung öfter in die Ordination von GemeindeärztInnen gebracht werden und **im vollen Wartezimmer mit Polizeibegleitung** sitzen hätten müssen, was als teilweise problematisch beschrieben wird.
- Diese beiden Faktoren scheinen beim **ärztlichen Notdienst** weniger ausgeprägt zu sein, da es sich einerseits grundsätzlich um eine **flexible, aufsuchend arbeitende Einheit** handelt und andererseits die Wahrscheinlichkeit geringer ist, eine eigene Patientin oder einen eigenen Patienten begutachten zu müssen.
- Allerdings wird auf beiden zuweisenden Ebenen – GemeindeärztInnen und NotärztInnen – eine relativ **großzügige** – laut Wahrnehmung der Psychiatrie und Patientenanzwaltschaft auch zu weite bzw. ungenaue – **Anwendung der Unterbringungs Voraussetzungen nach § 3 UbG** erkennbar. Im Vergleich zu anderen Standorten werde von den zuweisenden ÄrztInnen relativ schnell und leicht eine Unterbringung ohne Verlangen bescheinigt. Neben den bereits bei den Gemeindeärzten genannten Faktoren dürften hierzu folgende Aspekte – gerade auch in ihrer Kombination – beitragen:
 - **Ungenügende Kenntnisse und/oder Prüfung der Unterbringungs Voraussetzungen:** Teils würden die Gefährdungsmomente zu ungenau geprüft, gelegentlich würden zudem somatische PatientInnen ohne psychiatrisches Profil geschickt, wurde in Interviews mehrfach angemerkt. Auch finde selten eine Prüfung von Alternativen statt (der Aspekt wird weiter unten nochmals aufgenommen).

- **Große Sicherheitsorientierung** im Sinne einer **Weiterreichung der Entscheidung über** eine mögliche **Nicht-Unterbringung** an die Psychiatrie, um nicht selbst die Verantwortung für solch eine Nicht-Unterbringung zu tragen: Diese Orientierung wird auch in den Gesprächen mit in die Zuweisung eingebundenen Personen (bescheinigende Ärzteschaft, Exekutive, Soziale Dienste etc.) klar wahrnehmbar. Im „Zweifelsfalle“ (P1/zuweisender Arzt) werde sicherheitshalber eingewiesen, was faktisch bedeuten dürfte, dass nahezu immer eine Unterbringung bescheinigt wird: „In den meisten Fällen wird es bestätigt“ (P18/68) – so ein/e VertreterIn der Exekutive, es sei nur „sehr, sehr selten der Fall“, dass eine Unterbringung durch untersuchende ÄrztInnen abgelehnt werde. Das **Entscheidungsrisiko** wird somit häufig **einseitig aufgelöst**, da die Konsequenzen einer Einweisung weniger riskant erscheinen als die Einweisung abzulehnen – u.a. auch weniger riskant für den/die EntscheiderIn. Zu dieser Praxis dürfte teils ein ungenügendes Verständnis bei den zuweisenden ÄrztInnen darüber beitragen, dass sie mit ihrer Zuweisungsentscheidung bedeutsame Eingriffe in die Freiheitsrechte der betroffenen Personen vornehmen.
- Die **Informationsweitergabe** von den zuweisenden ÄrztInnen an die psychiatrische Abteilung wird von VertreterInnen letzterer übereinstimmend als **optimierungsfähig** charakterisiert. Die ärztlichen Bescheinigungen seien nicht selten nur rudimentär ausgefüllt und teils schwer lesbar, wichtige Informationen fehlen. Das diensthabende ärztliche und pflegerische Personal an der psychiatrischen Abteilung berichtet, die zuweisenden ÄrztInnen für Nachfragen zumeist schwer bis nicht erreichen zu können, sodass sich auf Basis dieser unzureichender Informationsweitergabe an die Abteilung eine **Außenanamnese sehr schwierig** gestalten und beispielsweise eine fundierte ärztliche **Entscheidung über die Gefährlichkeit** der betreffenden Person **kaum möglich** sei.

Die am Fallstudien-Standort 1 realisierte **Zuweisungspraxis** nach § 8 UbG **gewährleistet** – so lassen sich die berichteten Erfahrungen resümieren – einerseits **gute Abdeckung** mit dieser ärztlichen Dienstleistung, sie **forciert** andererseits aber auch **Einweisungen in die Psychiatrie**: Laut psychiatrischer Abteilung würde der größere Teil der Aufnahmen an der Abteilung mit Polizei und Rettung, d.h. vor allem nach § 8 UbG kommen, ein Teil werde dann aber auf der offenen Station aufgenommen. Dies wird zwar grundsätzlich durch die gute Verfügbarkeit bescheinigungsbefugter ÄrztInnen mitemöglich, dürfte aber insbesondere durch die **geringe Filterwirkung der § 8-Untersuchungen** aufgrund der oben beschriebenen einweisungsorientierten Entscheidungskulturen verursacht sein. Man delegiert die Entscheidung einer Nicht-Aufnahme lieber an

die Psychiatrie und verlässt sich darauf, dass dort schon jemand „richtig“ entscheiden und gegebenenfalls doch nicht unterbringen werde – und dafür auch die Verantwortung zu tragen habe. Dies setzt allerdings voraus, dass dort nicht eine ähnliche Sicherheitsorientierung die Entscheidungen determiniert und zweitens ausreichend und aussagekräftige Information als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung steht.

Fallstudie 2: Zentrale Psychiatrie mit städtischem und ländlichem Einzugsgebiet

Das Krankenhaus umfasst mehrere psychiatrische Abteilungen, die teils unterschiedliche Funktionen wahrnehmen, manche waren bis vor Kurzem auch für bestimmte Regionen zuständig. Im Folgenden wird auf eine dieser Versorgungsregionen Bezug genommen, die ländlich und klein- bis mittelstädtisch geprägt ist. In dieser Region sind neben **AmtsärztInnen** (und in einer Stadtgemeinde PolizeiärztInnen) auch **Distrikt- und GemeindeärztInnen** befugt, § 8-Untersuchungen durchzuführen. Das Distriktärztesystem läuft allerdings im gesamten Bundesland aus, sodass in der Region faktisch **in erster Linie** die **GemeindeärztInnen** UbG-Bescheinigungen ausstellen. Es gibt aber offenbar noch kein flächendeckendes System an UbG-zuständigen GemeindeärztInnen. Ein Notärztesystem wie am Standort F1 ist in dieser Region nicht vorhanden. Informell dürfte ein Regionalkrankenhaus zum Teil für die Polizei zur „Absicherung“ eine Art Bestätigung ausstellen, die aber formal keine ärztliche Bescheinigung nach § 8 darstellt. In der Umsetzungspraxis zeigen sich folgende Aspekte als relevant:

- In der Region stehen **ärztliche Untersuchungen** nach § 8 UbG **nicht im erforderlichen Ausmaß** und nicht in angemessener Zeit **zur Verfügung**, sodass in der Praxis die Exekutive relativ **häufig** nach § 9 Abs. 2 (**Gefahr in Verzug**) einweist. Dies wurde in den qualitativen Erhebungen durchgehend problematisiert, zugleich zeigen die Ergebnisse der Online-Befragung zu diesem Standort, dass bei mehr als der Hälfte aller Aufnahmen nach UbG die Polizei gemeinsam mit der Rettung oder auch allein einlieferte. Ebenso gaben alle an diesem Standort antwortenden ÄrztInnen in der Online-Befragung an, dass Gefahr in Verzug-Einlieferungen häufig durch ungenügende Erreichbarkeit der bescheinigenden ÄrztInnen bedingt seien.
- Die oben angedeutete Notlösung einer nicht den rechtlichen Grundlagen entsprechenden **informellen Bescheinigung** durch ÄrztInnen des Regionalkrankenhauses (das keine psychiatrische Abteilung hat) bedeutet in den Fällen eine **(Rück-)Entwicklung Richtung Anstalts- bzw. „Spitalsparere“**, in denen es um die Überstellung von PatientInnen dieses Krankenhauses an die psychiatrische Klinik geht. Vereinzelt wurde der Wunsch nach solch einer Lösung geäußert, hier ist allerdings auf die Problematiken im Zusammenhang mit Anstalts-

/Spitalspareren vor Einführung des Unterbringungsrechts zu verweisen. Der Aspekt wiegt umso schwerer, als die Exekutive im Interview berichtete, oft vom Regionalkrankenhaus und von Altenheimen zur Veranlassung einer Unterbringung angefordert zu werden. Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang auch Berichte darüber, dass bei Einweisungen aus anderen Krankenhäusern oder Altenheimen ärztliche Bescheinigungen teilweise beim Eintreffen der Polizei schon vorliegen, d.h. bereits vorbereitend von der jeweiligen Institution organisiert worden sein dürften. Der Sachverhalt müsste allerdings noch einer genaueren Untersuchung unterzogen werden, um die Praxis tatsächlich hinreichend bewerten zu können.

- Generell werden beachtliche **Differenzen in der Qualität der ärztlichen Begutachtung** festgestellt, seien diese nun durch Amts- oder GemeindeärztInnen ausgestellt. Auch wenn ein Teil eine gute Anamnese und nachvollziehbare Einschätzung der UbG-Voraussetzungen aufweise, zeige ein erheblicher Teil auch beachtliche Defizite. So lasse sich die **Gefährdungslage teils nicht erkennen**, nicht immer scheinen die Unterbringungsbedingungen ernsthaft geprüft worden zu sein, mitunter erfolge wenig bis keine Kommunikation mit den eingewiesenen Personen, so die geäußerte Kritik. Die empirischen Einblicke deuten teils eine **hohe Sicherheitsorientierung** bei den bescheinigenden Amts- und GemeindeärztInnen an: Man geht eher auf „Nummer sicher“, selbst wenn sich die Person schon wieder beruhigt hat. Vereinzelt wurde aber auch berichtet, dass AmtsärztInnen mitunter sehr wohl gegen eine Unterbringung entscheiden.
- Die Bescheinigungspraxis durch **GemeindeärztInnen** lässt vergleichbare Problematiken wie in Fallstudie 1 erkennen: **Rollenvermischungen** und **begrenzte zeitliche und örtliche Flexibilität** aufgrund der hauptsächlich ärztlichen Verpflichtungen (s.o.).

Zusammenfassend kennzeichnet Fallstudien-Region 2 ein **eklatanter Mangel an ÄrztInnen, die Unterbringungsuntersuchungen nach § 8 durchführen**. Die Polizei behilft sich vor allem mit „**Gefahr in Verzug**“-Einweisungen, sodass die im Unterbringungsrecht vorgesehene **ärztliche Prüffunktion im Vorfeld** von Unterbringungen ohne Verlangen in der Region **nur teilweise realisiert** wird. Andererseits müssen die informellen Bescheinigungen, die offenbar im Regionalkrankenhaus ausgestellt werden, daraufhin kritisch befragt werden, inwieweit damit nicht das „Anstaltssparere“ der Vor-UbG-Zeit durch die Hintertür wieder eingeführt wird. In Verbindung mit einer teils **hohen Sicherheitsorientierung** der EntscheiderInnen zeigt sich auch an diesem Standort eine **tendenziell reduzierte Filterfunktion** ärztlicher Untersuchungen auf dem Weg hin zu einer Unterbringung ohne Verlangen.

Fallstudie 3: Zentrale Psychiatrie mit kleinstädtischem und ländlichem Einzugsgebiet

Auch dieses Krankenhaus ist in unterschiedliche psychiatrische Abteilungen mit teils differierenden Aufgaben unterteilt. Daneben sind auch noch einzelne somatische Abteilungen am Standort angesiedelt, allerdings weist das Krankenhaus einen klaren psychiatrischen Schwerpunkt auf. Im gesamten Versorgungsgebiet der psychiatrischen Abteilungen weisen einerseits **AmtsärztInnen** der Bezirkshauptmannschaften und **GemeindeärztInnen** nach § 8 UbG zu. Andererseits wurde vor wenigen Jahren ein sogenanntes **Ärztepool-System** bzw. ein **ärztlicher Bereitschaftsdienst** entwickelt und implementiert, das die bestehenden Amts- und Gemeindearzt-Systeme ergänzt („**Backup**“). Dieser mobil-aufsuchend tätige Bereitschaftsdienst, der zusätzlich auch andere hoheitliche Funktionen sowie kurative Aufgaben innehat, ist im ganzen Land über eine zentrale Rufnummer erreichbar. Finanziert wird er von Landesebene, da die Umsetzung der ärztlichen Untersuchungen nach § 8 UbG primär in der Zuständigkeit der Länder liegt. Der Pool aus aktuell 18 ÄrztInnen setzt sich aus AllgemeinmedizinerInnen und (sowohl niedergelassenen als auch in Krankenhäusern tätigen) FachärztInnen unterschiedlicher Fachrichtungen zusammen. Diese erhalten **fachrelevante Schulungen** und können sich dann individuell für Dienste melden (über ein elektronisches System/eine Handy-App). Die Entlohnung erfolgt leistungsbezogen und setzt sich aus Bereitschaftsentgelt und Einsatzgeld zusammen. Die Erfahrungen mit diesem Mischsystem lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Vor Ergänzung des Systems durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst wird die Situation mehrfach als unbefriedigend beschrieben, da **nicht immer Amts- und GemeindeärztInnen** für Unterbringungsuntersuchungen **verfügbar** waren und sind. Beide stehen zeitlich nur eingeschränkt zur Verfügung, zudem dürften teils zu wenige niedergelassene ÄrztInnen bereit sein, gemeindeärztliche Funktionen zu übernehmen (allgemeiner Ärztemangel in der Region). In der Folge sei es zunächst auch zu höheren Zugängen durch die Polizei nach § 9 Abs. 2 „Gefahr in Verzug“ gekommen, was auf Seiten der Psychiatrie und der Patientenanwaltschaft starke Kritik hervorgerufen habe (inkl. Maßnahmenbeschwerden vor dem UVS).
- Das neue **Ärztepool-Modell** stellt eine Reaktion auf diese unbefriedigenden Zustände dar und wird durchgehend als **wichtige und im Allgemeinen gut funktionierende Ergänzung** wahrgenommen. Damit konnten den Erfahrungen der Befragten zufolge § 9 Abs. 2-Einweisungen durch die Polizei aufgrund mangelnder ärztlicher Verfügbarkeit entscheidend zurückgedrängt werden. Es stehen offenbar ausreichend Pool-ÄrztInnen zur Verfügung, die über die zentrale Rufnummer zuverlässig erreichbar sind. Die Pool-ÄrztInnen **arbeiten aufsuchend** und kommen ausreichend schnell **vor Ort**; die betroffenen Personen müssen nicht in Arztordinationen gebracht werden.

- Gewisse **Unsicherheiten im Prüfen der Unterbringungs Voraussetzungen** werden allerdings auch bei den Pool-ÄrztInnen beobachtet, und zwar vor allem durch VertreterInnen der psychiatrischen Abteilungen. Teils wird wahrgenommen, dass diese Unsicherheiten bereits abklingen und die ÄrztInnen treffsicherer zuweisen, teils wird nach wie vor ein klarer **Schulungsbedarf** wahrgenommen: „Also gerade seit es diesen Pool gibt, haben wir eher Leute, die wir wieder wegschicken, weil halt die Kriterien einfach nicht erfüllt sind (...).“ (P38/148) Auf polizeilicher Seite hingegen wurde vereinzelt der Wunsch nach ausreichender Berücksichtigung der polizeilichen Risikoeinschätzung in der ärztlichen Entscheidung geäußert.
- Bezüglich **GemeindeärztInnen** wird auch an diesem Fallstudien-Standort wieder die **prekäre Vereinbarkeit** der UbG-Überprüfungen mit Ordinationszeiten problematisiert. Exekutive und Betroffene müssten teils in der Ordination auf die Untersuchung warten. Auch die **Rollenvermischungen** werden erkennbar, etwa wenn psychosoziale Einrichtungen ein besonderes Naheverhältnis zu GemeindeärztInnen im Ort haben, da diese zugleich KlientInnen der Einrichtung behandeln.

In der Fallstudien-Region 3 zeigt sich insgesamt eine **hohe Zufriedenheit mit** den bestehenden und sich ergänzenden Systemen, wobei diese Zufriedenheit vor allem auf den neu eingeführten **ärztlichen Bereitschaftsdienst** zurückzuführen ist. Entscheidende Vorteile dieses Systems sind seine **große zeitliche und räumliche Flexibilität**: Die ÄrztInnen arbeiten aufsuchend und sind zeitlich ausreichend schnell vor Ort. Optimierungsbedarf wird vor allem **bezüglich der Anwendung der Unterbringungs Voraussetzungen** nach § 3 UbG beobachtet: Tendenziell dürfte dabei auch eher zu oft als zu wenig in die Psychiatrie eingewiesen werden – jedenfalls aus Perspektive von VertreterInnen der psychiatrischen Abteilungen. Eine **bessere Schulung** solle eine einheitliche Handhabung des Unterbringungsrecht durch die bescheinigenden ÄrztInnen gewährleisten.

Fallstudie 4: Dezentrale psychiatrische Abteilung mit großstädtischem Einzugsgebiet

Am Fallstudienort 4 ist die psychiatrische Abteilung Teil eines Krankenhauses mit einer breiten Palette an medizinischen Fachabteilungen und hat den psychiatrischen Versorgungsauftrag für bestimmte Bezirke der Stadt, während für andere Bezirke andere Krankenhäuser zuständig sind. Für § 8-Untersuchungen sind **ausschließlich die Polizei- amtsärztInnen** der Landespolizeidirektion zuständig, deren Einsatzgebiet sich nicht mit dem Versorgungsgebiet der psychiatrischen Abteilung deckt, d.h. die auch für Unterbringungsbegutachtungen in anderen Bezirken zuständig sind und somit in unterschiedliche Krankenhäuser zuweisen. Aktiviert werden Untersuchungen nach § 8 UbG über die

Exekutive, die in Situationen, die ihnen eine Unterbringungsuntersuchung naheliegend erscheinen lässt, über die Landesleitzentrale der Polizei einen Polizeiamtssarzt bzw. eine Polizeiamtssärztin anfordern. Die amtsärztliche **Begutachtung** wird **entweder vor Ort oder in der Polizeiinspektion** durchgeführt. Laut amtsärztlicher Auskunft in einem Interview befinden sich jederzeit (d.h. 24/7) zwei AmtsärztInnen gleichzeitig im Einsatz, die neben anderen Aufgaben auch für UbG-Untersuchungen zuständig sind. Das Stadtgebiet sei laut InterviewpartnerIn in zwei Sprengel aufgeteilt (westlich und östlich), wobei im Bedarfsfall diese Aufteilung aufgehoben wird und auch ein Einsatz im anderen Sprengel erfolgen kann. Für polizeiärztliche Tätigkeiten können zwei **unterschiedliche Qualifizierungen** absolviert werden: die Physikats-Ausbildung oder das polizeiärztliche Curriculum. In beiden Ausbildungen wird psychiatrisches Wissen vermittelt. Die Anwendungspraxis zeigt sich durch folgende Aspekte gekennzeichnet:

- Der Standort weist einen beachtenswerten **Engpass bei der Verfügbarkeit von ÄrztInnen** auf, die Untersuchungen nach § 8 UbG durchführen können. PolizeiamtsärztInnen sind zwar über die Landesleitzentrale grundsätzlich jederzeit anforderbar, allerdings kommt es den weitgehend übereinstimmenden Berichten der InterviewpartnerInnen zufolge häufig zu **langen Wartezeiten** – wiederholt wurde von bis zu drei Stunden Warten auf eine/n AmtsärztIn berichtet. Das System gewährleistet zwar deren Erreichbarkeit, aber aufgrund **zu geringer Personalressourcen** nicht ihre Verfügbarkeit in einer den anderen Beteiligten zumutbaren Zeit. Dies bedeutet einerseits für die betroffenen Personen **lange Anhaltungen durch die Exekutive**, d.h. einstweilige Freiheitsbeschränkungen. Teilweise werden sie zur Überbrückung der Wartezeit auch auf Polizeiinspektionen verbracht, was wiederholt als problematisch bewertet wurde. Die Gespräche mit PolizeivertreterInnen deuten an, dass die lange Wartezeit mitunter zu einer Eskalation beitragen kann, wenn etwa die betroffene Person nicht mehr länger mit der Polizei warten will und es in der Folge zu körperlichen Fixierungen kommt, um sie am Gehen zu hindern, was wiederum eine Gegenwehr provozieren kann. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass am Standort ca. 19% aller Unterbringungen ohne Verlangen nach einem Zugang gemäß § 9, Abs. 2 (**Gefahr in Verzug**) erfolgen, der Wert liegt damit mehr als doppelt so hoch wie im österreichischen Gesamtdurchschnitt (Quelle: Krankenhauserhebung 2017, GÖG). Andererseits **bindet** die lange Wartezeit die **Ressourcen der Einsatzkräfte** und in manchen Fällen auch extramuraler Dienste, wenn etwa im Beratungszentrum oder in einem Wohnheim zugewartet wird. Im Nebeneffekt kann die lange Polizeipräsenz in diesen Diensten auch für anderen KlientInnen und BewohnerInnen zur Belastung werden.

- Auch an diesem Standort werden **große Differenzen in der Qualität der amtsärztlichen Entscheidungen** über die Unterbringungs Voraussetzungen wahrgenommen: Manche würden die ihnen anvertraute § 8-Prüfung der Intention des Gesetzes entsprechend umsetzen und auch die subsidiäre Stellung der Psychiatrie ausreichend berücksichtigen. Anderen fehle die fachliche Kompetenz, sie könnten daher kaum eine angemessene Entscheidung fällen – dieser Vorbehalt wurde häufig geäußert; mitunter würde dabei psychiatrische Fachexpertise dezidiert ignoriert werden. Bei einem Teil der AmtsärztInnen wird auch mangelndes Engagement bei der Prüfung der Unterbringungs Voraussetzungen beobachtet, sie „...weisen einfach jeden ein, von dem irgendwer will, dass er eingewiesen wird“ (P47/174). Die Ursachen für die teils unbefriedigende Entscheidungsqualität werden zum einen in ungenügenden Personalressourcen und damit einhergehend hohem Zeitdruck der AmtsärztInnen, der zu raschen Entscheidungen zwingt, gesehen. Zum anderen wurde vielfach unzureichende psychiatrische Ausbildung und fachliche Kompetenz moniert sowie – daraus zum Teil resultierend – von manchen auch eine Strategie der Abschiebung von Verantwortung an die Psychiatrie beobachtet. Letzterer Aspekt stellt sich aber an diesem Fallstudien-Standort durchaus widersprüchlich dar, wie nachfolgend ausgeführt ist.
- Große Unterschiede deuten sich in der Entscheidungspraxis hinsichtlich der **Häufigkeit**, in der eine **Unterbringung bescheinigt oder abgelehnt wird**, an. Die – nicht repräsentativen – Angaben der unterschiedlichen InterviewpartnerInnen, die ausreichend Überblick über solche Entscheidungen haben (v.a. Exekutivbeamte und AmtsärztInnen, aber auch VertreterInnen psychosozialer Einrichtungen, in denen öfter § 8-Untersuchungen durchgeführt werden) bewegen sich in der beachtlichen **Bandbreite zwischen 30 und 80 Prozent Bestätigung**, d.h. Bescheinigung einer Unterbringung nach § 8 und Veranlassung der Einlieferung in die Psychiatrie. Am Fallstudien-Standort dürfte somit einerseits die Entscheidungspraxis stark zwischen einzelnen ÄrztInnen differieren, andererseits kommt es im Vergleich zu anderen Standorten **relativ häufig zur Ablehnung einer Unterbringungszuweisung**. Von vielen möglichen **Gründen** hierfür sollen fünf näher diskutiert werden, ohne dass Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird und eine nähere Bestimmung möglich wäre, wie stark sie jeweils tatsächlich Einfluss auf die beobachtete Praxis nehmen:
 - Zunächst könnte es sein, dass an diesem Fallstudien-Standort die Polizei vergleichsweise oft und schnell AmtsärztInnen bezieht, dass erstere gewissermaßen die **Fälle selbst weniger genau vorprüft** und relativ ungefiltert an die AmtsärztInnen heranträgt. Diese Hypothese wurde zwar

vereinzelt in den Gesprächen geäußert, sie erscheint aber in der Gesamtbetrachtung der empirischen Daten **nur bedingt plausibel**. Erstens werden solche Entwicklungen auch an den anderen Fallstudien-Standorten artikuliert, es gibt keine belastbaren Hinweise darauf, dass sich der Standort in diesem Aspekt von den anderen Standorten merklich abheben würde. Und zweitens ist anzunehmen, dass die langen Wartezeiten auf eine amtsärztliche Untersuchung den Tendenzen zur frühen Delegation der Entscheidung über eine Unterbringung an die AmtsärztInnen entgegenwirken.

- Zweitens wurde mehrfach berichtet, dass sich manchmal durch diese **langen Wartezeiten** die **Situation** bereits stark **beruhigt** habe und die Gefährdung weniger unmittelbar erkennbar oder auch nicht mehr im erheblichen Ausmaß gegeben sei. Dies führe dann manchmal zu einer differierenden Beurteilung der AmtsärztInnen. Ob sich dies als ein positiver oder negativer Effekt des langen Wartens erweist, lässt sich nicht pauschal beantworten.
- Ein dritter Grund könnte teilweise in einem höheren (aber offensichtlich auch zwischen den einzelnen ÄrztInnen stark schwankenden) Ausmaß an **fachspezifischem Wissen** liegen, sodass nicht nur die Kompetenz im Sinne der formalen *Entscheidungsbefugnis* vorliegt, sondern auch als wissensbasierte *Entscheidungsfähigkeit* gegeben ist. Wer sich mit psychischen Krankheitsbildern auskennt, tut sich sowohl leichter bei der Beurteilung, ob ein psychiatrisches Profil überhaupt gegeben ist, als auch bei der Einschätzung der daraus möglicherweise resultierenden spezifischen Selbst- oder Fremdgefährlichkeit. Dieser Faktor könnte teilweise – aber vermutlich nicht immer (s.o.) – greifen.
- Ein vierter relevanter Faktor deutet sich in den geführten Gesprächen implizit an und erschließt sich nur in der Zusammenschau der Eindrücke: Mit Entscheidungskompetenz ist grundsätzlich Verantwortung der entscheidenden Person oder Stelle für die getroffene Entscheidung verbunden. Von der **persönlichen Verantwortungsübernahme** lässt sich **Verantwortlichkeit** unterscheiden, die auf den Außenaspekt und mögliche **Konsequenzen** der Verantwortungsübernahme fokussiert: Die EntscheidungsträgerInnen sind anderen gegenüber verantwortlich und können entsprechend verantwortlich gemacht werden, sie müssen bei klaren Fehlentscheidungen Sanktionen (welcher Art auch immer) befürchten. Während in den anderen Fallstudien ein Bewusstsein dieser Verant-

wortlichkeit expliziter mitschwingt, wird sie in Fallstudie 4 weniger erkennbar. Daraus lässt sich allerdings noch keinesfalls ableiten, dass an diesem Standort von AmtsärztInnen weniger Verantwortung übernommen werde. Wer beispielsweise zwei zentrale Rechtsgüter wie Freiheit und Sicherheit (bzw. Abwendung von ernstlichen und erheblichen Gefahren) in der Unterbringungsentscheidung gegeneinander abzuwägen hat und an wen gleichzeitig von der gesellschaftlichen Umwelt vorrangig Verantwortlichkeit in Bezug auf Sicherheit herangetragen wird, tut sich schwerer, beide Aspekte in der Entscheidungsfindung gleichwertig zu würdigen. Dies fördert Entscheidungen, die „auf Nummer sicher“ gehen, und zwar insbesondere in Entscheidungssituationen, die grundsätzlich durch hohe Entscheidungsunsicherheit charakterisiert sind (und dies trifft oft auf Unterbringungsentscheidungen zu). Zu geringe Verantwortlichkeit hingegen – so zeigen empirische Studien (vgl. Mayrhofer 2019) – eröffnet besondere Möglichkeitsstrukturen für verantwortungsloses Entscheiden. Eine **etwas geringer ausgeprägte Verantwortlichkeitskultur** an diesem Standort könnte somit einerseits günstige Bedingungen für ein ausgewogenes Berücksichtigen der unterschiedlichen Rechtsgüter Freiheit und Sicherheit in der Entscheidung der ÄrztInnen bereitstellen. Sie könnte andererseits die reflektierte und Folgen abwägende Übernahme von persönlicher Verantwortung für die zu treffenden Entscheidungen potenziell abschwächen. Die erschlossenen Daten lassen allerdings keine genauere Bestimmung zu, welche Wirkmöglichkeiten sich in der Praxis dominanter entfalten – es spricht aber einiges dafür, dass beide Wirkrichtungen Handlungsrelevanz haben.

- Fünftens ist ein Blick auf den Umstand lohnenswert, dass am Fallstudienort 4 ausschließlich (Polizei-)AmtsärztInnen § 8-Untersuchungen durchführen und **keine Gemeinde- und NotärztInnen** UbG-Zuweisungen vornehmen können. An anderen Fallstudienorten wird diese Aufgabe oft vor allem von Gemeinde- und NotärztInnen geleistet. Diese sind allerdings zugleich vorrangig kurativ tätig und erfüllen die hoheitlichen Aufgaben ergänzend, während AmtsärztInnen in erster Linie für hoheitliche Funktionen zuständig sind. Kurativ tätige ÄrztInnen orientierten sich, so reflektierte ein Gesprächspartner in Fallstudie 3 kritisch, stark am PatientInnenwohl und hätten den hoheitlichen Auftrag weniger im Auge. Dies könnte häufiger zu Einweisungen vorrangig aus „sozialer Indikation“ oder therapeutischen Gründen („Zwangsbehandlung“) motivieren und die ernstliche und erhebliche Gefährdung etwas weiter fassen lassen. Diese Rollenvermischungen fallen am gegenständlichen Standort weg.

- An diesem Psychiatriestandort wird bei **Transferabsichten innerhalb des Krankenhauses** von einer somatischen auf die psychiatrische Abteilung **zur Unterbringung ohne Verlangen** von außen eine **amtsärztliche Bescheinigung** angefordert, da es lege artis für solch einen Unterbringungstransfer eine § 8-Bescheinigung brauche. Solch eine Praxis wurde zwar auch kurz nebenbei am Fallstudien-Standort 1 thematisiert, in Fallstudie 4 stellte sie aber eine vielfach und kontrovers diskutierte Praxis des Krankenhauses dar. In anderen Krankenhäusern scheinen hausinterne Transfers zwecks Unterbringung ohne Verlangen häufig auch ohne amtsärztliche Begutachtung abzulaufen. Das Rechtsschutzpotenzial der ärztlichen Bescheinigungen in solchen Fällen für die betroffene Person dürfte enden wollend sein – die ÄrztInnen der psychiatrischen Abteilung sind ja zugleich zu Aufnahmen nach § 8 UbG berechtigt und bringen nicht selten auch Personen, die – mehr oder weniger – freiwillig die Schwelle der Abteilung übertreten, unter. Die Gepflogenheit ist vermutlich vorrangig im Zusammenhang mit **hausinternen Abgrenzungsaushandlungen** zu verstehen.
- Wiederholt wird auf eine **unzureichende Informationsweitergabe** von den zuweisenden AmtsärztInnen an die aufnahmeentscheidenden FachärztInnen hingewiesen. Die ärztliche Bescheinigung enthalte oft wenig bis keine nützliche Information und sei teils schwer lesbar, wichtige Informationen fehlten häufig, so berichten VertreterInnen der psychiatrischen Abteilung. Die zuweisenden AmtsärztInnen seien für Nachfragen zumeist kaum bis nicht erreichbar und die überstellenden Exekutivbeamten könnten oft nur wenig von den Umständen, die zur § 8-Einweisung führten, berichten, da teils das Einsatzteam für die Überstellung wechselt. Dies limitiere die **Außenanamnese** und mache eine **fundierte Aufnahmeentscheidung schwierig**. Der Aspekt unzureichender Informationsweitergabe bei der Aufnahme wird weiter unten nochmals ausführlicher behandelt.

Zusammenfassend lassen sich am Fallstudien-Standort 4 **problematische und** für alle Beteiligten sehr **belastende Engpässe bei der Verfügbarkeit von ÄrztInnen** wahrnehmen, die zu Begutachtungen nach § 8 UbG befugt sind. Solche ÄrztInnen sind zwar über eine zentrale Vermittlungsstelle (Landesleitzentrale) grundsätzlich abrufbar, allerdings wird übereinstimmend von häufig langen – zu langen – Wartezeiten berichtet. Dies bindet Ressourcen an anderen Stellen (v.a. Polizei, teils auch bei Sozialen Diensten) und kann zu langen Festhaltungen der betroffenen Personen führen. Die Gespräche lassen annehmen, dass zum Teil auch die an diesem Standort **deutlich überdurchschnittlichen Einlieferungen mit „Gefahr in Verzug“** (§ 9 Abs. 2 UbG) daraus resultieren. Im Vergleich zu den anderen Fallstudien dürften die Unterbringungsuntersuchungen an diesem Standort auch relativ häufig nicht in eine ärztliche Bescheinigung der

Unterbringung münden. Bei ausführlicher Erörterung der möglichen Gründe hierfür (s.o.) zeigt sich, dass dieser Umstand nicht pauschal als positiv oder negativ zu bewerten ist, sondern unterschiedliche und widersprüchliche Facetten beinhaltet. Auch an diesem Standort wird beträchtlicher **fachlicher Schulungsbedarf** bei einem Teil der AmtsärztInnen wahrgenommen und erweist sich die Informationsweitergabe an die psychiatrische Abteilung lückenhaft.

Ergänzende standortübergreifende Erkenntnisse

An allen vier Standorten, die in die vertiefenden Fallstudien einbezogen wurden, fällt auf, dass bei der Unterbringungsuntersuchung nach § 8 nur **selten Alternativen zur Unterbringung** in einer psychiatrischen Abteilung **geprüft** werden dürften (§ 3/Abs. 2). Dafür lassen sich mehrere strukturelle Gründe ausmachen: Bei Einweisungen in den Nachtstunden und am Wochenende sind Prüfungen schwer zu realisieren, insbesondere wenn andere Formen der Unterstützung als Angehörige oder nahestehende Personen erschlossen werden müssen. Generell wird mehrfach darauf verwiesen, dass in akuten, sehr krisenhaften Situationen wenig Möglichkeit für solche Prüfungen sei. Um in solchen Situationen Alternativen zur psychiatrischen Abteilung realisieren zu können, bräuchte es – so die Anregung – einen spezialisierten aufsuchenden Krisen- und Notfalldienst. Insgesamt ist anzumerken, dass den zuweisenden ÄrztInnen teils auch ausreichend Wissen über Alternativen fehlen dürfte, oder umgekehrt mitunter passende Alternativen fehlen (vgl. Kap. 3 und 10). Wenn die Unterbringungsbescheinigung aus einer psychosozialen Einrichtung heraus erfolgt, ist meist davon auszugehen, dass die Einrichtung bereits Alternativen geprüft hat.

An Standorten, an denen **GemeindeärztInnen** Untersuchungen nach § 8 UbG durchführen, deutet sich teils ein **Naheverhältnis zu Wohneinrichtungen** an, wenn der/die betreffende ÄrztIn auch allgemein medizinische Versorgungsaufgaben innehat. Dies **scheint erfolgreiche Anregungen wahrscheinlicher zu machen**, wie folgendes Zitat illustriert:

„Also die kennen das Haus und die wissen, wenn wir da anrufen wegen Zwangseinweisung, dann ist das Fakt und das wird auch gar nicht hinterfragt. Das ist recht witzig, weil da haben wir eigentlich nie Probleme mit Zwangseinweisungen, das läuft relativ unkompliziert.“ (P20/Abs. 77_F1/Sozialer Dienst)

Die Rollenvermischungen bei GemeindeärztInnen, die Unterbringungsuntersuchungen durchführen, können dabei sowohl als Chance als auch als Risiko bewertet werden: Auf der einen Seite liegen für die Unterbringungsuntersuchung nach § 8 UbG umfassendere Informationen und Erfahrungen mit der zu untersuchenden Person vor. Auf der anderen Seite deutet das Zitat auch an, dass teils von ärztlicher Seite kaum mehr selbstständig

geprüft werden dürfte: Man verlässt sich auf die Einschätzung der Wohneinrichtung. Auch wenn dieses Vertrauen überwiegend auf einem sehr sorgfältigen und zurückhaltenden Umgang auf Seiten der sozialen Einrichtungen mit dem Rechtsinstrument der Zwangseinweisung in die Psychiatrie aufbauen wird können, wird damit die **Kontrollfunktion der Unterbringungsuntersuchung nach § 8 UbG potenziell ausgehöhlt**. Nachfolgendes Zitat lässt erkennen, dass diese Kontrollfunktion nicht durch alle Sozialen Dienste bzw. Wohneinrichtungen anerkannt und wertgeschätzt wird, sondern die zuweisenden ÄrztInnen manchmal auch als gefügiges Instrument zur formalen Umsetzung von Zugängen nach UbG betrachtet werden dürften:

„(...) es spitzt sich zu und der Polizei- oder der Distriktsarzt scheut sich, da jetzt eine Einweisung zu machen. Dann hat man zu dem auch gesagt: ‚Bitte, hallo! Es geht nur um die Fahrt! Sie übernehmen sonst überhaupt keine Verantwortung. Sie sagen nicht, dass der jetzt auf der Psychiatrie im geschützten Bereich ist, sondern das entscheiden die Fachärzte unten in Graz.“ (P31/Abs. 89_F2/Sozialer Dienst)

Die ärztlichen **Bescheinigungsformulare** sind – entgegen einzelner Aussagen – in den unterschiedlichen Regionen und teils auch innerhalb dieser uneinheitlich gestaltet. Dies scheint aber das geringere Problem zu sein, wesentlich schwerer wiegt der Umstand, dass sie **häufig als unzureichend ausgefüllt und nicht leserlich** beschrieben werden. Damit ist die darauf verzeichnete Information genau genommen nutzlos, sie könnte ebenso gut nicht darauf verzeichnet werden. Die empirischen Eindrücke in den vertieften Fallstudien legen die Schlussfolgerung nahe, dass auf Seiten der bescheinigenden ÄrztInnen oft wenig Verständnis dafür besteht, dass dadurch den über eine Aufnahme nach UbG entscheidenden PsychiaterInnen in den Abteilungen wichtige Informationen vorenthalten bleiben. „Schöne Schrift“ wird wiederholt als nachrangiges Problem thematisiert, wie folgendes Zitat exemplarisch zeigt: „Also ich glaube, diese Kleinigkeit, darauf kommt es nicht so an (...).“ (P1/Abs. 113) Mitunter grenzt der **nachlässige Umgang mit der Weitergabe wichtiger Informationen** in manchen Fällen an eine Kommunikationsverweigerung. Generell zeigt sich ein **besserer Informationsfluss** zwischen bescheinigenden ÄrztInnen vor Ort und den über eine Aufnahme (Unterbringung ohne Verlangen) entscheidenden PsychiaterInnen in den Krankenhäusern als ein **neuralgischer Aspekt im Prozess des Zugangs** und der Aufnahme in der Psychiatrie nach dem Unterbringungsrecht.

Die aktuelle Anwendungspraxis des Unterbringungsgesetzes durch die zuweisenden ÄrztInnen lässt einigen Optimierungsbedarf sichtbar werden. Neben zusätzlichen ärztlichen Ressourcen für § 8-Untersuchungen in einigen Regionen und einer Verbesserung des Informationsflusses hin zur Psychiatrie wird von den Befragten besonders häufig ein hoher **Schulungsbedarf bei den bescheinigenden ÄrztInnen** artikuliert. Genannt werden

meist mehr psychiatrisches Fachwissen, besseres Knowhow in Bezug auf UbG-relevante Gefährdungsmomente – und solche, die es nicht sind, sowie mehr Wissen über Alternativen. Die gewonnenen Einblicke in die Praxis der bescheinigenden (Amts-)ÄrztInnen lassen darauf schließen, dass Erfahrungswissen sehr hohe Bedeutung für die Beurteilen der Unterbringungs Voraussetzungen beigemessen wird. Die große Bedeutung solchen Wissens soll hier keinesfalls in Frage gestellt werden. Dennoch ist darauf zu achten, dass fachliche Exploration nicht auf der Kompetenzebene einer „Blickdiagnose“ verbleibt, die eine befragte Person im amtsärztlichen Dienst wie folgt umschrieb: „(...) das ist etwas, was wissenschaftlich nicht validierbar ist. Das ist Erfahrung und das ist eben diese Sozialkompetenz, die der Beruf mit sich bringt.“ (P46/113) Solch eine „Blickdiagnose“ kann vor allem dann, wenn sie auf geringem psychiatrischem Wissen aufbaut, auch als „second code“ (McNaughton-Smith 1975; vgl. auch Feest/Blankenburg 1972) wirken, indem aus einem nicht systematisch und nicht ausreichend reflektierten „Praxiswissen“ soziale Selektivität bei der Rechtsanwendung resultiert. Der „second code“ kann die Umsetzungspraxis im Sinne rechtlich nicht fundierter „Anwendungsregeln“ mitbestimmen – möglicherweise manchmal auch in einem Spannungsverhältnis zu den gesetzlichen Regelungen.

Abschließend ist zu betonen, dass **trotz erheblicher Kritik an der aktuellen Umsetzungspraxis der Unterbringungsuntersuchungen** nach § 8 nahezu einheitlich und von vielen auch **mit großem Nachdruck die generelle Wichtigkeit dieser vorgeschalteten Überprüfung hervorgehoben** wurde. Sie wird sowohl als bedeutungsvolles Kontrollinstrument polizeilicher Zuweisungsmöglichkeiten gesehen als auch als wichtiges Mittel, um den Druck auf die Psychiatrie zur Verwahrung von „störenden“ Personen, die nicht ins Strafrecht fallen, wegzunehmen, als Schutz für Personen vor unzulässiger Einweisung in die Psychiatrie gegen ihren Willen.

3.2.3. Zur Rolle der Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes im Zugang nach UbG

Die vertiefenden Fallstudien machen deutlich, dass Amtshandlungen zum Vollzug des Unterbringungsgesetzes im polizeilichen Alltag beachtlichen Raum einnehmen, wie folgendes Zitat exemplarisch zum Ausdruck bringt: „Also wir haben deutlich mehr Unterbringungsamtshandlungen wie Verkehrsunfälle mit Verletzten. Also das ist ein **Tagesgeschäft geworden für die Polizei.**“ (P41/103) Neben der hohen Anzahl an UbG-bezogenen Amtshandlungen zeigen sich diese oft auch vergleichsweise zeitintensiv, und zwar insbesondere dann, wenn lange auf eine ärztliche Begutachtung nach § 8 UbG gewartet werden muss, aber auch durch lange Verbringungswege in die Psychiatrie in manchen Regionen und das Abfassen des Polizeiberichts zum Vorfall. In einer Fallstudien-Region wird auch berichtet, dass man „oft zwei Stunden auf ein Rettungsfahrzeug warten“ (P41) muss.

Der **Polizei** kommt bei Zugängen nach UbG, bei denen die betroffene Person gegen oder ohne ihren Willen auf eine psychiatrische Abteilung gebracht wird, eine **Schlüsselrolle** zu: Sie ist es, die den **Weg Richtung Freiheitsbeschränkung eröffnet** und eine ärztliche Untersuchung nach § 8 UbG einleiten kann. Die berichteten Erfahrungen deuten dabei eine **Veränderung** in der Anwendung des Unterbringungsrechts an: Die **Entscheidung** über eine Verbringung in die Psychiatrie nach § 8 **liegt nun** nicht nur formal, sondern **auch in der Praxis klar bei den ÄrztInnen**. In der ersten Phase nach Einführung des UbG hätten – so wird teils berichtet – die Polizeibeamten mitunter noch einen deutlicheren Einfluss auf die Entscheidung gehabt. Aktuell geben die qualitativen Interviews zu erkennen, dass die bescheinigenden ÄrztInnen überall dort, wo in kurzer Zeit verfügbar sind und vor Ort kommen, von der Exekutive als wertvolle Entlastung erfahren werden. Dieser Befund trifft zumindest auf die Fallstudien-Regionen zu, inwieweit er auf ganz Österreich verallgemeinerbar ist, kann auf vorliegender Datenbasis nicht beantwortet werden.

Diese Entwicklung kann zunächst bedeuten, dass die §§ 8 und 9 des Unterbringungsgesetzes von der Polizei umfassender angewandt werden, dass sich gewissermaßen die **korrekte Rechtsanwendung erhöht** hat: Die Polizei anerkennt immer dann, wenn sofortiges Eingreifen (Gefahr in Verzug) nicht unabdingbar erscheint, die übergeordnete Entscheidungskompetenz der gemäß § 8 UbG bescheinigungsbefugten ÄrztInnen. Solch eine umfassendere Rechtsanwendung ist sicher gegeben, bedeutsam erscheint aber auch, wodurch sie häufig motiviert zu sein scheint: In den vertiefenden Fallstudien zeigt sich fallübergreifend, dass die Einleitung einer ärztlichen Untersuchung nach § 8 UbG vor allem deshalb als **Entlastung** erlebt wird, weil damit die **Verantwortung für die Entscheidung** über eine Zwangseinweisung in die Psychiatrie an die bescheinigenden ÄrztInnen **weitergegeben** werden kann. Folgende Zitate veranschaulichen dies:

„Sobald nur ein Funken einer Fremd- oder Selbstgefährdung besteht in Verbindung eben mit einer psychischen Krankheit, wird der Arzt immer zugezogen. Weil einfach keiner der Kollegen sagt, er will das irgendwo auf seine eigene Verantwortung nehmen, sondern das soll einfach der Arzt entscheiden.“ (P18/49_Fallstudie 1/Exekutive)

„Aber der Arzt hat dann gesagt: Nein, keine Einweisung. Da ist für uns nachher dann (...) diese Verantwortung auch nicht mehr in dem Maß gegeben.“ (P30/39_Fallstudie 2/Exekutive).

Auch in den anderen beiden Fallstudien lässt sich eine solche Verantwortungsabgabe beobachten, etwa wenn kritisiert wird, dass sich manche Beamte darauf verlassen würden, dass der bescheinigende Arzt schon das Richtige tue: „Jeder verlässt sich auf den anderen.

Das haben wir abzustellen versucht.“ (P41/149) PolizistInnen müssten ihre Verantwortung wahrnehmen, sie würden freiheitsbeschränkende Maßnahmen setzen und seien mitverantwortlich, so die befragte Person. In Fallstudie 4 wird vor allem von amtsärztlicher Seite thematisiert, „(...) dass sich die Verantwortungsschiene von den Polizeibeamten (...) immer mehr in Richtung ‚gehen wir auf Nummer-sicher‘ verlagert hat“ (P46/13). Die Verantwortung für die Entscheidung – vor allem für eine Nicht-Einweisung – werde gerne an das nächste Glied in der Kette weitergegeben. Die vertiefenden Studien lassen erkennen, dass es dabei meist auch darum geht, die Verantwortlichkeit für mögliche Entscheidungskonsequenzen abzugeben, d.h. **eigene Verantwortlichkeit zu reduzieren**.

Mit dieser Problematisierung soll keinesfalls in Frage gestellt werden, dass ÄrztInnen, die Unterbringungsuntersuchungen durchführen, für ihre Entscheidungen Verantwortung zu tragen haben. Sie sind gemäß UbG von der Polizei auch zuzuziehen, wenn diese die Voraussetzungen für eine Unterbringung „für gegeben erachten“, wie es im Gesetzestext heißt. Der kritische Punkt ist vielmehr, dass die **polizeiliche Entscheidung über Hinzuziehung eines Arztes bzw. einer Ärztin oft nicht als eigener Beitrag hin zur Ermöglichung einer Freiheitsbeschränkung gesehen werden dürfte**. Damit wird aber nicht bloß eine Entscheidung an andere Stelle delegiert, sondern man hat sich zunächst selbst dafür entschieden, den formalen Prozess hin zu einer möglichen Unterbringung aktiv einzuleiten. Vor allem wenn aus der Erfahrung bekannt ist, dass die ÄrztInnen häufig die Einweisung bestätigen (dies gestaltet sich allerdings von Region zu Region unterschiedlich – s.o.), bleibt die Verantwortungsabgabe der Polizei (Selbst-)Täuschung. An einem Fallstudienort wurde auch problematisiert, dass bei Einlieferung einer Person durch die Polizei die Unterbringung im Krankenhaus meist bestätigt würde, da man teils die Verantwortung scheue, die Person gleich wieder gehen zu lassen. Auch hier ist auf große Unterschiede zwischen den Standorten zu verweisen. Ganz generell ist zu betonen, dass die **Polizei auch bei Hinzuziehung eines Arztes bzw. einer Ärztin nach § 8 UbG „ziemlich schwerwiegende Entscheidungen“ (P52/17) trifft**, wie es ein Exekutivbeamter im Gespräch auf den Punkt brachte.

Die Daten der Gesundheit Österreich lassen erkennen, dass österreichweit knapp 9% der Unterbringungen ohne Verlangen unter Berufung auf **Gefahr in Verzug gemäß § 9 Abs. 2 UbG** unmittelbar durch die Polizei veranlasst werden (vgl. Sagerschnig et al. 2017, S. 31). Der Anteil solcher unfreiwilligen Verbringungen in die Psychiatrie ohne vorherige ärztliche Untersuchung variiert regional aber sehr stark, wie weiter oben bereits thematisiert wurde. Er ist **in hohem Ausmaß davon abhängig, wie gut und schnell bescheinigungsberechtigte ÄrztInnen verfügbar sind**. Dies wird durch die Ergebnisse der Online-Befragung der ÄrztInnen der psychiatrischen Abteilungen nochmals unterstrichen: Fast drei Viertel der befragten ÄrztInnen beobachten, dass eine mangelnde Verfügbarkeit zuweisungsberechtigter ÄrztInnen manchmal (30%) oder sogar häufig

(43%) ein Grund für die Anwendung von Gefahr in Verzug ist. Vereinzelt wurde in den vertiefenden Fallstudien berichtet, dass substanzielle strukturelle Versorgungsprobleme mit dieser ärztlichen Dienstleistung in manchen Regionen mitunter zu bedenklichen Praktiken auf Seiten der Polizei führen können, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„Also die (PolizistInnen, Anm. d. Verf.) beraten sich ja immer so vor Ort. Was tun wir? Amtsarzt? Und dann gibt es oft die langen Gesichter, weil es ja sehr aufwendig ist. Und dann überlegen sie noch, können wir ihn so provozieren, dass wir auf einen Amtsarzt verzichten können? Dass er einfacher ins Spital kommt?“ (P56/212_Fallstudie 4/Sozialer Dienst)

Auch wenn es sich dabei um Einzelfälle handeln mag und aus diesen berichteten Erfahrungen keinesfalls geschlossen werden kann, dass solche Praktiken Usus wären, unterstreichen sie doch die Problematik einer mangelnden Verfügbarkeit von gemäß § 8 UbG bescheinigenden ÄrztInnen. Hinzuzufügen ist, dass die berichtete Provokation durch Polizeibeamte damit zwar teils erklärbar, aber selbstverständlich nicht legitimierbar ist.

Generell wurde am **Fallstudien-Standort 4** mehrfach eine hohe Belastung der Exekutive durch **langwierige UbG-Amtshandlungen** problematisiert. MitarbeiterInnen eines Sozialen Dienstes berichteten von der Erfahrung, dass die Polizei weniger willig komme, wenn es um einen Einsatz mit einer psychiatrischen Person gehe. Das Wissen, dass dies eine mühselige, zeitintensive Amtshandlung nach sich ziehen kann und sie stundenlang neben einer psychisch auffälligen Person ausharren müssen, bis eine amtsärztliche Untersuchung stattfindet, motiviere wenig. Deshalb werde von Seiten des Sozialen Dienstes teilweise vermieden, die psychiatrische Erkrankung zu erwähnen, sondern auf Gefahr in Verzug fokussiert. Zudem wird an diesem Standort die Polizei gerufen, wenn innerhalb des Krankenhauses ein Transfer von einer somatischen zur psychiatrischen Abteilung erfolgen soll (s.o.). Die Polizei muss dann vorschriftsmäßig einen Amtsarzt bzw. eine Amtsärztin hinzuziehen und auf diese/n warten. Diese Praxis, die überwiegend auf interne Abgrenzungsaushandlungen zurückzuführen sein dürfte, stößt auf wenig Verständnis bei der Polizei und bindet deren Wahrnehmung zufolge jeweils für Stunden unnötig Ressourcen auf Seiten der Exekutive.

Generell wird aber die **Kommunikation mit der Polizei** in den vertiefenden Fallstudien von den meisten interviewten Stellen als gut beschrieben – sie habe sich vor allem im Laufe der Zeit bzw. in den letzten Jahren **deutlich gebessert**: „Das ist echt eine Freude, da hat sich sehr viel verändert in den letzten Jahren.“ (P53/82) Man nimmt immer mehr gut ausgebildete und mittlerweile gut geschulte PolizistInnen wahr, auch wenn **unterschiedlicher Ausbildungs- und Kenntnisstand** sowie mitunter weiterer Schulungsbedarf gesehen wird. Diese Aspekte werden aber in Bezug auf die polizeiliche Ebene in Summe deutlich weniger häufig artikuliert als gegenüber bescheinigenden

(Amts-)ÄrztInnen. **Eher selten** gebe es **auch noch schwierige Zugangskonstellationen**, in denen die Polizei als provokativ und eskalierend erlebt wird, und zwar vor allem bei „schwierigen“ PatientInnen (z.B. alkoholisierte und/oder aggressive Personen). Für manche PatientInnen stelle eine **Einlieferung mit der Polizei generell** eine sehr **belastende Erfahrung** dar, vor allem auch bei schlechten Vorerfahrungen mit der Exekutive. Einlieferungen mit Handschellen werden als sehr problematisch thematisiert, an einem Fallstudien-Standort wird berichtet, dass sie vereinzelt auch bei 12-Jährigen vorkämen. In einem Interview mit einem Vertreter der Exekutive wurde die Erfahrung berichtet, dass sich KollegInnen manchmal unsensibel und unhöflich betroffenen Personen gegenüber verhalten würden, und zwar vor allem dann, wenn diese bewusstseinsbeeinträchtigt wirken. Es fehle teils an Verständnis dafür, dass diese Personen Unfreundlichkeit und Zynismus sehr wohl wahrnehmen. Zudem wird mehr Wissen bei der Polizei über Verhalten von Personen in psychischen Ausnahmesituationen als wichtig erachtet. Insgesamt zeichnen die Befragten aber ein überwiegend positives Bild von der Performance der Polizei bei UbG-Zuweisungen.

Auch die **Polizeiberichte**, die möglichst bald nach der Amtshandlung u.a. an die psychiatrische Abteilung gefaxt werden, finden auf breiter Ebene **positive Erwähnung**. Sie werden fast durchgängig als informativ und hilfreich bewertet – ganz im Gegensatz zu den ärztlichen Bescheinigungen. Problematisch zeigt sich an manchen Standorten, dass teilweise nicht die bei der Amtshandlung anwesenden Polizeibeamten die betroffene Person ins Krankenhaus bringen, sondern den Transport an KollegInnen übergeben (oft, um den Bericht baldestmöglich verfassen zu können). Dies **begrenzt** die **mündliche Erstinformation** an die diensthabenden ÄrztInnen der Abteilung und wird als klarer Nachteil für die ärztliche Außenanamnese erfahren. Auch wenn dadurch der schriftliche Bericht der Polizei schneller (teils bereits in 1-2 Stunden nach der Amtshandlung) an die Abteilung übermittelt werden kann, wird damit die besonders wichtige mündliche Information bei Einlieferung reduziert. An anderen Standorten scheint die mündliche Informationsweitergabe beim Erstgespräch im Krankenhaus besser zu funktionieren.

Insgesamt leistet **wechselseitig ausreichende Information** im Zugangs- und Aufnahmeprozess **zwischen Polizei und psychiatrischer Abteilung** einen wichtigen Beitrag zu einer Optimierung dieser Schnittstelle. So wird die Arbeit der Abteilung durch vorherige **telefonische Ankündigung** einer UbG-Einlieferung erleichtert (vgl. F3). Umgekehrt lässt sich das Verständnis der Polizei dafür erhöhen, dass manche Zugänge nach UbG schlussendlich doch nicht in der Abteilung untergebracht werden, wenn sie eine **Rückmeldung über die Gründe für die Nicht-Aufnahme** erhält: „Damit der Polizist nicht das Gefühl hat, er arbeitet völlig umsonst.“ (P26/153_F2/Psychiatrie) – Erfolge solche Rückmeldungen nicht bzw. zu wenig, kann dies zu angespannten Verhält-

nissen zwischen Abteilung und Polizeibeamten beitragen, wie teilweise etwa in Fallstudien-Region 4: „Der Polizist hat da einmal zu warten (...). Wenn du da als Polizist hingehst, bist da der Untergeordnete.“ (P52/49ff._F4/Exekutive) Die als mangelnde Wertschätzung erlebte Kommunikation wird in direktem Zusammenhang mit häufigen Nicht-Aufnahmen der Abteilung thematisiert.

Abschließend soll noch auf ergänzende Ergebnisse aus der **Online-Befragung** der ÄrztInnen der psychiatrischen Abteilung verwiesen werden: Sie **bestätigen** die in der Regel **gute Informationsweitergabe durch Polizei**, aber auch die Rettung, 88% der Rückmeldungen der ÄrztInnen dazu bewerteten diese mit sehr gut oder eher gut. Es bestätigen sich auch teilweise gegebene Informationsverluste dadurch, dass die vor Ort am Einsatz beteiligten BeamtInnen nicht die Einweisung in die Klinik begleiten würden. Die mündliche Information durch die Polizei bei der Einlieferung ist an vielen Standorten die Regel. Vor allem im ländlichen Bereich scheint es leichter und häufiger üblich zu sein, telefonisch bei der Polizei nachzufragen (33% der ÄrztInnen nannten solche Gepflogenheiten). In manchen Regionen kommen offenbar durch die Polizei oder auch Kliniken entwickelte Formulare zum Einsatz, die von den Beamten bei der Einlieferung übergeben werden.

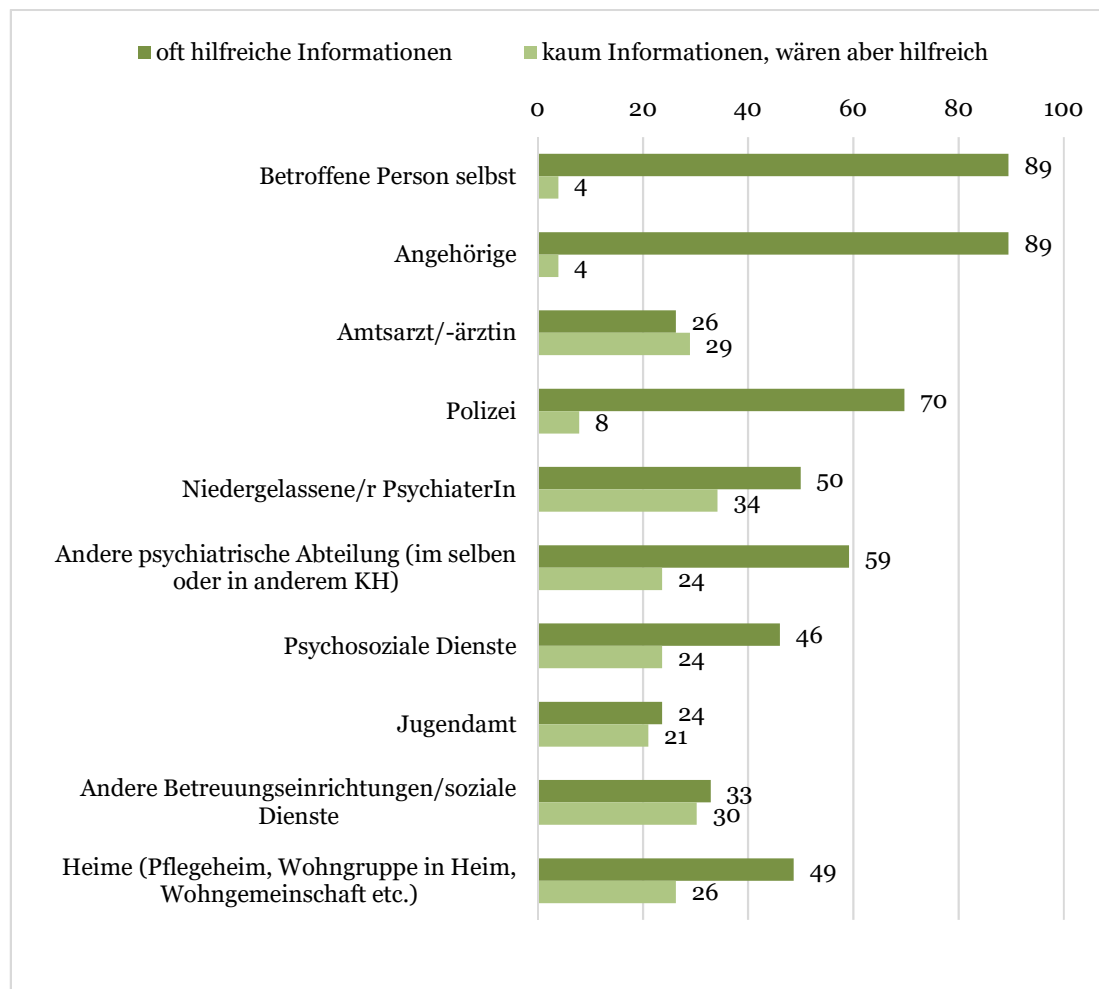
Die Ergebnisse der ÄrztInnen-Befragung zeigen, dass in der **Aufnahmesituation** teilweise die **Hilfe der Polizei** in Anspruch genommen wird, um erforderliche **Fixierungen von PatientInnen** vorzunehmen. Rund 13% der ÄrztInnen berichteten, dass das regelmäßig, 47%, dass es manchmal und 30%, dass es selten bzw. nur in Ausnahmefällen vorkommt. Im Bundesländervergleich zeigen die Ergebnisse keine nennenswerten Unterschiede. Weniger häufig sind in die Aufnahmesituation private Sicherheitsdienste der Krankenhäuser eingebunden: Etwa die Hälfte der antwortenden ÄrztInnen gab an, hierbei grundsätzlich keine Sicherheitsdienste heranzuziehen. Eine regelmäßige Einbindung von Sicherheitsdiensten in die Aufnahme von PatientInnen berichten nur 10 von 76 ÄrztInnen (13%).

3.3. Aufnahme nach § 10 UbG im Krankenhaus

Gemäß § 10 UbG ist das psychiatrische Krankenhaus bzw. die psychiatrische Abteilung befähigt, einen Patienten oder eine Patientin ohne Verlangen nach einer unverzüglich durchzuführenden **Aufnahmeuntersuchung** unterzubringen, wenn die Voraussetzungen gemäß § 3 UbG gegeben sind. Das Ergebnis der Aufnahmeuntersuchung ist in einem **ärztlichen Zeugnis** festzuhalten, das an das zuständige Gericht und die Patienten-anwaltschaft in Kopie ergeht. In der Prüfung der Unterbringungsbedingungen bei der Aufnahmeuntersuchung kommt der **Außenanamnese** eine **besondere Bedeutung** zu, da sich das dafür notwendige Wissen in der Regel nur unzureichend aus der unmittelbaren ärztlichen Untersuchungshandlung erschließen lässt.

Entsprechend wichtig zeigen sich detaillierte und valide **Informationen** unterschiedlicher externer Stellen und Personen, sofern sich der oder die Betroffene zuvor nicht in stationärer psychiatrischer Behandlung auf freiwilliger Basis befunden hat. Die vorangestellten Ausführungen zu Zugängen nach UbG haben die Thematik bereits wiederholt aufgegriffen (vgl. Kap. 3.2). Zusätzlich war auch in der **Online-Befragung** der ÄrztInnen erhoben worden, von welchen Personengruppen und Stellen sie Informationen erhalten und wie hilfreich diese sind bzw. von welchen Personen bzw. Stellen sie mehr oder öfter Informationen wünschen würden. Die nachfolgende Grafik gibt die Befragungsergebnisse wieder:

Abbildung 6: **Personen und Stellen, von denen die ÄrztInnen bei der Aufnahme Informationen erhalten bzw. nicht erhalten, aber als hilfreich erachten würden;** Teilbefragung **FachärztInnen** (n=76), Prozentwerte; Quelle: eigene Erhebungen



Demnach sind – wenig überraschend – die **PatientInnen** selbst in der Regel zentrale und **hilfreiche Informationsquelle**. Als vergleichbar wichtig und nützlich zeigen sich Informationen **Angehöriger**. Dieses Ergebnis ist als Hinweis darauf zu betrachten, dass

der Informationsfluss zumindest in diese Richtung (PatientIn bzw. Angehörige zu Arzt/Ärztin) gut funktioniert, während umgekehrt erhebliche Defizite beklagt werden (vgl. Kap. 3.5). Auch die **Polizei** wird von den meisten Befragten als wichtige Informationsquelle erachtet und dürfte diese Erwartung meist erfüllen – die Online-Befragung bestätigt hier die Ergebnisse der vertiefenden Fallstudien (s.o.). Als wichtige Informationsquellen werden auch **andere psychiatrische Abteilungen** sowie **niedergelassene Fachärzte** genannt, wobei bei diesen beiden Informationsquellen doch öfter ein Mehrbedarf an Information angesprochen wird, der offen bleibt. Ähnlich stellt sich das Bild bezüglich **psychosozialer Dienste und Heime** dar, die in der Mehrheit wichtige Informationsgeber sind, teilweise aber auch mehr Auskunft gewünscht wird. Jugendämter und andere Betreuungseinrichtungen werden jeweils etwa im gleichen Ausmaß als hilfreiche oder als ungenügende Informationsquelle genannt, diese Institutionen werden insgesamt auch in etwas geringerem Umfang als relevant erachtet, da sie vermutlich nur bei einem Teil der Fälle eine Rolle spielen.

Besonders bemerkenswert ist das Ergebnis, dass die **zuweisungsbefugten ÄrztInnen** nur von insgesamt knapp über der Hälfte der Antwortenden überhaupt als relevante **Informationsquelle** genannt werden, die wiederum in der Mehrheit **nicht gut funktionieren**. Zugleich spricht sich aber die deutliche Mehrheit der Befragten für eine Beibehaltung des bestehenden Modells aus, teilweise wird eine Ausweitung des Kreises der Befugten gewünscht. Die Online-Ergebnisse bestätigen auch hier die oben dargestellten Erkenntnisse der vertiefenden Fallstudien.

Annähernd zwei Drittel der befragten ÄrztInnen nutzten die Möglichkeit, in einem offenen Antwortformat ergänzende Anmerkungen zu Informationsbedarfen bei der Aufnahme vorzunehmen. Unter anderem wurde darauf hingewiesen, dass möglicherweise wichtige, forensische Informationen oft nicht übermittelt würden. Gewünscht wird teilweise, auf dem schnellen Weg, d.h. vor allem telefonisch oder auch via Mail bei Zuweisen, Angehörigen, behandelnden ÄrztInnen etc. Informationen einholen zu können.

Auf die **Anwendungspraxis der Voraussetzungen** nach § 3 UbG im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung wird hier nicht detailliert eingegangen, da dieser Themenbereich in einem eigenen Kapitel ausführlich behandelt wird (vgl. Kap. 4). Ergänzend sollen aber an dieser Stelle einige Charakteristika dieser Anwendungspraxis durch die ÄrztInnen der psychiatrischen Abteilungen auf Basis der vertiefenden Fallstudien kurz zusammengefasst werden. Die geschilderten Erfahrungen verweisen auf **beachtliche Auslegungs- und Entscheidungsdifferenzen zwischen den ÄrztInnen**, die zum einen auf die unterschiedlichen Personen bzw. **Persönlichkeiten der ärztlichen EntscheiderInnen** zurückgeführt wird (manche werden z.B. als persönlich mutiger wahrgenommen als andere). Zum anderen wird das **Ausmaß der Erfahrungen**, auf die der/die ÄrztIn in

Bezug auf UbG-Entscheidungen zurückgreifen kann, als relevanter Einflussfaktor thematisiert: Je weniger Erfahrung, desto vorsichtiger, so die Einschätzungstendenz. Und drittens haben tradierte bzw. auch über die Führung und fachliche Sozialisation vermittelte **abteilungskulturelle Aspekte** den berichteten Erfahrungen zufolge einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Entscheidungspraxis. Die folgenden Zitate verdeutlichen diese Differenzen in der ärztlichen Entscheidungspraxis exemplarisch:

„Wir haben einen sehr erfahrenen Oberarzt, der sieht das halt oft ein bisschen anders. Ich sehe das halt oft strenger und sage ‚nein, unterbringen‘. (...) Und ich sehe aber da die Gefährdung der Gesundheit eben erfüllt und mein Kollege sagt, nein, der hat ja den freien Willen auch noch als psychisch Kranker so quasi, dass er die Abklärung ablehnen darf.“ (P2/105ff.)

„(...) es hängt auch davon ab, wer ist diensthabender Arzt, wer ist diensthabende Ärztin, also wer schreibt ein Unterbringungszeugnis und wer schreibt es nicht. Und da ist mein Eindruck, je mehr und je öfter Menschen in der Unterbringung arbeiten, desto eher genauer schauen die. Und die, die halt nicht regelmäßig mit Unterbringungskriterien zu tun haben, sind in Tendenz eher auf der vorsichtigeren Seite und bringen halt einmal unter (...). Einerseits ist es tatsächlich die Erfahrung, die ich mitbringe oder nicht mitbringe. Ich glaube auch, dass es grundsätzlich, wenn ich es positiv formuliere, sage ich vorsichtigere oder fürsorglichere Ärzte gibt, wenn ich es negativ formulieren will, sage ich, ängstliche, vielleicht feige.“ (P16/Abs. 143ff.)

„(...) von der Führung her ist man in (Name des Standortes, Anm. d. Verf.) schon sehr fürsorglich und paternalistisch, glaube ich. Also so, wenn ich entscheiden kann, lasse ich dem seinen eigenen Willen oder rette ich ihm sein Leben, rette ich ihm lieber sein Leben.“ (P16/Abs. 159)

„Das sind, glaube ich, doch große Unterschiede, wie schnell man es sich auch zutraut, die Verantwortung dafür zu übernehmen, den Patienten offen zu führen.“ (P26/Abs. 75)

„Also ich glaube, wir sind sicher eher vorsichtig und nicht so riskant.“ (P27/Abs. 95)

„Also ich tendiere wahrscheinlich eher zum Unterbringen im Zweifelsfall, (...) weil man kann ja Unterbringungen auch rasch wieder aufheben.“ (P36/Abs. 37f.)

„Also ich weiß nur zum Beispiel von (anderer Psychiatriestandort, Anm. d. Verf.), dass es (da) viel stringenter zugeht (...): ‚Ist nicht klar: Zack, machen wir eine Unterbringung.‘ Also wir bemühen uns schon (...), in der Ambulanz dem Betroffenen möglichst die Freiwilligkeit zu ermöglichen.“ (P37/94ff.)

„Das sind dann Situationen wie ein Patient wird aufgenommen, der aufnehmende Arzt hat sich nicht dazu durchgerungen ihn unterzubringen, sondern hat gesagt, er bleibt freiwillig. Das ist ein ganz starkes Statement. (...) Das jetzt in Frage zu stellen ist unheimlich schwierig. Weil dann muss ich dem unterstellen, dass er einen Blödsinn gemacht hat. (...) und wenn die Kollegen das mitkriegen, dass ihre Entschei-

dung eh schon weich war, dann sagen sie dann oft, na ja, ich habe ihn nicht untergebracht, aber eigentlich bin ich mir nicht sicher. Schau dir den genauer an, wenn der gehen möchte. Habe ich dann nicht gern, weil dann weiß ich, okay, er hat die Verantwortung nicht übernommen und ich soll sie jetzt plötzlich übernehmen und zwar nur dann, wenn der (Patient, Anm. d. Verf.) geht und vorher nicht (...).“ (P47/204)

„Manche Ärzte sind bemühter wie andere, das Gesetz einzuhalten. Naja. (I: Was heißt ‚bemühter als andere‘?) Manche sind halt sehr gewissenhaft und (...) versuchen es wirklich ganz richtig zu machen. Andere machen es halt so, wie sie es halt machen.“ (P54/Abs. 154f.)

Es ist zu betonen, dass diese empirischen Einsichten nicht der Zweck verfolgen, die ärztliche Entscheidungskompetenz in Frage zu stellen. Allerdings unterstreichen die Erkenntnisse zur Anwendungspraxis, dass **Unterbringungsentscheidungen nicht einfach auf eine medizinische Entscheidung enggeführt werden können**, sondern gesetzlich eingeräumte Zwangsbefugnisse umfassen. Sie machen zudem deutlich, dass der rechtliche Rahmen allein zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für die Umsetzung der UbG-Voraussetzungen im Sinne des Gesetzgebers darstellen, dass vielmehr die **Rechtsanwendung durch persönliche und soziale Faktoren überformt** wird – und dies auch nicht endgültig vermeidbar ist. Damit wird lediglich evident, dass der Vollzug staatlicher Zwangsgewalt nicht allein ärztlicher Fachkompetenz anzuvertrauen ist, sondern in einem Rechtsstaat der rechtlichen Ausgestaltung und **Kontrolle des Zwangs bedarf**, im Falle des UbG vor allem der gerichtlichen Überprüfung (vgl. Kap. 5).

3.4. Nicht-Aufnahmen nach UbG-Zugang

Die fachärztliche Unterbringungsuntersuchung gemäß § 10 UbG bestätigt nicht immer das Vorliegen der Unterbringungs Voraussetzungen, sodass nicht alle Zugänge nach §§ 8 und 9 UbG an der psychiatrischen Abteilung tatsächlich nach UbG aufgenommen werden. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Online-Befragung und der vertiefenden Fallstudien getrennt voneinander dargestellt.

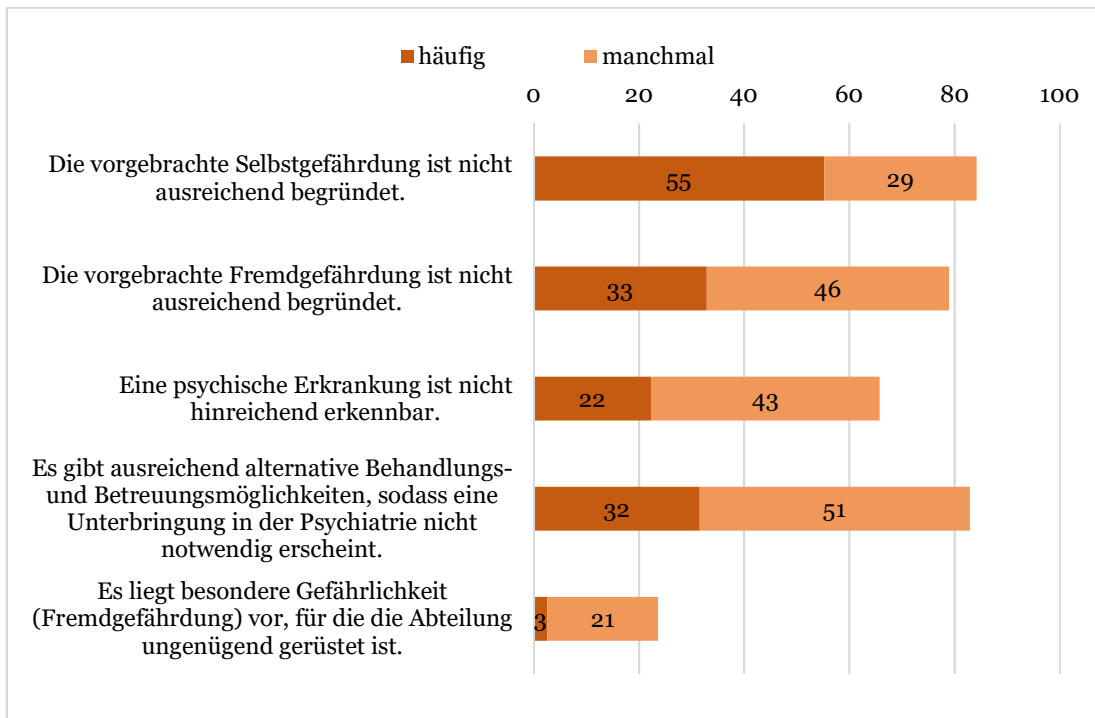
3.4.1. Ergebnisse der Online-Befragung

Laut Schätzungen der ÄrztInnen der psychiatrischen Abteilungen in der Online-Befragung findet in **durchschnittlich 20% (Median) der UbG-Zugänge** nach § 8 oder 9 eine **Aufnahme ohne Anwendung des UbG** statt, d.h. die Person bleibt **auf freiwilliger Basis** an der Abteilung stationär untergebracht. Die Daten der Gesundheit Öster-

reich (vgl. Sagerschnig et al. 2017, S. 32) liegen mit rund 11% Aufnahmen ohne Anwendung des UbG nach einem UbG-Zugang doch deutlich niedriger, auch wenn über die Gründe für die Diskrepanz auf vorliegender Datenbasis keine Aussagen möglich sind. In durchschnittlich **5% (Median)** der Zugänge nach UbG kommt es den ÄrztInnen zufolge zu **gar keiner stationären Aufnahme**. Der GÖG-Bericht kann hier keine Zahlen vorweisen, spricht nur von bis zu 20% laut ÄrztInnen-Schätzung. Bei beiden Werten der Online-Befragung der vorliegenden Studie ist auf äußerst große Unterschiede in den Antworten zu verweisen. So schwanken etwa die Angaben zu den Nicht-Aufnahmen zwischen null und 70%, der Quartilsabstand (= Streuungsausmaß der mittleren 50% der Werte) beträgt 17,5%. Es ist somit von **großen Unterschieden zwischen den einzelnen Standorten** und ev. auch zwischen den ÄrztInnen der psychiatrischen Abteilungen auszugehen.

Die online befragten ÄrztInnen wurden gebeten, mögliche **Gründe für die Nicht-Aufnahme** einer nach den §§ 8 und 9 UbG eingelieferten Person zu nennen. Die nachfolgende Grafik gibt die Ergebnisse wieder, wobei bei jedem der abgefragten Begründungen angegeben wurde, wie häufig der Grund (mit-)entscheidend für eine Ablehnung ist. Besonders häufig liegt demnach in solchen Fällen **keine ausreichend begründbare Gefährdungslage** vor: In Bezug auf Selbstgefährdungen nannten dies 55% der Befragten als häufig und weitere 29% als manchmal gegeben. Nicht ausreichend begründete Fremdgefährdungen nannten 33% der Antwortenden als häufigen und weitere 46% als manchmal vorliegenden Grund für Nicht-Aufnahmen. Vergleichbar oft wird auch darauf verwiesen, dass **alternative Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten** eine Unterbringung in der Psychiatrie nicht erforderlich erscheinen lassen (32% „häufig“- und 51% „manchmal“-Nennungen). Etwas weniger häufig werden Zuweisungen, bei denen die psychische Erkrankung nicht hinreichend erkennbar ist, als Grund für eine Aufnahmeablehnung genannt (22% „häufig“- und 43% „manchmal“-Nennungen). In eher seltenen Fällen kann es auch vorkommen, dass Aufnahmen abgelehnt werden, weil sich die Klinik oder Abteilung aufgrund einer besonderen Gefährlichkeit (Fremdgefährdung) des/der PatientIn ungenügend für eine Aufnahme gerüstet erachtet. Unter „sonstige Gründe“ wurde vereinzelt auf Kapazitätsprobleme hingewiesen oder darauf, dass somatische Erkrankungen eine Versorgung auf anderen Stationen erforderlich machen können.

Abbildung 7: **Gründe für eine Nicht-Aufnahme nach Zuweisung gemäß UbG (§§ 8 und 9, Teilbefragung ÄrztInnen, Angaben in Prozent, n=60; Quelle: eigene Erhebungen**



Laut 82% der Rückmeldungen der FachärztInnen sind systematische Dokumentationen jeder Nicht-Aufnahme nach einem Zugang gemäß §§ 8 und 9 UbG die Regel. Offenbar ist das aber nicht flächendeckend bzw. allgemein die Praxis. In immerhin 14 von 76 Antworten bzw. 17% wurde festgehalten, dass die Dokumentation solcher Abweisungen nicht systematisch bzw. nur teilweise erfolgt.

Relativ selten, aber doch kommt es laut den online befragten ÄrztInnen vor, dass nicht aufgenommene PatientInnen innerhalb von Stunden oder wenigen Tagen wieder von der Polizei eingeliefert werden. 53% gaben an, dass dies seltener als einmal pro Monat passiere, weitere 30% beobachteten solch ein Vorkommen 1-2 mal pro Monat. Nur 9% gaben an, dass dies mehr als fünf Fälle pro Monat sind, davon in Einzelfällen auch deutlich mehr. Der Bundesländervergleich lässt erkennen, dass sich solche Fälle mehrfacher Verbringung einer Person in die Psychiatrie innerhalb kurzer Zeit in deutlich höherem Ausmaß in Wien ereignen.

3.4.2. Ergänzende Ergebnisse aus den vertiefenden Fallstudien

Die in den vier Fallstudien gewonnenen **Einblicke unterstreichen die großen Differenzen zwischen den Standorten**. Folgend werden die vier Standorte vergleichend dargestellt:

- Am Fallstudien-Standort 1 scheint bei einem UbG-Zugang nur **vergleichsweise selten keine Aufnahme** zu erfolgen, freiwillige Aufnahmen im offenen Bereich kommen in solchen Fällen aber öfter vor. Nicht-Aufnahmen beziehen sich den berichteten Erfahrungen zufolge etwas häufiger auf alkoholranke Personen, auf Personen, deren Suizidankündigung sich nach einem ausführlicheren Gespräch als nicht ernst gemeint erkennen lässt, bzw. auch auf Personen, die sehr oft eingewiesen werden und dem Krankenhaus wohlbekannt sind. Fehleinschätzungen der Situation (d.h. die Nicht-Aufnahme erscheint im Nachhinein revidierbedürftig) könnten vor allem bei „manischen Patienten“ manchmal vorkommen, so die Erfahrung der ärztlichen Ebene. Alle Nicht-Aufnahmen werden „im ambulanten Verlauf“ (P2/170) dokumentiert.
- Am Fallstudien-Standort 2 deuten sich **gewisse Unterschiede zwischen den Abteilungen** an, was die Häufigkeit von Nicht-Aufnahmen betrifft. Auch wenn sie insgesamt nicht besonders oft vorkommen dürften, wurden solche Ereignisse öfter in Bezug auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie geäußert. Es ist aber hinzuzufügen, dass das empirische Material keine Quantifizierungen zulässt. Gründe für Nicht-Aufnahmen werden teilweise in langen Verbringungsfahrten in die Psychiatrie vermutet, sodass sich Personen teilweise schon von Suizidabsichten distanzieren konnten oder die akute Eskalation zwischenzeitlich wieder abgeklungen sein kann – und eventuell auch nicht ursächlich mit der psychischen Erkrankung in Zusammenhang stehen mag. Zugleich stelle sich beim Aufnahmegespräch generell die geäußerte Suizidabsicht manchmal als nicht ernsthaft beabsichtigt heraus. Bei der Abteilung gut bekannten Personen mit Persönlichkeitsstörungen kann es ebenfalls manchmal zu einer Ablehnung der Aufnahme kommen. Mitunter können PatientInnen auch aufgrund fehlender Ressourcen nicht aufgenommen werden. Insgesamt wird der **Standort** aber **eher „sicherheitsorientiert“** beschrieben: „Aber ich glaube, dass wir da schon eher auf der sicheren Seite sind. Also eher die vorsichtigeren Kultur fahren.“ (P29/81) Alle Nicht-Aufnahmen werden, so die einhelligen Berichte, auf Ambulanzkarten dokumentiert.
- Ähnlich gestalten sich die Eindrücke zu Fallstudien-Standort 3: An der Kinder- und Jugendpsychiatrie könnten **Nicht-Aufnahmen** aufgrund hoher Auslastung etwas häufiger vorkommen als auf den anderen Abteilungen, wobei sie insgesamt auch an diesem Standort die **Minderheit der Fälle** betreffen dürften. Diese Eindrücke stützen sich aber nicht auf exakte Zahlen. Zugleich lassen die geschilderten Gründe für eine Ablehnung der Aufnahme vermuten, dass dies in der Regel nur bei „Grenzfällen“, bei denen die UbG-Voraussetzungen mit einem Fragezeichen versehen werden können, vorkommt. Genannt wurden etwa Fälle, in denen vorrangig ein „institutionelles Problem“ (P36/Abs. 130) die Einweisung verursachte

(z.B. eskalierte Konflikte in der Familie oder einer betreuten Wohngemeinschaft) oder in denen Alternativen zur Unterbringung gegeben sind, Personen, die sich glaubhaft von den geäußerten Suizidabsichten distanziert zeigen oder die sich sichtbar beruhigt haben, aber auch PatientInnen mit einer schweren Mischintoxikation, die die Betreuung auf einer Intensivstation benötigen. Auch an diesem Standort wird einhellig berichtet, dass Nicht-Aufnahmen nach einem Zugang gemäß UbG nach der Aufnahmeuntersuchung immer im Ambulanzdekurs dokumentiert wird. Eine Nicht-Aufnahme ohne vorherige Untersuchung wurde nur in einem Einzelfall berichtet, der der Abteilung wohlbekannt gewesen sei („Stammgast“ der Abteilung).

- Fallstudien-Standort 4 unterscheidet sich deutlich von den anderen Standorten durch eine **hohe Anzahl an Fällen, deren Unterbringung** an der psychiatrischen Abteilung nach einem Zugang gemäß UbG **abgelehnt wird**. Die Angaben schwanken, es dürften aber bis zur Hälfte aller UbG-Zugänge sein, vereinzelt wird der Anteil sogar höher geschätzt. Insgesamt deutet manches darauf hin, dass dieser Standort den Interpretationsspielraum, den die **Unterbringungs Voraussetzungen** nach § 3 UbG grundsätzlich aufweisen, **etwas enger definiert** als andere Standorte. Die für eine Ablehnung angegebenen Gründe weisen eine große Spannbreite auf und reichen von Nichtaufnahmen aus somatischen Abteilungen, da PatientInnen nicht dem Versorgungsauftrags-Gebiet entsprechen, über Personen mit Persönlichkeitsstörungen, die in der Abteilung wohlbekannt sind und eine Aufnahme provozieren wollen bzw. wo der Krise vorrangig ein Konflikt in der Wohngemeinschaft o.ä. zugrunde liegt, alkoholisierte und nicht alkoholisierte PatientInnen, deren Suizidabsicht im vertiefenden Gespräch wenig substanzial erscheint, generell intoxikierte PatientInnen, Personen, die von der Psychiatrie vorrangig als kriminell und sehr gefährlich eingestuft werden und deren psychische Erkrankung im Vergleich dazu nachrangig erscheint (d.h. wo die Inhaftierung als die adäquatere Alternative betrachtet wird) bis hin zu PatientInnen, bei denen durch die lange Dauer des Zugangs (Warten auf Polizei, Amtsarzt/-ärztin etc.) die Krise bereits wieder abgeklungen ist und die wieder ausreichend stabil wirken. Auch an diesem Standort wird von Seiten der Psychiatrie darauf verwiesen, dass die Nicht-Aufnahmen entsprechend dokumentiert werden. Insbesondere von der Polizei werden diese zahlreichen Nicht-Aufnahmen als problematisch erfahren, ohne dass daraus bereits auf deren Angemessenheit oder Nicht-Angemessenheit geschlossen werden könnte. Nicht-Aufnahmen befördern aber bei der Exekutive Zweifel an der Sinnhaftigkeit der eigenen Amtshandlungen, die oft stundenlanges Warten auf eine amtsärztliche Bescheinigung, Einlieferung in die Psychiatrie und dort teils Warten auf die aufnehmende Ärzteschaft bedeuten: „Und dann hast ei-

gentlich viel gemacht für nichts.“ (P52/153) Da solche Erfahrungen selbstverständlich kein Entscheidungskriterium bezüglich Aufnahme oder Nicht-Aufnahme nach UbG darstellen, bleibt für die Bearbeitung dieser Spannungsfelder vor allem die systematische Information und Kommunikation zwischen Polizei und Abteilung.

Die vertiefenden Fallstudien lassen zumindest für die vier untersuchten Standorte schlussfolgern, dass in der Regel eine Aufnahmeuntersuchung nach § 10 UbG stattfindet und ein ärztliches Zeugnis ausgestellt wird. Wenn in diesem festgestellt wird, dass die Voraussetzungen gemäß § 3 UbG nicht vorliegen, dann findet eine entsprechende **Dokumentation in der Ambulanzakte/im Ambulanzdekurs** statt. Die empirischen Daten zeigen aber auch auf dieser Ebene der Umsetzung des Unterbringungsrechts beachtliche Unterschiede in der Anwendungspraxis auf, die im anschließenden Kapitel vertieft werden.

3.5. Wichtige Eindrücke aus den Betroffenen-Interviews

Die mit Personen mit Unterbringungserfahrung geführten Interviews lassen zwar aufgrund des äußerst schwierigen Feldzugangs und vermutlich einseitigen Samplings kaum Verallgemeinerungen zu (vgl. Kap. 2), dennoch bieten sie exemplarisch wichtige Einblicke in die Erfahrungen und zentralen Bedürfnisse betroffener Personen. Als problematisch stellt sich aus Betroffenenperspektive wiederholt dar, dass für die handelnden Akteure (Polizei, Amtsarzt, Rettung) eine Unterbringung ohne Alternative erscheine bzw. solche **Alternativen kaum geprüft** würden und in der Mehrzahl der Fälle nicht versucht werde, die Situation zu hinter- bzw. zu erfragen. Betroffene erleben die Zuweisungssituation von einem **Zeitmangel** geprägt, es werde ihnen häufig nicht die „**Chance zu sprechen**“ gegeben, manchmal werde „gedrängelt“ (z.B. von Seiten der Polizei).

Gerade bei Personen mit **wiederholter Psychiatrieerfahrung** (d.h. Betroffene, die an der Abteilung und teilweise auch der Polizei „amtsbekannt“ sind) erhöht sich das **Risiko einer stereotypen Einordnung** des Vorfalls ohne spezifischer Berücksichtigung der konkreten Situation.

Ein großes **Defizit** am Weg in die Unterbringung (inkl. Aufnahme, aber auch in der Unterbringung selbst – die Phasen werden teilweise nicht klar unterschieden) stellt den interviewten Personen mit Psychiatrieerfahrung, aber auch Angehörigen zufolge die **Aufklärung und Informationsweitergabe** dar. Medikamentöse Ruhigstellungen scheinen in allen Fällen vor dem Gespräch zu stehen. Inwieweit Information zu Gründen der Unterbringung, zum Ablauf und v.a. auch zu den Rechten der unterzubringenden Personen kommuniziert werden, hänge häufig davon ab, wie proaktiv diese und gegebenenfalls

ihre Angehörigen danach fragen, wie viel Wissen sie selbst bereits mitbringen (v.a. durch eigene Vorerfahrungen mit Unterbringungen) und ob sie sich „gut artikulieren“ können und auch den Mut dazu aufbringen. Unwissen erhöht Unsicherheit, Angst und Machtlosigkeit und Nichtinformation oder **nicht adäquate bzw. nicht verständliche** Information führt dazu, dass die Betroffenen sich (auch retrospektiv) als Objekt, Maschine oder Täter behandelt fühlen.

Wichtig erweist sich der **richtige Zeitpunkt und die Art der Informationsvermittlung**. Insgesamt und gerade wenn PatientInnen in der Situation u.U. nicht kommunikationsfähig sind oder mit Zwang agiert werden muss, sind weitreichende und zeitnahe expost-Aufklärungen in verständlicher Sprache essenziell für die Betroffenen (z.B. bei der Visite, durch einen baldigen Kontakt seitens der Patientenadvokatur etc.), werden aber häufig als völlig unzureichend erfahren. Informationsblätter überfordern eher und können nur als Zusatzmittel zum persönlichen Gespräch dienen. Auch hier werden Positivbeispiele als Ausnahmen gerahmt:

„[ich] bin mit Tabletten vollgestopft worden, anstatt [dass] man mit mir geredet hätte und herausgefunden hätte, was denn eigentlich los ist. (...) Ich habe so Schiss gehabt, dass ich mich nicht getraut habe, was zu sagen. Weil ich echt Schiss gehabt habe, dass die mich auf die Pritsche da schnallen.“ (D10/2ff._F3)

„Man wird eher so - obwohl's den eigenen Körper betrifft – als Drittbeteiligter hintenan irgendwo informiert oder am Laufen mitinformiert. Dabei bin ich die Hauptinformation und müsste eigentlich über meinen Körper mehr Informationen von den Ärzten und von dem Pflegepersonal bekommen. Die Aufmerksamkeit ist nicht auf mich gerichtet, sondern wie eine Maschine. Das ist mehr so oberflächlich, kalt, unpersönlich und das wirkt sich auf die psychische Stabilität vom Patienten aus und ist sehr destruktiv.“ (D5/23_F1)

„Visite. Die war sehr gut. Da konnte ich zumindest Wünsche oder auch Fragen, Unsicherheiten, was mich bewegt haben, ausräumen oder diskutieren. Oder auch, dass mir erklärt wurde, das geht nicht, so kann man das nicht machen. Aber zumindest konnte man sprechen und es wurde einem zugehört.“ (D5/34_F1)

Der **Kontakt mit der Polizei** stellt sich für die Betroffenen als **besonders schwierig** dar, es werden auch mehrfach Kompetenzdefizite im Umgang mit Personen in einem psychischen Ausnahmezustand artikuliert. Es werde oft ein Standard-Programm „gefahren“, teils wird auch von „roher Gewalt“, „brutalem Umgang“, „herabwürdigender“ Behandlung und Überforderung der Polizei gesprochen. Häufig wird zu wenig Kommunikation seitens der Polizei mit Betroffenen, aber auch Angehörigen berichtet, es brauche mehr Sensibilität und Wissen. Die wenigen positiven Einzelfälle, die persönlichem Engagement einzelner Polizisten zugeschrieben wird, deuten eine strukturelle Schwäche an – jedenfalls den

betroffenen Personen und somit der absolut zentralen Personengruppe gegenüber. Positive Bewertungen erhalten Ausnahmefälle, in denen auf den Menschen eingegangen und geduldig agiert wurde, eine vertrauliche Atmosphäre hergestellt wurde und ausreichend direkte Kommunikation mit Betroffenen stattfand (vorrangig in 1:1-Kommunikation, d.h. nicht vier Polizisten vs. eine Betroffene).

Die geschilderten Erfahrungen mit gemäß § 8 **bescheinigenden ÄrztInnen** (das Erfahrungsspektrum reicht vom Amts- bzw. Polizeiarzt über Hausärztin bis zum Notarzt) gestalten sich sehr heterogen. Mehrfach ist kein Arzt involviert, darüber hinaus **fehlt** auch hier **tendenziell die direkte Kommunikation und Auseinandersetzung mit den Betroffenen**. Wiederholt werden die bescheinigenden ÄrztInnen als AkteurInnen beschrieben, die einfach unterschreiben und den Weg in eine Unterbringung ohne Verlangen legitimieren.

3.6. Resümee zu den Wegen in die Unterbringung

Die gewonnenen empirischen Einblicke in die Wege hin zu einer Unterbringung ohne Verlangen verweisen zunächst darauf, dass **Angehörige und Heime bzw. Wohnrichtungen** häufige **InitiatorInnen** von Unterbringungen sind. Dies ist wenig überraschend, haben sie doch besonders umfassende Einblicke in die Lebenssituation und in Veränderungen der gesundheitlichen Situation der betroffenen Personen. Wenn diese privaten oder professionellen Unterstützungssysteme an ihre Grenzen stoßen, kann die Psychiatrie als mögliche Lösung erscheinen bzw. eine solche darstellen. Als neuralgische Frage hierbei zeigt sich, inwieweit die stationäre Psychiatrie tatsächlich die geeigneteren Behandlungsmöglichkeiten anbieten kann, die durch andere, gelindere Mittel nicht realisierbar wären, oder inwieweit sie aufgrund mangelhaft bereitstehender Alternativen und Ressourcen schnell (manchmal ev. auch vorschnell) zum einzig verfügbaren Mittel wird.

Zugänge nach UbG, d.h. gegen oder ohne den Willen der betroffenen Person, weisen große Umsetzungsunterschiede auf, sie unterschieden sich insbesondere regional sehr stark. Dieser **ärztlichen Vorprüfung** einer Einweisung in die Psychiatrie wird einerseits fast durchgängig eine grundsätzlich sehr wichtige Kontrollfunktion zugesprochen. Faktisch zeigt sich beachtlicher Zweifel, ob diese **wichtige Kontroll- und Filterfunktion** tatsächlich ausreichend wahrgenommen werden kann und wahrgenommen wird. Diesbezügliche **Mängel** zeigen sich vor allem durch **ungenügend vorhandene** oder **unzuverlässig erreichbare und zeitlich verfügbare ÄrztInnen**, die eine Unterbringungsuntersuchung nach § 8 UbG durchführen könnten, begründet. Die vertiefenden Fallstudien machen deutlich, dass dieses Problem **behebbar** ist und manche Regionen **Beispiele guter Praxis** bieten – etwa das Ärztepool-System am Fallstudien-Standort 3.

Die Filterfunktion der ärztlichen Bescheinigungen kann zudem durch eine – teils beobachtbare – hohe **Sicherheitsorientierung** im Sinne der **Vermeidung von Verantwortlichkeit für die Ablehnung einer Einweisung** nach § 8 UbG potenziell ausgehöhlt werden. Und vielfach wurde auch systematischer **Schulungsbedarf bezüglich der Anwendung und der Unterbringungs Voraussetzungen** nach § 3 UbG artikuliert. Zudem können bei **GemeindeärztInnen** durch **Rollenvermischung** (auch kurative Zuständigkeit für die gemäß § 8 UbG zu untersuchende Person bzw. die Wohnrichtung, in der diese lebt) manchmal auch kurative Ziele sowie soziale Indikatoren eine Unterbringungseinweisung mit motivieren – mitunter eventuell auch unter Absehung von einer ganz genauen Anwendung der Voraussetzungen nach § 8 UbG.

Wenn das **ärztliche System** zur Untersuchung nach § 8 UbG **unzureichend** bereitgestellt ist, **dann** wirkt sich dies **unmittelbar erhöhend** auf **Verbringungen durch die Polizei** gemäß § 9 Abs. 2 UbG (**Gefahr in Verzug**) aus. Damit wird aber das gemäß Unterbringungsrecht vorgesehene **ärztliche Kontrollsystem** im Zugang nach UbG (d.h. bevor eine Person gegen oder ohne ihren Willen in die Psychiatrie verbracht wird) **systematisch untergraben**.

Andererseits wird auch auf **polizeilicher Seite** eine **teils hohe Absicherungsorientierung** erkennbar: Die Verantwortung über die Entscheidung insbesondere einer Nicht-Einweisung wird oft bereitwillig an die Ärzteschaft weitergegeben, um u.a. die eigene Verantwortlichkeit zu reduzieren. Grundsätzlich ist die Hinzuziehung von gemäß § 8 UbG untersuchungsbefugten ÄrztInnen bei Verdacht auf Vorliegen der Unterbringungsbedingungen im Sinne des Gesetzes. Teils steht aber die Frage im Raum, inwieweit das UbG nicht manchmal auch etwas vorschnell oder unreflektiert bemüht werden könnte, um nicht selbst entscheidungsverantwortlich für eine Nicht-Verbringung in die Psychiatrie zu sein. Diese Frage ist auf den konkreten Fall bezogen zu klären und kann hier nicht pauschal beantwortet werden, es gilt dabei aber auch bewusst zu halten, dass die polizeiliche Entscheidung über Hinzuziehung eines Arztes oder einer Ärztin nach UbG einen eigenen Beitrag zur Aktivierung des UbG-Zugangsprozesses – und damit auch mit zur Ermöglichung einer Freiheitsbeschränkung – darstellt.

In der **Aufnahmeuntersuchung nach § 10 UbG** im Krankenhaus kommt der **Außenanamnese** eine besondere Bedeutung zu, so die vielfach berichtete Erfahrung. Demnach stellen neben ärztlichem Fachwissen **detaillierte und valide Informationen** unterschiedlicher **externer Stellen und Personen** eine wichtige Grundlage für die Entscheidung für oder gegen eine Unterbringung dar. Die Ergebnisse machen deutlich, dass neben der **betroffenen Person** selbst deren **Angehörige** eine **meist hilfreiche Informationsquelle** sind. Auch die **Informationsweitergabe durch die Polizei** zeigt sich überwiegend als **gut funktionierend**, während der **Informationsfluss von den**

nach § 8 UbG **bescheinigenden ÄrztInnen erheblichen Optimierungsbedarf** zeigt.

In der Prüfung der Voraussetzungen nach § 3 UbG im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung werden beachtliche **Auslegungs- und Entscheidungsdifferenzen zwischen den ÄrztInnen** sichtbar, für die eine Mischung aus persönlichkeitsbezogenen Gründen, unterschiedlicher Erfahrungsbasis und abteilungskulturellen Aspekten verantwortlich betrachtet wird. Die **Rechtsanwendung** in der psychiatrischen Abteilung wird **durch persönliche und abteilungskulturelle Faktoren** überformt, teils wird auch der **Ressourcenausstattung** ein relevanter Einfluss zugesprochen (dies bestätigen die sekundärstatistischen Auswertungen dieser Studie, vgl. Studienteil 2 des Endberichts). Durchschnittlich wird zwar nur ein kleiner Teil der Zugänge nach UbG gar nicht stationär aufgenommen, es zeigen sich aber **sehr große Differenzen bezüglich solcher Nicht-Aufnahmen zwischen den Standorten**. Nicht-Aufnahmen werden überwiegend, wenn auch nicht immer, systematisch dokumentiert, meist findet eine entsprechende **Dokumentation** in Form eines **Ambulanzdekurses** statt.

Aus **Sicht der betroffenen Personen** erweisen sich vor allem ein **Zeitmangel** auf Seiten der UbG-zuweisenden Stellen (Polizei, ÄrztInnen) und **fehlende Möglichkeiten**, sich artikulieren zu können und **Gehör zu finden**, als problematisch. Ausreichend **Aufklärung und Information** bzw. ein **transparentes Vorgehen** ihnen gegenüber werden als essenzielle Bestandteile des Umgangs mit ihnen in dieser Ausnahmesituation eingefordert.

Generell ist am Schluss des Kapitels zu den Wegen in die Unterbringung nochmals auf den auf breiter Ebene gewonnenen empirischen Eindruck zu verweisen, dass viele **EntscheiderInnen vor allem die sicherheitsrelevanten Folgen von Nicht-Aufnahmen im Blick** zu haben scheinen, für die sie verantwortlich gemacht werden könnten – und die nicht wenige zugleich als persönliche psychische Belastung fürchten. Wenn solch eine Orientierung einseitig in den Vordergrund rückt, **schwächt dies potenziell die Wirksamkeit des Kontrollsystems bei den Zugängen zur Psychiatrie ab**. Verantwortung wird dann immer mehr zur Psychiatrie weitergereicht, was die steigenden Unterbringungszahlen teilweise miterklären dürfte.

4. Anwendungspraxis der Unterbringungs Voraussetzungen nach § 3 UbG

Die Anwendungspraxis macht den **großen Interpretationsspielraum** der EntscheiderInnen in der Anwendung der Unterbringungs Voraussetzungen sichtbar – es geht nicht um „harte Fakten“, sondern um Kriterien, die im konkreten Anwendungsfall der Auslegung bedürfen. Das Gesetz gibt Entscheidungsprämissen vor, die Entscheidungen lassen sich damit aber nicht hinreichend standardisieren, da es sich – entscheidungstheoretisch reformuliert – um **schlecht definierte Entscheidungssituationen** handelt (vgl. Schimank 2005, S. 74f.). Mit ihnen geht ein hoher Ermessensspielraum für die EntscheiderInnen einher (vgl. hierzu etwa Lipskys Studie zu „street-level bureaucracies“ – Lipsky 2010[1980]). Wenn Entscheidungsunsicherheit vorrangig aus Nichtwissen bzw. mangelndem Wissen resultiert, kann mit mehr Information abgeholfen werden – so diese Informationen in der Situation erschließbar sind. Entscheidungsunsicherheit aufgrund von Mehrdeutigkeit hingegen erfordert eine andere Qualität an Information. Mehrdeutige Entscheidungssituationen zeichnen sich McCaskey (1982) zufolge unter anderem durch folgende Merkmale aus:

- Die Beschaffenheit des Problems, das es zu bearbeiten gilt, kann in Frage stehen bzw. wechseln. Oft sind verschiedene unklare Probleme miteinander verwoben.
- Die verfügbaren Informationen können von ungewisser Zuverlässigkeit sein. Die Tatsachen und ihre Bedeutungen lassen verschiedenartige und widersprüchliche Interpretationen zu.
- Verschiedene Wertorientierungen erschweren es, die fehlenden objektiven Kriterien zu kompensieren.
- Die Ziele sind unklar (z.B. abstrakt) oder vielfältig und widersprüchlich (sie können z.B. zwischen den involvierten AkteurInnen differieren).
- Die Situation ist durch paradoxe Merkmale, Beziehungen oder Anforderungen geprägt. (vgl. McCaskey 1982, S. 5)

In solch mehrdeutigen Entscheidungssituationen sind Deutungs- und Aushandlungsprozesse notwendig, die häufig interaktiv, d.h. im persönlich-mündlichen Austausch zwischen mehreren Personen ablaufen. Solche Prozesse sind zunächst ein zentraler Bestandteil der Handlungspraxis von Professionen – etwa ÄrztInnen, die in der Anwendung des professionellen Wissens an der ‚Eigentümlichkeit‘ des Einzelfalls häufig Interpretationsbedarf haben. Allerdings emergieren in der Entscheidungspraxis in Wechselwirkung mit Alltagswissen und Wertorientierungen auch spezifische Deutungsmuster (vgl. Arnold

1983)⁵ und gerinnen zu **Entscheidungsroutinen**, die die Mehrdeutigkeiten zu ignorieren erlauben, damit aber auch tendenziell vorschnell auflösen können. Kurzum: Der **Wunsch nach** möglichst **eindeutigen Entscheidungsorientierungen** bleibt in solchen Situationen nur **begrenzt erfüllbar** bzw. birgt das **Risiko**, die Komplexität des konkreten Anwendungsfalls nicht ausreichend berücksichtigen und abwägen zu können.

Im Folgenden wird die Anwendungspraxis der drei Unterbringungsbedingungen – 1. psychische Krankheit und 2. damit in Zusammenhang stehende ernstliche und erhebliche Gefährdung des eigenen Lebens oder der eigenen Gesundheit bzw. des Lebens oder der Gesundheit anderer sowie 3. keine ausreichenden anderen, insbesondere außerhalb der psychiatrischen Abteilung liegenden ärztlichen Behandlungs- oder Betreuungsmöglichkeiten – getrennt dargestellt. Dabei sollen insbesondere Umsetzungsschwierigkeiten sowie zentrale Diskussionspunkte rund um diese UbG-Voraussetzungen herausgearbeitet werden.

4.1. Psychische Krankheit

Der (unbestimmte) rechtliche Krankheitsbegriff gemäß § 3 UbG ist nicht mit den medizinisch-psychiatrischen Krankheitsbegriffen gleichzusetzen. Welche Zustandsbilder vom UbG umfasst sind, ist somit keine medizinische, sondern eine **rechtliche Auslegungsfrage** (vgl. Kopetzki 2012, S. 32). Dennoch stellt das psychiatrische Krankheitsverständnis eine zentrale Orientierung in der Rechtsanwendung dar. Es ist deshalb wenig überraschend, dass bei der Feststellung der Unterbringungs Voraussetzung „psychische Krankheit“ in der Praxis **psychiatrischen FachärztInnen und Sachverständigen** besondere **Deutungshoheit** und Entscheidungskompetenz zukommt. Die Entscheidungskompetenz der anderen Ebenen kann weniger gesichert auf psychiatrisches Fachwissen zurückgreifen. Dies spiegelt sich in den Studienergebnissen etwa darin wider, dass vor allem von Seiten der FachärztInnen oft mangelndes psychiatrisches Wissen der zuweisenden Stellen (v.a. der nach § 8 UbG untersuchenden ÄrztInnen, aber auch der Polizei und Sozialen Diensten, die Unterbringungen initiieren) kritisiert wird. Die empirischen Ergebnisse der vertiefenden Fallstudien, aber auch der Online-Befragung lassen folgende **Grenzbereiche** sichtbar werden, über die **aktuell** in der Anwendungspraxis der Unterbringungs Voraussetzungen diskutiert und zwischen den AkteurInnen **verhandelt** wird:

⁵ Unter Deutungsmuster sollen hier nach Arnold (1983, S. 894) „die mehr oder weniger zeitstabilen und in gewisser Weise stereotypen Sichtweisen und Interpretationen von Mitgliedern einer sozialen Gruppe bezeichnet (werden), die diese zu ihren alltäglichen Handlungs- und Interaktionsbereichen lebensweltlich entwickelt haben.“

- **Somatisch bedingtes Delir:** An drei der vier Fallstudien-Standorte wird von VertreterInnen der Psychiatrie (ÄrztInnen, Pflege) als problematisch thematisiert, dass von somatischen Abteilungen delirante PatientInnen an die Psychiatrie transferiert werden bzw. dies jedenfalls versucht wird. Teilweise wird damit argumentiert, dass keine psychische Krankheit im engeren Sinn vorliegen würde, teilweise wird infrage gestellt, dass das Kriterium „fehlende Alternativen zur Psychiatrie“ nicht gegeben sei, weil PatientInnen mit somatisch bedingtem Delir auch auf somatischen Stationen behandelt werden können. Die nachstehenden beiden Zitate verdeutlichen die unterschiedlichen Argumentationen gegen eine Unterbringung von Delir-PatientInnen nach dem UbG:

„Das Delir (...) hat da so eine psychiatrische Karriere durchgemacht. Das Delir hat zunächst mal mit den somatischen Erkrankungen zu tun, die das Delir auch hervorgerufen haben. (...) und der aus somatischen Gründen delirante Patient hat in der Psychiatrie nichts zu suchen.“ (P19/Abs. 237ff.)

„Die (Patientin, Anm. d. Verf.) ist zwar, wenn man so will, psychisch krank, weil sie hat jetzt eine organische Psychose, das Delir, die Gefährdung ist auch klar, die hat einen akuten Myokardinfarkt und will nach Hause gehen, wo sie dann wahrscheinlich sterben wird unversorgt. Aber die Subsidiarität ist nicht gegeben und jeder vernünftige Amtsarzt wird sie nicht schicken und sollte er sie doch schicken, werde ich sie nicht nehmen.“ (P47/Abs. 172)

- **Alkoholisierte bzw. drogenkranke Personen** und damit einhergehend fehlende Einsichtsfähigkeit und zugleich Selbst- oder Fremdgefährdung: Auch wenn Alkohol- bzw. Drogenintoxikation an sich kein Unterbringungsgrund ist, lässt sich die Grenze zwischen Realitätsverlust aufgrund der Indikation und alkohol- bzw. drogeninduzierten organischen Psychosen in der Praxis oft nicht einfach oder unmittelbar ziehen, sodass es oft zu kurzen Unterbringungen kommen kann. Faktisch stellt diese PatientInnengruppe den Beschreibungen des psychiatrischen Personals zufolge mittlerweile einen beachtlichen Teil der untergebrachten Personen dar, vor allem eben der nur ganz kurz Untergebrachten (vgl. Kap. 6.3). Zugleich wurden oft klare Zweifel darüber geäußert, ob die Psychiatrie tatsächlich die richtige Unterstützung anbieten kann. Auch in der Online-Befragung wurde diese Personengruppe wiederholt bei der Frage danach genannt, für welche Personen man die Psychiatrie nicht als zuständig erachte. Vereinzelt wurde in den qualitativen Gesprächen angeregt, hierfür ärztlich überwachte „Ausnüchterungszellen“ außerhalb der Psychiatrie einzurichten.
- **Personen mit Demenzerkrankung:** Auch wenn diese Krankheitsgruppe rechtlich zu den das UbG umfassenden Krankheiten zählt, wird sowohl in der Online-Erhebung als auch in den vertiefenden qualitativen Gesprächen vielfach die

Sinnhaftigkeit der Unterbringung dementer Personen auf der Psychiatrie in Frage gestellt.

„Ich würde demente Patienten sowieso nicht aufnehmen, die gehören eigentlich auf Neurologien und auf somatische Stationen, meiner Meinung nach, weil die haben primär somatische Probleme. Die haben ganz peripher psychiatrische Probleme, weil sie eine Verhaltensstörung haben und weil sie ihre Pfleger gelegentlich kratzen und beißen, aber primär haben die immer internistische Probleme, neurologische Probleme.“ (P47/20_F4/Psychiatrie)

Der Aspekt wird unten nochmals unter „Subsidiarität/Alternativen“ aufgegriffen.

- **Persönlichkeitsstörungen:** Bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen besteht teils Uneinigkeit darüber, inwieweit hier erstens von einer UbG-relevanten psychischen Erkrankung auszugehen ist. Zweitens wird die Frage verhandelt, inwieweit diese PatientInnengruppe in der stationären Psychiatrie am richtigen Ort ist, inwieweit man ihnen in diesem Setting also tatsächlich auch helfen kann.

„(...) ganz klar, Persönlichkeitsstörungen sind keine Grundlage im Sinne einer psychischen Erkrankung nach UbG an und für sich.“ (P37/Abs. 134_F3/Psychiatrie)

„(...) zum Beispiel bei so Persönlichkeitsentwicklungsstörungen oder Borderlinepatienten, die sich halt immer wieder selbst verletzen, mit Suizid drohen, wo es immer wieder Akutsituationen gibt, auch tagsüber, wo es, ich sage einmal, zu Ausschreitungen kommt mit einer körpernahen Beschränkung. Und jetzt halt Teammitglieder dann der Meinung sind, na ja, die sollte man entlassen und rausstellen und der Arzt dann sagt, nein, die ist aber krank.“ (P50/Abs. 90_F4/Psychiatrie)

- **Einsichtsfähige Personen, die Suizid begehen wollen** (z.B. bilanzierender Suizid): Manche sehen bei diesem (sehr kleinen) Personenkreis die Unterbringungskriterien nicht erfüllt, andere gehen von der Grundannahme aus, dass bei einer Person, die Selbstmord begehen will, grundsätzlich eine zugrundeliegende psychische Erkrankung (Depression) angenommen werden kann.

„Also wir machen die Erfahrung, (...) dass es letzten Endes wirklich eine ethische Frage ist. (...) Erlaubt es eine Gesellschaft, dass man dem Leben ein Ende setzt.“ (P20/66ff._F1/Sozialer Dienst)

Diskutierte Grenzfälle beziehen sich auch auf alte Personen, die keinen Lebenswillen mehr haben und sterben wollen. Hier zeigen sich auch Überschneidung mit aus einem Selbstfürsorgedefizit erwachsenden Selbstgefährdungen, wenn etwa jemand nicht mehr essen und trinken will.

- **Einsichts- und Absprachefähigkeit allgemein:** Manche FachärztInnen der psychiatrischen Abteilungen wenden hier das UbG „strenger“ an als andere:

Wenn sie aufgrund der Erkrankung fehlende Einsichtsfähigkeit annehmen, dann wird bei gleichzeitiger Gefährdungslage eine Unterbringung ohne Verlangen ausgesprochen, auch wenn die Person ohnehin freiwillig bleiben würde.

An Krankenhäusern, die sowohl **somatische als auch psychiatrische Abteilungen** umfassen, zeigen sich generell teils beachtliche **Abgrenzungsaushandlungen** zwischen diesen Abteilungen. Manchen Beobachtungen zufolge zeige sich die somatische Medizin zurückhaltend, psychisch kranke Menschen zu behandeln, obwohl diese primär einen somatischen Behandlungsbedarf aufweisen. Berichtet wurde auch, dass an psychiatrische Abteilungen vermehrt das Ansinnen herangetragen werde, über eine UbG-Einweisung eine Behandlung somatisch erkrankte PatientInnen zu erzwingen, wenn diese solch eine Behandlung verweigern, aber dadurch schwere körperliche Schäden davontragen könnten. Mehrfach vermuteten VertreterInnen der psychiatrischen Abteilungen, dass auf somatischen Stationen das **Heimaufenthaltsgesetz** nur zögerlich zur Anwendung komme. Solche Aushandlungsprozesse der fachlichen und in der Folge Abteilungszuordnung von PatientInnen dürften in gewissem Ausmaß mit der Dezentralisierung stationärer psychiatrischer Einrichtungen Hand in Hand gehen, durch die eine Verlegung von PatientInnen von somatischen auf psychiatrische Abteilungen räumlich wesentlich naheliegender (im Wortsinn) ist. Allerdings wurde in den vertiefenden **Fallstudien** nur ein **unvollständiges Bild** gewonnen, da mit VertreterInnen somatischer Stationen keine Gespräche geführt worden waren (dies hätte den Rahmen und die Ressourcen der Studie gesprengt). Eine Rückfrage bei der **Bewohnervertretung** gemäß Heimaufenthaltsgesetz zeigt eine deutlich andere Wahrnehmung: Demnach werden auf somatischen Stationen häufig Freiheitsbeschränkungen vorgenommen und diese Beschränkungen auch immer öfter – wenn auch möglicherweise noch nicht vollständig genug – nach HeimAufG gemeldet. Auch der oben wiedergegebene Eindruck, somatische Stationen würden vermehrt PatientInnen in die psychiatrischen Abteilungen weiterreichen, kann aus Sicht der Bewohnervertretung nicht bestätigt werden. Diese widersprüchlichen Eindrücke verweisen auf systematischeren empirischen Wissensbedarf zum Thema, der in dieser Studie nicht gedeckt werden kann.

Eine wichtige **Lösungsstrategie** für die Aushandlungsprozesse um Grenzziehungen zwischen somatischen und psychiatrischen Abteilungen stellen **psychiatrische Konsiliardienste** dar – und wohl insgesamt **systematischer Austausch und Vernetzung** zwischen den Abteilungen, um das Verständnis für die jeweiligen Aufgaben und deren Grenzen wechselseitig zu erhöhen. Inwieweit die weiter oben geschilderte Praxis an manchen Standorten (v.a. an F4), PatientInnen von somatischen Abteilungen nicht „hausintern“ in eine Unterbringung ohne Verlangen zu übernehmen, sondern eine amtsärztliche Bescheinigung einzufordern, das Problem nachhaltig zu lösen mag, sei dahingestellt. Es

handelt sich jedenfalls aber um eine sehr ressourcenintensive Form der „Aushandlung“ (vgl. Kap. 3).

4.2. Ernstliche und erhebliche Gefährdung

Für die Klärung der Frage, inwieweit aus der psychischen Erkrankung eine erhebliche und ernsthafte Selbst- oder Fremdgefährdung erwächst, ist psychiatrisches Fachwissen zwar eine wichtige, aber keinesfalls eine hinreichende Wissensbasis. Für die Beurteilung der Gefährdungen ist beispielsweise auch eine ausreichende Berücksichtigung von Kontextwissen notwendig. Und ganz grundsätzlich gilt es zu berücksichtigen, dass Annahmen über Gefährdungen **Prognosen** darstellen, d.h. mit dem leidigen **Problem ungewisser Zukunft** konfrontiert sind: Wir wissen aktuell nicht, wie sie sich tatsächlich entwickeln wird, da sich aus Ereignissen der Vergangenheit und Gegenwart – so diese überhaupt ausreichend bekannt sind – nicht linear Ereignisse in der Zukunft ableiten lassen. Entsprechend groß sind die faktischen Interpretations- und Ermessensspielräume bei diesem UbG-Kriterium und entsprechend uneindeutiger gestalten sich auch die Entscheidungskompetenzen – sowohl im Sinne von Entscheidungsfähigkeit als auch -zuständigkeit. Nachfolgendes Zitat verdeutlicht exemplarisch die Unwägbarkeiten und zugleich die Limitationen einer rechtlich eindeutigeren Bestimmung des Rechtsbegriffs der Gefährdung:

„Bei der Gefährdung kann man sehr viel diskutieren. Was ist eine Gefährdung und was ist keine? Es gibt die klare Gefährdung, wenn einer mit der Axt auf seine Großmutter losgeht, ist die Gefährdung evident. Wenn einer mit einem Kugelschreiber nach der behandelnden Ärztin wirft, ist die Gefährdung nicht evident. Nichtsdestotrotz kann der aber hochgefährlich sein, wenn das in einem psychopathologischen Kontext passiert, wo klar ist, der hat zwar jetzt nur mit einem Kugelschreiber nach seiner behandelnden Ärztin geworfen, aber das Zustandsbild ist so, dass ich damit rechnen muss, dass das in eine massive Gewalttat ausarten kann. (I: Hat er gerade keine Axt gehabt.) Hat er gerade keine Axt gehabt, sehr richtig. Oder aber, das war wirklich Pipifax und der Patient ist eigentlich eh relativ entspannt und ist nicht hochpsychotisch und hat halt einen kurzen Zorn gehabt, weil er keine besonderen Copingmechanismen, keine besonderen Ressourcen hat (...). Also, da gibt es ja wahnsinnig viel Interpretationsspielraum in Wahrheit, was die Gefährdung angeht. Die Gerichte versuchen das dann immer zu klären mit irgendwelchen Höchstgerichtsurteilen, keine Ahnung, das Werfen eines Aschenbechers im Tagraum ist keine Gefährdung im Sinne des Unterbringungsgesetzes. (...) aber das ist ein völliger Unsinn. (...) man muss ja anschauen, was für eine Situation das ist. (...) Also das sind durchaus Dinge, wo man das Gesetz auslegt, das sind halt Auslegungskulturen.“ (P47/Abs. 142ff.)

Auch wenn der Maßstab der Gefahrenbeurteilung formal eine Rechtsfrage darzustellen hat (vgl. Kopetzki 2012, S. 39), fließen in der Anwendungspraxis diverse Kriterien in die

Beurteilung ein, wie vor allem die vertiefenden Fallstudien deutlich machten. **Entscheidungsdifferenzen** lassen sich u.a. auch auf **Grundhaltungen der EntscheiderInnen** zurückführen, die weniger aus fachlichem Wissen, sondern eher aus grundlegenden **Werteorientierungen** und Beziehungsdefinitionen resultieren und die Deutungsmuster mitprägen. Sie betonen – insbesondere in Bezug auf Selbstgefährdungen – die Rechtsgüter persönliche Freiheit und Selbstbestimmung versus Schutz von Leben und Gesundheit in unterschiedlicher Weise, wobei zwischen den skizzierten Typenbildungen (im Sinne Webers Definition des Idealtypus) unterschiedliche Abstufungen und Mischtypen möglich sind.

- Der erstere Typus betont stärker **Freiheit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung** und ist deutlicher an persönlicher Autonomie orientiert, selbst wenn von eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit auszugehen ist. Es wird psychisch kranken Personen eher auch das Recht zugestanden, unvernünftig“ sein und sich selbst schaden bzw. Fehler zu begehen zu dürfen.
- Der zweite Typus ist von einer **fürsorglichen Haltung** geprägt, tendiert eher bzw. früher zum stellvertretenden Handeln und stellt den **Schutz der Person in den Vordergrund** – manchmal ist auch eine paternalistisch geprägte Verantwortungsübernahme *für* psychisch kranke Personen wahrzunehmen.

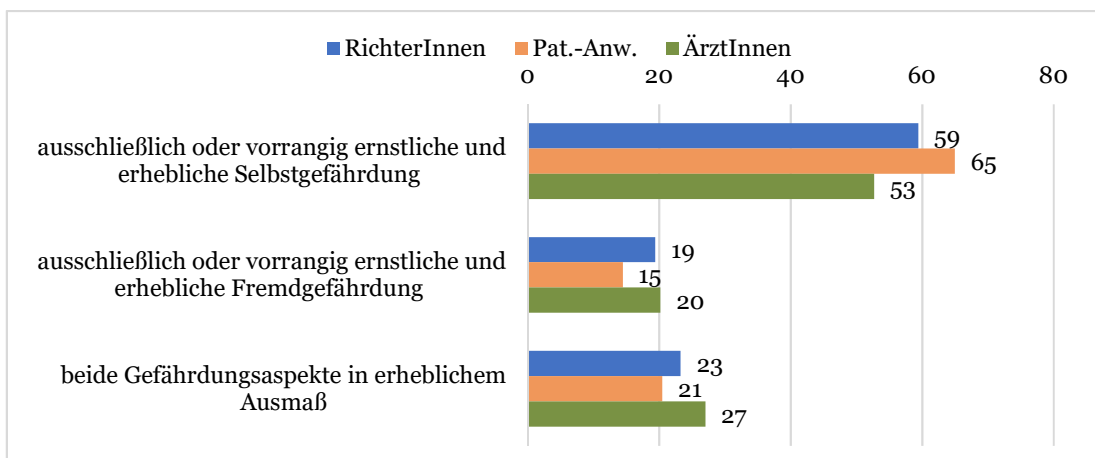
Die **Effekte der unterschiedlichen Haltungen** in Bezug auf Gefährdungen liegen auf der Hand, in einem Interview wurden sie wie folgt zusammengefasst:

„Das ist eine Kultursache (...): Wer ist jetzt wirklich selbstgefährdend? (...) Wenn wir total auf sicher gehen, sind natürlich viel mehr Leute im UbG. Wenn wir sagen, nein, es geht da wirklich nur um Leib und Leben, dann hätten wir natürlich weniger Aufnahmen.“ (P29/Abs. 15_F2/Pflege)

Neben der Verantwortungsübernahme *für* psychisch kranke Personen kommt bei einer hohen Sicherheitsorientierung oft noch ein zweiter Aspekt hinzu, der in einem Gespräch pointiert als „**Absicherungsmedizin**“ bezeichnet wurde: „Hauptsache, es passiert nichts!“ (ebd./Abs. 27). Dies verweist auf den bereits weiter oben thematisierten Aspekt, dass Entscheidungsverantwortung zu tragen zumindest zwei verschiedene Facetten impliziert, die unterschiedlich stark betont werden können: Einerseits verantwortungsvoll zu entscheiden, d.h. die möglichen Konsequenzen für die von der Entscheidung Betroffenen differenziert zu bedenken und sorgfältig abzuwägen, um negative Folgen zu vermeiden oder zu minimieren, andererseits für die Entscheidungsfolgen verantwortlich zu sein, d.h. gegebenenfalls auch zur Rechenschaft gezogen zu werden. Hinzuzufügen ist, dass in der Anwendung des UbG gegenwärtig **Verantwortlichkeit** stärker **in Bezug auf** die Schutzgüter **Leben und Gesundheit betont** werden dürfte.

In der Online-Erhebung wurde zunächst erhoben, welcher **Anteil** aller Unterbringungen ohne Verlangen im Zuständigkeitsbereich des/der Befragten auf **Selbst- oder Fremdgefährdungen** entfällt. Die Antworten weisen auch hier wieder eine große Streuung auf, der durchschnittliche Wert (Mittelwert) zeigt jedoch bei allen drei Berufsgruppen eine grundsätzlich ähnliche Tendenz, wie in Abbildung 8 zu sehen ist. Mit Abstand am häufigsten führt eine Selbstgefährdung zu einer Unterbringung ohne Verlangen (65% laut PatientenanwältInnen, 59% laut RichterInnen und 53% laut ÄrztInnen). Eine vorrangige oder ausschließliche Fremdgefährdung wird von den ÄrztInnen durchschnittlich bei 20%, von den RichterInnen bei 19% und den PatientenanwältInnen bei 15% der UbG-Fälle angenommen. Beider Gefährdungsaspekte liegen den Angaben der ÄrztInnen bei 27% aller UbG-Fälle in erheblichem Ausmaß vor, RichterInnen (23%) PatientenanwältInnen (21%) schätzen den Anteil etwas niedriger ein. Insgesamt zeigen die Zahlen, dass die befragten ÄrztInnen Fremdgefährdungen etwas häufiger als Unterbringungsgrund wahrnehmen als RichterInnen und PatientenanwältInnen. Über die Gründe hierfür geben die Daten keine Auskunft.

Abbildung 8: **Anteil an Selbst- oder Fremdgefährdungen** nach Einschätzung von RichterInnen (n=52), PatientenanwältInnen (n=60) und ÄrztInnen (n=76), durchschnittliche Verteilung (Mittelwert – die Mediane weichen kaum davon ab); Quellen: eigene Berechnungen



Rund um die Frage, wie eng oder weit die Unterbringungs Voraussetzung der erheblichen und ernsthaften Gefährdung auslegbar sind, wird eine **intensive Diskussion** geführt, wie insbesondere die Ergebnisse der vertiefenden Fallstudien zeigen. Teilweise wurde der Wunsch geäußert, hier die Grenzen noch weiter auszudehnen, um **psychiatrische Behandlungen auch gegen den Willen der Betroffenen** – zumindest in einer Anfangsphase – zu erleichtern. Dem gegenüber stehen Argumente, die die **Bedeutung der Freiwilligkeit und der Zustimmung zu einer Behandlung für den Behandlungserfolg** herausstreichen: Wenn die Behandlung gegen den Willen der PatientInnen durchgeführt werde, habe sie kaum Chancen auf Erfolg, so zahlreiche Erfahrungen der

PsychiaterInnen und psychosozialen Fachkräfte. Wiederholt wird darauf verwiesen, dass die Sinnhaftigkeit oder Vertretbarkeit von „Zwangsbearbeitungen“ auch von der Art der psychischen Erkrankung abhängig zu machen sei. So werden sie beispielsweise häufig bei Menschen gefordert, die unter Schizophrenie leiden, Wahnvorstellungen haben und von massiven Ängsten beherrscht werden, aber keine Krankheitseinsicht haben und eine medikamentöse Behandlung verweigern – und keine ausreichend akute Gefährdungssituation auftritt, um das UbG anwenden zu können. Zugleich wird wiederholt auf die Gefahr verwiesen, dass aus den Wahnvorstellungen und Angstzuständen heraus schwere Straftaten gegen Leib und Leben resultieren können, sodass die betroffenen Personen im Maßnahmenvollzug landen können:

„(...) da lassen wir sie quasi in eine Falle laufen, dass man sagt, okay, bis dass nichts wirklich Grobes passiert und die einmal einem Polizisten eine reinhauen, dann sind sie ja sofort quasi über dem Jahr drüber mit dem (über ein Jahr Strafandrohung, Anm. d. Verf.) und dann ist auch die Maßnahme sofort einmal im Spiel.“ (P21/26)

Auffällig war, dass vor allem VertreterInnen (**Psycho-)Sozialer Dienste** die Möglichkeit einer **Unterbringung aus therapeutischen Gründen häufig fordern**. Sie sehen erstens umfassender die mit psychischen Erkrankungen oft einhergehenden gravierenden negativen Konsequenzen für das ganze Leben und auch die teils enorme Belastung des familiären Umfeldes. Zweitens dürfte sie teilweise auch die Hoffnung treiben, dass die manchmal schmerzhaft erkennbar werdenden Grenzen ihrer eigenen Handlungsmöglichkeiten, das eigene „Nicht-Helfen-Können“ im Notfall von einer anderen, „eingriffsmächtigeren“ Stelle, nämlich der Psychiatrie, aufgefangen werden kann. Dies ist wenig überraschend, werden doch Unterbringungen ohne Verlangen in der Regel in Krisensituationen überlegt und Krisen sind dadurch gekennzeichnet, dass bisherige Handlungsabläufe und Problemlösungsverfahren nicht mehr greifen. Die bisherigen Unterstützungssysteme sehen für sich keine Lösungsmöglichkeiten mehr und wünschen sich aus ihrer Erfahrung der Ohnmacht heraus eine handlungsmächtige Psychiatrie, deren Lösungsinstrumente (v.a. medikamentöse Behandlung) das schaffen soll, was man selbst nicht schafft. Die Psychiatrie soll, so die teils artikulierte Hoffnung, die PatientInnen „runterbringen“ und ausreichend compliant machen, damit die Sozialen Dienste anschließend wieder mit ihnen auf freiwilliger Basis weiterarbeiten können. Die Strategie scheint manchmal zu funktionieren, manchmal aber auch nicht.

Die Diskussion um eine Ausweitung der Gefährdungsdefinitionen für eine Unterbringung ohne Verlangen dreht sich neben eventuellen Chancen auch um beachtliche **Risiken**, die damit einhergehen, und zwar insbesondere auf die Gefahr des Missbrauchs bzw. der **Entgrenzung von Zwangsunterbringungen** und damit des **schwerwiegenden**

Grundrechtseingriffes. Sie verweist zudem auf zwei (keineswegs neue) Fragen, deren systematische und umfassende Erörterung empfehlenswert erscheinen:

1. Inwieweit ist für Personen, bei denen sich eine **Akutphase anbahnt**, die stationäre **Psychiatrie tatsächlich die beste Alternative und nicht nur die einzig verfügbare?** Inwieweit bräuchte es hier nicht auch andere Dienste wie niederschwellige, aufsuchende psychiatrische Krisendienste, die weniger umfassend in die Freiheitsrechte eingreifen? Welche Beispiele guter Praxis gibt es hier möglicherweise bereits?
2. **Was kann mit einer Zwangseinweisung** in die Psychiatrie überhaupt **erreicht werden**, wenn die betreffende Person anhaltend die Behandlung ablehnt und keine Compliance zeigt und insbesondere wenn die Lösungsmittel der Psychiatrie **keine (weitere) Verbesserung** mehr bewirken können, d.h. kurative Ziele auch langfristig nicht realistisch erreichbar sind? Inwieweit übernimmt die Psychiatrie in solchen Fällen bloß die Funktion einer (Sicherheits-)Verwahrung und ist dies eine intendierte Funktion der Psychiatrie oder verkommt sie nur faktisch dazu?

Die Thematik wird unter dem Aspekt der Alternativenprüfung (s.u.) und in Kapitel 10 nochmals aufgegriffen.

Besondere Erwähnung verdient der Unterbringungsgrund „**Selbstfürsorgedefizit**“: Dieses Schlagwort wird relativ **häufig als Gefährdungsmoment angeführt**, das in der Praxis **höchst vage definiert** erscheint und zugleich **eng verwoben mit dem Aspekt fehlender Alternativen** ist. Dadurch droht es teilweise auch, als Einfalltor für längere Unterbringungen in der Psychiatrie, die vorrangig **Verwahrungscharakter** haben, zu dienen. In der Praxis zeigt sich nicht selten eine Mischung aus sozialer Indikation und mangelnden alternativen Unterstützungsangeboten als eigentliche Beweggründe solcher Unterbringungen, wie folgendes Beispiel aus einem Interview verdeutlicht:

„Sehr schwierig ist es bei dementen Patienten, die in Ihrer Wohnung zunehmend verwehrlosen. Da ist der Grat immer sehr, sehr schwierig. Ich habe gerade letztes wieder eine gehabt, (...) es ist halt der Druck immer größer geworden, dass eben die Hausverwaltung, die Nachbarn sich alle schon beschwert haben und gesagt haben, das ist nicht mehr tragbar. (...) Da haben die Hilfsdienste gekündigt, weil sie sie attackiert hat, aber halt auch nicht dokumentiert, dass man gewusst hat, was ist jetzt mit der genau? Was regt sie denn so auf? Und abgemagert war sie, aber die Vitalfunktionen waren eigentlich noch intakt, also sie war jetzt nicht in dem Sinn gefährdet. Aber es war einfach irgendwie, sie hat in der Wohnung nicht mehr sein können, das hat man einfach gemerkt. Das ist für sie nicht mehr gut, sie braucht mehr Hilfe als wie sie zulässt, ja? Und dann wird sie halt ins Krankenhaus gebracht und dann steht man da, sagt, ja, wo ist denn jetzt die Gefährdung konkret? Es ist eine soziale Indikation im Wesentlichen (...).“ (P21/26)

Eine besondere Herausforderung stellen für die psychiatrischen Abteilungen **PatientInnen mit hoher Aggressivität und Gewaltbereitschaft sowie strafrechtlich relevantem Gewaltverhalten** (z.B. auch Widerstand gegen die Staatsgewalt) dar, die manchmal von Polizei auf Psychiatrie gebracht werden. Hier wird die Frage diskutiert, inwieweit die nicht-forensische Psychiatrie die geeignete Lösung ist, um diese Form von Fremdgefährlichkeit hintan zu stellen. Die betreffenden Personen würden zwar „schon irgendwo die Kriterien des Unterbringungsgesetzes erfüllen“ (P47/Abs. 216) und hätten auch eine psychiatrische Diagnose, allerdings stehe die psychische Erkrankung, so die Einschätzung von ärztlichem und pflegerischem Personal der psychiatrischen Abteilungen, für die rechtswidrigen Taten nicht im Vordergrund und die Personen werden trotz Behandlung immer wieder straffällig. Auch in der Online-Befragung wurden von den ÄrztInnen mit Abstand am öftesten straffällige, kriminelle, forensische oder delinquente Patienten als in der Psychiatrie nicht am richtigen Ort genannt.

Bekanntlich ist die **Grenzziehung zwischen dem Unterbringungs- und Maßnahmenrecht nicht eindeutig** (vgl. zum Aspekt auch Kap. 11) und die Empirie zeigt, dass die Anwendung der einen oder anderen Rechtsmaterie u.a. auch vom Ermessen der Polizei abhängt. Stangl et al. (2012, S 21 ff.) stellten etwa fest, dass bei gefährlichen Drohungen sehr uneinheitlich vorgegangen wird. Meistens wird ihren Erhebungen zufolge in solchen Fällen nach UbG vorgegangen, teilweise aber auch nach dem Strafgesetzbuch. Letzteres war in höherem Ausmaß dann der Fall, wenn es sich bei den Bedrohten oder Genötigten um Polizeibeamte handelte. Von Bedeutung hierfür könnte u.a. sein, dass bei einer einfachen Drohung die Schwelle des Maßnahmenrechts nicht ohne weiteres erreicht ist, während Auseinandersetzungen mit der Polizei rasch Widerstand gegen die Staatsgewalt und somit eher einen maßnahmenrelevanten Strafraum ergeben.

4.3. Subsidiarität und Verhältnismäßigkeit – gelindere Alternativen zur Unterbringung in der Psychiatrie

Für die Prüfung der Unterbringungsvoraussetzung „fehlende Alternativen zur stationären Psychiatrie“ fühlen sich etliche zentrale Entscheidungsebenen im Vorfeld einer Unterbringung nicht so recht zuständig, wie bereits weiter oben thematisiert wurde. Damit wird der **Grundsatz der Subsidiarität** einer Unterbringung gegenüber gelinderen Mitteln in der Praxis zunächst **durch teils fehlendes Wissen** oder mitunter auch mangelndes **Bewusstsein** dieser Aufgabe gegenüber **eingeschränkt**. Zudem limitieren die real teils **unzureichend vorhandenen Versorgungs- und Unterstützungsangebote** sowie verfügbaren Plätze die Umsetzungsmöglichkeiten dieses Grundsatzes (vgl. auch Kap. 10).

Der Aspekt unzureichend verfügbarer Alternativen zeigt sich in den vertiefenden Fallstudien bereits bei der Einlieferung relevant: Vor allem Polizei und bescheinigende ÄrztInnen berichteten davon, immer wieder auch von Angehörigen zu alten, dementen Personen gerufen zu werden („der gehört halt ins Heim“), wobei die Gefährdungslage vor allem aus einer Überforderung des bisherigen Unterstützungssettings und unzureichend (schnell) erschließbaren Alternativen (Pflegeplatz etc.) erwächst. In beachtlichem Ausmaß wird der Aspekt bei der Entscheidung über eine Aufhebung der Unterbringung als entscheidungsrelevant erkennbar: Wenn keine alternative Betreuung und Unterbringung verfügbar ist bzw. erschlossen werden kann, wird nicht selten die Unterbringung weiter aufrechterhalten, auch wenn der Gefährdungsaspekt schon deutlich in den Hintergrund gerückt ist. Damit stellt sich in einem nicht unbeträchtlichen Teil der Unterbringungen ohne Verlangen die Frage, inwieweit das **Gefährdungsmoment** tatsächlich aus der psychischen Krankheit heraus erwächst oder nicht eher **aus der fehlenden alternativen Unterstützung (mit-)resultiert**. Die Psychiatrie übernimmt eine Überbrückungsfunktion bis PatientInnen an die grundsätzlich geeignete(re)n Alternativen oder auch Langzeitversorgungsplätze (z.B. Heime) übergeben werden können. Eine ähnliche „**Lückenfüller**“-**Funktion** übernimmt die Psychiatrie einzelnen Rückmeldungen zufolge immer wieder auch in Bezug auf Kinder oder Jugendliche, die in der Psychiatrie untergebracht werden, nachdem Heim- und Betreuungseinrichtungen überfordert waren.

Generell stellt sich in Bezug auf alle Voraussetzungskriterien für eine Unterbringung nach UbG die **neuralgische Frage, inwieweit es zielführend** ist, Personen nach UbG in der Psychiatrie **zwangsanzuhalten**, für die die Psychiatrie nichts oder nichts mehr tun kann, d.h. **wo man keine Möglichkeit sieht, den Zustand mit den eigenen Behandlungsangeboten und -möglichkeiten zu verbessern**. In solchen Fällen droht die Psychiatrie vorrangig eine **Verwahrungsfunktion** wahrzunehmen (z.B. bei demenzkranken Personen) – vor allem dann, wenn keine oder zu wenige Alternativen vorhanden sind.

Zugleich erweist sich in manchen Fällen – vor allem bei und mit Personen, die **vielschichtige Problemkonstellationen** aufweisen und sowohl für die UnterstützerInnen als auch das weitere soziale Umfeld (welcher Art auch immer) eine große Herausforderung darstellen und viele Ressourcen binden – die **Vernetzung und Zusammenarbeit verschiedener Stellen** essenziell, anstatt sie „wie so eine heiße Kartoffel“ (P31/99) zwischen den Stellen weiterzureichen.

Und schließlich ist nochmals auf die einleitenden Überlegungen zu **mehrdeutigen Entscheidungssituationen** zu verweisen, die nicht unbedingt mehr Informationen, sondern eine **andere Qualität von Information** notwendig machen: Sie benötigen insbesondere **gemeinsame Deutungsarbeit**, d.h. sie machen **permanenten Austausch**,

Diskussion und gemeinsame Auslegung der Anwendungspraxis zu wichtigen Instrumenten der **Qualitätssicherung** – und zwar nicht in „wildwüchsiger“, sondern **systematischer und fachlich begleiteter Form**.

4.4. Resümee zur Anwendungspraxis der Unterbringungsvoraussetzungen

Die rechtlichen Bestimmungen zu den Voraussetzungen einer Unterbringung gemäß § 3 UbG führen – teils unvermeidbar – einen **großen Interpretationsbedarf** in der Rechtsanwendung mit sich. Neben mehr Informationen braucht es dafür auch interaktive **Deutungs- und Aushandlungsprozesse**, wie sie etwa potenziell in den Verfahren der gerichtlichen Überprüfung stattfinden könnten (vgl. nachfolgendes Kapitel).

Auch wenn der Krankheitsbegriff des UbG grundsätzlich einer rechtlichen Auslegung bedarf, stellt das psychiatrische Krankheitsverständnis eine zentrale Orientierung hierbei dar. Entsprechend beanspruchen psychiatrische FachärztInnen eine besondere Deutungsmacht – und wird ihnen solch eine in der Regel auch zuerkannt. Aktuell werden folgende **Grenzbereiche** in der Anwendungspraxis der Unterbringungsvoraussetzung „**psychische Krankheit**“ diskutiert und Abgrenzungsaushandlungen dazu geführt: somatisch bedingtes Delir, alkoholisierte bzw. drogenkranke Personen, Personen mit Demenzerkrankung, Personen mit Persönlichkeitsstörungen sowie einsichtsfähige Personen mit Suizidabsicht. Bezüglich der Einsichts- und Absprachefähigkeit bestehen generell größere Anwendungsdifferenzen.

Annahmen über **Gefährdungen** stellen **Prognosen** dar und sind mit dem Problem ungewisser Zukunft konfrontiert – sie lassen entsprechend großen Ermessensspielraum. Die Entscheidungskulturen sind u.a. auch von **Wertehaltungen** mit beeinflusst, die einerseits stärker an **persönlichen Freiheitsrechten** und Selbstbestimmung orientiert sein können oder sich andererseits eher von einer **fürsorglichen Haltung** geprägt zeigen. Zudem wird auf breiter Ebene eine zunehmende **Absicherungsorientierung** wahrgenommen und erkennbar, die vor allem Verantwortlichkeit für die Schutzgüter Gesundheit und Leben betont.

Intensive Diskussionen werden aktuell um die Frage einer **Unterbringung** primär **aus medizinisch-therapeutischen Gründen** geführt, wo die unmittelbare Gefahrenabwehr nicht als Unterbringungsgrund geltend gemacht werden kann. Hierbei sind zwei neuralgische Fragen zu stellen: Inwieweit ist für Personen, bei denen sich eine Akutphase anbahnt, die stationäre Psychiatrie tatsächlich die **beste Alternative oder** nur die **einzig verfügbare**? Und sind von der Zwangsunterbringung in der Psychiatrie auch nennenswerte kurative Effekte erwartbar oder geht es vorrangig um eine (Sicherheits-)Ver-

wahrung von Personen? Im Kontext von Diskussionen um Verwahrungsfunktionen verdient auch der Unterbringungsgrund „**Selbstfürsorgedefizit**“ Aufmerksamkeit: Er wird häufig angewandt, zeigt sich oft sehr vage definiert und eng verbunden mit fehlenden Alternativen.

Der Grundsatz der **Subsidiarität** einer Unterbringung gegenüber gelinderen Mitteln wird in der Umsetzungspraxis des UbG einerseits teils durch **fehlendes Wissen** der entscheidenden Personen **über Alternativen** begrenzt. Andererseits limitieren oft **unzureichende Versorgungs- und Unterstützungsangebote** seine Umsetzung in der Praxis. Gefährdungsmomente werden teils in beachtlichem Ausmaß durch einen Unterstützungsmangel mitbedingt. Auch hier ist die Frage essenziell, ob die Psychiatrie tatsächlich die beste Alternative darstellt oder als letzte Möglichkeit übrigbleibt.

5. Die gerichtliche Überprüfung

Dem Gericht kommt bei Unterbringungen ohne Verlangen gemäß UbG eine **zentrale Kontrollfunktion** zu. Das zuständige Unterbringungsgericht hat sich innerhalb von vier Tagen „ab Kenntnis von der Unterbringung einen persönlichen Eindruck vom Kranken in der psychiatrischen Abteilung zu verschaffen“ (§ 19 Abs. 1 UbG, auch „Erstanhörung“ genannt). Wird die Unterbringung vorläufig für zulässig erklärt, muss innerhalb von 14 Tagen eine mündliche Verhandlung abgehalten werden (zu den Details des Verfahrens vgl. Kopetzki 2012, S. 107ff.; Sagerschnig et al. 2017, S. 7f.).

Nachfolgende Ergebnisdarstellung zur Umsetzung der gerichtlichen Überprüfung in der Praxis und zu den Erfahrungen der involvierten Personenkreise stützt sich einerseits auf die Ergebnisse der **Online-Befragung** und andererseits auf in den **vertiefenden Fallstudien** gewonnene Einblicke. In deren Rahmen konnten auch **teilnehmende Beobachtungen** bei gerichtlichen Überprüfungen an den vier Standorten durchgeführt werden, d.h. es konnten unmittelbare Eindrücke von den Prüfverfahren in der Praxis gewonnen werden, die in die anschließende Ergebnisdarstellung mit einfließen.

5.1. Vorbereitung und Informationsbasis der Überprüfung

RichterInnen und PatientenanwältInnen haben für die **Vorbereitung der Erstanhörung** nur sehr kurz Zeit. Die beiden Berufsgruppen waren deshalb in der Online-Erhebung gefragt worden, ob sie sich in dieser Zeit ausreichend vorbereiten können. 83 % der RichterInnen und 76% der PatientenanwältInnen bewerteten die verfügbare Zeitspanne in der Regel als **weitgehend ausreichend**. Annähernd ein Drittel der befragten RichterInnen antwortete allerdings auch, dass die Informationsbasis zum Zeitpunkt der Erstanhörung zumindest manchmal (zu) gering für eine wirklich fundierte Entscheidung sei. Die Möglichkeit, FachärztInnen, die nicht der jeweiligen Krankenanstalt angehören, zur Erstanhörung gemäß § 19 Abs. 3 UbG beizuziehen, wird insgesamt laut Angaben der befragten RichterInnen nicht sehr oft wahrgenommen: In Summe 19% gaben an, dies häufig oder manchmal zu tun. Vermutlich handelt es sich dabei meist um die begutachtenden Sachverständigen, die teils bereits bei der Anhörung anwesend sind, wie aus den vertiefenden Fallstudien bekannt ist (vgl. Kap. 5.4).

Der ganz überwiegende Teil der RichterInnen (83%) und PatientenanwältInnen (93%) findet auch mit der ihnen zur **Vorbereitung der mündlichen Verhandlungen** zur Verfügung stehenden Zeit das Auslangen. Zu diesem Zeitpunkt (nach spätestens 14 Tagen) verfügen die RichterInnen laut eigenen Angaben in der Regel über ausreichende Entscheidungsgrundlagen. Ein großer Teil (rund 58%) der befragten **PatientenanwältInnen** würde den Rückmeldungen zufolge offenbar gerne **mehr Zeit für Erkundungen**

über die PatientInnen, deren soziale Situation und zu möglichen Alternativen zur Verfügung haben. Knapp ein Viertel der PatientenanwältInnen bezeichnete auch ihre für Beratung der PatientInnen zur Verfügung stehenden Zeitressourcen zumindest manchmal als nicht ausreichend.

In den nachfolgenden beiden Grafiken werden zunächst die Antworten der **RichterInnen** zur Frage präsentiert, welche **Informationen von welchen Personen und Institutionen** im Rahmen der gerichtlichen Überprüfungen bzw. Entscheidungen einbezogen werden können. Anschließend sind die Ergebnisse dieser Frage an die PatientenanwältInnen abgebildet. Ausgewiesen ist jeweils einerseits, auf welche Quellen man sich oft und hilfreich stützen kann (dunklere Balken), und andererseits, von welchen Quellen selten Informationen vorliegen, obwohl man sie als hilfreich erachten würde (hellere Balken).

Abbildung 9: **Personen und Stellen, von denen bei den gerichtlichen Überprüfungen Informationen über die Betroffenen vorliegen bzw. nicht vorliegen, aber hilfreich wären**, n=53, Teilbefragung **RichterInnen** – Prozentwerte; Quelle: eigene Erhebung

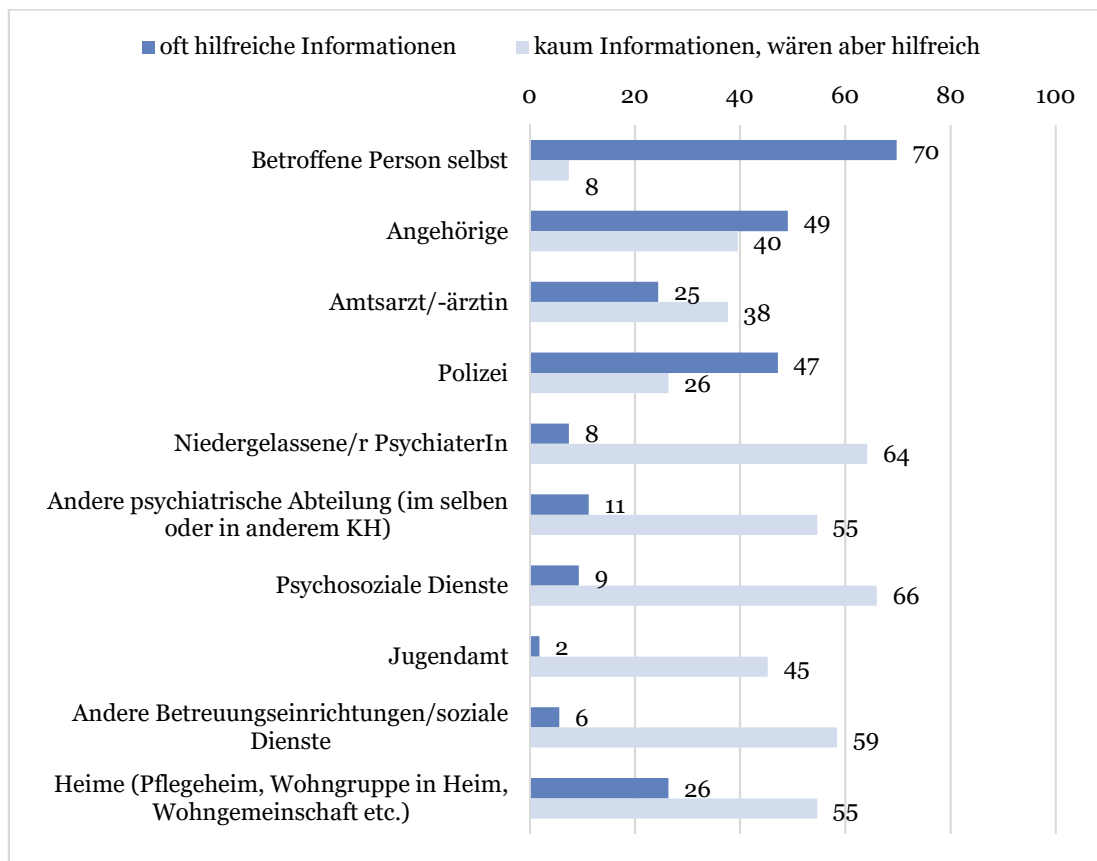
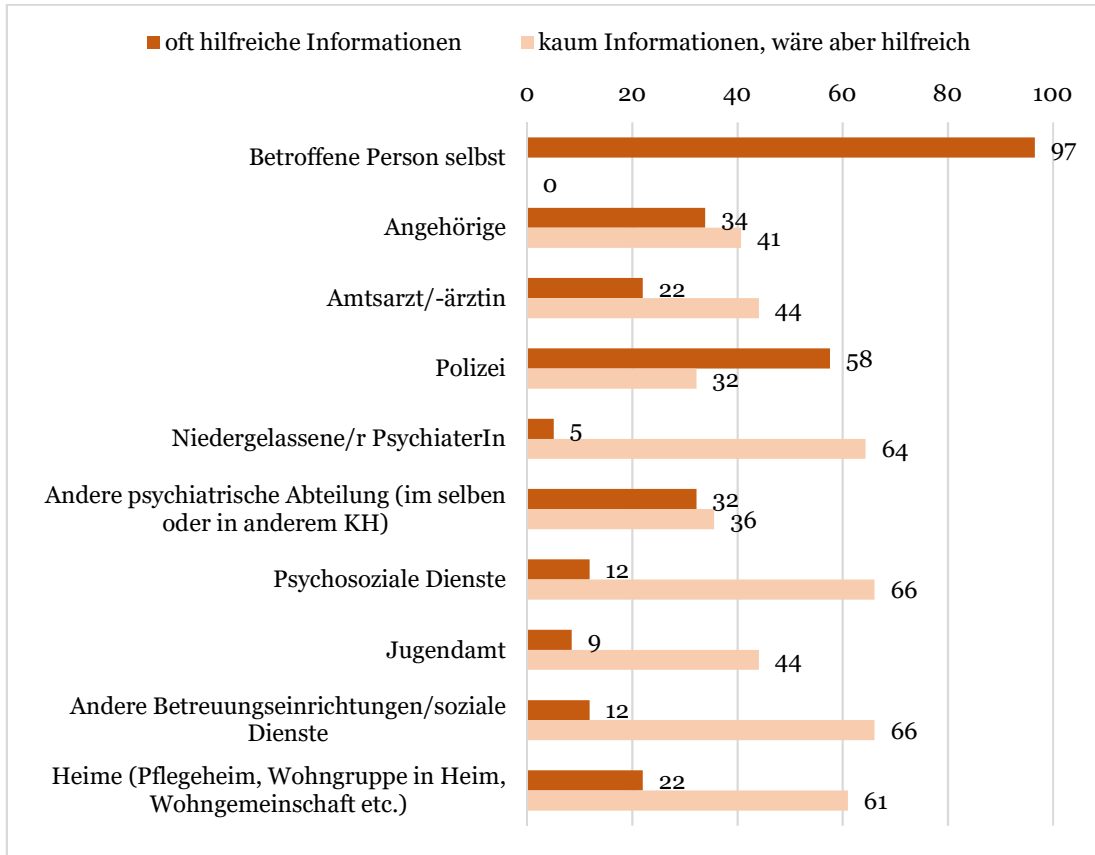


Abbildung 10: **Personen und Stellen, von denen bei den gerichtlichen Überprüfungen Informationen über die Betroffenen vorliegen bzw. nicht vorliegen, aber hilfreich wären**, n=60, Teilbefragung **PatientenanwältInnen**, Prozentwerte; Quelle: eigene Erhebungen



Als **wichtigste Informationsquelle** zeigen sich die **Betroffenen** selbst, PatientenanwältInnen erhalten (ihrer Funktion entsprechend) in noch höherem Ausmaß von ihnen hilfreiche Informationen als RichterInnen. **Angehörige** können zwar auch vergleichsweise oft wichtige Informationen beitragen, von ihnen wünschen sich aber auch ca. 40% der Befragten mehr Informationen. In Bezug auf die beiden zentralen Berufsgruppen, die in Zugängen nach UbG eingebunden sind, nämlich bescheinigende ÄrztInnen (verkürzt „AmtsärztInnen“ genannt) und Polizeibeamte, wird das in Kapitel 3.2 erkennbare Bild bestätigt: Von **Polizeiseite** liegt vergleichsweise **häufig hilfreiche Information** für die gerichtliche Überprüfung vor, während bei den **zuweisenden ÄrztInnen erheblicher Optimierungsbedarf in der Informationsweitergabe** wahrnehmbar ist. Relativ einheitlich zeigt sich auch in Bezug auf niedergelassene PsychiaterInnen, Psychosoziale Dienste, das Jugendamt, Heime und andere Betreuungseinrichtungen bzw. Soziale Dienste ein hohes Informationsdefizit bei beiden Befragungsgruppen. Die Ergebnisse deuten einen Kommunikationsmangel gegenüber oder von diesen Stellen an, die zugleich häufig Unterbringungen initiieren (vgl. Kap. 3.1). Deutlich unterschiedlich wird hingegen

die Informationslage in Bezug auf andere psychiatrische Abteilungen eingeschätzt: RichterInnen scheinen einen erkennbar schlechteren Zugang zu entsprechenden Informationen wahrzunehmen als PatientenanwältInnen, wobei auch Letztere geringfügig häufiger einen Informationsmangel nannten. Die Detailwerte sind obigen Abbildungen zu entnehmen.

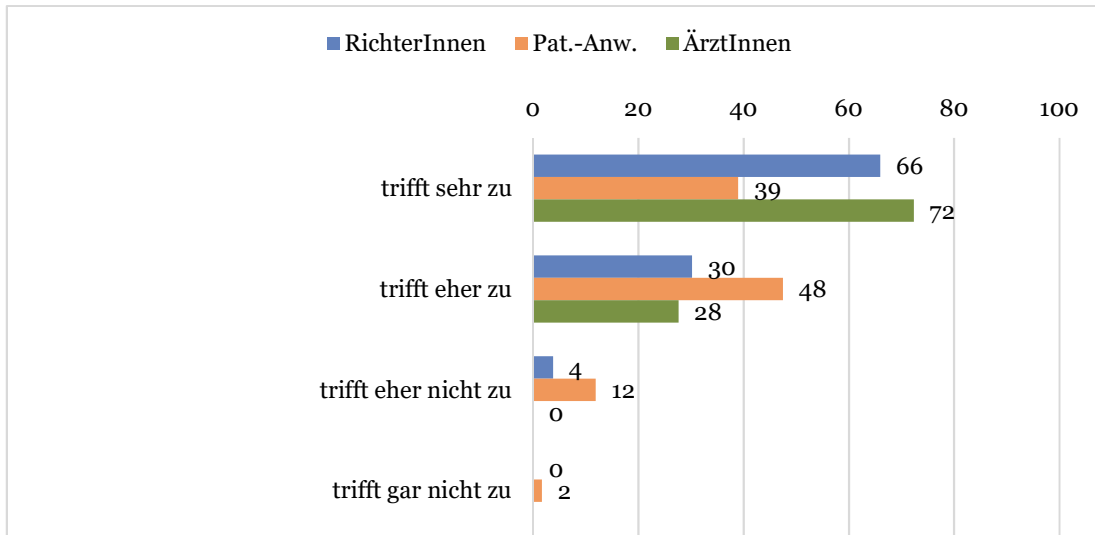
Vergleicht man diese Angaben mit der Informationslage der ÄrztInnen bei der Aufnahme nach UbG (siehe Abbildung 6/Kap. 3.3), dann wird sichtbar, dass **ÄrztInnen durchschnittlich einen deutlich besseren Zugang zu verschiedenen Informationsquellen** haben dürften **als RichterInnen und PatientenanwältInnen**. Dies mag einerseits nicht besonders überraschend erscheinen, andererseits verweist ein anderes Ergebnis der RichterInnenbefragung auch darauf, dass die RichterInnen selbst nur selten bzw. nur in Ausnahmefällen Erhebungen zu den Unterbringungs Voraussetzungen oder zu Alternativen zur Unterbringung durchführen oder durchführen lassen (wie in § 23 UbG als Möglichkeit vorgesehen). Die Gerichtsaktenauswertungen im Rahmen der vertieften Fallstudien bestätigen dieses Ergebnis.

5.2. Allgemeine Bewertung der gerichtlichen Überprüfung

In der Online-Umfrage war unter allen drei Berufsgruppen anhand einer Itembatterie mit unterschiedlichen Aussagen zur gerichtlichen Überprüfung erhoben worden, inwieweit diese ihre Ziele der Erfahrung der Befragten zufolge erfüllen und wie gut die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten funktioniert. Zu jeder Aussage konnten die Befragten auf einer vierteiligen Likert-Skala angeben, wie sehr die jeweilige Aussage auf die Praxis der gerichtlichen Überprüfung an ihrem Standort zutrifft (von „trifft sehr zu“ bis „trifft gar nicht zu“). Die Ergebnisse werden nun getrennt für jedes Item dargestellt, um in den Abbildungen gut zwischen den drei Befragungs-Zielgruppen differieren zu können.

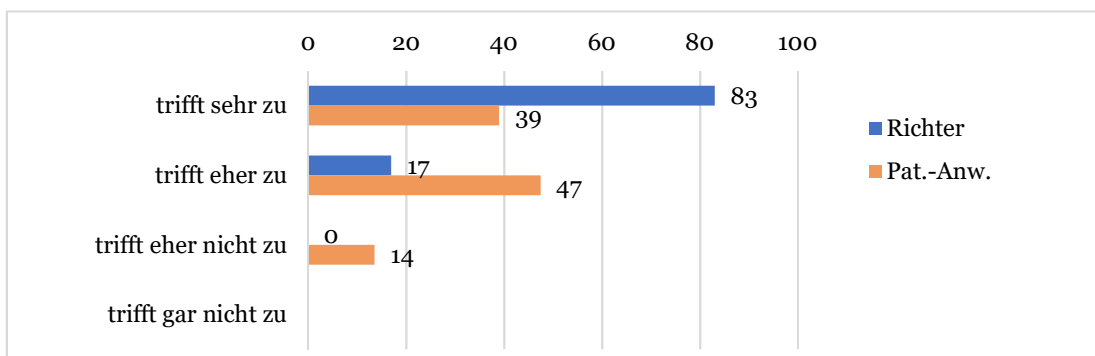
Zentraler Gegenstand der gerichtlichen Überprüfung ist der **Schutz der Persönlichkeitsrechte** der Betroffenen. Das erste abgefragte Statement fragte bezog sich darauf: Erfragt wurde, wie sehr die Aussage „Die gerichtliche Überprüfung erfüllt den Zweck gut, die Persönlichkeitsrechte der untergebrachten Personen zu schützen“ jeweils als zutreffend bewertet wird. Alle ÄrztInnen (72% „trifft sehr zu“, 28% „trifft eher zu“) und nahezu alle RichterInnen (66% „trifft sehr zu“, 30% „trifft eher zu“) stimmen dieser Aussage sehr oder eher zu. Die Rückmeldungen der PatientenanwältInnen sind zwar überwiegend auch eher positiv, deuten allerdings doch etwas öfter auch Verbesserungspotential an: Neben 39% Antworten bei „trifft sehr zu“ liegt der größere Teil der Antworten bei „trifft eher zu“ (48%), 12% sehen diese zentrale Funktion der gerichtliche Überprüfung sogar „eher nicht“ und eine Person (2%) gar nicht erfüllt.

Abbildung 11: Bewertung des Statements „Die gerichtliche Überprüfung erfüllt den Zweck gut, die Persönlichkeitsrechte der untergebrachten Personen zu schützen“ durch RichterInnen (n=53), PatientenanwältInnen (n=60) und ÄrztInnen (n=76), Prozentwerte; Quelle: eigene Erhebungen



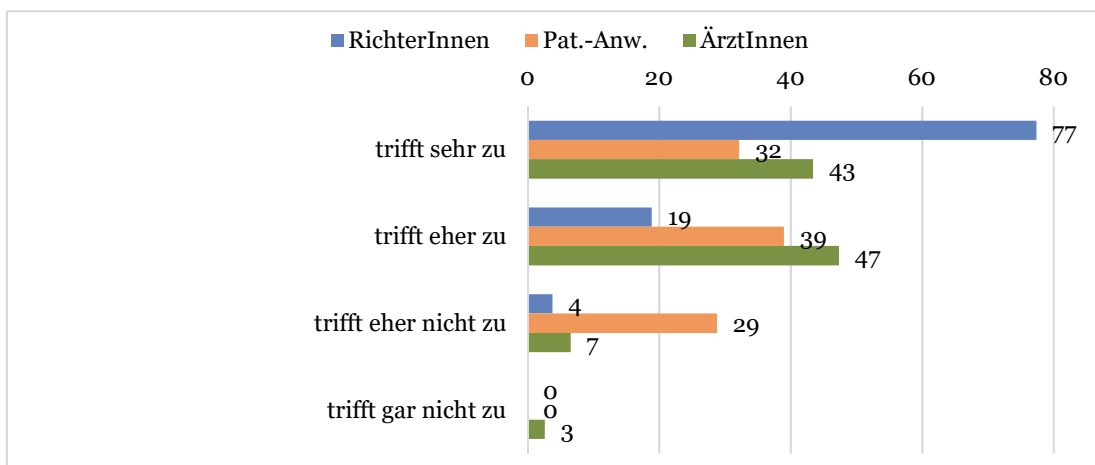
Das folgende Item war nur im Befragungsinstrument der RichterInnen und PatientenanwältInnen integriert, diese gaben an, wie sehr folgende Aussage auf ihren Standort zutrifft: „Die Beteiligten sind bemüht, die **Betroffenen einzubinden** und ihnen **Verhandlungsinhalte zu erklären**, selbst wenn nicht klar ist, wie gut die Betroffenen den Erklärungen folgen können“. Nachstehenden Abbildung verdeutlicht, dass die RichterInnen diese Bemühungen in ihrem Zuständigkeitsbereich in hohem Ausmaß realisiert sehen. Die PatientenanwältInnen beurteilen den Einbezug der PatientInnen bis auf wenige Ausnahmen auch positiv, sie sehen hier offenbar aber öfter noch etwas Optimierungsmöglichkeiten (47% Nennungen „trifft eher zu“, aber auch 14% bei „trifft eher nicht zu“).

Abbildung 12: Bewertung des Statements „Die Beteiligten sind bemüht, die Betroffenen einzubinden und ihnen Verhandlungsinhalte zu erklären, selbst wenn nicht klar ist, wie gut die Betroffenen den Erklärungen folgen können“ durch RichterInnen (n=53) und PatientenanwältInnen (n=60), Prozentwerte; Quelle: eigene Erhebungen



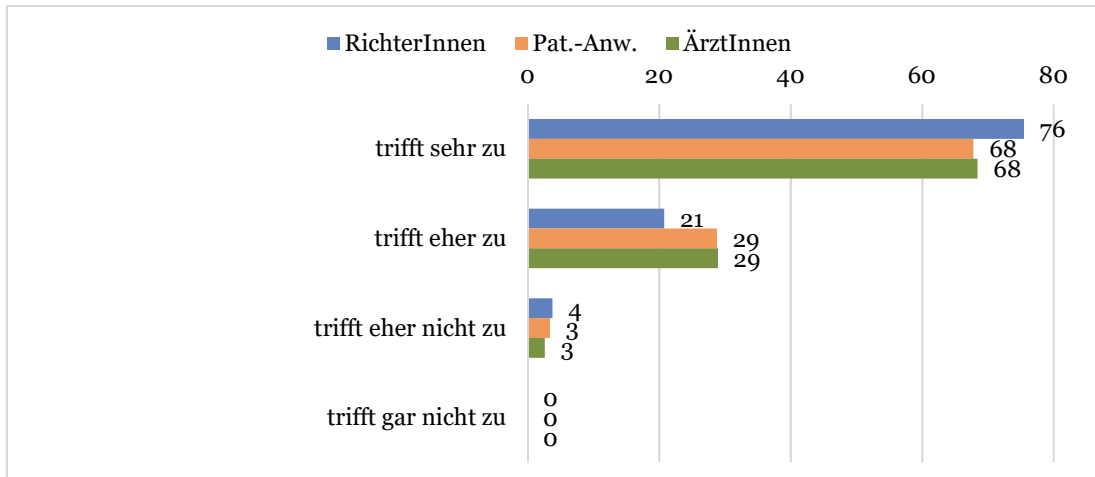
Ein weiteres Item bezog sich auf die **Zusammenarbeit zwischen** den in die Überprüfung involvierten **Berufsgruppen** und lautete: „VertreterInnen der Psychiatrie, der Patientenanwaltschaft und des Gerichts kooperieren im Verfahren auf Augenhöhe“. Die Zustimmungswerte zu dieser Aussage lassen gewisse **Differenzen** zwischen den drei Berufsgruppen sichtbar werden. Die RichterInnen stimmten der Aussage wesentlich deutlicher zu: 77 Prozent antworteten mit „trifft sehr zu“, weitere 19% mit „trifft eher zu“. Vergleichsweise kritischer antwortete ein **Teil der PatientenanwältInnen**. Immerhin 29% antworteten „trifft eher nicht zu“ und brachten damit **gewisse Zweifel an der „Augenhöhe“ der Kooperation** zum Ausdruck. Die Mehrheit sieht aber eher (39%) oder sehr (32%) ein gleichrangiges Kooperationsverhältnis gegeben. Die ÄrztInnen liegen mit ihren Antworten zwischen RichterInnen und PatientenanwältInnen und sehen in Summe nur zu 10% die „Augenhöhe“ eher nicht oder gar nicht gegeben.

Abbildung 13: Bewertung des Statements „VertreterInnen der Psychiatrie, der Patientenanwaltschaft und des Gerichts kooperieren im Verfahren auf Augenhöhe“ durch RichterInnen (n=53), PatientenanwältInnen (n=60) und ÄrztInnen (n=76), Prozentwerte; Quelle: eigene Erhebungen



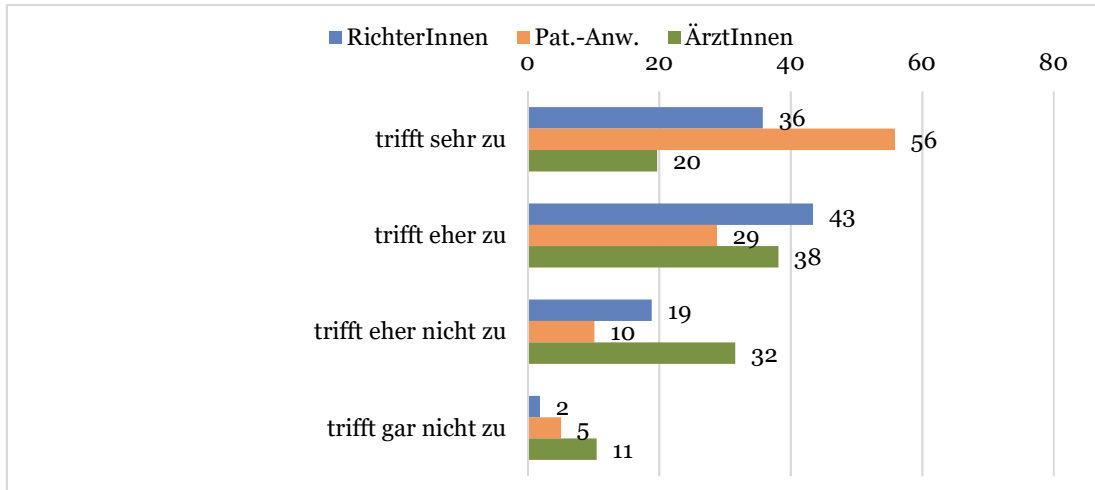
Die **PatientenanwältInnen** werden überwiegend als die ihnen vom Gesetzgeber in den gerichtlichen Verfahren zugedachte Funktion erfüllend bewertet: Dem Item „Die PatientenanwältInnen nehmen in der Regel eine **aktive, die Rechte der PatientInnen in den Vordergrund stellende Rolle in den Verfahren ein**“ wurde von allen drei Berufsgruppen fast immer sehr oder eher zugestimmt. Die RichterInnen zeigen auch hier eine tendenziell noch positivere Wahrnehmung mit 76% der Antworten bei „trifft sehr zu“.

Abbildung 14: Bewertung des Statements „Die PatientenanwälInnen nehmen in der Regel eine aktive, die Rechte der PatientInnen in den Vordergrund stellende Rolle in den Verfahren ein“ durch RichterInnen (n=53), PatientenanwälInnen (n=60) und ÄrztInnen (n=76), Prozentwerte; Quelle: eigene Erhebungen



Vergleichsweise **heterogen** wurde von den drei Berufsgruppen die Frage **beantwortet, inwieweit die Patientenanwaltschaft auch eine vermittelnde Rolle im Verfahren einnimmt**. PatientenanwälInnen sehen sich in deutlich höherem Ausmaß auch einer vermittelnden Rolle (56% „trifft sehr zu“ und 29% „trifft eher zu“) als von der Ärzteschaft wahrgenommen (20% bei „trifft sehr zu“ und 38% bei „trifft eher zu“, insgesamt aber auch 43% bei „trifft eher/gar nicht zu“). Die antworteten RichterInnen sehen die vermittelnde Rolle der PatientenanwälInnen stärker als die ÄrztInnen (Werte s.u.). Es ist darauf zu verweisen, dass diese **Funktion der Vermittlung** auch in einem **gewissen Widerspruch zur Funktion der Vertretung der Rechte und Wünsche der untergebrachten Personen** steht: Wer aktiver deren Rechte in den Verfahren vertritt, wird weniger eine vermittelnde Rolle einnehmen können.

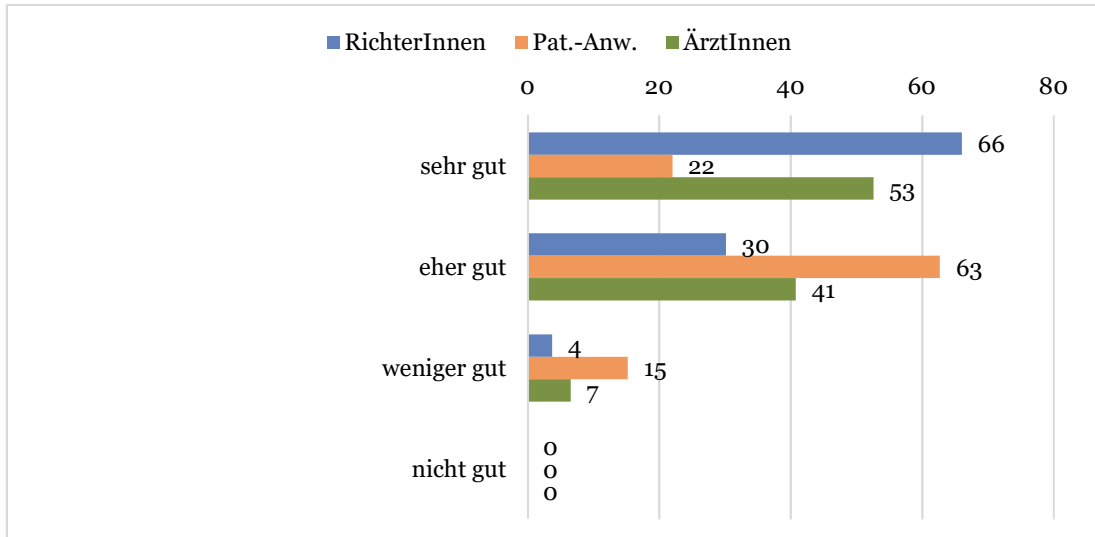
Abbildung 15: Bewertung des Statements „**Die PatientenanwältInnen nehmen im Verfahren eine vermittelnde Rolle ein**“ durch RichterInnen (n=53), PatientenanwältInnen (n=60) und ÄrztInnen (n=76), Prozentwerte; Quelle: eigene Erhebungen



Das Item „Die **PatientenanwältInnen leisten einen wichtigen Beitrag, um in Bezug auf Persönlichkeitsrechte und Auswirkungen von Freiheitsbeschränkungen auf die Betroffenen zu sensibilisieren**“ war nur bei den RichterInnen und ÄrztInnen abgefragt worden. RichterInnen nehmen wahr, dass PatientenanwältInnen hierzu in hohem Ausmaß beitragen (Ergebnisse ohne Abbildung, 79% „trifft sehr zu“, 17% „trifft eher zu“). Die Ärzteschaft bejahte dieses Statement zwar auch deutlich überwiegend, wenn auch mit etwas mehr Zurückhaltung (40% „trifft sehr zu“ und 46% „trifft eher zu“), einzelne ÄrztInnen äußerten klare Zweifel an einer solchen Wirkung der Patientenanwaltschaft.

Alle drei Zielgruppen wurden schließlich nach einer **Gesamteinschätzung** gefragt, wie gut die gerichtlichen Überprüfungen funktionieren. Mit wenigen Ausnahmen wurde den gerichtlichen Überprüfungen ein **tendenziell gutes Zeugnis ausgestellt und weitgehend bestätigt, dass sie funktionieren**. Fast die Hälfte aller Befragten aller drei Befragungszielgruppen (47%) bewertete das Funktionieren der Überprüfungen mit „sehr gut“. Kritisch gedreht bedeutet das aber auch, dass doch mehr als die Hälfte (53%) durchaus Verbesserungsmöglichkeiten sieht. Die höchsten Zufriedenheitswerte brachten die RichterInnen zum Ausdruck, von denen rund zwei Drittel mit „sehr gut“ stimmten und 30% mit „eher gut“. Sehr ähnlich stellen sich die Rückmeldungen der ÄrztInnen dazu dar, wenn auch mit etwas mehr Stimmen, die das Funktionieren mit „eher gut“ bewerteten (41% gegenüber 53% Stimmen mit „sehr gut“). Trotz 85% positiven Bewertungen zeigten sich die PatientenanwältInnen wieder vergleichsweise kritisch: 22% von ihnen bewerteten die gerichtliche Überprüfung insgesamt „sehr gut“, annähernd zwei Drittel als „eher gut“ und 15% als „weniger gut“. Niemand in allen drei Teilbefragungen gab die Bewertung „nicht gut“.

Abbildung 16: Wie gut funktionieren die gerichtlichen Überprüfungen in einer Gesamtbetrachtung, Einschätzungen von RichterInnen (n=53), PatientenanwältInnen (n=60) und ÄrztInnen (n=76), Prozentwerte; Quelle: eigene Erhebungen



In einem offenen Feld der Online-Befragung konnten die Befragten ergänzende Kommentare zur gerichtlichen Überprüfung geben. Von richterlicher Seite wurde hier mehrmals kritisch angemerkt, dass die **verantwortlichen FachärztInnen teilweise nicht anwesend** seien – der Aspekt wird weiter unten bei den vertiefenden Fallstudien nochmals aufgegriffen (vgl. Kap. 5.3.2). Vereinzelt wurde auch auf Ressourcenprobleme hingewiesen, die es erschweren würden, die Überprüfungen entsprechend der Vorstellungen des Gesetzgebers umzusetzen. Eigene Erhebungen auf Seiten der Richterschaft wären faktisch unrealistisch.

Von Seiten der Patientenanwaltschaft wurde mehrfach moniert, dass manche **RichterInnen stärker auftreten** sollten, die Verhandlungsleitung weniger den Sachverständigen überlassen und sich **in den Entscheidungsbegründungen stärker an ihren eigenen Beobachtungen und Bewertungen** und weniger stark an Vorbringen der Ärzteschaft **orientieren** sollten. Auch dieser Aspekt wird weiter unten auf Basis der Ergebnisse der vertiefenden Fallstudien nochmals diskutiert. Auf Seiten der ÄrztInnen verwies man vor allem auf ein immer wieder zu beobachtendes **Spannungsfeld zwischen einer rein rechtlichen Betrachtungsweise und psychiatrisch-therapeutischen Erfordernissen**.

Ausdrücklich festzuhalten ist hier nochmals, dass die Zusammenarbeit der drei hier befragten Akteursgruppen ganz überwiegend positiv beschrieben wird. Einzelne Wortmeldungen lassen aber erkennen, dass diese zwischen Ärzteschaft und Patientenanwaltschaft nicht immer bzw. überall friktionsfrei ist.

5.3. Zur konkreten Umsetzung von Erstanhörungen und mündlichen Verhandlungen

Das Unterbringungsverfahren ist stark „vom **Prinzip der Mündlichkeit** beherrscht“ (Kopetzki 2012, S. 115), im Zentrum der gerichtlichen Überprüfung stehen Erstanhörung und mündliche Verhandlung. Die teilnehmenden Beobachtungen und Analysen der Gerichtsakten an den Fallstudien-Standorten lassen dies auch klar erkennen: Anhörungen bzw. Verhandlungen vor Ort in den Kliniken prägen die Überprüfung wesentlich – abgesehen vom Sachverständigengutachten, das aber auch vorrangig mündlich einfließt. In den Tagsatzungen werden die Erhebungen und Erörterungen der entscheidungsrelevanten Sachverhalte und Umstände vorgenommen, deren Bewertungen durchgeführt und dort wird gemäß den gesetzlichen Vorschriften unmittelbar die Entscheidung getroffen. **In den 210 studierten Akten war kein einziger Fall**, in dem zur Vorbereitung der mündlichen Verhandlung ein **zweites oder gar mehrere Sachverständigengutachten** eingeholt worden wären. Auch die in § 23 UbG erforderlichenfalls vorgesehene Möglichkeit, dass das Gericht **weitere Ermittlungen** über das Vorliegen der Unterbringungsvoraussetzungen durchführen kann oder durch die Sicherheitsbehörden durchführen lässt, **spielt in der Praxis** an den Fallstudienorten **keine wahrnehmbare Rolle**. Zugleich stellen sich die gerichtlichen Überprüfungen als Verfahren dar, die **durch hohen Zeitdruck bestimmt** sind, wie die nachfolgenden Darstellungen zeigen.

Laut Ergebnisse der Online-Befragung finden die gerichtlichen Überprüfungen an den meisten Standorten **in der Regel in personell gleichbleibenden Zusammensetzungen** statt. Die zentralen beruflich involvierten AkteurInnen (ÄrztIn, PatientenanwältIn und RichterIn) kennen sich zumeist also gut und kooperieren laufend miteinander. Die folgenden empirischen Erkenntnisse zur Umsetzung der gerichtlichen Überprüfung in der Praxis stützen sich in erster Linie auf die vertiefenden Fallstudien (F1, F2, F3 und F4 – vgl. Beschreibung Kap. 3.2.2) an vier Gerichts- und Psychiatrie-Standorten in Österreich (Modul 4). Die gerichtliche Überprüfung gestaltet sich an den vier Standorten jeweils etwas anders, überall gibt es allerdings zwei fixe Wochentage, an denen die Überprüfungen stattfinden (Mo/Do oder Di/Fr, um die 4-Tagesfrist für Erstanhörungen einhalten zu können). Die Verfahren an den vier Fallstudien-Standorten werden nun getrennt voneinander beschrieben.

Fallstudie 1: Dezentrale psychiatrische Abteilung mit überwiegend ländlichem Einzugsgebiet

Das Gericht führt an den festgelegten Tagen ab der Mittagszeit an der psychiatrischen Abteilung zunächst alle Erstanhörungen und anschließend – falls anstehend – mündliche Verhandlungen durch. Als Verhandlungsraum wird ein freundlich und gemütlich eingerichteter Aufenthaltsraum der Abteilung genutzt, zu dem andere PatientInnen während

der Überprüfungen keinen Zugang haben, sodass die Anhörungen und Verhandlungen in der Regel ohne Störungen durch Dritte durchgeführt werden können. Zwei für Unterbringungsverfahren hauptsächlich zuständige RichterInnen sind je für einen Tag zuständig und vertreten sich wechselseitig. Der/die **Sachverständige** ist **nur bei den mündlichen Verhandlungen anwesend**, der/die für UbG-Belange zuständige Oberarzt/-ärztin nimmt grundsätzlich sowohl an Erstanhörung als auch an Verhandlung teil. Pflegepersonal nimmt in der Regel nicht an den Verfahren teil. Die Anhörungen bzw. Verhandlungen dauern pro PatientIn **zwischen 15 Minuten und 45 Minuten**, in Einzelfällen sogar bis zu einer Stunde.

An diesem Standort nimmt sich das Gericht also **verhältnismäßig viel Zeit** und dies bedeutet vor allem, dass sich die **untergebrachten PatientInnen wesentlich stärker einbringen** und ihre Sicht der Situation sowie ihre Wünsche und Bedürfnisse ausführlicher artikulieren können. Zwischen den an dem Verfahren **beteiligten Berufsgruppen** zeigt sich eine grundsätzlich **solide wechselseitige Akzeptanz**, aber auch eine überdurchschnittliche Bereitschaft, zueinander in Widerspruch zu gehen bzw. die Verschiedenheit der Rollen und Aufgaben in der gerichtlichen Überprüfung erkennbar werden zu lassen. Dadurch erscheint das **Zusammenwirken lebhafter** und unberechenbarer, **weniger konsensorientiert**, in der Folge aber teils auch in einem regen Aushandlungsprozess. Den **RichterInnen** kommt dabei nicht nur formal, sondern auch faktisch eine **zentrale Rolle** zu, sie haben nicht nur die Verhandlungsleitung klar in der Hand, sondern sind auch diejenigen, die die Entscheidungen treffen und nicht nur vorrangig legitimieren (vgl. hierzu Kap. 5.3.1). Das **ärztliche Personal muss** im Vergleich zu anderen Standorten **mehr um „seine“ Unterbringungen kämpfen** und diese in der Folge auch ausführlicher begründen. Auch wenn damit einhergeht, dass man sich um das wechselseitige Verständnis permanent etwas bemühen muss, erscheint dieses großteils ausreichend stabil.

Fallstudie 2: Zentrale Psychiatrie mit städtischem und ländlichem Einzugsgebiet

Die gerichtlichen Überprüfungen beginnen an den Verhandlungstagen jeweils vormittags, wobei Unterbringungen in mehreren psychiatrischen Abteilungen zu prüfen sind. Diese Abteilungen werden in einer bestimmten Reihenfolge aufgesucht, zwischen Erstanhörungen und mündlichen Verhandlungen gibt es keine bestimmte Reihenfolge, sie werden „durcheinander“ abgehalten. Dies ist auch deshalb organisatorisch gut möglich, weil der/die **Sachverständige** sowohl **bei Erstanhörungen als auch den mündlichen Verhandlungen anwesend** ist (s.u.); zwischen beiden Überprüfungsformen sind weder inhaltlich noch im Ablauf nennenswerte Unterschiede erkennbar. Mehrere RichterInnen teilen sich die Verhandlungstage auf (offenbar eher kurzfristig). An den Überprüfungen nimmt durchgehend ein Oberarzt oder eine Oberärztin der jeweiligen Abteilung teil.

Die Räumlichkeiten, in denen die Verfahren an den verschiedenen Abteilungen durchgeführt werden, sind teils relativ karg und atmosphärisch wenig freundlich. An einer Abteilung fand die Anhörung im Aufenthaltsraum statt, der zeitgleich durchgehend von anderen Menschen, v.a. PatientInnen, genutzt wurde, die teils auch neugierig aus gewisser Distanz zusahen. Die Dauer der einzelnen Termine ist mit **durchschnittlich 10 Minuten pro PatientIn** (zwischen 5 und 20 min schwankend) vergleichsweise kurz, die Überprüfungen werden großteils sehr zügig abgewickelt.

Für ein umfassenderes und tiefergehendes Gespräch mit den **PatientInnen** bleibt entsprechend **wenig Zeit**, auch wenn sich alle Beteiligten bemühen, die betroffenen Personen einzubeziehen und ihnen zu erklären, was passiert und besprochen wird. Die **Interaktionen zwischen** den beteiligten **Berufsgruppen** wirken relativ stark **eingespielt**, mitunter auch ein wenig eingefahren. Während die ÄrztInnen vergleichsweise dezent agieren, wird den **Sachverständigen** seitens der Richterschaft eine **sehr starke Rolle** zugeteilt, sowohl was die Befragung der PatientInnen (wird im Wesentlichen von den Sachverständigen und nicht durch den/die RichterIn durchgeführt) als auch den Einfluss auf die Entscheidung betrifft. Die **Richterschaft legitimiert vorrangig formal die Entscheidungsempfehlung** der Sachverständigen. Die **Patientenanwaltschaft** agiert **meist zurückhaltend**, sie tragen oft ihr Wissen über den/die PatientIn bei und geben teils Kommentare ab, können aber **vereinzelt** doch auch beachtlichen **Einfluss** auf den Verlauf nehmen (z.B. wurde in einem unklaren Fall von Seiten der Patientenanwaltschaft erfolgreich eine Unzulässigkeitserklärung vorgeschlagen).

Fallstudie 3: Zentrale Psychiatrie mit kleinstädtischem und ländlichem Einzugsgebiet

An diesem Standort wird an den beiden Überprüfungstagen vormittags zunächst mit den Erstanhörungen begonnen, wobei die Abteilungen nacheinander durchlaufen werden. Erst danach finden die mündlichen Verhandlungen statt, für die man wieder von Abteilung zu Abteilung geht. **Sachverständige sind nur bei den mündlichen Verhandlungen** anwesend. Eine Besonderheit des Standortes ist, dass die behandelnden **FachärztInnen nicht unmittelbar an der Anhörung teilnehmen**, sondern vorab, d.h. in Abwesenheit der PatientInnen, ein Statement zu den Unterbringungsgründen und Perspektiven pro PatientIn abgeben. Danach berichtet die Patientenanwaltschaft dem/der RichterIn zu allen untergebrachten Personen. Erst anschließend werden – ohne Anwesenheit des Arztes bzw. der Ärztin – die PatientInnen nacheinander angehört. Bei den mündlichen Verhandlungen scheint dies bis vor Kurzem auch so gehandhabt worden zu sein, mittlerweile ist meist ein/e ÄrztIn bei den Verhandlungen anwesend, sodass nun pro Person tatsächlich ein durchgehendes Verfahren (und kein dreigeteiltes mit unterschiedlicher Anwesenheit) realisiert werden kann. Teilweise nimmt Pflegepersonal an den Verfahren teil. Die Fallbesprechungen mit den Ärzten finden durchwegs in nüchtern-zweck-

mäßig eingerichteten Ärztezimmern statt, die Teilnehmenden sitzen meist beengt um einen Tisch, ein Zimmer hat auch keinen Tisch. Die **Dauer** der Verfahren schwankt **zwischen 10 und 20 Minuten** und ist damit durchschnittlich ein bisschen länger als am Fallstudien-Standort 2.

Das **Zusammenwirken** der einzelnen AkteurInnen wird bei den **Erstanhörungen stark durch die dreigeteilte Berichterstattung** zu jedem Fall und die **Abwesenheit** zunächst der PatientInnen, dann der ÄrztInnen **geprägt**. Es findet dadurch kein Verfahren im engeren Sinn statt, der **direkte Austausch** zwischen allen AkteurInnen, insbesondere zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, ist nur **eingeschränkt** möglich. Auch wenn von Seiten der Richter- und Patientenanwaltschaft viel Bemühen zu beobachten ist, die **PatientInnen** freundlich und **wertschätzend einzubeziehen**, bleibt das **Gespräch** mit ihnen sehr auf die unmittelbare Situation in der Unterbringung fokussiert und **geht oft** auch **wenig in die Tiefe**. Die **Richterschaft** hat klar die Rolle der **Verfahrensleitung** inne, die **Zusammenarbeit** wirkt vor allem **mit der Patienten-anwaltschaft gut eingespielt**. Die **Patientenanwaltschaft** nimmt eine recht **aktive Rolle** in der Befragung und Einbeziehung der PatientInnen ein, auch wenn sie in der Regel mit den Entscheidungen mitgeht und **konsensorientiert** agiert. Auch wenn sich **FachärztInnen** dem Verfahren partiell entziehen, erscheinen einerseits ihre Einschätzung und andererseits das Ergebnis der **Sachverständigenbegutachtung** sehr **bedeut-sam für** die richterliche **Entscheidungsfindung**. Insgesamt erweckten die beobachteten Verhandlungen zugleich den Eindruck, als würden die Entscheidungen oft schon vorher feststehen.

Fallstudie 4: Dezentrale psychiatrische Abteilung mit großstädtischem Einzugsgebiet

Die Anhörungen und Verhandlungen beginnen an der psychiatrischen Abteilung an beiden Tagen in der Regel kurz vor Mittag, die verschiedenen Stationen der Abteilung werden in einer bestimmten Reihenfolge durchlaufen. Die Verhandlungsräume ändern sich von Station zu Station, sie sind meist funktional-nüchtern, einer ist auch sehr beengt, allerdings können die Verfahren meist ungestört ablaufen. Die RichterInnen teilen sich die Verhandlungsführung im Zwei-Wochen-Rhythmus auf. Zwischen Erstanhörung und mündlicher Verhandlung bestehen kaum Unterschiede, da der/die **Sachverständige an beiden Überprüfungsteilen anwesend** ist, wesentliche Differenz ist, dass bei Verhandlungen meist auf eine längere Aufenthaltsgeschichte referiert wird. Von ärztlicher Seite wird die **Teilnahme am Verfahren an manchen Stationen an AssistenzärztInnen delegiert**, die vorab von den behandlungsführenden OberärztInnen gebrieft werden. Fallweise nehmen auch Pflegepersonal und Personen in Ausbildung (ÄrztInnen, Pflege, SozialarbeiterIn) am Verfahren beobachtend teil. Die Verfahren werden zeitlich eher kurz gehalten, die **Dauer** schwankt **zwischen 10 und 15 Minuten pro PatientIn**.

Die **Umgangsweise mit den PatientInnen** wirkt einerseits **freundlich-bemüht**, andererseits **manchmal** auch etwas **unachtsam** bzw. von oben herab. An diesem Standort finden auch häufig Vor- und Nachgespräche über die PatientInnen statt, die manchmal als an der Grenze zur gedankenlosen Respektlosigkeit wahrgenommen werden könnten. Die **Richterschaft** nimmt zwar klar eine **verhandlungsführenden Rolle** ein und leitet auch die Befragung des/der PatientIn, gibt aber insgesamt den **Sachverständigen-gutachten** eine **zentrale Bedeutung** für die Entscheidungsfindung. Die ÄrztInnen reden oft wenig mit den PatientInnen, sondern berichten mehr den RichterInnen, zudem wurde mehrfach erkennbar, dass die vertretenden **AssistenzärztInnen** den **Fall teils nur unzureichend kennen**, sondern von der Akte ablesen und manche richterlichen Fragen nicht beantworten können. Berichtet wird von einer guten Zusammenarbeit zwischen **Patientenanwaltschaft** und **psychiatrischer Abteilung** (ÄrztInnen und Pflege) sowie von **breiter wechselseitiger Akzeptanz**. Wenig sichtbar wurde in den teilnehmenden Beobachtungen, wie gut die Patientenanwaltschaft tatsächlich die Wünsche und Interessen der PatientInnen vertritt und sich für diese einsetzt. Es war vielmehr relativ hohe **Distanziertheit den PatientInnen gegenüber** ein starker Gleichklang mit dem psychiatrischen Personal wahrzunehmen.

Im Folgenden sollen für die zentralen beruflichen Akteursgruppen der RichterInnen, ÄrztInnen, PatientenanwältInnen und Sachverständigen getrennt spezifische Aspekte der Rolleninterpretation und Rechtsumsetzung thematisiert werden. Zu ergänzen ist an dieser Stelle noch ein Ergebnis der Online-Befragung, demzufolge die psychiatrische Krankenpflege nicht überall bzw. nicht immer in die gerichtlichen Überprüfungen eingebunden sind. Die Stellungnahmen von Richterinnen und ÄrztInnen dazu sprechen sich überwiegend für eine Beziehung bei Bedarf aus. Als die Berufsgruppe, die den meisten Kontakt zu den PatientInnen hat, sind die PflegerInnen zweifellos eine wichtige Informationsquelle. Relevante Beobachtungen von pflegerischer Seite sollten aber laut den ärztlichen Rückmeldungen im Pflegedekurs dokumentiert sein und von den zuständigen ÄrztInnen in die Verhandlungen eingebracht werden können. Auch in den vertiefenden Fallstudien, in denen u.a. Pflegekräfte interviewt worden waren, wurde überwiegend kein Bedarf an einer regelmäßigen Einbindung in die Anhörungen und mündlichen Verhandlungen gesehen.

5.3.1. RichterInnen

Die Einblicke an den vier Fallstudienorten machen deutlich, wie **verschieden** die UbG-**RichterInnen ihre Rolle umsetzen** können, sie lassen auch erkennen, dass dies **erhebliche Auswirkungen auf die Umsetzung der gerichtlichen Überprüfung** hat. Insbesondere die teilnehmenden Beobachtungen, aber auch die zahlreichen qualitativen Interviews mit Personen, die in die gerichtliche Überprüfung involviert sind, geben

zu erkennen, dass die richterliche Rolle in zwei unterschiedlichen Formen wahrgenommen werden kann, die sich folgendermaßen umreißen lassen:

- **Formale Legitimation fachärztlicher Expertise:** Manche RichterInnen orientieren sich stark an der fachlichen Expertise insbesondere der Sachverständigen, aber auch der ÄrztInnen und **legitimieren** in erster Linie formal **deren Entscheidungsempfehlungen**. Das Gericht nimmt zwar die Entscheidungsbefugnis qua Gesetz wahr, allerdings wird das eigene Entscheidungsvermögen als RichterIn, d.h. insbesondere die Fähigkeit, die materiellen Voraussetzungen der Unterbringung sachlich zu prüfen, offenbar als deutlich limitiert erfahren. Eine Folgewirkung dieser Haltung dürfte teils sein, dass dem **direkten Gespräch mit dem/der PatientIn** in der Tagsatzung **weniger Bedeutung und Zeit beigemessen** wird. An einem Standort, an dem diese Rollenausprägung besonders deutlich zu erkennen war, ist beispielsweise der/die Sachverständige sowohl bei der Erstanhörung als auch der mündlichen Befragung die zentrale Person in der Befragung der PatientInnen, während das Gericht sich oft vorrangig auf die Erklärung des Verfahrens zu Beginn und die Zulässigkeitserklärung und deren Erläuterung konzentriert.

B2: „Wobei ich glaube, dass diese Gutachten, so wie sie bei uns passieren, für uns als Unterbringungsgericht absolut ausreichend sind. (...)“

B1: „Die Leute wollen ja auch nicht. Ich meine, gerade wenn wir dort sind, geht es ihnen sehr schlecht. Die wollten nicht zum fünften Mal das Gleiche erzählen.“ (P33/Abs. 167f.)

„Natürlich die Entscheidung ist die des Gerichts und der Gutachter liefert dem Gericht die Argumente. Aber das ist fast deckungsgleich. Wenn der Gutachter sagt, das ist so, dann wird der Richter nicht sagen, es ist anders.“ (P47/Abs. 316)

- **Selbstständig abwägende Prüfung und Entscheidungsfindung:** Insbesondere an einem der Fallstudien-Standorte ist von Seiten des Gerichts eine solche Rollenorientierung beobachtbar, wobei diese teils aus **persönlichem Engagement**, teils aber auch aus einer standortspezifischen **Gerichtskultur** emergieren dürfte, die an neue UbG-RichterInnen weitergegeben wird. Die RichterInnen gehen in **ausführliche Dialoge mit den PatientInnen** und geben diesen vergleichsweise viel Zeit, sich zu äußern und einzubringen. Es ist ein besonderes Bemühen erkennbar, sich als RichterIn selbst ein Bild aus allen eingebrachten Positionen und aus der eigenen Wahrnehmung und Befragung des/der PatientIn zu machen. Die RichterInnen nehmen ihre Rolle so wahr, dass sie ihre Entscheidung selbstständig zu treffen und nicht nur vorrangig die Expertise der anderen AkteurInnen zu legitimieren haben. Die Expertise der fachärztlichen AkteurInnen hat

auch hier eine hohe Bedeutung, teils bringen aber die RichterInnen aufgrund ihrer Erfahrung selbst bereits „ein großes Krankheitsverständnis“ (P2/186_ÄrztIn) mit ein.

Die Grenzen zwischen diesen beiden Rollenausprägungen lassen sich nicht scharf ziehen, sie sind eher als Eckpunkte eines Kontinuums zu verstehen, zwischen denen sich die Ausgestaltung der richterlichen Rolle bewegen kann.

Die **Zeit**, die sich das Gericht für die Anhörung und Verhandlung nimmt oder nehmen kann, wird **von absolut zentraler Bedeutung für die Qualität** der gerichtlichen Verfahren betrachtet. Folgende Zitate verdeutlichen dies exemplarisch:

„Die Richter, die bei uns das gemacht haben bis jetzt, waren immer so, dass sie es auch dann gern gemacht haben und das einfach nicht als Belastung empfunden haben und das nicht möglichst schnell abarbeiten wollten. Weil wenn ich einen Patienten einfach, weil er eine Krankheit hat, weil er eine Diagnose hat, nicht für voll nehme, dann kann ich das in 5 Minuten auch abfrühstücken.“ (P21/Abs. 162)

„Es ist für mich das Zentrale schlechthin, dass ich ihm (dem Patienten, Anm. d. Verf.) signalisieren möchte, er darf jetzt einfach mal seine Sicht der Dinge schildern. Er darf reden, man hört ihm zu, er darf reden, man nimmt ihn ernst. Man setzt sich auseinander mit seinen Argumenten. Für mich wäre es wirklich ein absolutes No-Go durchzustressen oder ihm zu signalisieren, ich habe keine Zeit für dich oder es ist eh egal, was du sagst (...). Deswegen dauert es bei mir manchmal länger als wie bei manchen Vorgängern.“ (P44/Abs. 74)

„Also Luft nach oben ist in jedem Fall, dass man einfach mehr Zeit vom Gericht her einplanen könnte. Weil die RichterInnen haben, ich glaube, 10 Minuten und sie haben wirklich wenig. Also wenn die eine halbe Stunde Zeit hätten, dann könnte man die Patienten auch ein bisschen mehr noch ausreden lassen. Vor allem, sie (die RichterInnen, Anm. d. Verf.) stoppen sie dann, obwohl ich wirklich gute RichterInnen hier habe (...). (P49/Abs. 122)

Die gewonnenen empirischen Einsichten lassen auch erkennen, dass **RichterInnen erheblichen Einfluss darauf** nehmen können, **wie respektvoll die PatientInnen ins Verfahren eingebunden** werden. Grundsätzlich ist an allen vier Fallstudien-Standorten das Bemühen um einen freundlichen und tendenziell auch die Betroffenen einbeziehenden Umgang mit diesen wahrnehmbar. Dennoch werden sie den empirischen Eindrücken der teilnehmenden Beobachtungen zufolge in unterschiedlichem Ausmaß tatsächlich als KommunikationspartnerInnen ernst genommen – RichterInnen können hier eine beträchtliche **Vorbildfunktion** entfalten. Dies äußert sich an einem Standort, an dem die Betroffenen besonders ausführlich vom Gericht einbezogen werden, etwa darin, dass dort auch alle anderen TeilnehmerInnen der Verfahren – insbesondere auch das ärztliche Personal und die Sachverständigen – in ihren Ausführungen **zu den PatientInnen und**

nicht nur über sie sprechen. Umgekehrt ließ sich an einem anderen Fallstudienort, an dem das Gericht gegenüber den untergebrachten Personen relativ kurz angebunden ist und auch deren Ausführungen häufiger stoppt, die Gepflogenheit beobachten, über diese in Nebengesprächen oder auch vor bzw. nach der Anhörung leicht belustigte Anmerkungen zu machen. Solch ein Verhalten wäre am ersteren Standort nicht vorstellbar gewesen, dort wurden auch Vor- oder Nachgespräche in Abwesenheit des/der PatientIn weitestgehend vermieden.

5.3.2. ÄrztInnen

Im **Zentrum** der gerichtlichen Überprüfung steht die **Zulässigkeit der ärztlichen Entscheidung einer Unterbringung** ohne Verlangen. Kopetzki bringt die Essenz dieser **gerichtlichen Kontrollpflicht** („von Amts wegen“) folgendermaßen auf den Punkt:

„Das jeder Form rechtsstaatlicher Kontrolle anhaftende ‚**institutionalisierte Misstrauen**‘ gilt dabei **nicht dem Psychiater als Arzt, sondern dem Arzt als Träger staatlicher Machtbefugnisse.**“ (Kopetzki 2012, S. 9; eigene Hervorhebung)

Die FachärztInnen der psychiatrischen Abteilungen mit Unterbringungen gemäß UbG können Unterbringungen ohne Verlangen beschließen und aufheben, sie werden in ihrer Ausübung der freiheitsbeschränkenden Machtbefugnisse aber vom Gericht – vor allem im Zuge des gerichtlichen Verfahrens – permanent geprüft. Zudem beobachten die PatientenanzwältInnen die Rechtsanwendung und können gegebenenfalls das Gericht anrufen. Grundsätzlich ist anzuführen, dass die bei Einführung des Unterbringungsrechts teils starken Vorbehalte psychiatrischer FachärztInnen gegen die neue Form der gerichtlichen Kontrolle größtenteils abgeklungen scheinen und **pragmatische Akzeptanz** überwiegt. Das UbG wird weitgehend angewandt, wenn auch mit einer deutlich differierenden Anwendungspraktik (vgl. hierzu v.a. Kap. 4).

Dennoch gelingt die **Unterscheidung zwischen Kontrolle der Machtbefugnisse und Infragestellung ärztlicher Kompetenz** nicht immer und allen – und sie ist auch **schwer zu treffen** und wird oft **unscharf** bleiben, bauen doch sowohl der rechtliche Krankheitsbegriff als auch die Gefährdungseinschätzung zu einem erheblichen Teil auf der psychiatrischen Fachkompetenz auf. Umso mehr ist es bedeutsam wahrzunehmen, dass es sich um **gesetzlich eingeräumte Zwangsbefugnisse** handelt, die einer **besonderen Kontrolle** bedürfen.

Auf das Verfahren der **gerichtlichen Überprüfung** bezogen erscheint auf Basis der vier vertiefenden Fallstudien vor allem bemerkenswert, dass teils die **direkte Konfrontation mit der Entscheidungsmächtigkeit des Gerichts gemieden** wird, und

zwar insbesondere **vor den PatientInnen**. Die Strategien hierfür sind zwischen den Psychiatriestandorten unterschiedlich: An einer Station schickt man die teils nicht mit dem Fall näher vertrauten AssistenzärztInnen. An einem anderen Standort nahm das ärztliche Personal bis vor kurzem weder an der Anhörung noch der mündlichen Verhandlung direkt teil, sondern berichtete vorab dem/der RichterIn – bei den Anhörungen ist dies nach wie vor der Fall. Und an einem dritten Standort sind sie beim Verfahren zwar anwesend, halten sich aber oft sehr im Hintergrund und überlassen die Bühne vorrangig dem/der Sachverständigen und Richterschaft – teilweise wirkt es fast, als würde sie das Geschehen wenig angehen. Nur an einem Standort ist von ärztlicher Seite größere Bereitschaft, sich für die eigene Entscheidung zu engagieren und für sie zu werben, beobachtbar. An diesem Standort wünscht man sich ärztlicherseits auch, „dass mehr auf das gehört wird, was der Arzt sagt, (...) wo die Gefährdungen sind.“ (P2/Abs. 212)

Die Begründungen für die ärztlichen „Entziehungs-Praktiken“ sind vielfältig: jahrzehntelang wenig hinterfragter Stil, d.h. Tradition, Zeitnot bzw. Kapazitätsprobleme der OberärztInnen bzw. Abteilungsleitung, Lernpotenzial für AssistenzärztInnen, Nicht-Belastung der Vertrauensbildung mit den PatientInnen (weil man im Verfahren nicht vor ihnen über sie „in der Härte“ berichten muss) etc. Dennoch hinterlassen die Strategien aus externer Perspektive partiell auch den Eindruck, dass man das **Unvermeidbare mit möglichst wenig eigenem Autoritätsverlust hinter sich zu bringen** versucht. Die Kontrollfunktion des Gerichts wird zwar akzeptiert, aber man vermeidet, die eigenen Unterbringungsentscheidungen vor Publikum zu argumentieren – und insbesondere vor PatientInnen einer anderen Instanz die Unterbringung zu rechtfertigen. Damit wird in gewissem Ausmaß allerdings auch die **Chance wenig wahrgenommen, die Verfahren zur diskursiven Erörterung und gemeinsamen Nachschärfung der Unterbringungsentscheidungen zu nutzen**. Solche Prozesse finden eher außerhalb der Verfahren zwischen Ärzteschaft und Patientenanwaltschaft statt. Bezeichnenderweise unterscheidet sich hier der Standort, an dem sich die Ärzteschaft in das Verfahren in größerem Ausmaß einbringt: Anhörungen und mündliche Verhandlungen dienen in uneindeutigen Fällen auch dazu, die Anwendung der Unterbringungskriterium bei der gerichtlichen Überprüfung auszuloten:

„Ich erlebe das da (am Fallstudien-Standort, Anm. d. Verf.) auch so, dass manchmal Menschen in eine Erstanhörung oder auch in eine Verhandlung sozusagen geschickt werden, um wirklich zu sagen, wir lassen das Gericht entscheiden. Also das (...) kann so oder so ausgehen. Das erlebe ich in (anderer Standort, Anm. d. Verf.) nicht. Wenn ich in (anderer Standort, Anm. d. Verf.) in eine Erstanhörung reingehe, dann will ich dass das zulässig erklärt wird als Arzt. Das erlebe ich hier offener, ich erlebe es ergebnisoffener auch von den Ärzten.“ (P15/Abs. 56)

Von richterlicher Seite wird diese **Bereitschaft, miteinander in die vertiefende inhaltliche Auseinandersetzung** zur und mit der betroffenen Person **zu gehen**, ebenfalls als Stärke hervorgehoben.

An manchen Standorten scheint es die Ärzteschaft weniger zu schätzen, wenn die PatientInnen von der Patientenadvokatur über ihre Rechte aufgeklärt werden. Diese Aufgabe der Patientenadvokatur kann vor allem dann den Strategien des ärztlichen Personals entgegenlaufen, wenn diese mit einem höheren Graubereich zwischen Freiwilligkeit und Zwang arbeiten, d.h. PatientInnen mitunter auch durch sanften Druck zu einem bestimmten Verhalten zu motivieren versuchen.

„Die (Patientenadvokatin, Anm. d. Verf.) klärt manchmal die Patienten auf, die auf der offenen Station sind, dass sie eh freiwillig da sind und dann gehen die. Was gelegentlich kontraproduktiv ist. Sie nehmen dadurch Schaden. Sie denkt, sie hat sie befreit, ja? Aber das mit der Freiheit ist ein kompliziertes Ding.“ (P19/Abs. 173)

Auch wenn eine gewisse Ambivalenz gegenüber der gerichtlichen und patientenadvokaturlichen Kontrolle nach wie vor gegeben ist und ein Stück weit in der Natur der Sache liegt, hat sich in Summe auf Seiten der ÄrztInnen an den psychiatrischen Abteilungen eine grundsätzliche Akzeptanz dieser prüfenden Organe etabliert.

5.3.3. PatientenadvokatInnen

Den in den vertiefenden Fallstudien gewonnenen Einblicken zufolge **nehmen** PatientenadvokatInnen ihre **advokaturliche Funktion** für den/die PatientIn **häufig dezent im Hintergrund wahr**, auf der „Bühne“ der gerichtlichen Anhörungen und Verhandlungen hingegen agieren sie teils relativ zurückhaltend. Dies ist insofern wenig verwunderlich, haben doch PatientenadvokatInnen nach UbG im Unterschied zu den ÄrztInnen der psychiatrischen Abteilungen und den RichterInnen **keine verbindliche Entscheidungsgewalt**. Seine (des Patientenadvokats, Anm. d. Verf.) rechtliche Leistungsfähigkeit reicht nicht weiter als die Entscheidungs- und Kontrollbefugnisse jener Instanzen, an welche sich der Patientenadvokat wenden kann.“ (Kopetzki 2012, S. 166) Neben Information und Beratung der untergebrachten PatientInnen, der verfahrensförmigen Geltendmachung von vorhandenen Rechtsschutzinstrumenten sowie der Verdeutlichung und Stärkung der Sichtweisen und Wünsche der PatientInnen bei den Tagsatzungen kommt entsprechend auch dem **informellen Erklären, Vermitteln und Einwirken auf** die UbG-Umsetzungspraxis der **ÄrztInnen und des Pflegepersonals** an den psychiatrischen Abteilungen eine wichtige Rolle zu.

Hierzu bestehen an jenen Standorten günstigere Bedingungen, an denen die PatientenadvokatInnen ihren hauptsächlichen Dienstort auch beim bzw. im Krankenhaus haben

(dies ist nur bei den größeren psychiatrischen Abteilungen bzw. Krankenhäusern der Fall). Wenn der Psychiatriestandort eine „Außenstelle“ darstellt, ist die Patientenanwaltschaft in der Regel nur an den Tagen der gerichtlichen Überprüfung anwesend. In ersterem Fall gestalten sich die **Kontakte bereits vor der Erstanthörung** einfacher, PatientenanwältInnen haben aufgrund der räumlichen Nähe auch mehr Möglichkeiten, sich informell einzubringen, sie sind oft (fast) täglich auf der Abteilung anwesend. Überall wird aber berichtet, dass bei **Zweifel an der Angemessenheit einer Unterbringung** ohne Verlangen dieser **bereits vor der Erstanthörung** an der Abteilung **zur Sprache gebracht** wird.

„Dass ich mich gegen eine Unterbringung ausspreche, würde ich vielleicht nicht so formulieren, (...) schon eher sehr hinterfragend, so: Was ist denn da leicht wirklich? Seid ihr euch sicher, dass man den unterbringen muss, kann man den nicht im offenen Bereich behandeln?“ (P15/Abs. 100)

„Und wir nehmen dann natürlich auch schon Kontakt zum behandelnden Arzt auf und dann geht es schon quasi drum, diese Gefährdung zu diskutieren. Und wenn wer vor der Erstanthörung offen gelegt (d.h. vom Unterbringungsbereich in den offenen Bereich transferiert, Anm. d. Verf.) wird, dann dadurch, dass die Gefährdung wegfällt.“ (P28/Abs. 59)

I: „Ist es auch möglich, dass ihr schon vor der Erstanthörung mit den Ärzten Kontakt aufnehmt und zum Beispiel sagt, warum ist der noch herinnen?“

B: „Ja, natürlich. Das ist Hauptaufgabe.“ (P39/Abs. 190f.)

„Ich gehe immer hin, schaue mir die Leute an und wenn ich den Eindruck habe, wo ist da die erhebliche-, oder wenn ich mir denke, was macht die da? (...) Dann ist das erste, dass ich mal einen Arzt aufsuche und sage, irgendwie habe ich ein Problem da. Und hier ist das dann so, dass die sich dann noch einmal zu zweit, zu dritt mit dem Patienten zusammensetzen, manchmal bin ich auch dabei und dann besprechen wir das gemeinsam.“ (P49/Abs. 118)

Beim gerichtlichen Verfahren selbst bringen sich PatientenanwältInnen vor allem bei der **Unterbringungs voraussetzung** der erheblichen und ernstlichen **Gefährdung** ein, teils auch noch bei der Frage nach gelinderen Alternativen (wobei die konkrete Erschließung von Alternativen in der Regel nicht als Aufgabe der Patientenanwaltschaft betrachtet wird), wenig aber (erwartbar) beim Kriterium der psychischen Erkrankung. Die **Performance „on stage“**, d.h. bei der Anhörung bzw. Verhandlung, aber auch generell, kann sich **relativ unterschiedlich** gestalten, wie die Eindrücke bei den teilnehmenden Beobachtungen nahelegen. In den nachfolgenden Beschreibungen wird aus Anonymisierungsgründen der Fallstudien-Standort nicht erwähnt, die Reihenfolge wurde ebenfalls abgeändert.

- An einem Fallstudien-Standort hält sich die Patientenanwaltschaft **während der mündlichen Verfahren** meist relativ **stark im Hintergrund**. Man liefert

Wissen und Erklärungen zur Situation der Betroffenen ab und gibt auch manchmal Kommentare ab, es kann aber auch vorkommen, dass bei einer Verhandlung gar nichts gesagt wird. In Ausnahmefällen wird jedoch auch deutlich Initiative im Interesse der PatientInnen ergriffen. Generell scheint die **anwaltschaftliche Funktion** hauptsächlich **außerhalb der Anhörungen und Verhandlungen** wahrgenommen zu werden.

- Ein Fallstudien-Standort lässt eine vergleichsweise **enge Zusammenarbeit der Patienten-anwaltschaft mit dem ärztlichen und pflegerischen Personal** im Stationsalltag erkennen. Die Patienten-anwaltschaft bringt ihre Expertise den ÄrztInnen gegenüber ein, tritt aber **weniger** in der Rolle als **AnwältInnen für die PatientInnen** in Erscheinung, sondern mehr für die Wahrung des Rechts allgemein. Manchmal hatte es den Anschein, als würde das eigene Vorgehen weniger mit den PatientInnen gemeinsam als vielmehr für sie stellvertretend entschieden werden. Die Beobachtungen machen darauf aufmerksam, dass bei starker wechselseitiger Akzeptanz und Nähe von Patienten-anwaltschaft und dem medizinischen Personal zwar möglicherweise einerseits auf den Stationen in höherem Ausmaß informell auf die Umsetzung des UbG eingewirkt werden kann, andererseits aber die anwaltschaftliche Rolle **für** den/die PatientIn dadurch etwas in den Hintergrund geraten kann. Die Patienten-anwaltschaft läuft dann Gefahr, Teil des psychiatrischen Systems und dessen Logiken zu werden.
- An einem anderen Standort nimmt die Patienten-anwaltschaft zwar während der gerichtlichen Überprüfungen auch eher eine zurückhaltende Rolle ein, tritt aber dennoch immer wieder als **Sprachrohr der Sichtweisen und Bedürfnisse des Patienten bzw. der Patientin** auf, wenn es den Anschein hat, dass diese/r dies selbst nur ungenügend schafft. In einzelnen Verfahren wurden auch **höflich-kritische Fragen an die Ärzteschaft** gestellt, etwa weil einer Patientin ein Neuroleptikum verabreicht worden war, dass diese bekannterweise nicht verträgt. Der/die Patienten-anwältIn lässt immer wieder auch **emotionale Unterstützung des/der PatientIn** erkennen und achtet darauf, dass sich diese/r möglichst wohl fühlt. Es ist in der Beobachtung gut erkennbar, dass sich die Patienten-anwaltschaft vorrangig an den **Wünschen und Bedürfnissen der PatientInnen** orientiert.
- Als **Sprachrohr** für die Wünsche der PatientInnen zeigt sich auch die Patienten-anwaltschaft an einem weiteren Standort wirkend, tritt aber zugleich relativ **stark konsensorientiert im Verfahren** auf. Sie ist als BerichterstatterIn der Situation und Bedürfnisse der PatientInnen aktiv und engagiert und versucht zwischen diesen und den anderen Mitgliedern des Verfahrens, insbesondere zur Richter-

schaft, zu „übersetzen. Die Patientenanwaltschaft redet den PatientInnen fallweise gut zu und **erklärt** ihnen gegebenenfalls **Sachverhalte**, stellt allenfalls auch Fragen an die PatientInnen. **Differierende Perspektiven** zu Unterbringungen dürften zwischen Patientenanwaltschaft und ÄrztInnen vorrangig **im Hintergrund besprochen** werden, dort werden teils auch „Grenzfälle“ der Unterbringung gemeinsam diskutiert, aber nicht „on stage“, d.h. vor allem nicht vor den PatientInnen.

Insgesamt erwecken die PatientenanwältInnen in allen vier Fallstudien-Standorten den Eindruck, ihre **anwaltschaftliche Rolle mit relativ großer Bedachtnahme auf die anderen beruflichen AkteurInnen auszuüben**. Dies scheint vor allem den ungewisseren eigenen Einflussmöglichkeiten – insbesondere im Vergleich zu den RichterInnen und ÄrztInnen – geschuldet zu sein, sodass auf ausreichend Akzeptanz durch diese entscheidungsmächtigeren Stellen besonders zu achten ist. Die **Kompetenz zu strategischem Agieren** hilft dabei, wie folgendes Zitat veranschaulicht:

„Und manchmal kann es auch sein, sozusagen weniger zu kämpfen taktisch einzusetzen, weil je mehr man kämpft, desto mehr kriegt man dagegen, unter Führungszeichen.“ (P16/Abs. 23)

In diesem Agieren eine **dynamische Balance** zwischen Vertretung der Wünsche und Interessen der PatientInnen und Bemühen um Akzeptanz durch die anderen AkteurInnen zu wahren, erweist sich als permanente Herausforderung und Arbeit. Insbesondere erfordert dieser komplexe Orientierungsrahmen, sich immer wieder die **Unterscheidung zwischen „Willen“ und „Wohl“ des Patienten bzw. der Patientin** vor Augen zu halten – und vor allem zu berücksichtigen, dass für PatientenanwältInnen „im Zweifelsfall der **Wunsch des Patienten vor[geht]**“ (Kopetzki 2012, S. 183).

5.4. Begutachtung durch Sachverständige

Eine besonders wichtige Entscheidungsgrundlage bei den gerichtlichen Überprüfungen sind faktisch die **Sachverständigengutachten**. Die Ergebnisse der Online-Befragung unter den UbG-RichterInnen machen deutlich, dass nicht wenige, nämlich 43% der Befragten meist mit gleichbleibenden GutachterInnen arbeiten. Weitere 40% gaben an, teils mit den gleichen, teils mit wechselnden GutachterInnen zu arbeiten. Nur 17% der RichterInnen haben ihren Angaben zufolge meist mit wechselnden GutachterInnen zu tun. In einigen ergänzenden Anmerkungen zur Befragung wurde auf die **Schwierigkeit** hingewiesen, überhaupt **geeignete Sachverständige zu bekommen**. Dieser Aspekt wurde auch in allen vertiefenden Fallstudien problematisiert, die Tätigkeit teils als relativ unattraktiv und schlecht bezahlt beschrieben. Zudem kommen an zwei der vier Standorten die

GutachterInnen „aus dem Stall (), wo sie dann als Sachverständige arbeiten“ (P15/Abs. 22), d.h. sie waren früher selbst an der Abteilung oder an dem psychiatrischen Krankenhaus, für die/das sie später begutachten. Beide Aspekte – **gleichbleibende GutachterInnen** sowie deren **frühere fachliche Sozialisation in der psychiatrischen Abteilung** und soziale Nähe zu dieser, deren untergebrachte PatientInnen sie begutachten – können die Kontrollfunktion der Gutachten abschwächen, da der **externe Blick weniger gesichert** ist oder auch **EntscheidungsROUTINEN** zwischen Sachverständigen und RichterInnen emergieren können. Teils ist die Problematik auch bewusst, wobei die Schwierigkeit, geeignete Sachverständige zu finden, mitunter wenig Alternative lassen.

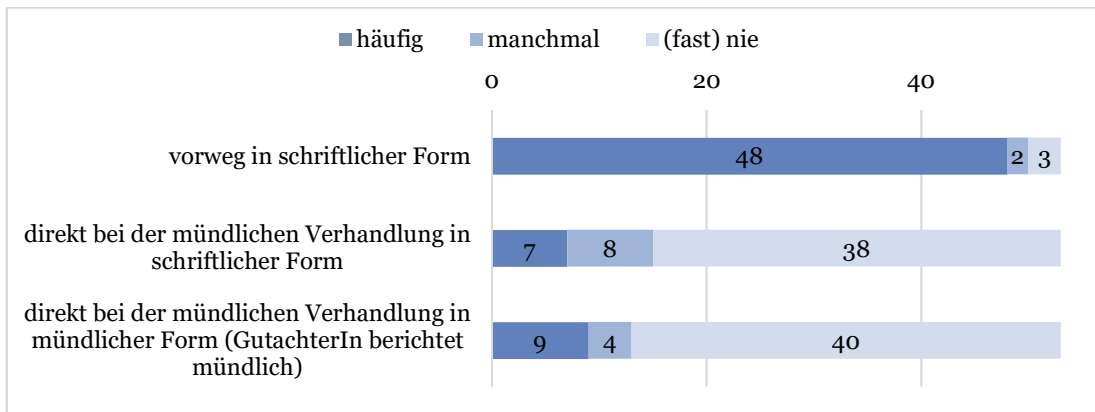
„Also, mit den Gutachterärzten haben wir kein Problem, weil die meisten (lacht) bei uns herinnen waren (d.h. früher an der Klinik gearbeitet haben, Anm. d. Verf.) und jetzt im niedergelassenen Bereich sind.“ (P37/Abs. 244)

„Gutachter ist immer der gleiche, das ist so ein Haus- und Hofgutachter. Kann man auch diskutieren, ob das gut ist, dass das Gericht immer mit dem gleichen Gutachter zusammenarbeitet, weil das wird dann so eine Ehepaarsituation. (...) Ich glaube, dass das nicht gut ist, weil die Objektivität bleibt schon ein bisschen auf der Strecke.“ (P47/Abs. 30off.)

Die **Möglichkeit**, ein **weiteres Gutachten anzufordern**, wird laut Online-Erhebung in der Praxis **fast nie genutzt**, dies dürfte neben Kostengründen auch mit der Knappheit an GutachterInnen zu tun haben.

An den überwiegenden UbG-Standorten in Österreich werden die **Gutachten vor der Tagsatzung in schriftlicher Form vorgelegt**. Laut Rückmeldungen der online befragten RichterInnen gibt es aber auch **andere Handhabungen**. An einzelnen Standorten ist es üblich oder kommt es zumindest gelegentlich vor, dass das Gutachten erst direkt bei der mündlichen Verhandlung schriftlich vorgelegt wird. Und 17% der Befragten (neun von 53 antwortenden RichterInnen) gaben an, dass die Gutachten **bei der mündlichen Verhandlung in mündlicher Form** (ohne vorherige oder direkte schriftliche Ausfertigung und Übermittlung) vorgelegt werden.

Abbildung 17: **Vorlegungsform der Sachverständigengutachten**, n=53, Teilbefragung **RichterInnen** – absolute Werte; Quelle: eigene Erhebung



Ergänzend ließen die vertiefenden Fallstudien sichtbar werden, dass an manchen Standorten die Sachverständigen bereits an der Erstanthörung teilnehmen, während sich ihre Anwesenheit bei der gerichtlichen Überprüfung an anderen Standorten auf die mündlichen Verhandlungen geschränkt. An einem Fallstudien-Standort konnte beobachtet werden, dass die **Gutachten** bei der Erstanthörung und mündlichen Verhandlung mündlich ausgeführt und **schriftlich nur als Teil des Gerichtsprotokolls vorliegen**. Sie sind entsprechend auch sehr kurz und ohne umfassende Exploration bzw. Untersuchung der PatientInnen erstellt (die gerichtlichen Prüfungen dauern an diesem Standort durchschnittlich nicht länger als 10 Minuten pro Fall insgesamt). Nachfolgender Interviewausschnitt verdeutlicht die regionale Gepflogenheit:

B1: „Ja, das ist eine große Hilfe. Auch deswegen, wenn man alleine (zur Erstanthörung, Anm. d. Verf.) geht, müssten wir sofort den Sachverständigen beauftragen, weil wir ja zur Tagsatzung das Gutachten haben müssen und zugestellt haben müssen. Also der Sachverständige müsste ja sowieso hingehen, der würde halt am nächsten Tag hingehen oder am übernächsten Tag.“

I: „Und so macht der das dann in einem?“

B1: „Ja, so macht er das in einem.“

B2: „Ich glaube, dass das wesentlich kostengünstiger ist. (...)“

B1: „Weil der Sachverständige müsste dann halt hingehen zu allen Patienten, zu denen er mit uns geht. Und müsste dann in seiner Ordination dann alles schreiben lassen, dann uns schicken. Wir müssten es zustellen und das alles unter ziemlichem Zeitdruck.“

I: „Verstehe ich das jetzt richtig, dass der Sachverständige gar kein ausführliches, ausformuliertes-?“

B1: „Nein, das machen wir.“

B2: „So wie es im Protokoll ist.“

I: „Das ist schon das Gutachten, das dann auch in der Tagsatzung verwendet wird?“

B1: „Ja, ja.“

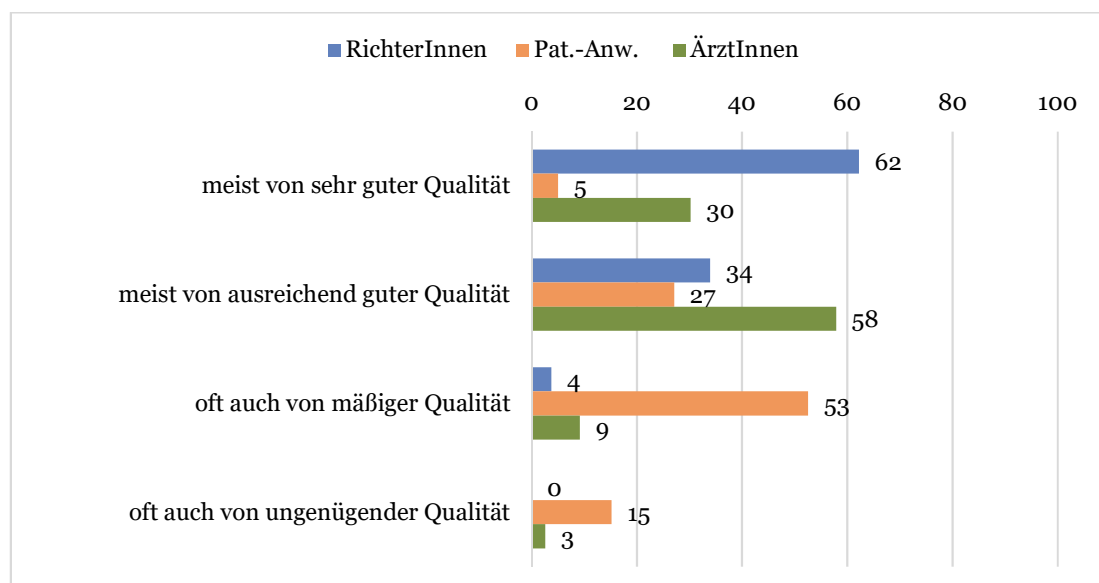
B2: „Da wird nachher ein Kontrollgutachten gemacht sozusagen.“

I: „Aber auch mündlich?“

B1: „Ja. Und die Zustellung ist halt dann die Zustellung des Protokolls.“ (P33/Abs. 148ff. _F2/RichterInnen)

Fast alle online befragten RichterInnen beurteilen die **Qualität der Sachverständigengutachten** als von „sehr guter“ (62%) oder zumindest „ausreichend guter“ (34%) Qualität. Mit wenigen Ausnahmen positiv bewerteten auch die FachärztInnen die Gutachten, wenn auch überwiegend mit „von ausreichen guter Qualität“ (58% und 30% „sehr gute Qualität“). Die PatientenanwältInnen zeigen sich bezüglich der Qualität der Gutachten zum größeren Teil wesentlich weniger zufrieden: 53% attestierten den Gutachten „oft auch mäßige Qualität“ und 15% sogar „oft ungenügende Qualität“.

Abbildung 18: **Qualität der Sachverständigengutachten**; Teilbefragungen RichterInnen (n=53), PatientenanwältInnen (n=60) und ÄrztInnen (n=76), Prozentwerte; Quelle: eigene Erhebungen



Die Überprüfung möglicher regionaler Unterschiede ergibt keine interpretierbaren Auffälligkeiten. Anders ausgedrückt: Von dieser Kritik der PatientenanwältInnen ist offenbar kein Bundesland ausgenommen. Ein **Hauptkritikpunkt** ist, dass die fachärztliche Beurteilung der Unterbringungs Voraussetzungen unzureichend begründet wird: 90% der nur mäßig oder nicht Zufriedenen stimmten dieser Antwortoption eher oder sehr zu (25% „trifft sehr zu“ und 65% „trifft eher zu“, n=40 „kritische“ Stellungnahmen). Die ergänzenden Anmerkungen machen deutlich, dass vor allem eine **unzureichende Erörterung der „ernstlichen und erheblichen“ Gefährdungslage** wahrgenommen wird. Noch häufiger bemängelt wird, dass in den Gutachten kaum Vorschläge zu möglichen Alternativen zur Unterbringung gemacht werden. 95% der PatientenanwältInnen stimmten dieser Aussage tendenziell oder ganz zu. Diese Online-Ergebnisse werden durch die vertiefenden Fallstudien, und zwar insbesondere durch die **Analyse von Gerichtsakten** gestützt: Eine sehr **knappe, überwiegend formelhafte Erörterung der „ernstlichen und erheblichen“ Gefährdungslage** und besonders der möglichen Anwendung von Altnativen war in einem großen Teil der in den Gerichtsakten enthaltenen Dokumente

vorherrschend (Ärztliche Zeugnisse, Protokolle, etc.). Das trifft auch auf die Sachverständigengutachten zu.

Von vielen Beteiligten, mit denen im Rahmen der vertiefenden Fallstudien Gespräche geführt wurden, wird dem **Sachverständigengutachten** ein **großer Einfluss auf die richterliche Entscheidung** zugesprochen. Auch die teilnehmenden Beobachtungen bestätigen dies tendenziell, wobei die „Entscheidungsvorschläge“ der Sachverständigen unterschiedlich aktiv übernommen werden (vgl. Kap. 5.3.1). Die Qualität der Gutachten wird in den qualitativen Gesprächen heterogener diskutiert, auch wenn man in der Regel mit den hauptsächlich begutachtenden Sachverständigen große Zufriedenheit artikuliert. Größere **Unzufriedenheit** zeigt sich in Bezug auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie, sie resultiert vor allem daraus, dass häufig **Sachverständige der „Erwachsenenpsychiatrie“** ohne spezifische Fachkenntnisse **in der Kinder- und Jugendpsychiatrie** begutachten – was vor allem dem Umstand geschuldet ist, dass es sich dabei um ein „Mangelfach“ handelt. Mehrfach deutet sich in Gesprächen auch eine **starke Orientierung mancher Sachverständigen an der Einschätzung des ärztlichen Personals** der betreffenden Abteilung an, vereinzelt wird auch kritisiert, dass Sachverständige mitunter vorrangig die Krankenakte als Informationsquelle heranziehen und weniger Wert auf ein ausführliches Gespräch mit der untergebrachten Person legen würden. Insgesamt wird aber die **grundsätzliche Wichtigkeit eines fachärztlichen Blicks von außen** in der gerichtlichen Überprüfung betont – es gelte nur darauf zu achten, dass dieser externe Blick auch ausreichend unabhängig und sorgfältig prüfend eingenommen wird.

5.5. Unzulässigkeitserklärungen

Die Daten der GÖG (vgl. Sagerschnig et al. 2017, S. 83f.) zeigen, dass direkt bei den gerichtlichen Überprüfungen nur **selten Unterbringungen für unzulässig erklärt** werden, an manchen Standorten kommt dies so gut wie gar nie vor. Nur wenige Standorte in Österreich weichen davon merklich ab. Daraus lässt sich aber noch nicht schließen, dass die gerichtliche Überprüfung wenig Wirksamkeit entfalte. Vielmehr legen die Einblicke der vertiefenden Fallstudien nahe, dass sie **von ärztlicher Seite** nach Möglichkeit **vorweggenommen** wird, indem die **Unterbringungen kurz vor der Anhörung oder mündlichen Verhandlung nochmals genau geprüft und gegebenenfalls bereits aufgehoben** werden. Die behandelnden ÄrztInnen der psychiatrischen Abteilungen heben in der Regel Unterbringungen, bei denen sie eine höhere Wahrscheinlichkeit sehen, dass sie bei der gerichtlichen Überprüfung für unzulässig erklärt werden, vor der Tagsatzung auf. Sie antizipieren gewissermaßen die vermutete Entscheidung des Gerichts. Dies ist der eine Aspekt, der sich durchaus als im Sinne des Rechtsschutzes wirkende Praxis deuten lässt.

Der andere Aspekt gestaltet sich wesentlich ambivalenter: Die vertiefenden Fallstudien verweisen sehr wohl auch **auf richterlicher Seite** auf teils **große Zurückhaltung, gegen die ärztliche Meinung zu entscheiden** und eine Unterbringung für unzulässig zu erklären. Auch die begutachtenden FachärztInnen bzw. Sachverständigen folgen häufig der Diagnose und Einschätzung des behandelnden ärztlichen Personals – und sind ihrerseits wieder eine zentrale Orientierung für die RichterInnen. Nur an einem Fallstudien-Standort zeigt sich ein deutlich höheres Ausmaß an Unzulässigkeitsklärungen. Dies lässt sich vermutlich aus einem Zusammenwirken aus mehreren Faktoren erklären: Einerseits einer Richterschaft, die ihre Rolle vergleichsweise proaktiv wahrnimmt und hohe Bereitschaft zu eigenverantwortlichem Entscheiden zeigt, andererseits einer ärztlichen Vertretung, die sich auf die Diskussion mit dem Gericht einlässt, und drittens eines Verfahrens, in dem den PatientInnen vergleichsweise mehr Möglichkeit gegeben wird, ihre Sichtweise und Wünsche zu artikulieren.

Nachfolgendes Zitat bringt auf den Punkt, was das **gerichtliche Kontrollsystem** potenziell abschwächen kann – und **teils** auch **abschwächt**:

„Und eigentlich ist es von einem solchen Kontrollsystem nicht zu erwarten, dass sie mehr Risiko auf sich nehmen, als das der behandelnde Arzt tut, der den Patienten ja doch wesentlich besser kennt.“ (P26/Abs. 215)

An dieser Stelle wird die **essenzielle Rolle der Patientenanwaltschaft** für ein ausreichendes Funktionieren des gerichtlichen Kontrollsystems besonders sichtbar: Sie müssen sich für die Rechte und den Willen der betroffenen Personen stark machen und diese im Verfahren stärken, zugleich entscheiden sie nicht selbst und werden – jedenfalls theoretisch – weniger durch die „Last“ der Entscheidungsverantwortung gelähmt. Dennoch ist **für einen funktionierenden Rechtsschutz von besonderer Wichtigkeit**, dass **RichterInnen** ihre **Entscheidungsverantwortung** ausreichend **aktiv wahrnehmen** und sich nicht zu sehr auf die Rolle der formalen Entscheidungslegitimation (vgl. Kap. 5.3.1) zurückziehen.

5.6. Erkenntnisse aus den Interviews mit betroffenen Personen

Aus Betroffenenperspektive stellt sich die gerichtliche Überprüfung kaum als „ein Ereignis“ dar. Vielmehr wird von einem häufig wenig transparenten „Moment“ gesprochen („das hat vielleicht fünf Minuten gedauert“ – D2), der für die Betroffenen wenig Einflussmöglichkeiten mit sich führe, sondern eher über ihren Kopf hinweg passiere. Zwischen Erstanhörung und Verhandlung wird nicht unterschieden: „Gericht ist Gericht“. Die gerichtliche Überprüfung wird nur in den seltensten Fällen als Einrichtung wahrgenommen,

die dem Schutz der betroffenen Person und der Überprüfung ärztlicher Unterbringungsentscheidungen, d.h. einer Kontrolle der an die Psychiatrie übertragenen Zwangsgewalt dienen soll. Vielmehr wird von einer formalen Routine gesprochen:

„Es ist so eine richtige Leier, die eh standardmäßig vorkommt (...) es ist immer das gleiche Schema“ (D2/Abs. 51_F1)

„Da kann ich mich überhaupt nicht erinnern. Und in den Tagen war ich überhaupt nicht ansprechbar (...).“ (D7/Abs. 30_F2)

„Bin mir vorgekommen, wie so eine Nummer. ‚Jetzt ist Frau R. dran, wer ist als Nächstes?‘ Wie so ein Fall, der bearbeitet wird. Wie am Fließband.“ (D13/Abs. 64_F3)

„Alle zwei, drei Wochen kam dann irgendwie jemand ins Haus und dann musste man einen ganzen Nachmittag oder wann das war da sein, falls man drankommt, dass man da hin ist und dann hat man sein kurzes Hallo gehabt und dann durfte man wieder gehen.“ (D13/Abs. 7_F3)

„Es hat so Anhörungen gegeben. Dann ist es entweder verlängert worden oder es ist genehmigt worden (...) er hat so ein Diktiergerät gehabt, dann hat er das immer ins Diktiergerät geredet! Also so abgehackt. Also. ‚Die Patientin sagte‘ (...) Da ist man einfach hingeschickt worden und hat das tun müssen. Der ist mit dem Diktiergerät vor einem gehockt und hat das hineingeplappert, was er da-/ . Ja, wie gesagt, in dritter Person.“ (D10/Abs. 51ff._F3)

Zwei wesentliche Aspekte werden in den Gesprächen immer wieder betont: Erstens ist die Erinnerung an die gerichtliche Überprüfung verschwommen. Die Betroffenen berichten mehrfach von **bedingter Aufnahmefähigkeit während des Überprüfungsprozesses**. Abgesehen davon, dass das Ereignis nicht als wichtiger Moment wahrgenommen wurde, wird wiederholt darauf verwiesen, dass in diesem Moment die Krankheit oder Medikation zu stark beeinträchtigend war, um ausreichend bewusst an der gerichtlichen Überprüfung teilzunehmen. Zweitens wird der **Überprüfungsprozess als intransparent wahrgenommen**. Grundsätzlich wird ein großer Wunsch nach mehr Vorabinformation bzw. an Vorbereitung auf den Ablauf und auch die eigenen Handlungsmöglichkeiten erkennbar. Gerade erstmals Betroffene haben oft keine Vorstellung, was bei der gerichtlichen Überprüfung passiert. Eine psychiatrieerfahrene Person berichtete davon, dass sie nicht mehr wirklich informiert bzw. vorbereitet worden sei, weil davon ausgegangen wurde, dass sie den Prozess bereits zur Genüge kenne. Gleichzeitig wird mehrfach darauf verwiesen, wie **wenig verständlich** die **Inhalte des Verfahrens** seien: „Fachchinesisch und (...) zu hoch gestochen[e] Rechtsjudikatur“ (D5) machen den Prozess für die Betroffenen intransparent.

Erzählungen über **RichterInnen** nehmen keinen bedeutsamen Platz in den Gesprächen ein. Wenn überhaupt, dann werden sie (meist auf Nachfrage) als **neutral**, manchmal auch als korrekt beschrieben. Vereinzelt explizit **positive Beschreibungen** beziehen sich etwa darauf, **dass zugehört wurde**. Die Rolle von RichterInnen schwankt in der Wahrnehmung der Betroffenen zwischen dem „objektiven Entscheider“ und dem, „der (...) den Sanktus drauf[gibt]“ (D2/Abs. 24).

Die **PatientenanwältInnen** werden (auch regional) **sehr unterschiedlich wahrgenommen**, sowohl was die Parteilichkeit als auch die Informationsvermittlung und das Engagement betrifft. Mehrfach liegen aber auch keine Erinnerungen zu Kontakten mit PatientenanwältInnen vor. Wenn solche Erinnerungen zugänglich sind, werden PatientenanwältInnen in stark **differierenden Funktionen** bzw. Rollen erlebt: Manchmal in einer **Alibi-Funktion** ohne tatsächlicher Macht, teils in einer **Übersetzungsfunktion**, in dem sie den Betroffenen die Quintessenz des Prozesses verständlich machen, mitunter aber auch als **verlängerter Arm des Krankenhauses**. In positiven Berichten werden die PatientenanwältInnen als diejenigen erlebt, die **Menschlichkeit in den Prozess einbringen**, die etwa bewirken, „dass du dich als Person wieder wahrgenommen siehst, nicht nur als Stück Holz“ (D5/Abs. 31_F1). Positive Erinnerungen gibt es vor allem dann, wenn die PatientenanwältInnen **zuhören**, sich proaktiv einbringen, **nachfragen** und die untergebrachte Person gut informieren. Mehrfach wird **Zeitknappheit** im Kontakt mit den PatientenanwältInnen problematisiert.

ÄrztInnen werden von den Betroffenen bei den gerichtlichen Überprüfungen – so sie dabei überhaupt erinnert werden – mehrfach als „**Berichterstatter**“ beschrieben, die aus dem „Buch“ des Kranken vorlesen. Je nach Setting werden sie als (tendenziell uninteressiert) **neutral** beschrieben **oder** auch als **diejenigen** wahrgenommen, **die eigentlich entscheiden**.

Sachverständige scheinen keinen präsenten Eindruck zu hinterlassen. Mehrfach thematisiert wurde der **Wunsch nach zwei GutachterInnen** bzw. nach der Möglichkeit, proaktiv GutachterInnen von außen (extramural/niedergelassen) benennen zu können. Hier besteht offenbar teils ein **Informations- oder Vermittlungsdefizit** zu Möglichkeiten von Zweitgutachten.

Ihre eigene Rolle im Überprüfungsprozess erleben die **Betroffenen** häufig als **ohnmächtig** – sei es aufgrund ihrer Krankheit, der Medikation oder auch fehlender Information bzw. mangelnder Möglichkeit, ausreichend Gehör zu finden. Eine interviewte Person bringt das eigene Gefühl der Isoliertheit in der gerichtlichen Überprüfung folgendermaßen zum Ausdruck:

„Das ist so aufgebaut: Also ich sitze da allein. Da sitzt die Ärzte-Seite. Die Richterin. Der Gutachter. Und die Patientenanwältin.“ (D17/Abs. _F4)

Nachfolgende beiden Zitate machen sichtbar, dass sich die gerichtliche Überprüfung faktisch doch auch als eine Prüfung der untergebrachten Person entfaltet:

„Also dort (bei der Anhörung, Anm. d. Verf.) habe ich eher Schiss gehabt, dass ich was Falsches sagen könnte und dass ich länger da festgehalten werde.“ (D10/Abs. 55_F3)

„Was mir da auffällt: Wenn ich manisch bin, da bin ich sehr spirituell. Da bin ich sehr verbunden mit allem und jedem und Gott und hin und her. Aber das darfst du nicht erwähnen, weil sonst wirst du sofort wieder angehalten. (...) Und dann habe ich mir immer gedacht, weil ich ja ganz gern immer in die Kirche gegangen bin am (KH-Standort, Anm. d. Verf.) und da waren immer so liebe Pfarrer und wenn die ihre Messe gehalten haben, habe ich mir immer gedacht, eigentlich könnten die auch für Psychotiker gehalten werden, was die verzapfen. Also das darf man absolut nicht. Da habe ich dann schon herausgekriegt, welche No-Go's sind bei der Gerichtskommission, die man ja nicht äußern darf.“ (D17/Abs. 51_F4)

Im Rahmen des Überprüfungsprozesses ausreichend gehört zu werden, ist für Betroffene sehr wichtig, aber auch sehr voraussetzungsreich: Wissen, soziales Kapital (z.B. Unterstützung von Angehörigen o.ä.), Sprachkompetenzen und Selbstbewusstsein erleichtern dies. Fachsprachliche Abläufe erschweren es den untergebrachten Personen, sich aktiv einzubringen. Raum bekommt, wer in der Lage ist, sich Raum zu nehmen, so die Beobachtung einer interviewten Person. Und aus der teilnehmenden Beobachtung ist zu ergänzen: Eine höhere soziale Position kann auch an einem sonst „zeitknappen“ Standort zu einer verblüffende Bereitschaft führen, mit einem Dr. jur. auch nach der Verkündung und Erläuterung der Entscheidung länger weiter zu plaudern, der Zeitdruck schien plötzlich vergessen, obwohl noch weitere Anhörungen anstanden. **Unterstützung durch Angehörige** bzw. einer vertrauten Person von außen) wird mehrfach gewünscht bzw. wenn diese da ist, als sehr positiv und einflussreich beschrieben.

5.7. Resümee zur gerichtlichen Überprüfung

Die Vorbereitung der gerichtlichen Überprüfung findet unter großem **Zeitdruck** statt, in der Regel können dies die Beteiligten in der Praxis aber gut handhaben. Der **Informationsstand** zu den einzelnen Unterbringungsfällen basiert einerseits zentral auf Auskünften der untergebrachten Personen selbst und teilweise der Angehörigen sowie andererseits auf über das Krankenhaus vermittelten Unterlagen (insbesondere Krankenakte, Polizeibericht, in eingeschränktem Ausmaß auch das amtsärztliche Zeugnis). Erheblicher Informationsmangel zeigt sich in Bezug auf (psycho-)soziale Dienste, niedergelassene

FachärztInnen und Heime bzw. Wohneinrichtungen – und damit Stellen, die häufig Unterbringungen initiieren. RichterInnen führen allerdings auch selbst nur in Ausnahmefällen eigene Erhebungen gemäß § 23 UbG durch.

Die **Selbsteinschätzungen** der drei zentralen Berufsgruppen in der Umsetzung der gerichtlichen Überprüfung (**RichterInnen, ÄrztInnen, PatientenanwältInnen**) lassen auf eine **überwiegend sehr gut bis eher gut funktionierende rechtliche Kontrolle** schließen. Demnach können damit die Persönlichkeitsrechte der untergebrachten Personen eher bis sehr gut geschützt werden und üben die PatientenanwältInnen die Rechtevertretung der PatientInnen in hohem Ausmaß gut und aktiv aus. Ihre vermittelnde Rolle ist hingegen gerade von ärztlicher Seite etwas mehr umstritten. PatientenanwältInnen selbst beurteilen die Gleichwertigkeit der Beteiligten in den Tagsatzungen etwas heterogener als die anderen beiden Berufsgruppen. Auch bei der Gesamtbewertung der gerichtlichen Überprüfung zeigen sie sich etwas kritischer, auch wenn diese insgesamt allen Bewertungen zufolge in der Regel ihre Funktion eher bis sehr gut erfüllt.

Die Eindrücke aus den vertiefenden **Fallstudien** geben ein **heterogeneres Bild**. Zunächst zeigen sich beachtliche Differenzen im Ablauf bzw. in der Ausgestaltung der Verfahren: Die **Zeit** der Verfahren pro PatientIn schwankt zwischen fünf Minuten und bis zu einer Stunde, oft liegt sie bei zehn, max. 15 Minuten. Häufig werden die Verfahren recht zügig durchgeführt, wodurch wenig Zeit für das Gespräch mit den PatientInnen und für tiefergehende Erörterungen des Sachverhalts bleibt. Ein Standort weicht hier deutlich ab und das Gericht nimmt sich vergleichsweise viel Zeit, dort kommen auch die untergebrachten Personen wesentlich besser zu Wort und findet mehr diskursive Erörterung des Falls zwischen allen am Verfahren Beteiligten statt. Ausreichend Zeit erweist sich insgesamt als von zentraler Bedeutung für die Qualität des gerichtlichen Verfahrens.

RichterInnen können ihre zentrale Rolle im Verfahren verschieden umsetzen: Zum einen können sie sich neben der Verhandlungsstrukturierung vorrangig auf die formale Legitimation fachärztlicher Expertise und Entscheidungsempfehlungen beschränken. Dann wird oft auch dem direkten Gespräch mit der untergebrachten Person weniger Bedeutung und Zeit beigemessen, es erfolgt eine äußerst enge Orientierung an den Sachverständigengutachten. Zum anderen – und dies ist eindeutig der seltenere Fall – ist aber auch eine aktivere Ausübung der richterlichen Funktion im Sinne einer selbstständig abwägenden Prüfung und Entscheidungsfindung beobachtbar. Dies impliziert ausführliche Dialoge mit den PatientInnen und eine gewisse Hartnäckigkeit, bei den ärztlichen bzw. Sachverständigen-Einschätzungen Gefährdungskonkretisierung einzufordern, aber auch eine intensivere Auseinandersetzung mit relevanten Krankheitsbildern. RichterInnen können erheblich beeinflussen, wie respektvoll die PatientInnen ins Verfahren eingebunden werden.

Auf Seiten der **FachärztInnen** psychiatrischer Abteilungen lässt sich pragmatische Akzeptanz der Kontrollmechanismen durch das UbG als verbreitete Grundhaltung ausmachen. Dennoch wird mitunter auch als unangemessene Infragestellung ärztlicher Kompetenz wahrgenommen, was im Kern die gerichtliche Kontrolle der den ÄrztInnen übertragenen staatlichen Zwangsbefugnisse darstellen soll. In den vertiefenden Fallstudien ließen sich unterschiedliche Mechanismen beobachten, die direkte Konfrontation mit der formalen Entscheidungsmächtigkeit des Gerichts zu meiden. Vereinzelt zeigte sich aber auch, wie die Verfahren als Chance genutzt werden können, schwierige oder strittige Unterbringungsentscheidungen diskursiv zu erörtern und gemeinsam ergebnisoffen nachzuschärfen.

PatientenanwälInnen nehmen ihre anwaltschaftlichen Funktionen häufig dezent im Hintergrund wahr – etwa durch Ansprechen der ÄrztInnen hinsichtlich zweifelhafter Unterbringungen bereits vor der Anhörung. Insgesamt erweist sich eine dynamische Balance zwischen der Vertretung der Rechte und des Willens der untergebrachten Personen einerseits und ausreichender Akzeptanz durch die entscheidungsmächtigen AkteurInnen (ÄrztInnen und RichterInnen) andererseits als essenziell, sie gelingt aber auch nicht selbstverständlich und ist immer wieder nachzujustieren. Die anwaltschaftliche Rolle wird mit relativ großer Bedachtnahme auf die anderen beruflichen AkteurInnen wahrgenommen, dies macht es umso wichtiger, nicht nur das Wohl, sondern auch den Willen der PatientInnen ausreichend zu vertreten.

Sachverständigengutachten üben einen großen Einfluss auf die Entscheidungen der RichterInnen über die Zulässigkeit der Unterbringung aus. Die Anwendungspraxis gestaltet sich heterogen: Auch wenn die Gutachten überwiegend in schriftlicher Form vor der mündlichen Verhandlung vorliegen, werden sie an manchen Standorten erst beim Verfahren selbst vorgelegt – oder manchmal dort auch erst mündlich ad hoc ausformuliert und dann protokolliert. Die Qualität der Gutachten wird relativ unterschiedlich bewertet: fast ausschließlich positiv von den RichterInnen, mehrheitlich negativ von den PatientenanwälInnen und überwiegend „ausreichend gut“ von den ÄrztInnen. Der Hauptkritikpunkt bezieht sich auf eine unzureichende Erörterung der Gefährdungslage. Auch die Analyse der Gerichtsakten lässt eine knappe, überwiegend formelhafte Erörterung der Gefährdung sichtbar werden. Trotz teils wahrnehmbarer Unzufriedenheit wird die grundsätzliche Wichtigkeit eines externen fachärztlichen Blicks auf breiter Basis unterstrichen.

Unterbringungen werden bei der gerichtlichen Überprüfung nur **selten** für **unzulässig erklärt**. Dies dürfte einerseits aus einer vorwegnehmenden Aufhebung zweifelhafter Unterbringungsfälle durch die Ärzteschaft kurz vor den Verfahren resultieren, d.h. deren Rechtsschutz entfaltet sich hier präventiv. Andererseits lassen die vertiefenden Fallstudien auch vermuten, dass sich die Richterschaft teils in großer Zurückhaltung übt, gegen

die ärztliche Meinung zu entscheiden. Für einen funktionierenden Rechtsschutz ist aber von großer Wichtigkeit, dass RichterInnen ihre Entscheidungsverantwortung aktiv wahrnehmen.

Die Perspektive von **Personen mit Unterbringungserfahrung** streicht die große Bedeutung von Transparenz und ausreichender sowie gut aufbereiteter Information zum Verfahren und den eigenen Rechten hervor. Die Inhalte des Verfahrens sind für sie oft wenig verständlich, zugleich wird der Kontakt mit der Patientenanwaltschaft als durch Zeitknappheit limitiert erfahren. Ihre eigene Position im gerichtlichen Überprüfungsprozess erleben die interviewten Betroffenen häufig als ohnmächtig. Mehrfach wurde der Wunsch nach zwei GutachterInnen von ihnen thematisiert, in diesem Aspekt scheint es auch ein Informations- und Vermittlungsdefizit zu geben.

Zusammenfassend kann die **rechtliche Gestaltung der gerichtlichen Überprüfung** als passend beurteilt werden, die ihren Zweck grundsätzlich erfüllen kann. Allerdings zeigen sich in der Rechtsanwendung teils noch Optimierungsbedarfe, damit sie ihre Kontrollaufgaben, aber auch Möglichkeiten zur gemeinsamen Aushandlung unklarer Anwendungsfälle noch umfassender umsetzen kann.

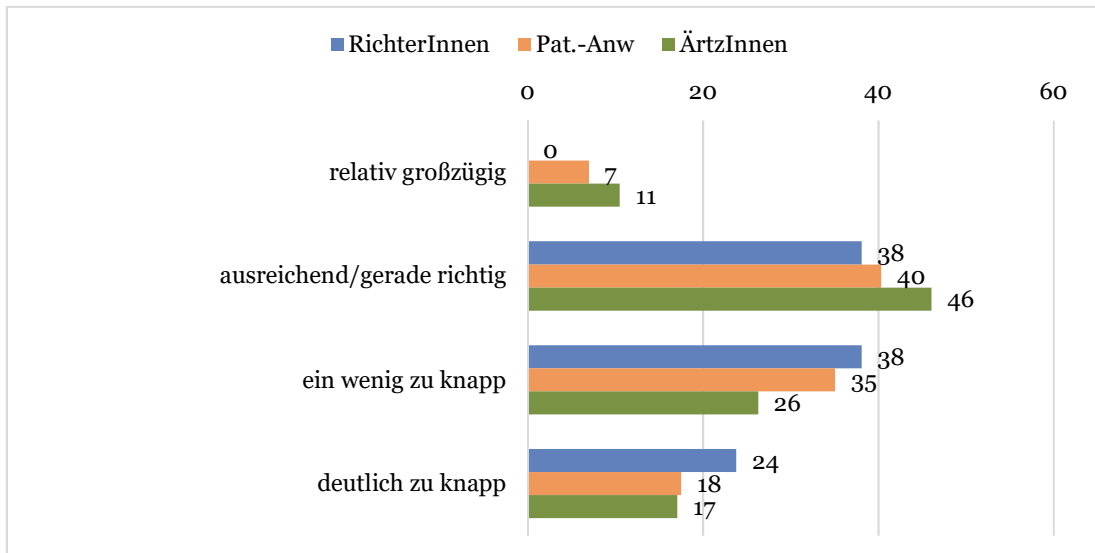
6. Struktur, Dauer und Aufhebung der Unterbringung

Gestaltung und Verlauf von Unterbringungen stehen nicht im Zentrum der vorliegenden Studie und doch müssen verschiedene Aspekte derselben auch in Bezug auf zentrale Fragen dieser Studie behandelt werden. Diesen Aspekten ist das folgende Kapitel gewidmet. Da davon auszugehen ist, dass Bettenverfügbarkeit und Personalressourcen maßgebliche Faktoren in diesem Zusammenhang sind, werden sie zunächst besprochen. Ein für die Fragestellungen dieser Studie zentrales Thema ist die im Anschluss daran diskutierte Dauer der Unterbringung. Wovon ist diese abhängig? Was bedeutet es, dass kurze Anhaltungen besonders zunehmen? Weiters umfasst das Kapitel ausgewählte Fragen zur Aufhebung der Unterbringung, die auch mit der Dauer im Zusammenhang stehen: Wie wirken die PatientenanwältInnen, abgesehen von ihrer Rolle bei den gerichtlichen Überprüfungen, an Aufhebungen von Unterbringungen mit? Wie wird die Bedeutung und Anwendungspraxis des § 32a UbG wahrgenommen? Was könnten bedingte Unterbringungen oder bedingte Entlassungen aus Unterbringungen in Verbindung mit Auflagen – beides derzeit im UbG nicht vorgesehen – bewirken? Von essenzieller Bedeutung für die Reflexion der Unterbringungsumsetzungen in der Psychiatrie sind die Wahrnehmungen Betroffener hinsichtlich Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung, sie werden abschließend dargestellt.

6.1. Beurteilung der Ressourcenausstattung der Psychiatrien

In der Online-Befragung von RichterInnen, ÄrztInnen und PatientenanwältInnen wurde um eine Bewertung der verfügbaren Betten und der verfügbaren Personalressourcen auf der jeweiligen psychiatrischen Abteilung bzw. im betreffenden Krankenhaus gebeten. Betrachtet man zunächst die Rückmeldungen zur Verfügbarkeit von Betten im Unterbringungsbereich, so sieht man, dass sich die Antworten auf die beiden „mittleren“ Antwortmöglichkeiten „ausreichend/gerade richtig“ und „ein wenig zu knapp“ konzentrieren. Interpretiert man die Bewertung mit „ein wenig zu knapp“ als „noch akzeptable“ Ausstattung, so scheinen 75 Prozent der PatientenanwältInnen, 76 Prozent der RichterInnen und 72 Prozent der ÄrztInnen die diesbezügliche Situation als ausreichend oder eben zumindest gerade noch akzeptabel zu beurteilen. Die ÄrztInnen zeigen sich mit der Bettenausstattung eher zufrieden als die beiden anderen Berufsgruppen. RichterInnen sehen am öftesten einen Bedarf an einem zusätzlichen Bettenangebot (62%), aber auch die PatientenanwältInnen monierten öfter eine zu geringe Ausstattung (53%) als die befragten ÄrztInnen. Die Größe der jeweiligen Klinik oder der psychiatrischen Abteilung scheint dabei keine Rolle zu spielen.

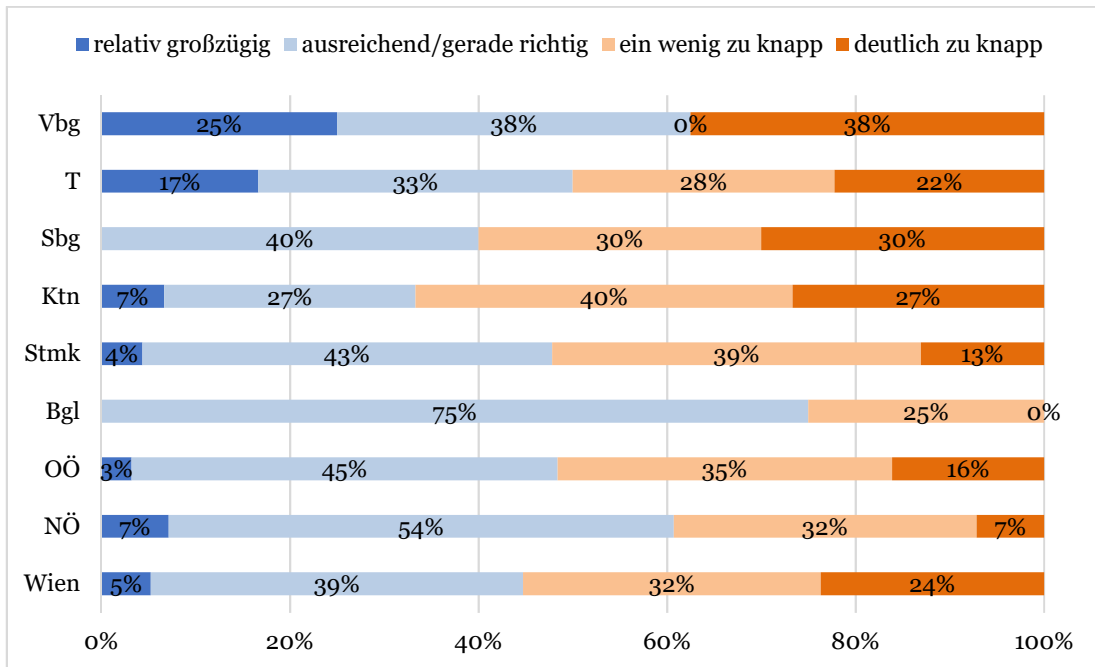
Abbildung 19: **Bewertung der Bettenzahl für Unterbringungen gem. UbG im eigenen Zuständigkeitsbereich** – Vergleich Teilbefragungen RichterInnen, PatientenanwältInnen und ÄrztInnen – Prozentwerte (n= 57 PatientenanwältInnen, n= 42 RichterInnen und n=76 ÄrztInnen); Quelle: eigene Erhebung



Die FachärztInnen wurden auch gefragt, wie sie die Zahl der verfügbaren Betten für PsychiatriepatientInnen an Ihrer Klinik bzw. Abteilung insgesamt beurteilen. Hier sehen wesentlich mehr ÄrztInnen, nämlich zwei Drittel, einen Mehrbedarf, großteils korrespondieren die Antworten zu den beiden Frage jedoch. Hatten UmfrageteilnehmerInnen eine gute oder ausreichende allgemeine Bettenkapazität gemeldet, so fiel in der Regel auch deren Antwort auf die Frage nach den Unterbringungsbetten entsprechend aus. Wenn bei der allgemeinen Bettenkapazität Verbesserungspotential gesehen wurde, so wurde meist auch Verbesserungspotential bei der Zahl der Unterbringungsbetten gesehen. In einem Viertel der Rückmeldungen wurde jedoch trotz Hinweis auf einen allgemeinen Bettenmehrbedarf das Bettenangebot im Unterbringungsbereich als gut oder zumindest ausreichend bewertet. Daraus könnte man schließen, dass im Unterbringungsbereich eher oder öfter Kapazitätsreserven vorgesehen werden als in der stationären Psychiatrie allgemein.

Interessant erscheint bei diesem Aspekt auch ein Bundesländervergleich. Da die Zahlen der Rückmeldungen der einzelnen Berufsgruppen aus den Bundesländern eine zu geringe Zahlenbasis für Vergleiche darstellen, wurden für die folgende Grafik die Rückmeldungen aller Berufsgruppen pro Bundesland zusammengefasst. Am öftesten wurde aus Kärnten ein Mehrbedarf an Unterbringungsbetten gemeldet (67%), gefolgt von Salzburg (60%), Wien (56%), der Steiermark (52%) und Oberösterreich (51%), am seltensten aus dem Burgenland (25%), Vorarlberg (38%) und Niederösterreich (39%).

Abbildung 20: **Bewertung der Bettenzahl für Unterbringungen gem. UbG im eigenen Zuständigkeitsbereich** – Zusammenfassung der Teilbefragungen für RichterInnen, PatientenanwältInnen und ÄrztInnen und Vergleich der Bundesländer – Prozentwerte (n=57 PatientenanwältInnen, n=42 RichterInnen und n=76 ÄrztInnen); Quelle: eigene Erhebung



Ein unmittelbarer Zusammenhang mit der Zahl faktisch verfügbarer Psychiatriebetten kommt hier nicht zum Ausdruck. Salzburg ist z.B. eines der Bundesländer mit einer im Österreichvergleich großen Zahl an Psychiatriebetten, während Wien eines der Länder mit einer vergleichsweise geringen Bettenzahl ist.⁶ Niederösterreich ist das Bundesland mit der bevölkerungsbezogen geringsten Bettenzahl und doch wird hier vergleichsweise selten ein Bettenmehrbedarf für Unterbringungen zum Ausdruck gebracht, weder auf Seiten der PatientenanwältInnen noch der FachärztInnen.

Im Bundesländervergleich der Berufsgruppen fällt besonders auf, dass der Großteil der RichterInnen aus den westlichen Bundesländern (Vorarlberg, Salzburg, Tirol) einen zusätzlichen, vielfach sogar beträchtlichen Bedarf an mehr Unterbringungsbetten (80%) konstatiert. Ähnlich stellt sich das Bild für die südlichen Bundesländer dar (Steiermark, Kärnten, Südl. Burgenland – 75%), während sich in den anderen Regionen die richterlichen Stimmen, die einen Mehrbedarf sehen, mit jenen, die eine tendenziell passende Bettenausstattung wahrnehmen, weitgehend die Waage halten.

Die Rückmeldungen der PatientenanwältInnen und FachärztInnen lassen auch eine gesonderte Betrachtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) zu, wiewohl die geringe

⁶ vgl. Berichtsteil 2/Fuchs, S. 51 (Tabelle 14): Salzburg: 43 Psychiatriebetten pro 100.000 Bevölkerung, Wien: 37, NÖ: 30

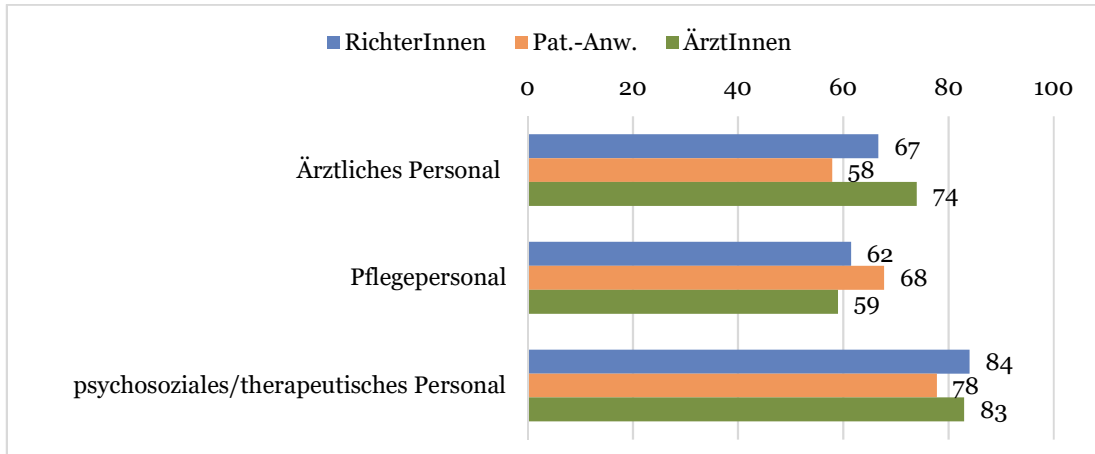
Zahl der Rückmeldungen hier besondere Vorsicht bei Interpretationen gebietet. Hervorzuheben ist dabei Wien. Alle sieben von PatientenanwältInnen und FachärztInnen vorliegenden Rückmeldungen zur KJP in Wien verwiesen auf eine zu knappe Bettenzahl, die Mehrheit auf eine deutlich zu knappe Bettenzahl.

Was die **Personalausstattung** der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen anbelangt, sieht die Mehrheit aller drei befragten Gruppen in den meisten Kliniken Verbesserungsbedarf (vgl. Abbildung 21). Annähernd drei Viertel der befragten ÄrztInnen konstatieren einen **Mangel an ärztlichem Personal** an ihrer Abteilung, die Hälfte davon einen markanten. Angemerkt werden kann hier wieder, dass die Größe der jeweiligen Psychiatrie kein maßgeblicher Faktor zu sein scheint. Der Großteil der RichterInnen (67%)⁷ und der PatientenanwältInnen (58%) teilt diese Einschätzung. Besonders deutlich kommt diese Mangelwahrnehmung bei den Rückmeldungen der ÄrztInnen aus Vorarlberg, Salzburg (jeweils 3 von 3 Antworten konstatierten einen Mangel), Oberösterreich (16 von 18) und Wien (17 von 20) zum Ausdruck, die durch die Antworten eines Großteils der dortigen PatientenanwältInnen gewissermaßen bestätigt werden. Dem steht Niederösterreich als einziges Bundesland gegenüber, in dem sich die Mehrheit der teilnehmenden Ärztinnen (7 von 9) zumindest weitgehend zufrieden mit der Ausstattung mit ärztlichem Personal zeigt.

Sehr ähnlich stellen sich die Rückmeldungen zur Bewertung der Personalressourcen in der Psychiatrie bezüglich des **Pflegepersonals** dar. Ein derartiger Mangel wird insbesondere von PatientenanwältInnen berichtet (68%), etwas weniger häufig von RichterInnen (62%) und ÄrztInnen (59%). Am einhelligsten bringen die BefragungsteilnehmerInnen einen **Mangel an psychosozialen oder therapeutischem Personal** in den Krankenhäusern zum Ausdruck. 84% der RichterInnen, 83% der ÄrztInnen und 78% der PatientenanwältInnen sehen diesbezüglich Verbesserungsbedarf.

⁷ Festzuhalten ist, dass rund ein Fünftel der RichterInnen angab, die Personalausstattung nicht bewerten zu können.

Abbildung 21: **Bewertung der Personalressourcen an der jeweiligen psychiatrischen Abteilung als ein wenig oder deutlich zu knapp** – Vergleich Teilbefragungen für RichterInnen, PatientenanwältInnen und ÄrztInnen – Prozentwerte (n= 57 PatientenanwältInnen, n= 42 RichterInnen und n=76 ÄrztInnen); Quelle: eigene Erhebung



6.2. Dauer der Unterbringung an den Fallstudienorten

Die Dauer der Unterbringungen wird maßgeblich von der Zuweisungs- und Unterbringungspraxis geprägt. Die Fallstudienorte stellen sich hinsichtlich der Unterbringungsraten und der Dauer sehr unterschiedlich dar.⁸ Fallstudienort 1 weist eine etwas über dem Österreichschnitt liegende Unterbringungsrate auf. Auffallend ist dabei besonders, dass rund 52% der Unterbringungen noch vor der Erstanthörung wieder aufgehoben werden (im Österreichschnitt sind es 48%) und zusätzlich der Anteil der gerichtlichen Unzulässigkeitsklärungen im Rahmen der Erstanthörungen deutlich über dem Österreichschnitt liegt (rund 26%). Nur 12% der Unterbringungen bleiben dort bis zur mündlichen Verhandlung aufrecht (österreichweit sind es durchschnittlich 17%), bei der wieder etwa jede zehnte der dann noch aufrechten Unterbringungen für unzulässig erklärt wird (4,5% im Österreichschnitt). Fallstudienort 4 weist eine im Österreichvergleich unterdurchschnittliche Unterbringungsrate, wenige Aufhebungen vor der Erstanthörung (23%), kaum gerichtliche Unzulässigkeitsklärungen bei derselben und einen sehr hohen Anteil an Unterbringungen von rund 34%, die über die mündliche Verhandlung hinaus aufrecht bleiben, auf. Bei Fallstudienort 2 ist eine deutlich über dem Österreichschnitt liegende Unterbringungsrate zu verzeichnen, ein durchschnittlicher Aufhebungsanteil von 47% vor der Erstanthörung, eine unterdurchschnittliche Rate an darauffolgenden gerichtlichen Unzulässigkeitsklärungen und eine geringe Rate von nur 8% der Unterbringungen, die auch über die mündliche Verhandlung hinaus fortgeführt werden. Bei Fallstudienort 3

⁸ Eigene Berechnungen auf der Basis von Daten der Bundesrechenzentrams.

zeigen sich schließlich eine durchschnittliche Unterbringungsrate, eine unterdurchschnittliche Aufhebungsrate vor der Erstanthörung, kaum darauffolgende gerichtliche Unzulässigkeitserklärungen und ein hoher Anteil von rund 27% aller Unterbringungen, die auch nach der mündlichen Verhandlung andauern.

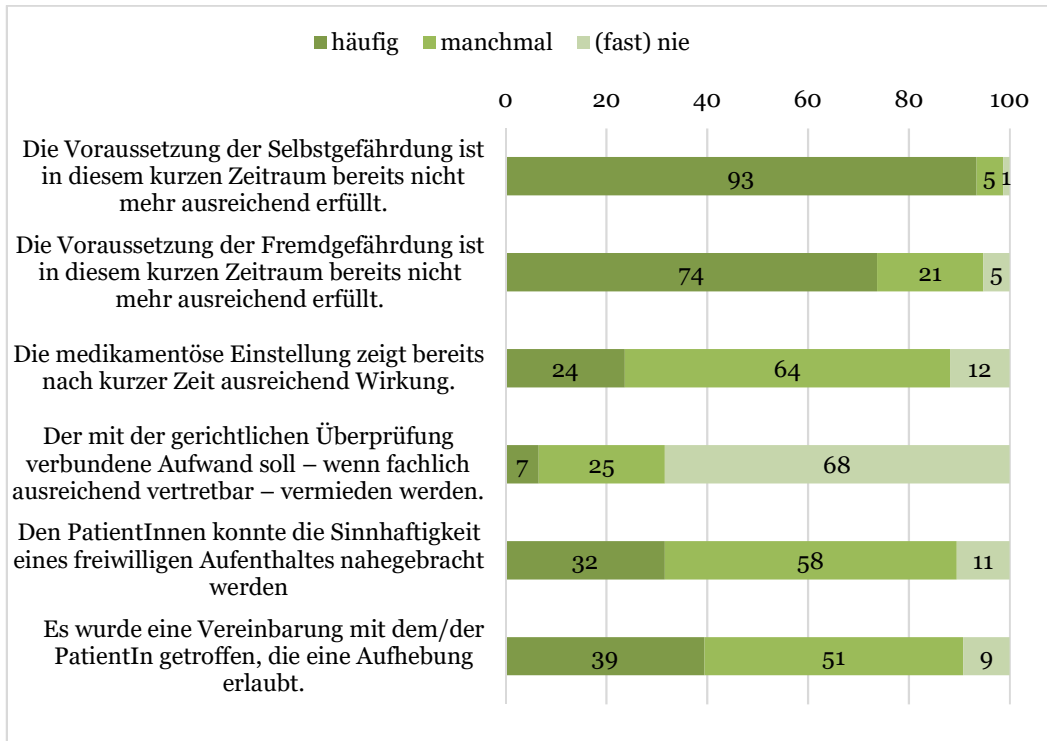
Vor dem Hintergrund dieser beträchtlichen Differenzen ist bemerkenswert, dass die in den Fallstudien vorgebrachten Erklärungen für kurze und auch lange Unterbringungszeiten weitgehend Übereinstimmungen aufweisen. Die Unterschiede geben allerdings Hinweise darauf, welche Aspekte, wo besonderes Gewicht haben, wie in den nachfolgenden Abschnitten näher ausgeführt wird.

6.3. Kurze Unterbringungen bis 4 Tage

In der Onlinebefragung wurde die Ärzteschaft nach den Gründen für Unterbringungshebungen vor einer Erstanthörung gefragt. Wie in Abbildung 22 zu sehen ist, erfolgt solch eine rasche Aufhebung am häufigsten, weil die Gefährdungslage bereits nach kurzer Zeit nicht mehr ausreichend gegeben ist. 93% der Ärztinnen bezeichneten den Wegfall einer erheblichen und ernstlichen Selbstgefährdung als häufigen Aufhebungsgrund, 74% den Wegfall einer erheblichen und ernstlichen Fremdgefährdung. Dass die medikamentöse Einstellung bereits nach so kurzer Zeit Wirkungen zeige, wurde von rund einem Viertel der ÄrztInnen als häufiger Grund für eine rasche Aufhebung genannt. Medikamente spielen demnach eine Rolle bei raschen Aufhebungen, sind aber offenbar kein dominanter Faktor. Laut 32% der befragten ÄrztInnen kann die Unterbringung oft schnell wieder aufgehoben werden, weil die PatientInnen einem freiwilligen, stationären Aufenthalt zustimmen. Für 58% trifft dies manchmal zu. Gefragt wurde auch danach, wie hoch der Anteil der PatientInnen geschätzt wird, der vor der Erstanthörung einem freiwilligen Weiteraufenthalt zustimmt. Die Angaben streuen weitestmöglich, nämlich zwischen 0 und 100%. Im Mittelwert (Median) bleiben laut Schätzung der ÄrztInnen rund 50% der vor einer Erstanthörung „offen gelegten“ PatientInnen freiwillig in der Klinik, also ein beträchtlicher Anteil⁹. Gängige Praxis scheint es zu sein, rasche Aufhebungen an Vereinbarungen mit den PatientInnen zu knüpfen. 39% der ÄrztInnen antworteten, dass dies oft, 51%, dass dies manchmal gemacht werde. Dass man mit einer raschen Aufhebung, sofern es fachlich vertretbar sei, den Aufwand einer gerichtlichen Überprüfung vermeiden wolle, stellten zwei Drittel der ÄrztInnen klar in Abrede. Für einige ist dies aber manchmal durchaus eine Motivation, für einzelne sogar häufig.

⁹ In Kapitel 8.1. ergibt die Schätzung von ÄrztInnen und PatientenanwältInnen zur Frage, wohin die PatientInnen nach einer Aufhebung entlassen werden, einen Anteil von 40% freiwillig fortgesetzte Aufenthalte

Abbildung 22: **Gründe für Aufhebungen der UoV vor der Erstanhörung**, Teilbefragung ÄrztInnen, Angaben in Prozent, n=76; Quelle: eigene Erhebungen



In den Fallstudiengesprächen und Aktenstudien zeigt sich, dass rasche Aufhebungen vor der Erstanhörung besonders oft bei schwer alkoholisierten oder mit Drogenintoxikation eingelieferten PatientInnen vorkommen. Manchmal erfolgt die Aufhebung in diesen Fällen sogar innerhalb von 24 Stunden. Damit verbundene Psychosen sowie auch Selbst- und Fremdgefährdungslagen würden oft eine Unterbringung erforderlich machen, die aber nach der Ausnüchterung rasch wieder aufgehoben werden kann. Wie in Kapitel 4 bereits erläutert, wird die Zuständigkeit für diese PatientInnen zwar oft in Frage gestellt, mangels Alternativen für diese Klientel sieht man sich aber notgedrungen in der Pflicht. Interessanterweise wird das aus allen Fallstudienorten berichtet, obwohl sich die Anteile kurzer Anhaltungen beträchtlich unterscheiden. Abgesehen von intoxikierten Personen wurden keine Krankheitsbilder oder weitere PatientInnengruppen genannt, bei denen kurze Unterbringungen besonders oft vorkommen. Einerseits kreisen die Erklärungen oft um das Thema Sicherheit. Andererseits verweisen sie oft darauf, dass auf akute Krisen vielfach eine rasche Beruhigung folgen würde, die durch die medizinische Intervention oder einfach nur durch den Abstand in der Unterbringung unterstützt würde. Der Beruhigung folgt wiederum oft ein freiwilliger stationärer Aufenthalt.

Das Thema Sicherheit wird durchaus mehrgestaltig angesprochen. Beschrieben wird zunächst Sicherheit im Sinne der Kontrolle von möglichen Gefährdungen durch den/die Pa-

tientIn. Zum Ausdruck kommt in den Gesprächen aber auch Sicherheit im Sinne von Absicherung der ÄrztInnen. So wurde unter anderem erklärt, dass die Entscheidungsbasis oft unzureichend und die kurzfristige Einschätzung mancher PatientInnen schwierig sei. Die Verantwortung für eine möglicherweise zu frühe Aufhebung mit schweren Folgen wiegt dabei offenbar beträchtlich. Die Zeit bis zur Erstanhörung ermögliche eine Beobachtung, auf deren Grundlage dann eine fundiertere Entscheidung getroffen werden könne. Vor diesem Hintergrund sehen einige GesprächspartnerInnen die Anstiege bei den kurzen Unterbringungen auch in einem zunehmenden Sicherheitsdenken begründet. Am Rande wurde mehrfach angemerkt, dass erfahrene ÄrztInnen seltener zu Unterbringungen tendieren als weniger erfahrene.

Insgesamt stellt sich die Phase bis zur Erstanhörung in den geführten Gesprächen mit AbteilungsvertreterInnen als Kriseninterventions- und Clearingphase dar. Wohl müssten die Unterbringungs Voraussetzungen bei der Unterbringung begründbar sein. Manche Erklärungen hierzu vermitteln jedoch den Eindruck, dass die Belege dafür in dieser Phase noch gewisse Schwächen haben können. Begünstigt werde diese Sichtweise dadurch, dass nachträgliche gerichtliche Überprüfungen der Zulässigkeit kaum gemacht werden. In einem Gespräch wurde die Erstanhörung in diesem Sinne als „Scheidepunkt“ bezeichnet. In dieser Argumentation wird die Phase davor als wichtig und gut begründet beschrieben, weil sie sicherstelle, dass nur die PatientInnen länger in der Unterbringung bleiben, die das wirklich bräuchten. Aus einem ähnlichen, mehrfach eingenommenen Blickwinkel werden Aufhebungen auch kurz vor der gerichtlichen Anhörung als eine professionelle und dem UbG entsprechende Praxis beschrieben. Grundsätzlich muss eine Unterbringung aufgehoben werden, sobald die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. In der Visite vor der Erstanhörung müsse sich der Facharzt nochmals vergewissern, ob die Voraussetzungen noch vorliegen, man gehe nur mit den PatientInnen in die Erstanhörung, bei denen das aktuell festgestellt wurde. Sehr offen wird auch festgestellt, dass manche Unterbringungen ohne die frühe Erstanhörungen länger aufrecht bleiben würden. Bei manchen PatientInnen wisse man, dass trotz momentaner Stabilisierung baldige, neuerliche Verschlechterungen des Öfteren vorkommen und das würde in die Entscheidung miteinfließen. Mit dem geltenden UbG würden solche PatientInnen bei einer manchmal durchaus erwarteten Verschlechterung neuerlich untergebracht.

Neben den bisher angeführten, mehr oder weniger gut, durchwegs aber fachlich begründeten Erklärungen für kurze Unterbringungen spielt aber auch die Verfügbarkeit stationärer Betten eine Rolle. Gibt es eine Bettenknappheit, so wird den Rückmeldungen zufolge allgemein tendenziell früher entlassen, auch bei nach UbG untergebrachten Personen.

6.4. Lange Unterbringungen

Über die mündliche Verhandlung hinaus (d.h. länger als 14 Tage) bleiben nur etwas mehr als 17% der Unterbringungen aufrecht (vgl. Sagerschnig et al. 2017, S. 35). Auch in den Fallstudien kommt trotz durchaus deutlicher regionaler Unterschiede zum Ausdruck, dass man lange Unterbringungen und Hospitalisierungen möglichst vermeiden will. Für Langzeitversorgungen bzw. längerfristige Therapien sieht man die stationäre Psychiatrie tendenziell als nicht das richtige Setting.

Gefragt nach den Gründen für länger andauernde Unterbringungen wurde in der Onlinebefragung am häufigsten das Vorliegen einer sehr breiten, umfassenden Krankheitsproblematik genannt: 93% der ÄrztInnen, 76% der befragten RichterInnen und 85% der PatientenanwältInnen gaben an, dass dieser Sachverhalt in solchen Fällen häufig vorliege. Besonders oft, nämlich von 70% der ÄrztInnen, 68% der RichterInnen und 66% der PatientenanwältInnen, wurde auch fehlende Krankheitseinsicht und Compliance des/der PatientIn als häufiger Grund für Unterbringungen über die mündliche Verhandlung hinaus genannt. Massive Selbstverletzungstendenzen werden ebenfalls von einem eher hohen Anteil der Befragten als häufige Ursache von langen Unterbringungen identifiziert: 47% der ÄrztInnen, 55% der RichterInnen und 46% der PatientenanwältInnen wählten diese Antwortoption. Von einem großen Teil der Ärzteschaft werden auch bestimmte Krankheitsbilder mit langen Aufenthaltszeiten in Verbindung gebracht. Besonders oft genannt wurden z.B. Demenzerkrankungen, wenn bzw. solange keine geeignete, alternative Versorgung organisiert werden kann. Oft genannt wurden auch Krankheitsbilder aus dem Formenkreis „Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“ (F20-F29) und Erkrankungen mit chronischer Suizidalität. Die drei nachfolgenden Grafiken geben die Werte für alle abgefragten Items getrennt für die drei Befragungsgruppen wieder, deren Antworten zu großen Teilen Übereinstimmungen erkennen lassen.

Abbildung 23: **Gründe für UoV über die mündliche Verhandlung hinaus**, Teilbefragung **ÄrztInnen**, Angaben in Prozent, n=76; Quelle: eigene Erhebungen

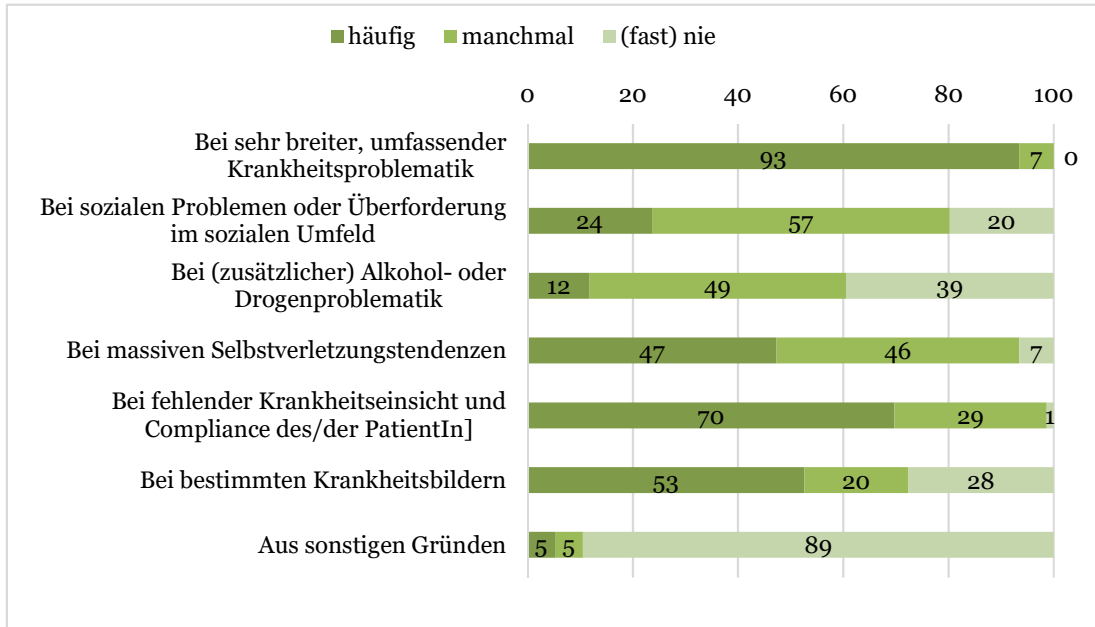


Abbildung 24: **Gründe für UoV über die mündliche Verhandlung hinaus**, Teilbefragung **RichterInnen**, Angaben in Prozent, n=53; Quelle: eigene Erhebungen

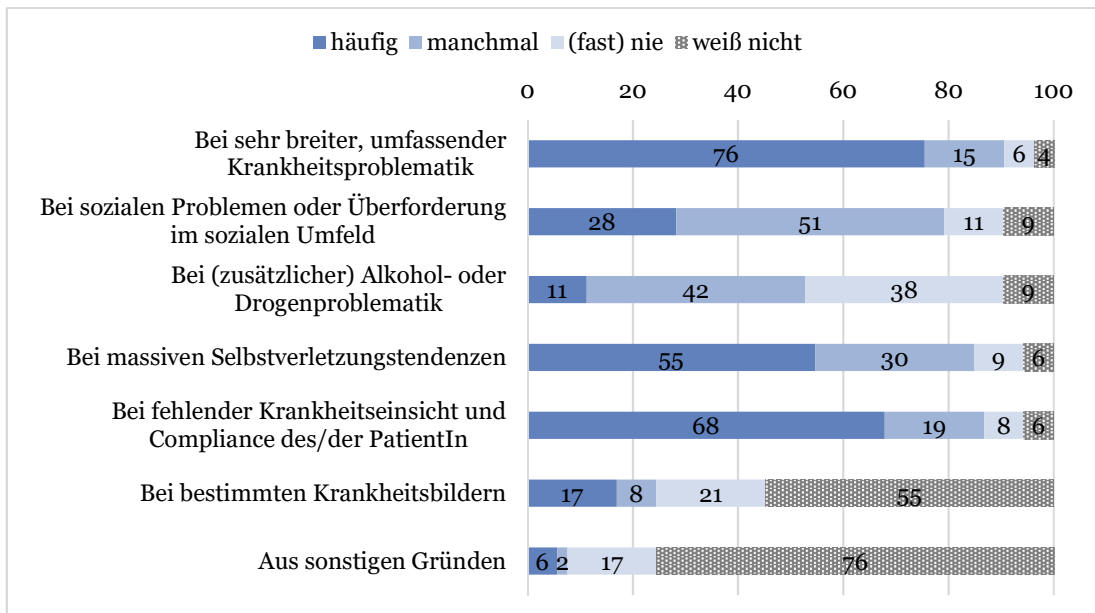
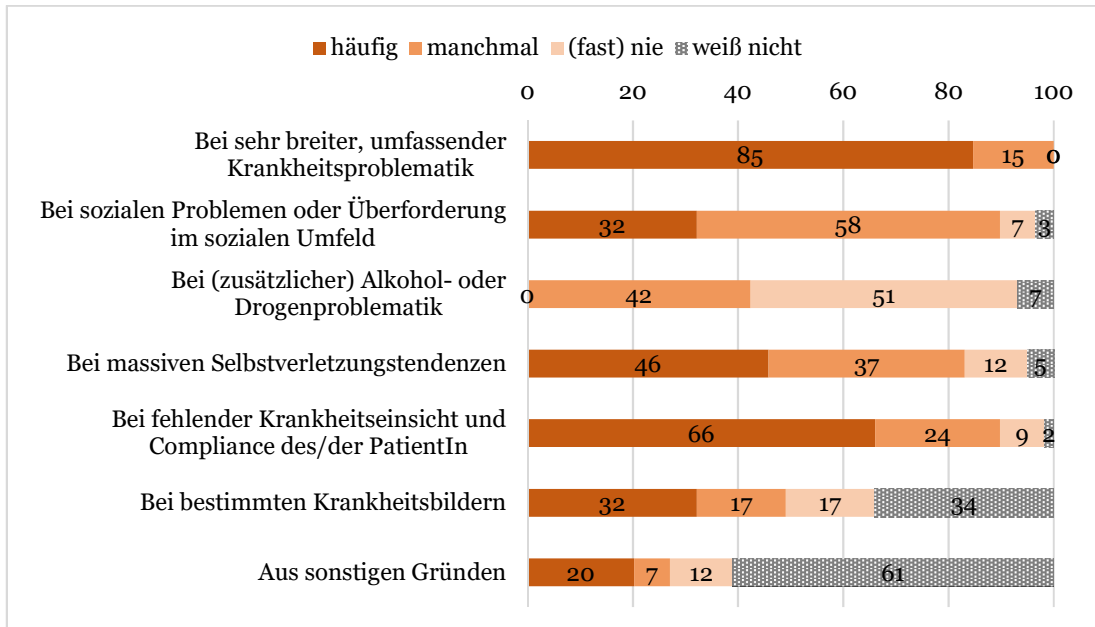


Abbildung 25: **Gründe für UoV über die mündliche Verhandlung hinaus**, Teilbefragung **PatientenanwältInnen**, Angaben in Prozent, n=59; Quelle: eigene Erhebungen



Diese Ergebnisse der Onlinebefragung werden in den Fallstudien weitgehend bestätigt. PatientenanwältInnen wiesen in der Online-Befragung zudem unter sonstige Gründe darauf hin, dass lange Unterbringungsphasen auch durch den Mangel an extramuralen Wohn- und Unterstützungsangeboten begründet sein können (sowohl ambulant als auch stationär). In den Fallstudien wurden fehlende Wohnversorgungsmöglichkeiten besonders oft als Gründe für lange Unterbringungszeiten genannt. Vor allem für alte, psychisch Kranke und für jüngere, betreuungs- und pflegeintensiven PatientInnen ist es besonders schwer, Wohn- bzw. Heimplätze zu bekommen. Die langen Wartezeiten müssten oft durch die Kliniken, zum Teil auch im Unterbringungsbereich, überbrückt werden und wirken sich auf die Unterbringungszeiten aus.

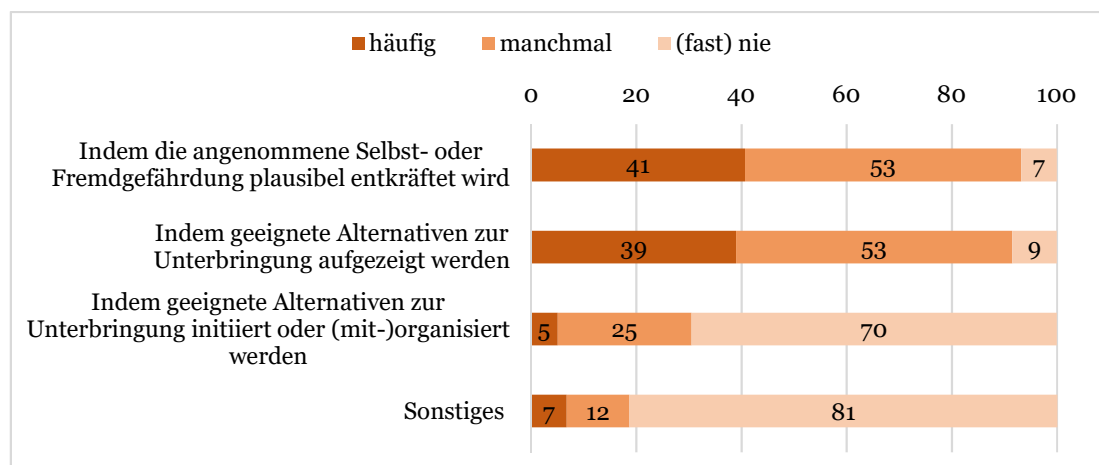
6.5. Rolle der PatientenanwältInnen bei der Aufhebung von Unterbringungen ohne Verlangen

Die PatientenanwältInnen wurden in der Onlinebefragung um eine Schätzung gebeten, mit welchem Anteil der kurz untergebrachten Personen sie direkt in Kontakt treten. Die Ergebnisse lassen erkennen, dass hier die Unterschiede extrem groß sind und zwischen 0% und 95% schwanken. Durchschnittlich kommen die PatientenanwältInnen mit 54% (Mittelwert) der vor der Erstanhörung bereits wieder aus der Unterbringung entlassenen Personen in Kontakt. Dies dürfte unter anderem oft dadurch gut möglich sein, weil erstens an manchen Standorten die PatientenanwältInnen direkt vor Ort ihr Büro haben und

zweitens ein beachtlicher Teil der kurz Untergebrachten anschließend auf freiwilliger Basis weiter in der Psychiatrie ist. In den Fallstudiengespräche weisen die PatientenanwältInnen darauf hin, dass es Teil ihrer Aufgabe ist, im Rahmen dieser Erstkontakte allenfalls festgestellte Zweifel am Vorliegen der Unterbringungsgründe unmittelbar mit den behandelnden ÄrztInnen zu besprechen. Damit können sie zuweilen auch InitiatorInnen rascher Aufhebungen sein.

Zusätzlich waren die PatientenanwältInnen online gefragt worden, mit welchen Vorbringen bzw. Argumenten es ihnen am öftesten gelänge, Aufhebungen von Unterbringungen zu unterstützen. Die Antworten zeigen vor allem zwei Möglichkeiten als bedeutsam auf: Einerseits trägt eine plausible Entkräftung der angenommenen Selbst- oder Fremdgefährdung und andererseits das Aufzeigen geeigneter Alternativen zur Aufhebung von Unterbringungen bei. Nur selten ist es allerdings den Befragungsergebnissen zufolge für die PatientenanwältInnen möglich, selbst geeignete Alternativen zur Unterbringung zu initiieren oder mitzuorganisieren.

Abbildung 26: **Möglichkeiten, zur Aufhebung einer UoV beizutragen**, Teilbefragung PatientenanwältInnen, Angaben in Prozent, n=59; Quelle: eigene Erhebungen

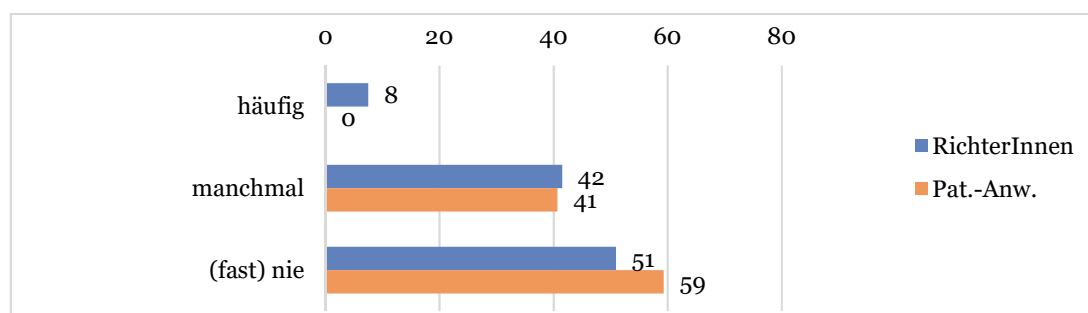


6.6. Anwendung von § 32a UbG

Seit 2010 gibt es die **Möglichkeit, nach § 32a UbG die Unterbringung aufrechterhalten**, wenn die Verhältnismäßigkeit gegeben ist und erwartbare Fortschritte neuerliche Unterbringungen zu vermeiden versprechen. Der Gesetzgeber reagierte damit auf Kritik der Praxis, dass PatientInnen aufgrund der strengen Unterbringungs Voraussetzungen oft sehr früh aus der Unterbringung entlassen werden müssten und dann bald wieder eingeliefert würden.

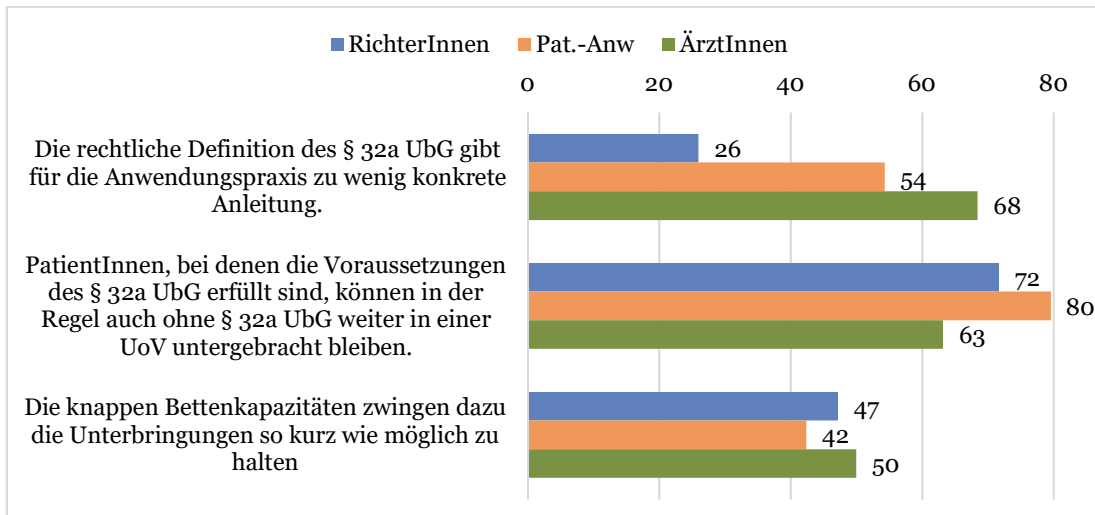
Mehr als die Hälfte der dazu befragten RichterInnen und 59% der PatientenanwältInnen teilen allerdings die Einschätzung, dass § 32a UbG kaum oder nie zur Anwendung kommt (vgl. Abbildung 27). 42% der RichterInnen und 41% PatientenanwältInnen nehmen eine manchmalige Anwendung dieses Paragraphens in der Praxis wahr. Auch wenn die Einschätzungen etwas überwiegen, dass diese relativ neue Regelung von eher geringer praktischer Relevanz sei, deutet sich doch eine stark differierende Wahrnehmung oder möglicherweise auch Praxis an, die sich allerdings keinem bundesländerspezifischen Muster zuordnen lässt. Einige RichterInnen betonten in freien Einträgen zu diesem Fragenkomplex, dass sie der § 32 sehr wohl regelmäßig anwenden.

Abbildung 27: **Anwendungshäufigkeit des § 32a UbG**; Teilbefragungen RichterInnen (n=53), PatientenanwältInnen (n=59) und ÄrztInnen (n=76), Prozentwerte; Quelle: eigene Erhebungen



Allen drei Berufsgruppen wurden Gründe präsentiert, warum § 32a UbG möglicherweise nicht öfter genutzt wird (Abbildung 15). Den meisten Zuspruch fand dabei die Begründung, dass „PatientInnen, bei denen die Voraussetzungen des § 32a UbG erfüllt sind, in der Regel auch ohne § 32a UbG weiter in einer Unterbringung ohne Verlangen untergebracht bleiben können“. 80% der PatientenanwältInnen, 72% der RichterInnen und auch 63% der ÄrztInnen betrachteten diese Begründung als sehr oder eher zutreffend. Ein großer Teil der ÄrztInnen sieht den Grund dafür aber besonders in einer unzureichenden Klarheit des § 32a UbG für die Anwendungspraxis (68%), auch mehr als die Hälfte der PatientenanwältInnen stimmte dem zu. Eine beträchtliche Zahl an freien Einträgen zur Frage nach sonstigen dafür ausschlaggebenden Gründen lässt erkennen, dass die Regelung des § 32 a UbG unter den ÄrztInnen zu wenig bekannt ist. Unter anderem wurde auch darauf hingewiesen, dass in Sachverständigengutachten kaum oder nie auf diese Regelung Bezug genommen werde. Diese Begründungen sprechen jedenfalls dafür, Erklärungen zu § 32 a UbG verstärkt in Schulungen aufzunehmen. Die Hälfte der ÄrztInnen und auch große Teile der beiden anderen Berufsgruppen stellten hierzu aber auch fest, dass die Möglichkeit einer längeren Aufrechterhaltung der Unterbringung in einem Spannungsverhältnis zu den verfügbaren Bettenkapazitäten stehen kann.

Abbildung 28: **Mögliche Gründe für seltene Anwendung des § 32a UbG** – Anteil der Antworten mit „trifft sehr zu“ oder „trifft eher zu“; Teilbefragungen RichterInnen (n=53), PatientenanwältInnen (n=59) und ÄrztInnen (n=76), Prozentwerte; Quelle: eigene Erhebungen



6.7. Bedingte Unterbringung und bedingte Entlassung einer Unterbringung mit Auflagen

In der Online Befragung wurden die ÄrztInnen, RichterInnen und PatientenanwältInnen um eine Einschätzung gebeten, inwieweit die Möglichkeit, eine bestehende Unterbringung bedingt und mit Auflagen aufzuheben, zu einer früheren Aufhebung beitragen könnte. Vergleichsweise optimistisch zeigte sich diesbezüglich ein Drittel der ÄrztInnen, die sich maßgebliche Auswirkungen einer solchen Möglichkeit erwarten, während das nur auf 4% (das entspricht zwei Personen) der RichterInnen und 15% der PatientenanwältInnen zutrifft. Die absolute Mehrheit aller drei Befragungszielgruppen erwartet sich aber maximal vereinzelt oder gar keine Reduktion von Unterbringungen. Auch die Möglichkeit, eine bedingte Unterbringung mit Auflagen anzuordnen (d.h. es kommt zu keiner tatsächlichen Unterbringung), wird am öftesten von ÄrztInnen (22%) als aussichtsreiche Option zur Vermeidung von Unterbringungen betrachtet, während das nur 9% der RichterInnen und auch nur 12% der PatientenanwältInnen optimistisch einschätzen. Auch diesbezüglich erwartet sich die ganz überwiegende Mehrheit aller befragten ExpertInnen kaum mehr als marginale Auswirkungen. Zu vermuten ist, dass RichterInnen und PatientenanwältInnen oft auch Zweifel an der rechtlichen Umsetzbarkeit einer solchen Möglichkeit haben.

In den Fallstudiengesprächen wurde die Möglichkeit, Auflagen zu erteilen, vor allem bei schwierigen, strafrechtlich gefährdeten PatientInnen angedacht. Mit dieser Art eines als

vergleichsweise sanft erachteten Zwangs verbindet man teils die Hoffnung, diese PatientInnen eher in einem ambulanten Behandlungs- oder Betreuungssetting halten zu können.

6.8. Weitergehende Beschränkungen während der Unterbringung aus der Sicht Betroffener

Der Aspekt weitergehender Beschränkungen während der Unterbringungen steht grundsätzlich nicht im Fokus dieser Studie, da die zu bearbeitenden Fragestellungen nicht zu umfangreich sein sollten. Da die Betroffenen in den Gesprächen aber von sich aus immer wieder darauf Bezug nahmen – es ist naheliegenderweise ein essenzielles Thema für sie (und selbstverständlich in Bezug auf Unterbringungen generell), werden hier zentrale Aussagen von Seiten der Betroffenen wiedergegeben. Die nachfolgend präsentierten Ergebnisse bzw. Auszüge können zwar aufgrund der eher geringen Zahl an Interviews (n=13) keine Repräsentativität beanspruchen, sie geben aber doch wichtige Hinweise auf Wahrnehmungen Betroffener und auf zu achtende Aspekte.

Grundsätzlich wird von **diversen bzw. vielfältigen Kontrollmaßnahmen** berichtet: versperrte Stockwerke bzw. Abteilungen, (zeitweise) versperrte Zimmer, Videoüberwachung, Piepser, Armbänder für elektronische Überwachungen, Bewegungssensoren im Raum, Sichtüberwachung, Telefonabnahme (u.a. wg. Selbstgefährdung), Abnahme von Musikkopfhörern, von Häkelnadeln, Nagelscheren und Fixierungen. Dass solche Maßnahmen an sich Irritationen und Widerstand auf Seiten Betroffener auslösen können, vermag wenig zu überraschen. Umso weniger überrascht dies, wenn die Betroffenen berichten, dass sie nur **begrenzt über solche Maßnahmen informiert** wurden. Ausführliche und proaktive Information findet laut den Betroffenen in der Mehrzahl der Fälle nicht statt. Die Bewertung der Maßnahmen stellt sich sehr unterschiedlich dar. So werden **Fixierungen** aus Betroffenen­sicht z.B. oft aus zwei Gründen durchgeführt: Zum einen, weil es – auch aus ex-post Betroffenen­sicht – **tatsächlich notwendig** gewesen sei, z.B. um „Runterzukommen“. Dabei werde primär auf Fremdgefährdungspotential geachtet. Zum anderen (tendenziell häufiger) wird die **Fixierung als Notlösung für das Personal** und ihre Arbeit betrachtet. Sie hätten sich keine andere Lösung gewusst, um mit der Situation umzugehen. Interpretiert werden die Kontrollmaßnahmen dann als eine Art Überreaktion auf den Krisenzustand der Betroffenen, da das Personal keine anderen Mittel zur Verfügung habe (die es aber ggf. gäbe). Entsprechend wird auch bemängelt, dass – auch wenn Fixierungen aus Betroffenen­sicht Sinn gemacht haben – diese aus Übervorsichtigkeit, Ressourcenmangel o.ä. zu lange andauern.

„Zuerst war ich eben allein. Wie ich fixiert worden bin in dem Zimmer. Auf alle Fälle ist regelmäßig nachgeschaut worden vom Pflegepersonal. Ich habe ziemlich lange gebraucht, bis ich dem erklären konnte, dass er mich schon oba gefahren hat. Ich weiß nicht, aus welchem Grund die so vorsichtig sind, aber wahrscheinlich sind sie übervorsichtig“ (D3/S. 10, Zeile 18 ff.)

Mehrfach konnten sich Betroffene **Kontrollmaßnahmen** (Kopfhörer wegnehmen, Häkelnadeln) zwar logisch erklären – **für ihre Regeneration** bzw. **Beruhigung** erlebten sie diese aber als **kontraproduktiv**:

„Für mich ist es ganz schwierig, überhaupt ohne Musik klarzukommen im Leben. Und das einfach nicht zu haben in dem Moment, das war für mich echt- ja, eine Qual, kann man fast sagen.“ (D 6/S. 10, Zeile 14 ff.)

„Weil wenn ich nicht Musik hören kann, wenn ich nicht immer rätseln kann, wenn ich nicht handarbeiten kann. Und das brauche ich, dass mein Kopf nicht durchdreht. Ich bin immer am irgendwas tun und wenn ich beim Rätseln abschweife, aber ich muss was tun.“ D 13/S. 14, Zeile 36 ff.)

Mitunter wurde aber auch von **nicht nachvollziehbaren Mechanismen** berichtet, die als **entwürdigend** und sehr belastend erlebt wurden. Betroffene fühlen sich z.B. (zu) viel alleine gelassen:

„Das Schlimmste für mich ist immer wieder, dass man sich selbst überlassen ist. Es kümmert sich keiner um dich.“ (D1/S. 11, Zeile 7 f.)

Der [Primar hat] das Personal angewiesen hat, das war, glaube ich, eh da, wo sie mich eingesperrt haben, dass sie nicht mit mir reden dürfen. Das heißt, es darf keiner mit mir reden. Stellen Sie sich das einmal vor, ja? Sie kriegen das Essen hergestellt, aber es darf keiner mit Ihnen reden, egal, was Sie sagen, ja?“ (D2/ S. 13, Zeile 5ff.)

Gerade als subtil interpretierte Einschränkungen (z.B. keinen Zugang zu frischer Unterwäsche, Wartezeiten bei Bedarfen), die vielleicht auch Personal- oder Zeitmangel geschuldet sind, können nicht nachvollzogen werden und werden als besonders belastend und entwürdigend wahrgenommen.

Psychiatrie wird aus Betroffenenensicht in den allermeisten Fällen eins zu eins **mit Psychopharmaka** und (Zwangs-)Medikation gleichgesetzt. Mehrfach ist von „niederspritzen“ und „mit Tabletten vollstopfen“ die Rede. Häufig wird auch berichtet, wie

Zwang psychisch durch ein Klima der Angst bzw. der fehlenden Transparenz entsteht. Kooperation und passives Erdulden stellen sich dann als Tugenden in der Psychiatrie dar bzw. als das weniger riskante Verhalten.

I: „Du musstest es nehmen? Du konntest es nicht nicht nehmen?“

B: „Ich hätte sagen können, nein, ich nehme es nicht, ich verweigere es. Aber ich hätte nicht gewusst, was dann mit mir tun.“

I: „Was hätte passieren können?“

B: „Keine Ahnung. Ich hab mich nicht getraut.“ D 1/ S. 9, Zeile 36 ff.)

Informationen werden auch im Zusammenhang mit Zwangsbehandlungen als relativ basal dargestellt. Man erfahre zwar, dass man ein Beruhigungsmittel bekomme, aber ohne weitere Information, was man bekommt und ohne Details zu den Wirkungen. Berichtet wird auch mehrfach – trotz positiver Ausnahmen – dass Einwände über schlechte Erfahrungen mit Medikamenten nicht berücksichtigt werden.

Mehrfach wird der Eindruck vermittelt, dass **Medikation und (erlebter) psychischer Druck** in Zusammenhang stehen. Medikamente werden oft auch gegen den eigenen Willen eingenommen, weil man mit der Zeit lernt, dann schneller rauszukommen. Die Nachhaltigkeit bzw. die Vermeidung weiterer Unterbringungen ohne Verlangen wird in solchen Fällen von den Betroffenen aber oft in Frage gestellt. So wurde z.B. von „Strategien“ berichtet, Medikamente nach Entlassung gleich wieder abzusetzen. Teilweise wird von Grenzen zu psychischer Gewalt bei Widerrede bzw. Nicht-Kooperation berichtet:

„Du musst die Anforderungen, die der Pfleger oder der Arzt dir aufoktroiert, umsetzen 1:1, ohne Diskussion. Wennst zu diskutieren anfängst, hast verloren. (...) Wenn du einmal einen Kugelschreiber brauchst, kriegst du den ganzen Tag keinen Kugelschreiber. Oder wenn du einen Durst hast und du willst einen Liter Wasser, der dir zusteht, kannst du fünf Mal hingehen vor das Kabäuschen von den Pflegern – ‚Kann ich bitte eine Flasche Wasser haben?‘ – und du kriegst sie nicht. (...) Psychische Gewalt nennt man das. (...) Bis man wieder sieht: Der ist jetzt knieweich, jetzt gibt er nach. Dann kommt wieder ein Pfleger, der menschlich ist oder heute den Guten spielt, und dann kriegst du deinen Liter Wasser. Und auf der offenen Station wird dir am Morgen der Liter Wasser hingestellt. Ohne, dass du fragen musst oder Bitte oder Danke. (...) Und je nachdem, wie gut die Führung ist, wenn man es so will (...), wenn man so spurt, wie die das wollen, kriegt man das erste Mal schon den Liter Wasser oder eben: ‚Jetzt nicht‘. Das Wasser ist nur ein Beispiel.“
D5/S. 11, Zeile 34 ff.)

Psychologische und (psycho-)therapeutische Maßnahmen werden vor allem mit der offenen Station (nach der Unterbringung ohne Verlangen) in Verbindung gebracht.

Mehrfach wurde bemängelt, dass diese Angebote in der Unterbringung ohne Verlangen **fehlen**.

6.9. Resümee zu Strukturen, Dauer und Aufhebung der Unterbringung

Obwohl das insgesamt in der Psychiatrie zur Verfügung stehende Bettenangebot oft als mangelnd beurteilt wurde, gestaltet sich der Einschätzung der online befragten Berufsgruppen zufolge die für Unterbringungen zur Verfügung stehende Bettenzahl als ausreichend. Interessant ist dabei die Beobachtung, dass die Zahl verfügbarer Betten keine einfache Erklärung für die Mangelwahrnehmung darstellt. Aus Niederösterreich, dem Bundesland mit der bezogen auf die Bevölkerung geringsten Bettenzahl in der Psychiatrie wurde am seltensten ein Mehrbedarf zurückgemeldet. Aus Salzburg einem Bundesland mit vergleichsweise hohem Bettenbestand wurde andererseits sehr oft ein Mehrbedarf berichtet.

Die zunehmende Zahl an kurzen Unterbringungen, die oft noch vor der Erstanthörung aufgehoben werden, ist einerseits und teilweise als Effekt steigender Sicherheitsorientierungen zu bewerten. Andererseits stellt sich die Phase von der Aufnahme bis zur Erstanthörung als Kriseninterventions- und Clearingphase dar. Die Erstanthörung markiert einen „Scheidepunkt“. Bis dahin ist ein Gros der unmittelbaren Kriseninterventionen geleistet und bis dahin sollten auch die grundlegenden Entscheidungen getroffen werden können, ob im offenen, stationären Bereich weiterbehandelt werden kann und soll, ob und mit welchen Empfehlungen entlassen werden kann oder ob eine weitere Unterbringung erforderlich bzw. ratsam ist. Damit soll auch sichergestellt werden, dass nur die PatientInnen länger in der Unterbringung bleiben, die das wirklich bräuchten. Ohne die frühe Erstanthörung ist eine hohe Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass PatientInnen oft länger untergebracht bleiben, wenn dem nicht Bettenknappheit entgegensteht. Für Langzeitversorgungen sieht sich die stationäre Psychiatrie nicht zuständig. Und doch kommt sie, abgesehen von langen Behandlungszeiten, die nur einen relativ kleinen Teil der PatientInnen betreffen, immer wieder vor, nämlich vor allem dann, wenn bei besonders aufwendig und schwer zu betreuenden PatientInnen lange keine Wohnversorgung mit der erforderlichen Betreuung vermittelt werden kann.

Bei den Ergebnissen der Rückmeldungen zu § 32a UbG wird vor allem eines deutlich: Auf Seiten der Ärzteschaft ist die Regelung des § 32a UbG nicht genügend bekannt und oft auch nicht ausreichend klar. Erklärungen und Erläuterungen zum § 32a UbG sollten demzufolge jedenfalls verstärkt in Schulungen von psychiatrischen FachärztInnen aufgenommen werden. Aber auch auf Seiten der Richterschaft gibt es offenbar sehr unterschiedliche

Auslegungen dieser Gesetzesstelle, die im engen Rahmen eine großzügigere Interpretation der Unterbringungs Voraussetzungen und eine Aufrechterhaltung einer Unterbringung ermöglichen soll, wenn dies im Sinne des Behandlungserfolges geboten erscheint.

Geringe Wirkungen erwartet man sich allgemein von einer Möglichkeit, Unterbringungen bedingt auszusprechen oder auch aufzuheben und damit Auflagen zu verbinden. Zu vermuten ist, dass vielfach auch Zweifel an der rechtlichen und praktischen Umsetzbarkeit einer solchen Möglichkeit bestehen.

7. Exkurs: Kinder und Jugendliche auf „Erwachsenenstationen“

Die Kinder und Jugendpsychiatrie (KJP) ist ein relativ junges Fach in Österreich, das aufgrund der Erkenntnis entstand, dass sich die Anforderungen an die KJP zum Teil maßgeblich von jenen an die allgemeine Erwachsenenpsychiatrie unterscheiden. Den Besonderheiten der KJP kann im Rahmen dieser Studie allerdings nicht im erforderlichen Umfang Rechnung getragen werden. Dafür empfiehlt sich eine eigene bzw. ergänzende Studie.

Im Zentrum der hier leistbaren Thematisierung der KJP steht die Unterbringung Kinder und Jugendlicher auf Erwachsenenabteilungen. Trotz der verbreiteten Einsicht, dass solche Unterbringungen unbedingt vermieden werden sollten, kommen sie offenbar nach wie und nicht nur in Einzelfällen vor. Mangels verfügbarer Daten zur Inzidenz solcher Unterbringungen wird hier zunächst versucht, zu einer Einschätzung des Vorkommens, auf der Grundlage von Expertenschätzungen, zu kommen. Daran anschließend werden die Hintergründe solcher Unterbringungen auf der Grundlage der Onlinebefragung von ExpertInnen sowie der Fallstudiengespräche beleuchtet.

7.1. Besonderheiten der Kinder und Jugendpsychiatrie (KJP)

Der Fragenblock zur Unterbringung von Minderjährigen auf Stationen für erwachsene Personen umfasste nur zwei Fragen: Nach der Filterfrage, ob solche **Unterbringungen an „Erwachsenenabteilungen“** vorkommen, wurden jene Befragten, die dies bejaht hatten, nach den Gründen hierfür gefragt. Zunächst zeigen die Antworten auf die Filterfrage, dass es in etwa einem Drittel der befragten Abteilungen Kinder oder Jugendliche fallweise auf Erwachsenenstationen untergebracht werden: Die befragten RichterInnen bejahten dies zu 36% (n=53), die PatientenanwältInnen zu 34% (n=59) und auf Seiten der ÄrztInnen bejahten dies sogar 43% (n=76). Letztere wurden zusätzlich gefragt, wie häufig Kinder und Jugendliche auf „Erwachsenenstationen“ untergebracht werden. 28% aller antwortenden ÄrztInnen verwiesen dazu darauf, dass dies weniger als einmal im Monat vorkomme, weitere 4% (3 Personen), dass es 1 bis 2 Fälle monatlich wären, 8% schätzten 3 bis 5 Fälle monatlich und weitere 4% mehr als 5 Fälle im Monat.

Die genannten Gründe für solche Unterbringungen verteilen sich in den Teilbefragungen¹⁰ für RichterInnen und PatientenanwältInnen ähnlich über die Antwortoptionen: Als

¹⁰ Die Werte beider Teilbefragungen sind insofern nur grob vergleichbar, als bei der etwas später gestarteten Befragung der PatientenanwältInnen nach Rückmeldung im Pretest zusätzlich die Kategorie „kann ich nicht beurteilen“ eingeführt wurde. Bei der RichterInnen-Befragung war diese Anpassung nicht mehr möglich, da die Erhebungen aufgrund des Zeitdrucks in der Projektdurchführung bereits liefen. Ebenso wurde die zuletzt umgesetzte Befragung der ÄrztInnen nach dem Pretest etwas geändert.

häufigster Grund zeigt sich ein **Mangel an Betten** in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Bedeutung dieses Grundes wird auch in der Befragung der ÄrztInnen bestätigt. Teils – so wurde unter „andere Gründe“ mehrfach angeführt – fehlt am Standort generell eine eigene kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung, wodurch mitunter auf Erwachsenenabteilungen untergebracht wird.¹¹ Die ÄrztInnen wurden zur Vertiefung dieser Problematik ergänzend gefragt, ob allenfalls ein **Mangel an organisatorischer Flexibilität** mitverantwortlich für Belagsprobleme sein könnte. Diese Möglichkeit wurde von mehr als drei Viertel der befragten ÄrztInnen als weitgehend unzutreffend beurteilt. Als relevant erachtet wurde allerdings von vielen ÄrztInnen die in ihrer Befragung ergänzte Hypothese, dass **saisonale Schwankungen** mitunter kurzfristige Spitzenbelastungen verursachen können. Relativ häufig werden in den Befragungen der Richterinnen und PatientenanwältInnen zwei weitere Gründe genannt: Der eine spezifiziert den konstatierten **Bettenmangel**: Demnach hinke den Einschätzungen der Befragten zufolge die Anpassung der Bettenkapazitäten aufgrund des allgemein steigenden Bedarfs an stationärer psychiatrischer Versorgung bei dieser Zielgruppe hinterher. Der andere benennt eine **unzureichende Versorgungslage im extramuralen Bereich** als eine Ursache für die Unterbringung von minderjährigen Personen auf Erwachsenenstationen: Die stationäre Psychiatrie muss demgemäß in beachtlichem Ausmaß fehlende psychosoziale Angebote für Kinder und Jugendliche im extramuralen Bereich kompensieren. Das wird auch von einem großen Teil der ÄrztInnen bestätigt.

¹¹ Es liegen im Rahmen der Online-Befragungen keine Informationen dazu vor, weshalb in diesen Fällen nicht unmittelbar ein Transfer in die für die Region/das Bundesland zuständige Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt.

Abbildung 29: **Gründe für die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen auf „Erwachsenenstationen“**, Teilbefragung **RichterInnen**, Angaben in Prozent, n=53; Quelle: eigene Erhebungen

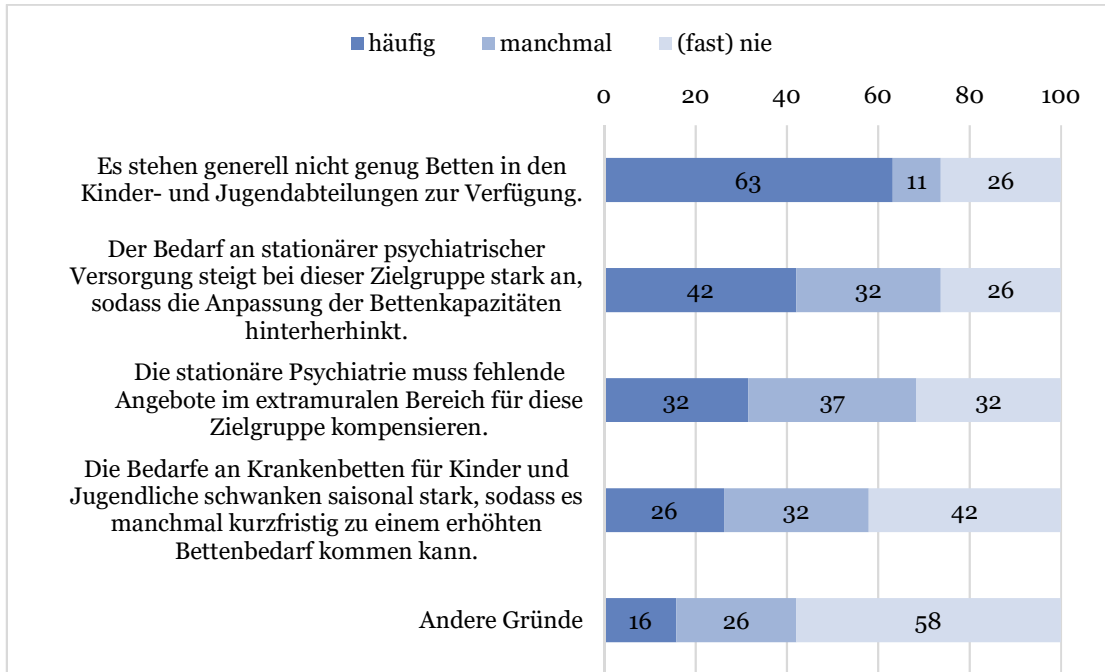


Abbildung 30: **Gründe für die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen auf „Erwachsenenstationen“**, Teilbefragung **PatientenanwältInnen**, Angaben in Prozent, n=59; Quelle: eigene Erhebungen

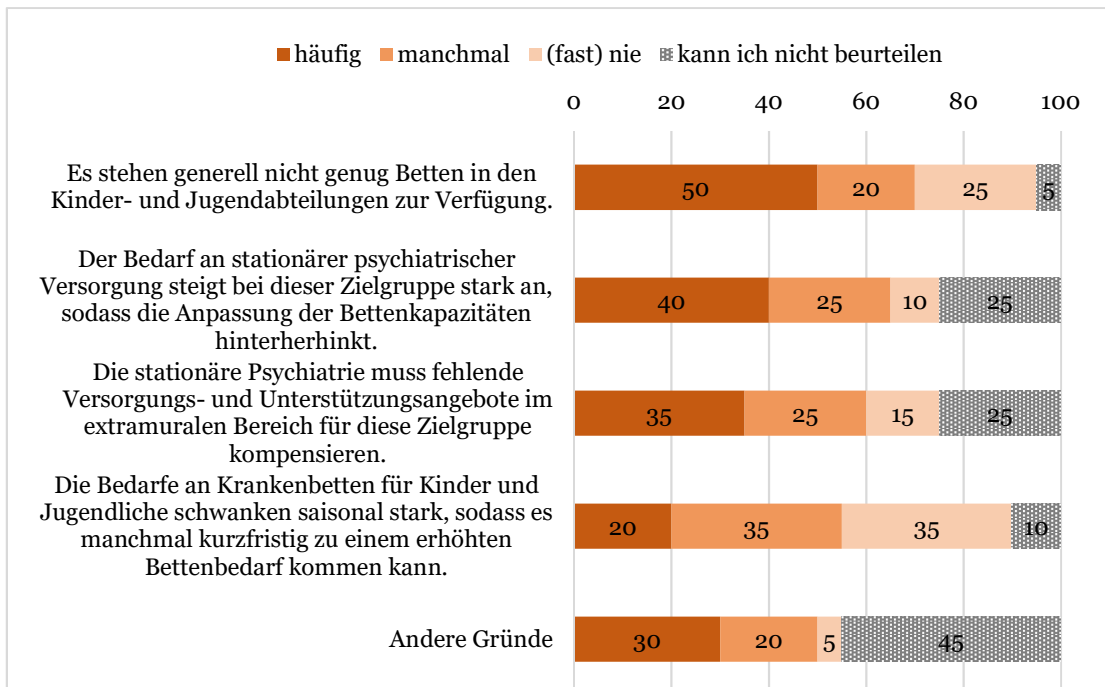
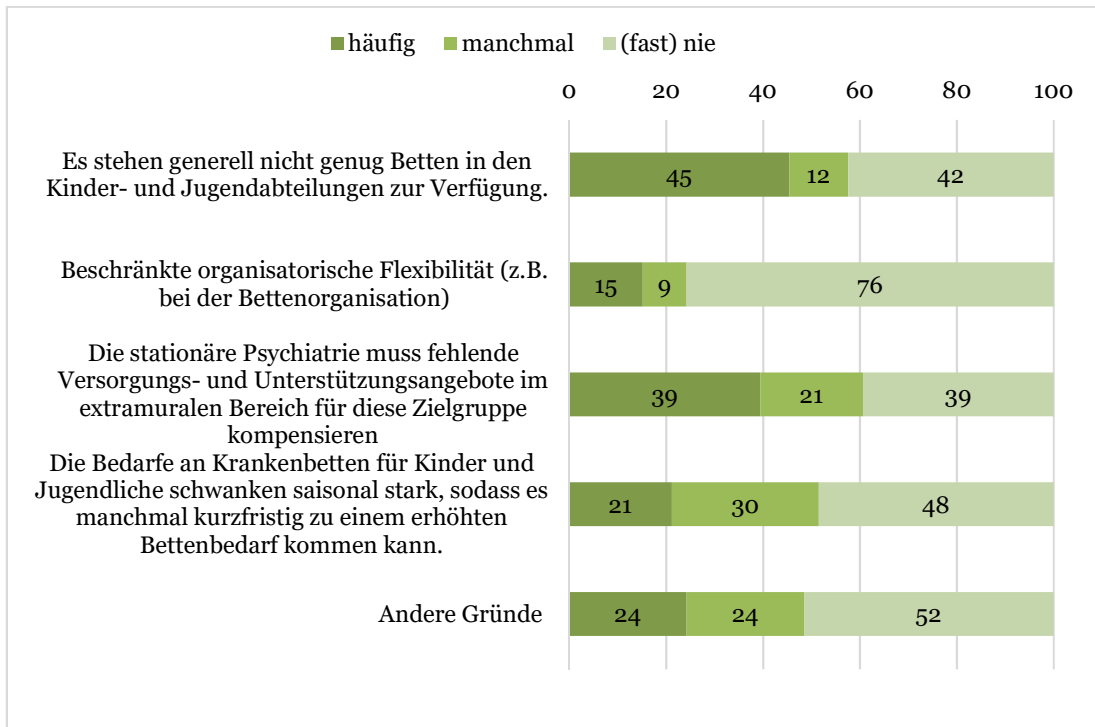


Abbildung 31: **Gründe für die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen auf „Erwachsenenstationen“**, Teilbefragung **ÄrztInnen**, Angaben in Prozent, n=76; Quelle: eigene Erhebungen



Unter der Rubrik „Andere Gründe“ wurde – auf offene Nachfrage hin – neben dem oben bereits angeführten Fehlen einer eigenen Kinder- und Jugendpsychiatrie am Standort vor allem genannt, dass sich kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen teilweise mit Jugendlichen, die ein **hohes Ausmaß an fremdaggresivem Verhalten** aufweisen, schwertun und diese Personen deshalb in der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht werden. Manche ÄrztInnen wiesen darauf hin, dass dies mitunter zum **Schutz der MitpatientInnen** notwendig sei, besonders wenn die davon betroffenen PatientInnen körperlich schon sehr erwachsen wären.

7.2. Ergebnisse der vertiefenden Fallstudien

Die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen auf Erwachsenenstationen wird an allen Fallstudien-Standorten grundsätzlich als sehr problematisch beurteilt. Dennoch ist sie an drei der vier Fallstudienorte nach wie vor – wenn auch selten – Praxis. Einzig am Fallstudienort 4, an dem es keine Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt, ist es aufgrund struktureller Veränderungen in der weiteren Region nicht mehr nötig, Kinder und Jugendliche fallweise aufzunehmen. Die berichteten Erfahrungen mit früheren derartigen Unterbringungen auf „Erwachsenenstationen“ zeigen deren Problematik in teils drastischer Weise auf. Vor allem für Kinder und jüngere Jugendliche, insbesondere Mädchen, könne eine

beachtliche Gefährdung daraus erwachsen. Sie hätten dadurch etwa teils neben schwer psychotischen und aggressiven männlichen Mitpatienten untergebracht werden müssen. Andererseits fehle es den FachärztInnen und PflegerInnen auf den „Erwachsenenstationen“ zumeist auch an den erforderlichen Qualifikation für die psychiatrische Behandlung der Kinder und Jugendlichen.

An den drei anderen Fallstudien-Standorten wird vor allem von Jugendlichen berichtet, bei denen man zuweilen keinen anderen Ausweg sehe, als sie in die allgemeine Psychiatrie zu verlegen. Am Fallstudienort 1, an dem es keine Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt, komme es manchmal vor, dass Jugendliche kurzzeitig fixiert werden müssten, bis sie transportfähig genug sind, um in die relativ weit entfernte Kinder- und Jugendpsychiatrie überstellt werden zu können. Diese **weite Entfernung** wird als problematisch bezeichnet. Am Fallstudienort 2 gibt es eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung, in Notfällen werden hier aber Jugendliche auf die Erwachsenenpsychiatrie verlegt. Als **Notfall** werden hier Situationen beschrieben, in denen die Platzkapazitäten auf der KJP ausgeschöpft sind und Personalmangel besteht, sodass auf vorhandene Gefahrenpotentiale nicht ausreichend reagiert werden kann. Am Fallstudienort 3 werden Verlegungen von Jugendlichen auf die allgemeine Psychiatrie vor allem damit begründet, dass man sich teils mit **aggressiven, um sich schlagenden und zugleich körperlich schon sehr erwachsenen PatientInnen** überfordert sehe. Auf der kleinen KJP-Abteilung sei man vor allem personalmäßig nicht ausreichend für solche Notfälle ausgestattet. Zugleich liegt diese Abteilung relativ weit abseits der anderen Abteilungen, sodass personelle Unterstützung aus anderen Abteilungen nicht schnell genug beigezogen werden könne.

Im Zusammenhang mit der Diskussion um die Zwangsunterbringung von Jugendlichen in der Psychiatrie wird in den ExpertInnengesprächen mehrfach festgestellt, dass die Psychiatrie oft PatientInnen überantwortet bekomme, bei denen fraglich sei, ob sie dort wirklich richtig aufgehoben sind. Die in jüngerer Vergangenheit beobachteten zahlenmäßigen Anstiege bei Jugendlichen in der Psychiatrie stellen sich demnach auch als Ergebnis einer Entwicklung dar, in der die **Psychiatrie zunehmend zu einer Auffangeinrichtung für besonders schwierige Jugendliche** werde. Vor allem bei Jugendlichen aus psychosozial sehr belasteten Verhältnissen und mit Störungen des Sozialverhaltens hat man den Berichten zufolge oft den Eindruck, dass die Jugendwohlfahrt früher reagieren hätte müssen. Zum einen sieht man hier die Jugendwohlfahrt in der Verantwortung, auch mehr nachgehend zu arbeiten. Zum anderen wird angeregt, mehr geeignete Zwischenstufen vor Einweisung in die Psychiatrie auf Seiten der Jugendwohlfahrt zu entwickeln.

In der psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist der Einbezug des familiären Umfeldes von besonderer Bedeutung. Patient sei, so die VertreterInnen der KJP, nicht nur das Kind oder der Jugendliche, sondern zugleich in der Regel auch das

Familiensystem (oder ein substituierendes Betreuungssystem). Wenn die Kooperationsbereitschaft auf dieser Seite fehlt, werde es sehr schwer für die KJP, etwas zu erreichen, so die interviewten Personen. In diesem Zusammenhang kann auch die Frage virulent werden, ob das Obsorgerecht der Eltern oder das Unterbringungsgesetz prioritär ist. Wenn Eltern nicht wollen, dass das Kind aufgenommen wird, dann weiß man nicht, welches Recht das prioritäre ist.

Die Bedeutung von Beziehungen und Vertrauen im Behandlungs- und Betreuungskontext wird in der KJP besonders betont, die Arbeit sei oft auch vergleichsweise personalintensiv. Die **Ressourcenausstattung** bestimmt aber auch hier Grenzen, die als zu eng wahrgenommen werden und manchmal in einer Verlegung von Jugendlichen auf Erwachsenenstationen zum Ausdruck komme. Am Fallstudien-Standort 2 wird auch darauf hingewiesen, dass oft eine **Einzelbetreuung** notwendig sei, um bei schwierigen PatientInnen auf der Abteilung eine Unterbringung vermeiden oder aufheben zu können. Dies könne aber mit den bestehenden Personalressourcen jedoch nur in Einzelfällen geleistet werden. Zugleich wird an diesem Standort darauf verwiesen, dass die **Gruppen für manche Kinder zu groß** seien, um die gewünschten Fortschritte erzielen zu können. So müssten manche Kinder unter den gegebenen Bedingungen relativ lange in der KJP bleiben.

Die KJP stellt sich an den Fallstudien-Standorten als sehr **gut vernetzt** dar. Die PraktikerInnen betonen auch, dass Vernetzung ein zentraler Teil der Arbeit in der KJP wäre, zumal eine geeignete Nachsorge nur in enger Abstimmung mit extramuralen Dienstleistern geleistet werden könne. Das zeigt sich einerseits darin, dass Helferkonferenzen in der KJP offenbar ein oft eingesetztes Abstimmungs- und Arbeitsinstrument sind. Andererseits wird es als Standard bezeichnet, dass die FachärztInnen der Klinik mit den Nachbetreuungseinrichtungen bzw. auch nachsorgende FachärztInnen oft im Austausch bleiben.

7.3. Resümee zur Unterbringung von Kindern und Jugendlichen auf „Erwachsenenstationen“

Eine Unterbringung von Kindern und Jugendlichen auf Erwachsenenstationen wird allgemein als problematisch, mitunter sogar als gefährlich beurteilt. Dennoch ist sie offenbar noch verbreitete Praxis. Als zentraler Hintergrund stellen sich vor allem Ressourcen Gründe dar. Einerseits wird vielfach auf Bettengpässe in der KJP verwiesen. Andererseits beruft sich die KJP darauf, vor allem mangels entsprechender Personal- und oft auch struktureller Ausstattung mit aggressiven, oft körperlich bereits weitentwickelten PatientInnen überfordert zu sein.

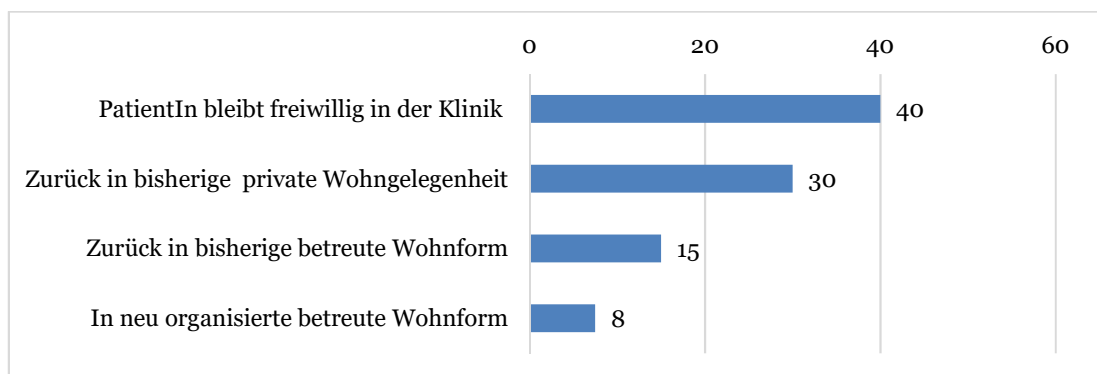
8. Entlassung und Nachsorge

Um langfristige Wirkungen erzielen zu können, bedarf es sehr oft nicht nur einer geeigneten stationären psychiatrischen Behandlung, sondern einer umfassenden Vorbereitung der Entlassung und einer geeigneten Nachsorge. Das folgende Kapitel erkundet auf der Basis der Onlinebefragung zunächst, **wohin die PatientInnen nach einer Unterbringung entlassen werden**. Daran anschließend wird die Praxis des Entlassungsmanagements an den Fallstudienorten beschrieben, um daraus schließlich einige Schlussfolgerungen und Empfehlungen abzuleiten.

8.1. Ergebnisse der Online Befragung

Sowohl ÄrztInnen als auch PatientenanwältInnen waren um eine Einschätzung gebeten worden, wohin die PatientInnen nach der Aufhebung der Unterbringung entlassen werden. Die Ergebnisse der beiden Teilbefragungen wurden in der Auswertung zusammengeführt. Wie schon bei den raschen Entlassungen vor einer Erstanhörung erkennbar wurde, bleibt ein beträchtlicher Anteil der PatientInnen nach **Aufhebung der Unterbringung freiwillig in der Klinik**. Laut der durchschnittlichen Einschätzung (Median) der befragten ÄrztInnen und PatientenanwältInnen sind es rund 40%. Etwa 30% kehren in ihre bisherige private Wohngelegenheit zurück, 15% steht die bisherige betreute Wohneinrichtung wieder zur Verfügung und für rund 8% muss eine neue betreute Wohnform organisiert werden.

Abbildung 32: **Wohin werden die PatientInnen nach einer Aufhebung einer UoV entlassen**, Verknüpfung der Teilbefragungen der **ÄrztInnen** und der **PatientenanwältInnen**, Angaben in Prozent, n=134; Quelle: eigene Erhebungen



Laut Wahrnehmung der befragten PatientenanwältInnen werden die PatientInnen bei der Entlassungsvorbereitung und der Organisation der erforderlichen Weiterbehandlung und -versorgung von der jeweiligen Klinik bzw. psychiatrischen Abteilung umfassend unterstützt: 27% sehen solch eine Unterstützung durch die Klinik „sehr umfassend“ und 53%

„eher umfassend“ gewährleistet, 18% hingegen „eher wenig“ und eine Person am entsprechenden Unterbringungsstandort auch „(fast) gar nicht“.

Aus der Sicht der ÄrztInnen sind die Krankenhäuser in der **Entlassungsvorbereitung** aktiv und nehmen Kontakt zu nachbetreuenden Einrichtungen auf. 93% betrachten diese Kontaktaufnahmen als Regelprogramm, nur wenige erleben ihre Häuser diesbezüglich nur eingeschränkt oder wenig aktiv. Außenstehende mag es eher überraschen, dass die ÄrztInnen ihren Angaben zufolge sehr häufig selbst Kontakt zu möglichen Nachbetreuungseinrichtungen aufnehmen (89%), gefolgt von SozialarbeiterInnen der Abteilungen (84%), vielfach wird aber auch das Pflegepersonal diesbezüglich aktiv (64%). Verbindungsdienste von extramuralen bzw. Nachbetreuungseinrichtungen spielen bei den Kontaktaufnahmen aus der Sicht der befragten ÄrztInnen eine eher nachgereichte Rolle: Nur 19% betrachten sie als die kontaktinitiierenden AkteurInnen.

Im Online-Erhebungsinstrument wurden die ÄrztInnen auch gefragt, wie sehr folgende Aussage auf ihre Abteilung zutrifft: „Mit den PatientInnen wird im Rahmen eines umfassenden **Entlassungsgesprächs** über weitere Perspektiven, Erfordernisse und Pläne gesprochen, selbst wenn nicht klar ist, wie gut die Betroffenen den Ausführungen folgen können.“ 63% der antwortenden ÄrztInnen antworteten mit „trifft sehr zu“, weitere 33% mit „trifft eher zu“. Nur 3 ÄrztInnen (4%) sagten, dass das nicht oder selten gemacht werde. Auf die Aussage „Nach der Beendigung von Unterbringungen ohne Verlangen werden fallbezogene interne Nachbesprechungen gemacht“ antworteten 28% der ÄrztInnen mit „trifft sehr zu“. 38% ließen mit der Antwort „trifft eher zu“ erkennen, dass das immer wieder gemacht wird, aber nicht Regelprogramm ist und für gut ein Drittel ist das bislang offenbar eher eine Ausnahme. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass derartige interne Fall-Nachbesprechungen bislang eher nicht breit etablierter Standard sind.

8.2. Erkenntnisse aus den Fallstudien

8.2.1. Fallstudienort 1

Die Psychiatrie am Fallstudienort 1 weist im Österreichvergleich einen besonders hohen Anteil an Aufhebungen von Unterbringungen bereits vor der Erstanthörung oder infolge einer Unzulässigkeitserklärung bei der Erstanthörung auf (in Summe rund zwei Drittel der Unterbringungen). Dieses Faktum spielt bei der Betrachtung des Entlassungsmanagements eine nicht unerhebliche Rolle. Abgesehen von klaren Fällen ohne Erfordernis eines weiteren stationären Aufenthaltes, wird den PatientInnen im Rahmen der Aufhebung der Unterbringung meist geraten, noch freiwillig stationär zu bleiben. Den berichteten Erfahrungen zufolge wünscht ein großer Teil der PatientInnen, bei denen schon nach kurzer

Zeit die Unterbringung aufgehoben wird – besonders nach Drogen induzierten Psychosen oder nach suizidalen Krisen im Alkoholrausch und Ausnüchterung – keine weitere Behandlung, Beratung oder Betreuung. In diesen Fällen findet dementsprechend kein weiteres Entlassungsmanagement statt. Bei allen anderen Entlassungen besteht wenig Unterschied zwischen Entlassungsvorbereitungen aus der Unterbringung oder aus dem offenen Bereich. Teilweise machen aber Unterbringungen vor dem Hintergrund von Eskalationen im familiären Bereich eine Abklärung notwendig, ob der/die PatientIn dorthin zurückkehren kann und worauf dann gegebenenfalls geachtet werden muss, um eine neuerliche Eskalation zu vermeiden. Generell ermöglichen kurzfristige Entlassungen oft eher wenig Vorbereitung.

Das Entlassungsmanagement wird weitgehend als Teamarbeit der verantwortlichen ÄrztInnen, der Sozialarbeit an der Klinik und der Pflege beschrieben, wobei die zentrale Verantwortung bei den FachärztInnen liegt und Umsetzungs- und Organisationsleistungen vor allem durch die Sozialarbeit geleistet werden. Vielfach wird betont, dass die Entlassungsvorbereitungen in enger Abstimmung mit den PatientInnen zu erfolgen haben und ein sehr individualisiertes Entlassungsmanagement angestrebt wird. Die relativ geringe Größe der Psychiatrie und die eher kleine Zahl der involvierten AkteurInnen stellt sich hierfür als förderlich dar. Die angeführten Unterstützungsleistungen reichen von organisatorischen Belangen wie Pflegegeld, Hauskrankenpflege, 24-Stunden-Pflege, Reha-Ansuchen, Anträge bezüglich Wohnversorgung, Pflege und Betreuung bis zur Vermittlung zu spezialisierten Einrichtungen, wie z.B. suchtspezifischen Therapien, medizinischer Nachversorgung, zu Beratungen und tagesstrukturierenden Maßnahmen, sowie auch Begleitung zu Erstkontakten, Besichtigungen oder auch Gespräche, Klärungen und Abstimmungen mit Angehörigen.

Individuell bzw. flexibel wird auch die Gestaltung des Entlassungsprozesses geschildert. Manche PatientInnen würden sukzessive Verbindungen aus dem Schutz und der Sicherheit der Klinik nach draußen herstellen, zunächst z.B. nur über Spaziergänge mit Angehörigen, dann über Kontakte zum psychosozialen Dienst und in weiterer Folge über Besuche bei externen Therapien. Mangels ausreichender Versorgung durch niedergelassene FachärztInnen und aufgrund daraus resultierender langer Wartezeiten bleiben viele PatientInnen in der medizinischen Nachversorgung auf die Ambulanz der Psychiatrie angewiesen. Als sehr enger externer Kooperationspartner zeigt sich der psychosoziale Dienst der Region. Dessen MitarbeiterInnen sind auch regelmäßig in Entlassungsprozesse involviert, werden für Planungen kontaktiert, kommen zu Abstimmungen in die Klinik, beraten PatientInnen dort oder auch in ihren Einrichtungen.

Eine große Hürde für eine gute Versorgung nach der Entlassung stellt den berichteten Erfahrungen zufolge das unzureichende Angebot an extramuralen psychosozialen und psychiatrischen Dienstleistungen dar. Als größtes Problem in der Nachbetreuung und

Versorgung wird von allen Seiten eine geeignete Wohnversorgung mit den jeweils erforderlichen Betreuungsarrangements beschrieben. Regelmäßig könnten durch die Klinik nur Vorbereitungen zur Wohnversorgung bzw. Anknüpfungen geleistet werden. Mitunter müsse bis zu 1,5 Jahre auf einen Wohnplatz gewartet werden. Unzureichende betreute Wohnangebote haben auch zur Konsequenz, dass manche PatientInnen relativ lange in der Klinik bleiben müssen. Aber auch wenn PatientInnen in Wohneinrichtungen vermittelt werden können, kann den Berichten zufolge die Übergabe teils nicht optimal umgesetzt werden. Erforderlich sei oft mehr Zeit zur Vorbereitung der PatientInnen auf den Wechsel und mehr Kommunikation zwischen der Klinik und den Wohneinrichtungen. In den Betrachtungen der externen Experten stellen sich Bemühungen der Klinik zur Entlassungsvorbereitung weitgehend gut dar.

8.2.2. Fallstudienort 2

Am Fallstudien-Standort 2 wird bei Entlassungsvorbereitungen sehr deutlich zwischen Unterbringungen und freiwilligen stationären Aufenthalten unterschieden. Während aufrechter Unterbringung wird den Berichten zufolge offenbar wenig unmittelbare Vorbereitungsarbeit im Sinne von Anbahnungen einer Nachversorgung und Nachbetreuung geleistet. Vielmehr bemüht man sich in dieser Zeit vor allem um die Herstellung einer Betreuungsbeziehung und erarbeitet Betreuungskonzepte mit den PatientInnen. Teilweise werden hierbei Angehörige einbezogen oder auch Helferkonferenzen abgehalten. Konkrete Maßnahmen im Sinne der Entlassungsvorbereitung und Nachsorge werden vor allem im offenen stationären Bereich gemacht.

Sobald eine Unterbringung aufgehoben wird, wird den PatientInnen laut den interviewten KlinikvertreterInnen regelmäßig auch geraten, noch so lange freiwillig im offenen Bereich zu bleiben, bis verschiedene organisatorische Erfordernisse erledigt sind oder z.B. die medikamentöse Einstellung passt. Die Mehrheit der PatientInnen würden diesem Rat folgen, manche gehen auch gleich nach Hause, oft zurück in bereits bestehende Versorgungsstrukturen wie fachärztliche (Nach-)Behandlung, Therapie oder tagesstrukturierende Maßnahmen. Manche PatientInnen verlassen die Unterbringung auch ohne Vorbereitungs- bzw. Unterstützungsmaßnahmen.

Die Entlassungsvorbereitung stellt sich als Prozess dar, in den unter der Führung des/der zuständigen FachärztIn teils viele Akteure involviert sind: Pflege, Psychologie, Sozialarbeit, mitunter auch Therapie (z.B. Ergotherapie). Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird mehrfach als zentraler Aspekt dargestellt. Darauf aufbauend zeigt es sich vor allem als Aufgabe der Sozialarbeit der Klinik, Kontakt zu den extramuralen psychosozialen Einrichtungen aufzunehmen und organisatorische Schritte (u.a. Kostenübernahmeanträge)

umzusetzen. Die unzureichende Verfügbarkeit geeigneter Angebote wird als massive Arbeiterschwernis beschrieben. Auch an diesem Standort wird ein großer Mangel an geeigneter Wohnversorgung wahrgenommen, besonders für junge Erwachsene und und obdachlose PatientInnen, die man zuweilen auch schon zu städtischen Notschlafstätten begleiten habe müssen.

Als wichtige Kooperationspartner im Entlassungsmanagement werden die psychosozialen Dienste genannt, einerseits mit ihren eigenen Angeboten und andererseits durch ihre Verbindungen zu anderen Dienstleistern. Die psychosozialen Dienste sind wöchentlich durch einen Verbindungsdienst in der Klinik vertreten. Allerdings wird davon berichtet, dass aus der kürzlichen Neuorganisation der Verteilung der Neuzugänge im großen Krankenhaus Probleme für diese Kooperation und die Entlassungsvorbereitung insgesamt erwachsen. Durch die Auflösung von Abteilungszuständigkeiten nach regionaler Herkunft der PatientInnen müssen nun die Verbindungsdienste zu unterschiedlichen Abteilungen (und nicht mehr nur zu einer bestimmten, wohl bekannten) Kontakt aufnehmen. Die bislang als sehr hilfreich beschriebenen persönlichen Kontakte zu den MitarbeiterInnen der Abteilung, für die man regional zuständig war, würden jetzt großteils fehlen. Die KlinikmitarbeiterInnen könnten nun außerdem wesentlich weniger auf ihre Kenntnis der regionalen psychosozialen Dienstleister und die bestehende gute Vernetzung bauen, sondern müssten in ihnen weniger bekannten Regionen neu recherchieren und neue Kontakte aufbauen.

Sehr positiv beschrieben wurde das Zusammenspiel der AkteurInnen im Entlassungsmanagement der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hier betont man, dass beim Entlassungsgespräch in der Regel alles für die Entlassung und die Weiterbetreuung organisiert wäre. Die ärztliche Nachversorgung scheint sehr oft durch die KJP-Ambulanz geleistet zu werden. Enger Kooperationspartner in der Organisation der erforderlichen Nachbetreuungsmaßnahmen ist neben Angehörigen bzw. gesetzlichen VertreterInnen regelmäßig das Jugendamt. Diese Kooperation wird hier als sehr gut funktionierend beschrieben. Positiv hervorgehoben wird dabei auch, dass die Jugendämter mittlerweile regelmäßig Fortbildungen zum Thema Psychiatrie und psychische Erkrankungen für ihre MitarbeiterInnen anbieten.

8.2.3. Fallstudienort 3

Die Möglichkeiten der Entlassungsvorbereitung werden an diesem Fallstudien-Standort dann als begrenzt beschrieben, wenn entweder die PatientInnen nach Aufhebung der Unterbringung nicht mehr in der Klinik bleiben wollen oder die Entlassungsentscheidung kurzfristig getroffen wird. Ein großer Teil bleibe aber nach der Unterbringungsaufhebung freiwillig stationär und dann stehe die erforderliche Zeit für die Entlassungsvorbereitung

zur Verfügung. Wie am Fallstudieort 1 wird auch hier kaum zwischen der Entlassungsvorbereitung von untergebrachten und freiwillig aufhältigen PatientInnen unterschieden.

Die Nachsorge wird als zentraler Faktor für eine langfristige Stabilisierung der PatientInnen beschrieben. Für die Entlassungsvorbereitung wird die gemeinsame Planung mit den PatientInnen als wichtiger Aspekt betont. Auch Angehörigengespräch seien regelmäßig teil der Entlassungsvorbereitung, oft werden die Angehörigen auch aktiv an der Organisation der extramuralen Nachsorge beteiligt bzw. übernehmen sie auch selbst wichtige Leistungen. Nicht bei jedem/er PatientIn gebe es aber eine umfassende Entlassungsvorbereitung, bei manchen Personen bestehe weniger Notwendigkeit dazu.

Die Verantwortung für die Planung und Konzeption der Entlassungsvorbereitung liegt bei den jeweils zuständigen FachärztInnen, die Umsetzung baut aber auch hier auf Teamarbeit auf, an der die Pflege beteiligt ist, in der aber die Sozialarbeit den Großteil der organisatorischen Schritte leistet und meist die Abstimmungen mit den extramuralen Einrichtungen wahrnimmt. Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit erweise sich eine ausreichende Klärung der Zuständigkeiten als wichtig, daran müsse auch mitunter noch mehr gearbeitet werden.

Ein zentrales Element der Entlassungsvorbereitung bildet notwendigerweise die Kooperation mit und Einbindung der Nachbetreuungseinrichtungen. Diesbezüglich verweist man auf viele spezifische Kontakte und Kooperationen mit Wohneinrichtungen, sozialpsychiatrischer Beratung, Suchthilfe, Schuldenberatung etc. Bei besonders schwierigen Situationen oder Fällen, vor allem wenn nur sehr schwer eine geeignete Wohnversorgung organisiert werden kann, beruft man auch Helferkonferenzen ein.

Großteils wird die Kooperation zwischen Krankenhaus und Nachbetreuungseinrichtungen als gut zu funktionierend beschrieben. Im Schnittstellenmanagement wird jedoch von verschiedenen GesprächspartnerInnen (innerhalb und außerhalb des Krankenhauses) auch Verbesserungsbedarf gesehen, wobei die Praxis stark abteilungs- und personenabhängig zu sein scheint. Manche extramuralen Einrichtungen wünschen sich mehr Information für die Nachbetreuung aber auch für die PatientInnen selbst. Berufsgruppenspezifische Informationen gebe es kaum und der Arztbrief reiche nicht immer für eine gute Übernahme der PatientInnen in die Nachbetreuung aus. Angeregt werden häufigere persönliche (Erst-)Kontakt zwischen Nachbetreuung, Facharzt und PatientIn in der Klinik. Mitunter erfolge die Verständigung der nachsorgenden Einrichtung, auch nach mehrwöchigen stationären Aufenthalten, sehr kurzfristig vor der Entlassung. Das stelle vor Problemen bei der kurzfristigen Organisation entsprechender Maßnahmen und kann auch wochenlange Wartezeiten des/der PatientIn bei niedergelassenen Ärzten bedeuten.

Auch an diesem Fallstudienort wird die Entlassungsvorbereitung und das Schnittstellenmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als besser funktionierend beschrieben. Enger Kooperationspartner ist dabei naheliegenderweise regelmäßig die Kinder- und Jugendhilfe, Helferkonferenzen sind dabei ein oft eingesetztes Abstimmungs- und Planungsinstrument, wobei es in schwierigen Fällen teils auch mehrere Helferkonferenzen brauchen könne. Als Problem wird geschildert, dass die Angebote oft nicht passgenau für die jeweils spezifischen Problemlagen der PatientInnen seien. Das könne beispielsweise dazu zwingen, Angebote für Kinder mit Lernschwierigkeiten einzusetzen, obwohl eigentlich primär sozialpädagogischer Förderbedarf gegeben ist.

8.2.4. Fallstudienort 4

In der Entlassungsvorbereitung wird auch an diesem Standort nicht grundsätzlich zwischen untergebrachten und nicht untergebrachten PatientInnen unterschieden, auch wenn bei ersteren die Vorbereitung mit gewissen Einschränkungen konfrontiert sein kann. So könnten Untergebrachte in der Regel nicht alleine zu einem Erstkontakt beim betreuten Wohnen geschickt werden, sondern müssen gegebenenfalls begleitet werden.

Die Behandlung, Versorgung und Betreuung der PatientInnen wird mit drei Phasen beschrieben: Krisenphase, Konsolidierungsphase und, soweit der/die PatientIn bereit dafür ist, eventuell therapeutische Phase. Das Entlassungsmanagement stellt sich als Teil der Konsolidierungsphase dar: Klärung der vorhandenen Ressourcen außerhalb der Klinik, der ärztlichen Nachbetreuung, der Einnahme der Medikamente (allenfalls Depotspritzen), ambulanter Psychotherapie, einer Tagesstruktur, von unterstütztem Wohnen, Betreuung, Pflege, etc. Dazu gehört auch die Klärung notwendiger Finanzierungs- bzw. Versicherungsfragen. Die Aufhebung von Unterbringungen passiere manchmal aber auch sehr schnell, manche PatientInnen würden dann rasch das Krankenhaus verlassen und keine weitere Unterstützung wünschen. Viele PatientInnen würden aber der Empfehlung folgen, nach einer Aufhebung der Unterbringung noch freiwillig stationär zu bleiben. An der gerontopsychiatrischen Abteilung werden Unterbringungen hingegen zumeist kaum schnell oder überraschend aufgehoben, sondern erst nach der Klärung der erforderlichen Wohn- bzw. Pflegeversorgung (anhaltender Gefährdungsgrund ist dabei häufig ein „Selbstfürsorgedefizit“ – vgl. Kap. 4).

Zuständig für die Entlassungsvorbereitung ist das jeweilige interdisziplinäre Stations-team (v.a. Sozialarbeit, Pflege, aber auch TherapeutInnen) unter der Verantwortung des/der jeweils zuständigen FachärztIn. Dabei kommt der Sozialarbeit die Aufgabe zu, das Casemanagement in der Klinik, den Großteil der organisatorischen Erfordernisse, Abstimmungen mit extramuralen Einrichtungen, Begleitungen der PatientInnen und allenfalls auch die Übergabe an den psychosozialen Dienst zu machen. Die Kliniksozialarbeit

stellt sich demnach als zentraler Leistungsbereich der Entlassungsvorbereitung dar, der bei Kontakten nach draußen unterstützt und auch Angehörige einbezieht, wenn das von den PatientInnen gewünscht wird. Die Bedeutung der Leistungen und der Hilfe Angehöriger wird in den Gesprächen am Fallstudienort 4 vielfach betont.

Ein besonders wichtiger Kooperationspartner in der Entlassungsvorbereitung ist der psychosoziale Dienst als zentrale Schnittstelle zur extramuralen Nachsorge. Diese Kooperation stellt sich in den Gesprächen am Standort als wichtiger Grundpfeiler der allgemein als gut funktionierend beschriebenen Entlassungsvorbereitung dar.

Einmal mehr wird auch an diesem Standort die Wohnsituation als besonders schwieriger Bedarfsbereich beschrieben. Zudem werden allgemein individuelle Betreuungsarrangements als besonders wichtig sowie auch als schwierig umzusetzen beschrieben. Lange Vorlaufzeiten auf bestimmte (psycho-)soziale Dienste erfordern immer wieder Zwischenlösungen, d.h. unbefriedigende Lösungen. In solchen Übergangsphasen können die Angehörigen besonders belastet werden, PatientInnen werden ergänzend über den Ambulanzbetrieb medizinisch betreut. Als besonders schwierig wird am Fallstudienort 4 auch die geeignete Versorgung schwer kranker PatientInnen beschrieben, die besonders umfassende, aufwändige Betreuungssettings brauchen. Mangels Verfügbarkeit geeigneter Wohnplätze könne es vorkommen, dass diese PatientInnen aufgrund ihres schlechten Zustandes oft über Monate hindurch in der Klinik behalten werden müssen. Mitunter werden besonders in solchen Fällen auch Helferkonferenzen organisiert.

8.3. Resümee zur Entlassung und Nachsorge

Entlassungsmanagement und Nachsorge der PatientInnen sind **maßgebliche Faktoren für eine möglichst gute und langfristige Stabilisierung ihres Gesundheitszustandes**. Bei der Entlassung bedarf es einer hochprofessionellen Unterstützung auf Seiten der Klinik, **guter Vernetzung** nach draußen und **geeigneter extramuraler Angebote und Ressourcen**.

Im Entlassungsmanagement geht es u.a. um Motivation der PatientInnen, Klärung der vorhandenen Ressourcen außerhalb der Klinik, ärztliche Nachbetreuung, Sicherstellung der erforderlichen Medikation, ambulante Therapien, Tagesstruktur, Wohnen und die dabei erforderliche Betreuung und Pflege, um Finanzierungs- bzw. Versicherungsfragen, etc. Bei der Entlassung sollten die jeweiligen Erfordernisse, bzw. deren Umsetzung geklärt sein, auch wenn der eine oder andere Aspekt nur durch Übergangs- oder Notlösungen erfüllt wird.

Idealerweise beginnt die **Vorbereitung bzw. Planung der Entlassung, sobald absehbar ist, was an Nachbetreuung bzw. -versorgung für eine/n PatientIn erforderlich sein wird**, weitgehend unabhängig davon, ob eine Unterbringung aufrecht ist oder der/die PatientIn offen stationär ist. Aus der Online-Befragung und den Fallstudien ist abzuleiten, dass ein großer Teil der PatientInnen nach einer Unterbringung freiwillig auf der Station bleibt. Knappe Zeit bzw. kurzfristige Entlassungen erschweren die Entlassungsvorbereitung, vor allem wenn PatientInnen nach kurzfristiger Aufhebung einer Unterbringung nicht weiter freiwillig auf der psychiatrischen Abteilung bleiben, sind die Möglichkeiten einer Entlassungsvorbereitung in der Regel sehr begrenzt.

Die Fallstudien zeigen, dass die Entlassungsvorbereitung meist in **interdisziplinären Teams** unter der Leitung des/der verantwortlichen FachärztIn geleistet wird. In der Umsetzung der Pläne und der Abstimmungen mit extramuralen Organisationen übernimmt die Kliniksozialarbeit zumeist eine zentrale Rolle. Wichtige Akteure und Kooperationspartner sind regelmäßig Angehörige der PatientInnen. Auch ErwachsenenvertreterInnen werden, so bestellt, vor allem zur Klärung der Finanzierung benötigter Unterstützung oft als hilfreich beschrieben.

Im Entlassungsmanagement sind die Kliniken auf eine **gute Vernetzung und Kooperation mit extramuralen Dienstleistern** angewiesen – und umgekehrt sind diese auf frühzeitige Information über bevorstehende Entlassungen durch die Kliniken angewiesen. Beim **Schnittstellenmanagement** mit den verschiedenen (psycho-)sozialen Dienstleistern deutet sich in den empirischen Ergebnissen auch einiger Optimierungsbedarf an. Besonders scheint das auf die Schnittstelle zwischen Kliniken und Wohnversorgung zuzutreffen. Von herausragender Bedeutung sind Kooperationen mit psychosozialen Diensten, die selbst meist eine breite Palette an Dienstleistungen erbringen, oft aber auch eine Vermittlungsposition gegenüber anderen, spezialisierten Einrichtungen übernehmen. Großteils werden diese Kooperationen als gut funktionierend beschrieben. Voraussetzungen für eine gute Kooperation sind ein klar vereinbartes (und eingehaltenes) Schnittstellenmanagement, eine möglichst **frühzeitige Einbindung des psychosozialen Dienstes**, sowie **laufender Austausch und Abstimmungen**.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie setzt man den gewonnenen Eindrücken zufolge regelmäßiger **Helferkonferenzen** zur fallbezogenen Abstimmung ein. In der Erwachsenenpsychiatrie kommt diese relativ ressourcenaufwendige Planung und Abstimmung dem Anschein nach seltener zum Einsatz, könnte aber vermutlich auch hier öfter wertvolle Dienste leisten.

Als eine der größten Hürden im Rahmen der Entlassungsvorbereitungen und für die geeignete Nachsorge der PatientInnen wird der häufige **Mangel an erforderlichen**

Nachsorgeangeboten beschrieben. Die Mangelsituation stellt sich regional unterschiedlich dar, aus der österreichweiten Online-Befragung im Rahmen dieser Studie und auch den Fallstudien ist aber zu schließen, dass kaum wo eine „Vollversorgung“ angenommen werden kann. Am massivsten stellt sich der Mangel an Wohnversorgungsmöglichkeiten dar, besonders wenn intensiver Betreuungsbedarf erforderlich ist.

Behandlungsvereinbarungen darüber, wie der/die PatientIn bei einem eventuellen nächsten Klinikaufenthalt behandelt werden soll, welche Vertrauenspersonen benachrichtigt werden sollen, etc., werden bislang offenbar nur sehr selten zwischen psychiatrischen Krankenhäusern und PatientInnen geschlossen. Wenn solche Vereinbarungen geschlossen werden, dann vor allem in Hinblick auf Krisensituationen, für die man den PatientInnen nahelegt, die Klinik aufzusuchen und ihnen die Aufnahme zusagt, sofern die Voraussetzungen erfüllt werden. An einem der Fallstudienorte gab es auch einen konkreten Versuch, solche Vereinbarungen zu etablieren, auch an anderen Orten zeigt man sich dem Konzept gegenüber durchaus aufgeschlossen. Bislang dürfte einer Ausweitung vor allem unterschiedliche Akzeptanz solcher Vereinbarungen auf Fachärzteseite entgegenstehen bzw. auch der Umstand, dass die ÄrztInnen, mit denen die Vereinbarung konkret beschlossen wurden, dann bei einer eventuellen Neuaufnahme nicht unbedingt vor Ort sind und die Akzeptanz des Vereinbarten durch andere ÄrztInnen ungewiss erscheint.

9. Kommunikation und Kooperation

9.1. Ergebnisse der Online-Befragung

Ein zentrale Erkenntnisinteresse dieser Studie bezieht sich darauf, wie die Kommunikation und Kooperation zwischen den unterschiedlichen Stellen, die mit psychisch erkrankten Personen mit Selbst- und Fremdgefährdungspotenzial zu tun haben, verlaufen. Die Online-Befragungen geben hierzu erste Eindrücke, die in den Fallstudien vertiefend erforscht werden. So zeigen bereits die weiter oben abgebildeten Antworten auf die Fragen danach, von welchen Personen und Stellen den ÄrztInnen bei der Aufnahmeuntersuchung Informationen vorliegen und welche Informationen bei den gerichtlichen Überprüfungen über die Betroffenen zur Verfügung stehen oder nicht, aber hilfreich wären, beachtliche Bedarfe zur Verbesserung des Informationsaustausches auf.

Das Thema wurde in einem eigenen Fragenblock der Online-Erhebung nochmals auf allgemeiner Ebene aufgegriffen. In einem ersten Schritt gaben die drei befragten Berufsgruppen an, wie wichtig für sie bezogen auf UbG-relevante Aspekte Informationsaustausch und Kooperation mit den angeführten Stellen und Personengruppen ist. Nachfolgend sind die Ergebnisse der Befragung getrennt für die drei Teilstichproben dargestellt, wobei die Antwortalternativen absteigend danach gereiht wurden, wie oft die entsprechende Stelle bzw. Personengruppe als sehr wichtige Informationsquelle bzw. KooperationspartnerIn genannt wurde. Vorweg kann festgestellt werden, dass sich die Ergebnisse der Befragung der RichterInnen und PatientenanwälInnen hier relativ ähnlich darstellen, während sich die Ergebnisse der ÄrztInnenbefragung teils auffallend unterscheiden.

- Im Vergleich zeigen die vorliegenden Befragungsergebnisse, dass die drei befragten Berufsgruppen – **ÄrztInnen der psychiatrischen Abteilungen bzw. Kliniken, PatientenanwälInnen und RichterInnen** – und als vierte Berufsgruppe zusätzlich das **Pflegepersonal aus der Sicht der PatientenanwälInnen und RichterInnen** die mit Abstand wichtigsten Informationsquellen bzw. KooperationspartnerInnen sind (jeweils mehr als 90% der Antworten mit sehr oder eher wichtig). Auch dass die Pflegekräfte diesbezüglich von den PatientenanwälInnen häufiger als wichtig erachtet werden als die RichterInnen, liegt nahe, sind diese doch eine wichtige Anbindung an die Kliniken, von der sie nicht zuletzt oft wichtige Informationen bekommen.
- Aus dem Blickwinkel der ÄrztInnen stellt sich das einigermaßen anders dar. Sie nennen bemerkenswerterweise **Angehörige** der untergebrachten Personen als die wichtigsten Kooperations- und Kommunikationspartner in Bezug auf UbG-

relevante Aspekte, gefolgt von der **Polizei**. Am dritthäufigsten werden die **PatientenanwältInnen** genannt.¹² Das Gericht bzw. die **RichterInnen** folgen erst an achter Stelle. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass PatientenanwältInnen entsprechend ihrem Auftrag wesentlich mehr im Stationsalltag präsent und auch mehr im Austausch mit den ÄrztInnen als die RichterInnen sind. Angehörige sind auch aus dem Blickwinkel der PatientenanwältInnen und RichterInnen wichtige Kooperations- und Kommunikationspartner. In der Bedeutung werden sie von diesen allerdings seltener als „sehr wichtig“ bewertet.

- Insgesamt fällt auf, dass die **Ärzterschaft** die Kooperation und Kommunikation mit wesentlich mehr Personen und Gruppen als „sehr wichtig“ bewertet. Dies ist wenig überraschend, gestaltet sich doch der Handlungsauftrag der ÄrztInnen bzw. der Kliniken wesentlich umfassender als jener der RichterInnen und der PatientenanwältInnen. Für die beiden Letztgenannten sind Heime, psychosoziale Dienste, Amtsärzte, niedergelassene Ärzte, andere Betreuungseinrichtungen oder auch das Jugendamt meist keine unmittelbaren Kontakte und Informationsquellen. Sie werden vor allem mittelbar für diese sichtbar bei den Erörterungen anlässlich der Überprüfungen bzw. in den Akteninformationen. Für die Kliniken bzw. die ÄrztInnen sind die Genannten vielfach in mehrererlei Hinsicht wichtig: als Zuweiser, Informationsgeber und oft auch als Kooperationspartner in Hinblick auf die Organisation der (weiteren) Versorgung, Behandlung und Betreuung.
- Auch die **Polizei** ist von vergleichsweise geringerer Bedeutung für die RichterInnen und PatientenanwältInnen (Nur 17% beider Befragtengruppen erachteten die Kooperation und die Kommunikation mit der Polizei als sehr wichtig). Sie haben faktisch selten mit der Polizei unmittelbar zu tun und kennen allenfalls die schriftlichen Berichte der Polizei über Einsätze im Zusammenhang mit Unterbringungen, sofern diese vom Krankenhaus übermittelt werden. Aus den analysierten Gerichtsakten geht allerdings hervor, dass dies nicht immer bzw. überall der Fall ist. Polizeiberichte sind vor allem bei Unterbringungen durch die Polizei bei Gefahr im Verzug in den Gerichtsakten enthalten.
- Ähnliches gilt für die **AmtsärztInnen**. Trotz Kritik an den Zuweisungen durch die AmtsärztInnen werden sie von einem großen Teil der ÄrztInnen als wichtige Kooperationspartner betrachtet (49% Nennungen als sehr wichtig und 29% als eher wichtig). Mit den RichterInnen und den PatientenanwältInnen haben sie hingegen selten direkten Kontakt. Sie werden auch von eher wenigen als wichtige

¹² Als System interne KooperationspartnerInnen wurden die Pflegekräfte auf Seiten der Ärzteschaft hier nicht angesprochen

Kontakte bzw. Informationsquellen angeführt (39% bzw. 46% Bewertungen mit sehr wichtig oder eher wichtig).

- Die Bedeutung des **Jugendamtes** stellt sich in dieser Befragung nur deshalb gering dar, weil nur 13 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitende ÄrztInnen an der Befragung teilnahmen. Diese bewerteten die Kooperation und Kommunikation mit den Jugendämtern großteils als sehr wichtig, zumindest aber als eher wichtig.
- Große Differenzen zwischen den Antworten der RichterInnen einerseits und der ÄrztInnen und PatientenanwälInnen andererseits zeigen sich bezüglich der beigemessenen Bedeutung des Austauschs mit **Selbstvertretungen bzw. Selbsthilfeorganisationen psychiatriererfahrener Personen**. Während nur sehr wenige RichterInnen solch einem Austausch Bedeutung beimessen, schätzen doch 48% der befragten ÄrztInnen und 44% der PatientenanwälInnen diesen Austausch als sehr oder eher wichtig ein.

Abbildung 33: **Wichtige Informationsquellen und KooperationspartnerInnen in UbG-Belangen**, Teilbefragung **RichterInnen**, Angaben in Prozent, n=53; Quelle: eigene Erhebungen

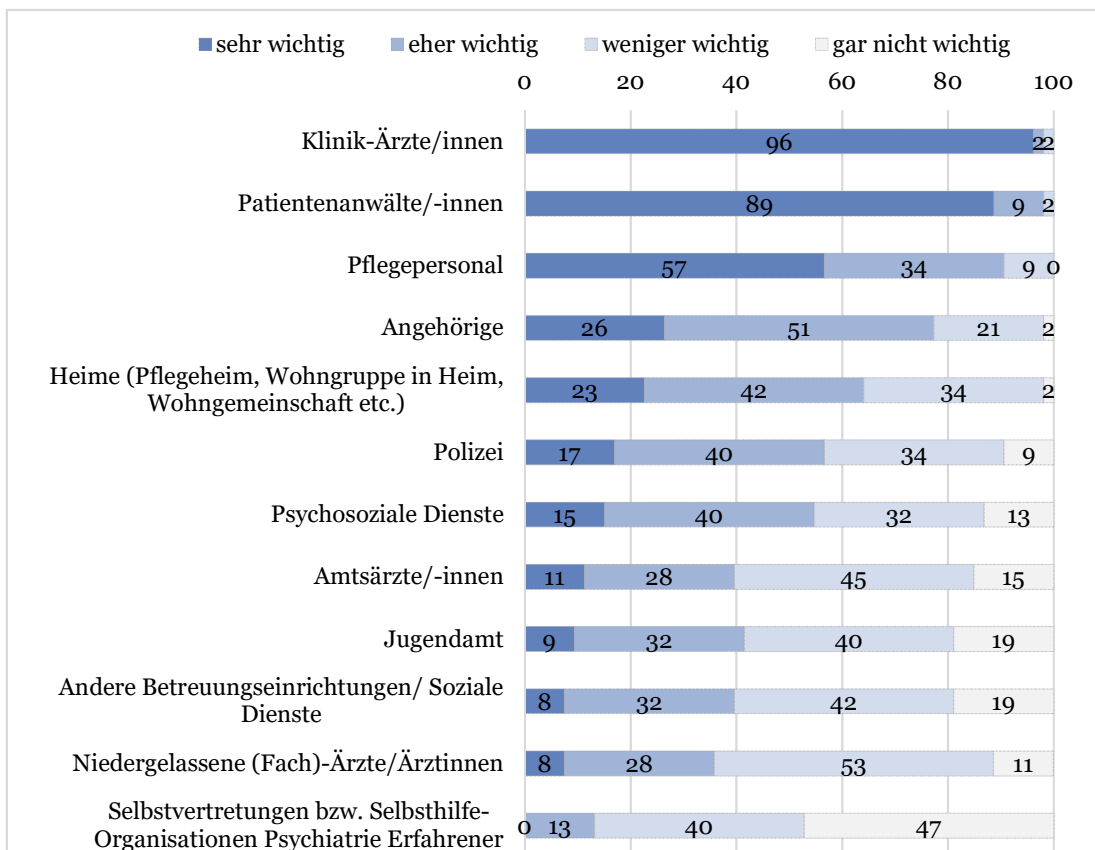


Abbildung 34: **Wichtige Informationsquellen und KooperationspartnerInnen in UbG-Belangen**, Teilbefragung **PatientenanwältInnen**, Angaben in Prozent, n=59; Quelle: eigene Erhebungen

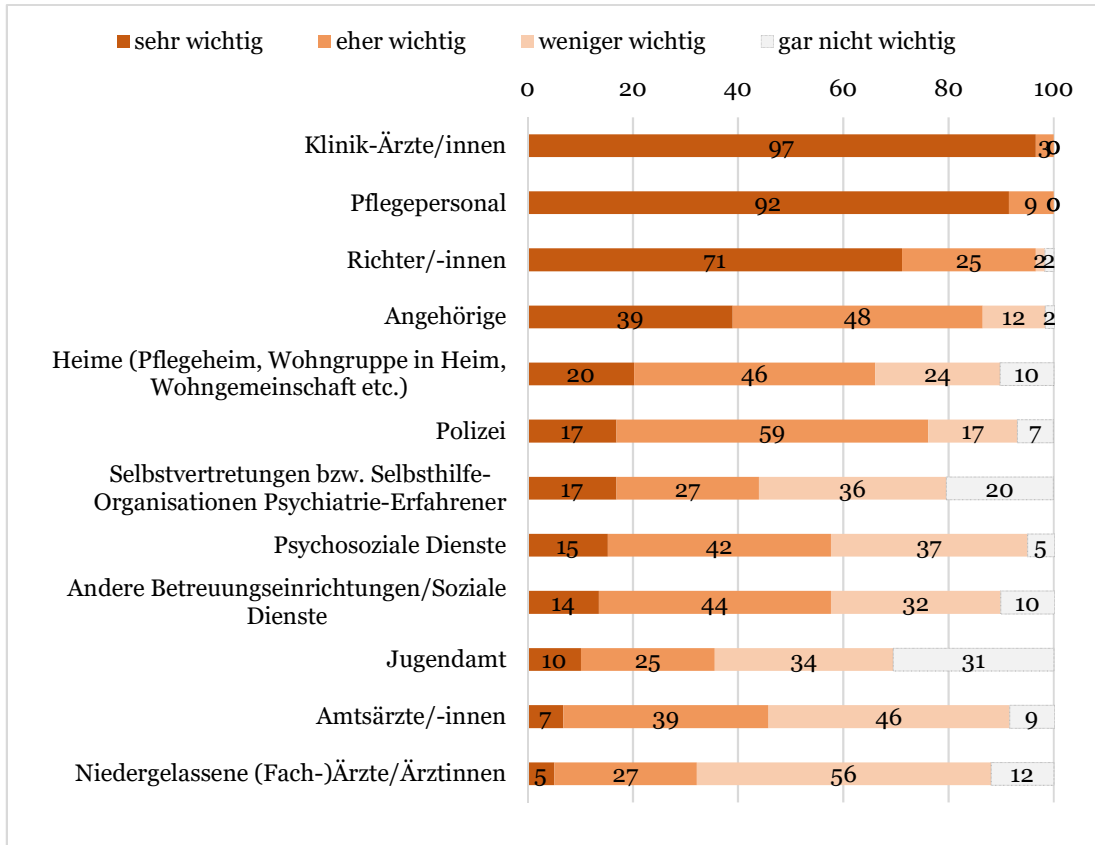
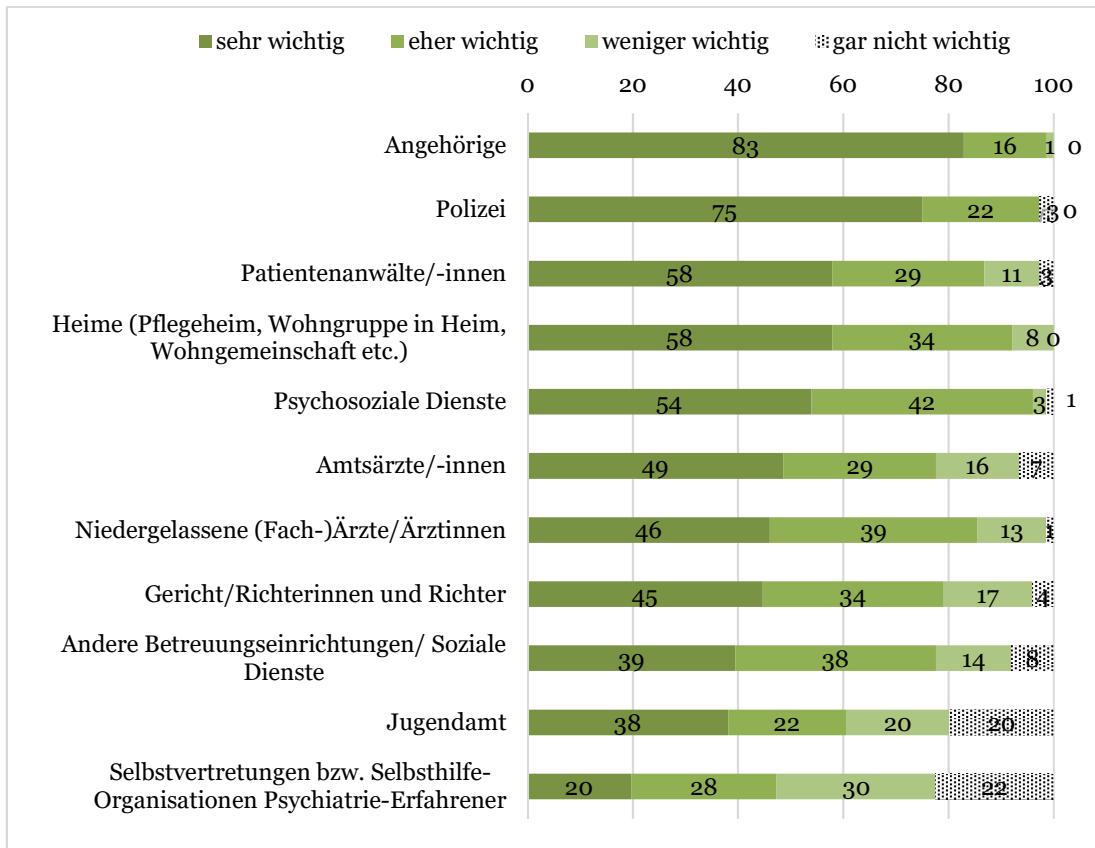


Abbildung 35: **Wichtige Informationsquellen und KooperationspartnerInnen in UbG-Belangen**, Teilbefragung **ÄrztInnen**, Angaben in Prozent, n=76; Quelle: eigene Erhebungen



In einem zweiten Schritt waren die Befragten gebeten worden, auf Basis der eigenen Erfahrung zu **bewerten, wie gut Informationsaustausch und Kooperation** zu UbG-relevanten Aspekten mit der jeweiligen Stelle **funktionieren**. Nachstehende drei Grafiken geben die Antworten getrennt für die Teilbefragungen wieder. Sie lassen erkennen, dass mit bzw. zwischen den vier zentralen Berufsgruppen – **ÄrztInnen, Pflegepersonal, PatientenanwältInnen und RichterInnen** – Information und Kooperation überwiegend gut bis sehr gut zu funktionieren scheint. Die Richterschaft antwortete dabei ganz überwiegend mit „sehr gut“, während die Antworten der beiden anderen Befragungsgruppen öfter zwischen „sehr gut“ und „eher gut“ differenzieren.

Bei einer kritischen Leseart kann man den großen Anteil von 47% der ÄrztInnen, die ihre Kooperation mit den RichterInnen und auch den PatientenanwältInnen als „eher gut“ bewerteten als Hinweis auf **Verbesserungspotential** betrachten. Ausdrücklich kritische Stimmen zur Kooperation mit den RichterInnen beschränken sich auf eine Minderheit (7 von 76 Personen antworteten mit „weniger gut“ und „gar nicht gut“). Gegenüber PatientenanwältInnen sehen die ÄrztInnen etwas öfter „atmosphärische „Schief lagen“ (16 von 76 antworteten mit „weniger gut“ und „gar nicht gut“). In den Rückmeldungen der Patienten-anwaltschaft gab es weniger Hinweise auf kritische Verhältnisse. Bei insgesamt klar

überwiegend positiver Bewertung der Kooperation mit den KlinikärztInnen, antworten 51% der PatientenanwältInnen mit „eher gut“ und 12% (7 von 59 Personen) mit „weniger gut“. Sehr ähnlich bzw. noch eine Spur besser beschreiben sie die Kooperation mit dem Pflegepersonal. Ausdrücklich kritische Bewertungen von PatientenanwältInnen zur Kooperation mit den RichterInnen stellen sich als Ausnahmeerscheinung dar (n=4 von 59). Neben der Mehrheit, die diese Kooperation als sehr gut bezeichneten, bewerteten sie 46% mit „eher gut“.

Die bereits oben angesprochenen, fehlenden Kontakte der RichterInnen und PatientenanwältInnen mit etlichen der für die Kliniken wichtigen KooperationspartnerInnen kommen in den Antworten Ersterer durch vergleichsweise viele Hinweise auf fehlende Relevanz zum Ausdruck. Die Bewertung der Kooperationen durch die RichterInnen und PatientenanwältInnen stellt sich bei vielen dieser Personen und Institutionen vergleichsweise schlecht dar. Zu vermuten ist, dass hier zum Teil nicht ausreichend zwischen den wertenden Antwortmöglichkeiten und der Antwort „nicht relevant“ differenziert wurde und fehlende Kooperationen zum Teil negativ in die Bewertungen einfließen. Das betrifft z.B. Selbstvertretungen/Selbsthilfe, Jugendämter, niedergelassene ÄrztInnen, aber auch die Amtsärzte und, besonders deutlich auf Seiten der RichterInnen, psychosoziale sowie Wohneinrichtungen und auch die Polizei.

Wie in Abbildung 38 zu sehen ist, scheint man auf Seiten der ÄrztInnen mit dem Großteil der zahlreichen Kooperationen weitgehend zufrieden zu sein. Durchwegs dominieren die Bewertungen mit „eher gut“, die man in der oben angesprochenen kritischen Leseart auch als „ja, aber“ interpretieren kann. Damit kommt zum Ausdruck, dass faktisch in allen Kooperationsbereichen da und dort Optimierungspotential gesehen wird:

- Beachtliche 91% der ÄrztInnen bewerteten die Kooperation und Kommunikation mit der **Polizei** positiv, zwei Drittel davon mit „eher gut“. Mit 93% positiven Bewertungen stellt sich die Bewertung der Kooperation und Kommunikation mit den Angehörigen ähnlich gut dar (72% „eher gut“).
- In der Bewertung der Kooperation und Kommunikation mit folgenden Personen und Einrichtungen durch die ÄrztInnen überwiegen auch die positiven Rückmeldungen. Bei diesen gibt es allerdings relativ oft auch klare Hinweise auf diesbezüglich wahrgenommene Mängel. Das trifft auf die **psychosozialen Dienste** zu, bei denen der Anteil der klar kritischen Rückmeldungen mit 12% noch eher klein ist (55% „eher gut“). Deutlicher trifft das auf die Kooperation und Kommunikation mit den **niedergelassenen ÄrztInnen** zu, die 21% der FachärztInnen kritisch bewerteten (neben 51% „eher gut“). Relativ groß ist der Anteil der kritischen Stimmen mit rund einem Viertel gegenüber „**anderen Betreuungseinrichtungen und sozialen Diensten**“ (neben 54% „eher gut“) und mit 30% noch größer in

Bezug auf **Heime** (neben 55% „eher gut“). Auffallend viele kritische Rückmeldungen gab es hier in Bezug auf Heime und Wohneinrichtungen aus der Steiermark.

- Angesichts der Bedeutung der **AmtsärztInnen** bzw. der mit Einweisungen gemäß UbG betrauten ÄrztInnen im Prozess der Unterbringungen muss ein Anteil von 55% negativen Bewertungen der Kooperation und Kommunikation als deutlicher Hinweis auf Verbesserungsbedarf betrachtet werden. Hier bestätigt sich nochmals, was bereits im Rahmen des Themas „Zuweisungspraxis“ sichtbar wurde. Besonders oft kamen diesbezüglich kritische Rückmeldungen aus Wien (14 von 17 Rückmeldungen).
- Fast ein Viertel der befragten ÄrztInnen hat Mängel in der Kooperation und Kommunikation mit den **Jugendämtern** angedeutet. Lässt man die Rückmeldungen außer Acht, die auf eine fehlende Relevanz verweisen, so sieht gut ein Drittel solche Mängel.
- 43% der befragten ÄrztInnen hielten fest, dass aus ihrer Sicht eine Kooperation und Kommunikation mit **Selbstvertretungen bzw. Selbsthilfe-Organisationen** Psychiatrie-Erfahrener nicht relevant wäre. 33% weisen auf eine mangelhafte Kooperationsbeziehung hin. Nur 23 bewerteten diese Kooperationen positiv.

Die Rückmeldungen der RichterInnen und Patientenanwältinnen lassen erkennen, dass sie die Kooperation mit vielen der genannten Akteure für weniger relevant einschätzen. Im Folgenden werden nur jene AkteurInnen besprochen, für die eine ausreichende Datenbasis vorliegt.

- Den Antworten zufolge gestalten sich Informationsaustausch und Kooperation mit Angehörigen überwiegend gut. Weniger gut hingegen stellt sich der Austausch mit einer ebenfalls als sehr wichtig genannten Akteursgruppe dar: den **stationären bzw. betreuten Wohnformen** (Heimen etc.). Hier scheint es zudem beachtliche Unterschiede zwischen den Regionen zu geben. Es bleibt insgesamt festzuhalten, dass in vielen Regionen Optimierungsbedarf in diesem Bereich anzunehmen ist.
- Während Informationsaustausch und Kooperation mit der **Polizei** durch die RichterInnen zumeist sehr oder eher gut bewertet werden, antworteten hier die PatientenanwältInnen vielfach kritisch: Fast die Hälfte von ihnen (47%) antwortete hier mit „weniger gut“ und vereinzelt „gar nicht gut“. Die Ergebnisse in Bezug auf die **AmtsärztInnen** gestalten sich sehr ähnlich, 53% der PatientenanwältInnen antworteten hier mit „weniger gut“ oder „gar nicht gut“. Hinzu kommt noch eine höhere Anzahl von „nicht relevant“-Antworten.

Abbildung 36: **Bewertung des Funktionierens von Austausch und Kooperation mit unterschiedlichen Stellen in UbG-Belangen, Teilbefragung RichterInnen, Angaben in Prozent, n=53; Quelle: eigene Erhebungen**

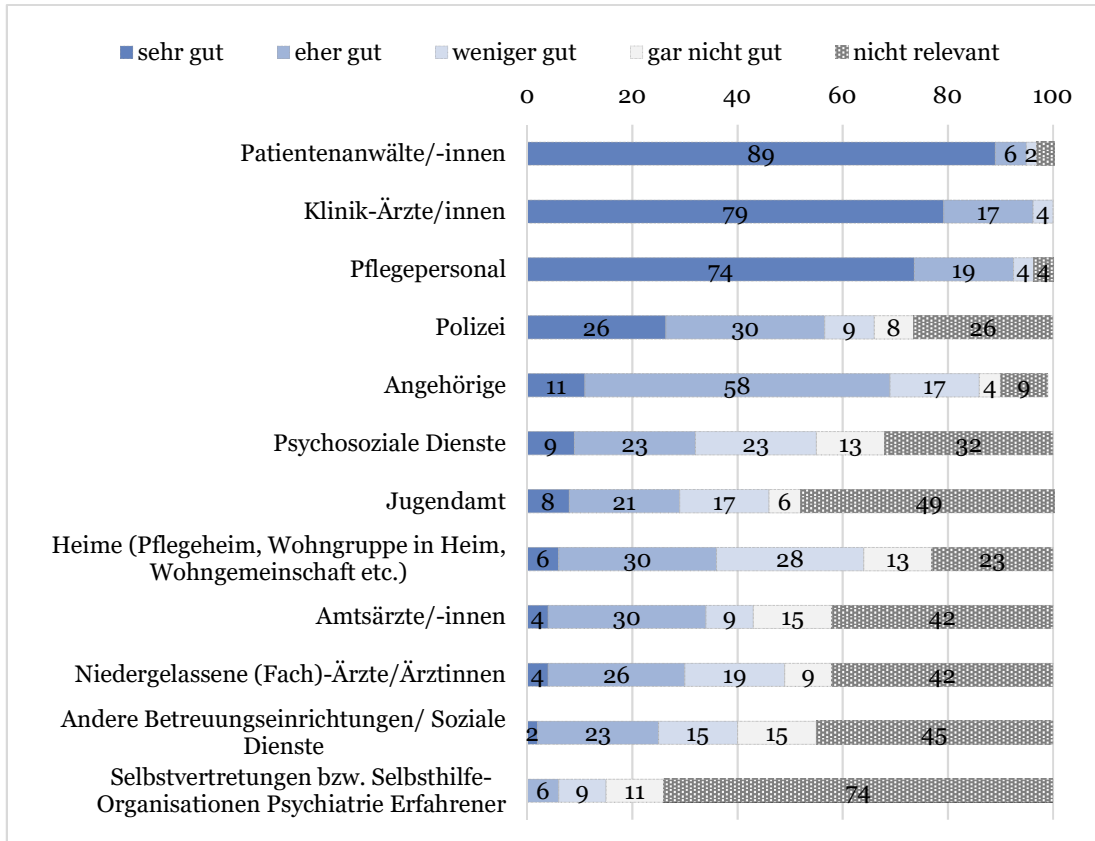


Abbildung 37: **Bewertung des Funktionierens von Austausch und Kooperation mit unterschiedlichen Stellen in UbG-Belangen, Teilbefragung PatientenanwältInnen, Angaben in Prozent, n=59; Quelle: eigene Erhebungen**

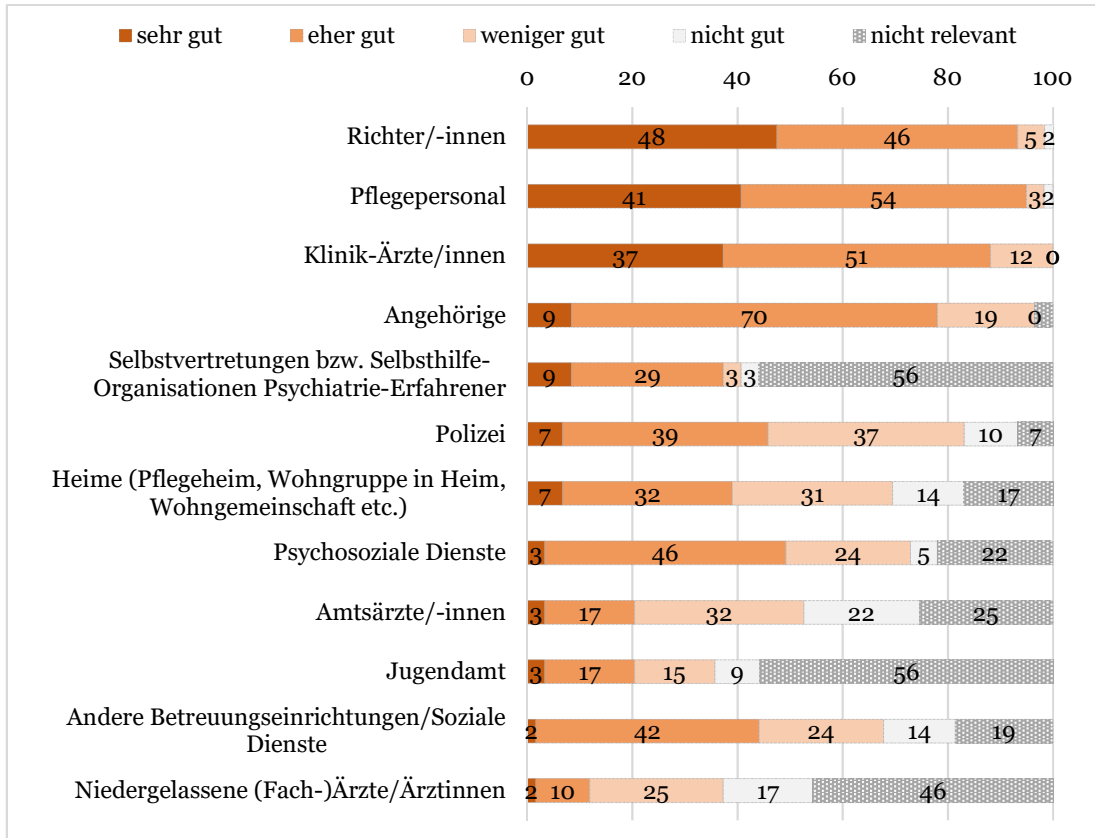
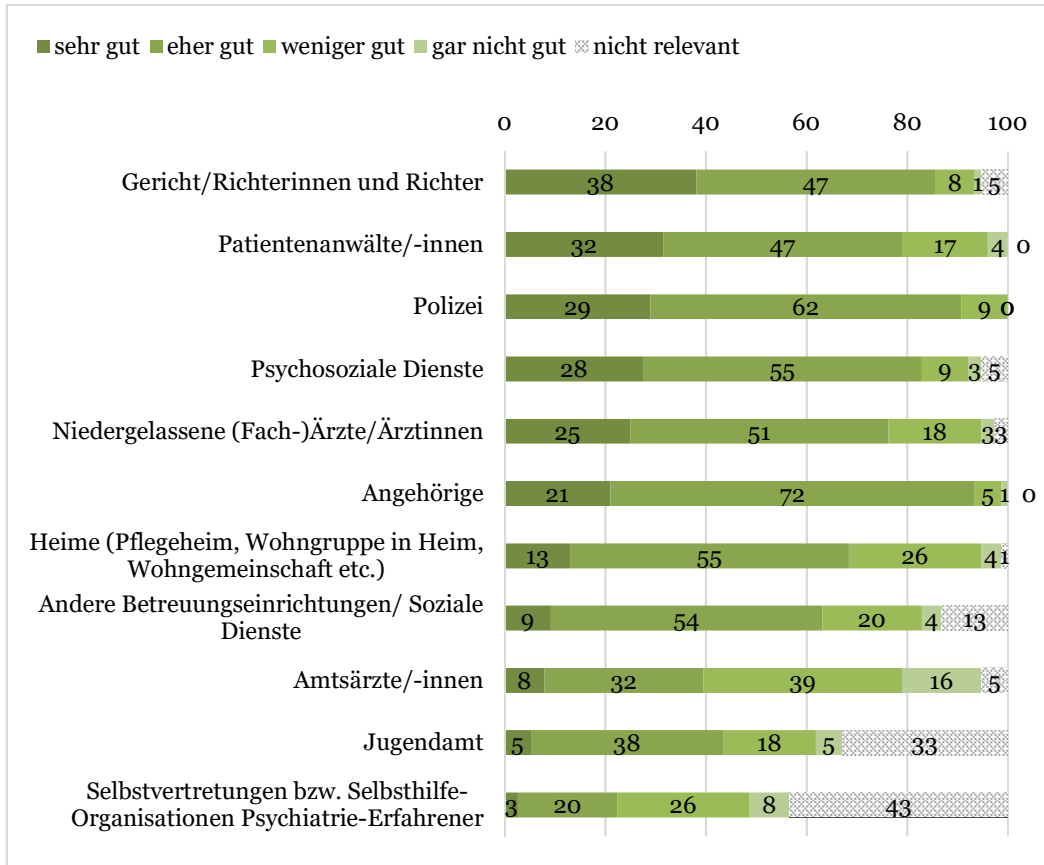


Abbildung 38: **Bewertung des Funktionierens von Austausch und Kooperation mit unterschiedlichen Stellen in UbG-Belangen, Teilbefragung ÄrztInnen, Angaben in Prozent, n=76; Quelle: eigene Erhebungen**



9.2. Erkenntnisse aus den vertiefenden Fallstudien

Der Bereich der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgung ist von einer Vielzahl an institutionellen AkteurInnen geprägt, die teils auch für die Praxis des UbG eine Rolle spielen. Sie richten sich an bestimmte Gruppen (z.B. für Kinder, Jugendliche oder alter Menschen, oder für Suchterkrankungen), zeichnen sich durch spezifische Arbeitsweisen aus (niederschwellige Angebote, mobile Dienste, etc.) und gehören auch unterschiedlichen Trägerorganisationen an. Auf die quantitative und qualitative Gestaltung der Versorgungssituation an den Fallstudien-Standorten wird in Kapitel 10 eingegangen. Im Folgenden steht die Vernetzung und Kooperation an diesen Standorten im Fokus.

9.2.1. Fallstudienort 1

Rahmenbedingungen der Kooperation, Kommunikation und Vernetzung generell:

In der im Vergleich zu den anderen Fallstudienorten hinsichtlich Einwohnerzahl und geographischer Ausdehnung eher kleinen, ländlichen Region ist auch die Zahl der institutionellen Akteure vergleichsweise klein. Besonders von Seiten der Klinik wird vernetztes Arbeiten als zentrale Voraussetzung für eine optimale psychiatrische Versorgung der Region dargestellt. Von mehreren Seiten wurde pauschal betont, dass sich die Kooperationen im Arbeitsfeld gut etabliert hätten, sie seien nun aber nach anfänglich regelmäßigeren Vernetzungsaktivitäten eher anlassbezogen. Gesonderte Aktivitäten zur Vernetzung seien selten notwendig, weil man sich fallbezogen treffen und dabei unmittelbar informieren und austauschen würde. Am Land sei das einfacher, weil man die Akteure in der Regel persönlich kenne und die Region gut überschaubar wäre. Würde es einen Bedarf für allgemeine Abstimmungen und Vernetzungen geben, so könnte man diese einfach und rasch auf kurzem Wege organisieren. Die Kooperationen wurden allgemein und großteils als gut beschrieben, dennoch wurden in einzelnen Gesprächen auch Optimierungsbedarfe angesprochen. Ein/e GesprächspartnerIn, der/die Optimierungsbedarf artikuliert, sah die Zuständigkeit für Initiativen zur Erhöhung institutionalisierter Abstimmungen grundsätzlich bei allen Involvierten, meinte aber, dass wohl auf allen Seiten die Zeit dafür fehle.

Zugang in die Unterbringung

Die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Polizei und den für §8-Einweisungen zuständigen ÄrztInnen wird von den befragten, jeweiligen VertreterInnen als gut beschrieben. Abstimmungen beschränken sich jedoch auf fallbezogene Kontakte. Im Verhältnis Polizei und Krankenhaus zeigt man sich ebenfalls gegenseitig zufrieden mit dem Arbeitsverhältnis. Bräuchte man zusätzliche Informationen von der Polizei, so könnte man diese im kurzen Wege, telefonisch einholen. Dieselbe Erwartung besteht auf Seiten der Klinik auch gegenüber den zuweisenden ÄrztInnen. Von deren VertreterIn wird im Gespräch auch auf eine gute Kooperation und z.B. fernmündliche Ankündigungen und Fallschilderungen, entsprechend dem Wunsch der Klinik, hingewiesen. Auf Klinikseite sieht man hier aber Verbesserungsbedarf. Telefonische Ankündigungen von Zuweisungen wären nicht die Regel und die § 8-Bescheinigungen oft unzureichend. Versuche, fehlende Informationen telefonisch einzuholen, würden dann vielfach an der fehlenden Erreichbarkeit der ÄrztInnen scheitern. Andererseits kam auf Seiten der zuweisenden ÄrztInnen zum Ausdruck, dass man abgelehnte Aufnahmen oft nicht nachvollziehen könnte. Unklare Zuweisungs- bzw. Übernahme-situationen und fehlende Abstimmungen, wie sie zum Wiener „Brunnenmarktfall“ kolportiert wurden, kann man sich hier kaum vorstellen. Ein solcher Fall würde sich in der kleinen Region rasch herumsprechen und die involvierten Institutionen würden sich auf kurzem Weg austauschen und abstimmen.

Gerichtliche Überprüfung

Auf gerichtlicher Seite wurde beklagt, dass die für die Beurteilung der Unterbringungs Voraussetzungen erforderlichen Informationen oft unzureichend seien. Die Unterbringungsbescheinigungen würden oft keine ausreichende Einschätzung der Gefahrenlagen erlauben und oft würden auch die Polizeiberichte zu den auslösenden Vorkommnissen fehlen. Mangels ausreichender Informationen aufzuhebende Unterbringungen würden dann Unverständnis auf Seiten der Polizei und der zuweisenden ÄrztInnen auslösen. Abstimmungs- oder Vernetzungstreffen mit Polizei und/oder zuweisenden ÄrztInnen, bei denen solche Situationen erklärt werden könnten, gibt es aber nicht.

Nachbetreuung und Kooperationen mit extramuralen Einrichtungen

Auch diesbezüglich wurde von Seiten der KlinikvertreterInnen betont, dass man mit den extramuralen Dienstleistern bei Bedarf immer direkt telefonischen Kontakt aufnehmen würde und dass die Kooperation in der Regel gut funktionieren würde. Nur mit Heimeinrichtungen scheinen die Abstimmungen nicht immer optimal zu laufen. Relativ eng und von allen Seiten positiv bewertet stellt sich die Kooperation des externen psychosozialen Dienstes und der Klinik dar. Zum einen gebe es durch den Verbindungsdienst einen regelmäßigen, einzelfallbezogenen Kontakt zur sozialen Arbeit der Klinik, in deren Rahmen die Übernahme von PatientInnen und Nachbetreuungsanliegen besprochen werden. Zum anderen gebe es im Durchschnitt monatlich Fallkonferenzen an der Klinik, an denen neben den Genannten z.B. auch noch Wohneinrichtungen, Suchtberatung und andere extramurale, psychosoziale Einrichtungen beteiligt sein können. Darüber hinaus gibt es auch ein jährliches Treffen des psychosozialen Dienstes mit den ÄrztInnen der Klinik. Betont wurde hier auch die gute Kooperation mit und das Engagement der MitarbeiterInnen auf Seiten der bzgl. Finanzierungen von Maßnahmen zuständigen Behörden und Institutionen, auch wenn fehlende Kapazitäten und Wartezeiten oft problematisch wären.

Mangels Foren, in denen sich alle Akteure austauschen können, gibt es offenbar zwischen manchen Akteuren, die kaum oder selten unmittelbare, fallbezogene Berührungspunkte haben, auch keine Gelegenheiten Informationen auszutauschen. So laut den Berichten keinen Austausch zwischen den extramuralen, psychosozialen Einrichtungen einerseits und den für UbG-Einweisungen zuständigen ÄrztInnen und der Polizei andererseits.

Umgang mit sensiblen Informationen und Datenspeicherung

Von Seiten der Klinik wurde erklärt, dass Informationen über allenfalls bestehendes Gewalt- und Aggressionspotential von PatientInnen wichtig für die Arbeit mit den PatientInnen wären. Zum einen um diese in der Behandlung berücksichtigen zu können, zum anderen aber auch, um sich selbst schützen zu können. Zuweilen fehle diese Information bzw. würden sich Angehörige und/oder betreuende Einrichtungen diesbezüglich bedeckt

halten. Mitunter stößt man dann in aufwendigen, telefonischen Recherchen oder in Schriftstücken in ELGA auf entsprechende Hinweise. Vor diesem Hintergrund wünscht man sich auf ärztlicher Seite Vorkehrungen und klare Regeln für eine Dokumentation bzw. den Zugang zu solchen Informationen. Der hohen, von einigen anderen GesprächspartnerInnen am Fallstudienort betonten Sensibilität solcher, zentral dokumentierter Informationen und der Missbrauchsgefahr ist man sich bewusst. Ohne das Spannungsverhältnis zwischen Informationsbedarf und Stigmatisierungsgefahr dadurch auflösen zu können, schlägt man vor, nur Basisinformationen zugänglich zu machen.

Trotz Verständnis für das Anliegen wurde von anderen am Standort befragten ExpertInnen eine sehr deutliche Ablehnung solcher Überlegungen artikuliert. Der Datenschutz wäre mit solchen, zentral gespeicherten bzw. zugänglichen Informationen schwer gefährdet und eine dauerhafte Stigmatisierung von PatientInnen zu befürchten, während der damit erhoffte Sicherheitsgewinn überschätzt würde.

9.2.2. Fallstudienort 2

Rahmenbedingungen der Kooperation, Kommunikation und Vernetzung generell

Die Rahmenbedingungen für Vernetzungen und institutionalisierte Abstimmungen stellen sich am Fallstudienort 2 nicht besonders günstig dar: eine flächenmäßig relativ große bzw. ausgedehnte Region mit vielen Akteuren und einer außerhalb der Region liegenden, zuständigen, sehr großen Psychiatrie. In den Gesprächen gibt es auch keine Hinweise auf institutionalisierte Vernetzungen der relevanten. Tatsächlich scheinen die Kooperationen und Abstimmungen im Feld insgesamt überwiegend im Rahmen von fallbezogenen Kontakten zu passieren. Abstimmungstreffen zwischen einzelnen Akteuren scheinen vergleichsweise wenig entwickelt zu sein. Vor diesem Hintergrund wird der Bedarf an mehr institutionalisierter Vernetzung unterschiedlich bewertet. Das größte Interesse an einem von Einzelfällen losgelöstem Austausch wird von den behandelnden und betreuenden Akteuren vermittelt, den VertreterInnen der Klinik und der extramuralen Dienstleister im Feld. Die suboptimale Versorgungssituation in der Region, die einen erhöhten Abstimmungsbedarf zwischen den Akteuren vermuten lässt, scheint sich zum Teil so auszuwirken, dass manche Akteure auf Distanz zueinander bleiben. Eine übergeordnete, für den Bereich insgesamt zuständige und koordinierende Institution wäre hier vermutlich hilfreich, fehlt aber.

Zugang in die Unterbringung

Die aufgrund einer eklatanten Unterversorgung mit § 8 UbG zuweisungsbefugten ÄrztInnen unbefriedigende Situation in der Region tangiert die Polizei, die zuweisenden ÄrztIn-

nen und auch die Klinik. Institutionalisierten Abstimmungen oder Treffen gibt es zwischen diesen Akteuren dem Vernehmen nach aber nicht. Eine/e PolizeivertreterIn kann solchen Treffen wenig abgewinnen und bringt Unmut über die Situation zum Ausdruck:

„Jetzt sind wir wieder dort: Wenn der Arzt nicht kommt, ich brauche mich mit dem nicht zusammensetzen. Wenn der sagt, er kommt nicht, dann kommt er nicht. Wir versuchen ja mit den Ärzten zu reden. Wir versuchen ja schon-/ und oft komme ich mir fast vor wie ein Bittsteller. Das sind wir in dem Fall ja nicht.“ (P31/Abs. 42)

Zumindest auf Seiten der Klinik würde man solche Treffen für sinnvoll erachten. Nicht zuletzt sieht man auch bei den § 8 Bescheinigungen immer wieder Optimierungsbedarf. Das Verhältnis zur Polizei wird dabei als gut beschrieben, vor allem durch die KJP. Auf Seiten der Polizei wird angemerkt, dass man PatientInnen mangels Aufnahme immer wieder mitnehmen müsse. Solche Situationen würden von den KollegInnen dokumentiert und der Sicherheitsbehörde (Bezirkshauptmannschaft) übermittelt, um nicht im Nachhinein für Fehler verantwortlich gemacht bzw. mit Vorwürfen konfrontiert zu werden.

Gerichtliche Überprüfung

Auch unter den zentralen Akteuren der gerichtlichen Überprüfung passieren die Abstimmungen und Besprechungen vor allem einzelfallbezogen. Durch die Überprüfungen ist man in ständigem Kontakt und sieht man offenbar auch wenig Bedarf für zusätzliche Besprechungen. Nur die PatientenanwältInnen berichten von regelmäßigen Besprechungen mit KlinikvertreterInnen. Richterinnen, Sachverständige und PatientenanwältInnen treffen sich anlassbezogen, wenn z.B. rechtliche oder auch organisatorische Änderungen bevorstehen. Mit dem Kooperationsverhältnis unter diesen AkteurInnen scheint man auch weitgehend zufrieden zu sein.

Zu Polizei und zu den zuweisenden Ärzten - Distrikts-, Amts- und Gemeindeärzte – haben die RichterInnen keine unmittelbaren Kontakte. Es wird auch kein Bedarf angesprochen, obwohl von richterlicher Seite die Qualität mancher § 8 Bescheinigungen bemängelt wird.

Nachbetreuung und Kooperationen mit extramuralen Einrichtungen

Zentrale Akteure in der extramuralen Nachbetreuung und der diesbezüglichen Abstimmungen mit der Klinik sind die psychosozialen Dienste der Region. Die verschiedenen Anbieter koordinieren einen gemeinsam wahrgenommenen, wöchentlichen Verbindungsdienst. Die Kooperation zwischen der Klinik bzw. den Abteilungen und den psychosozialen Diensten wird großteils positiv beschrieben. Allerdings wird angemerkt, dass in der Regel nur mit dem offenen Bereich kooperiert würde. Vor einer Entlassung aus der Klinik würden die allermeisten PatientInnen aber ohnehin „offen gelegt“. Seit der erst kürzlich vollzogenen Aufhebung der regionalen Zuständigkeit der Abteilungen sind die

Abstimmungen und Schnittstellengestaltungen laut den Berichten wesentlich schwieriger geworden, auch wenn man auf allen Seiten ernstliches Bemühen wahrnimmt. Abgesehen davon, dass aus dem Blickwinkel der psychosozialen Dienste nun etliche Abteilungen aufzusuchen sind, kann auch weniger auf gut etablierte, persönliche Kontakte gebaut werden. Diesbezüglich sieht man noch offenen Entwicklungs- und Abstimmungsbedarf. Besonders auf Seiten der psychosozialen Dienste wird ein großer Bedarf an stärkerer Vernetzung bzw. mehr Abstimmung mit der Klinik oder den jeweiligen Abteilungen artikuliert. Die externen, psychosozialen Dienstleister scheinen sehr gut über zwei Dachorganisationen vernetzt zu sein und arbeiten offenbar eng zusammen.

Auf der KJP gab es keinen entsprechenden organisatorischen „Bruch“. Dort zeigte man sich mit den bestehenden Kooperationen mit den extramuralen Kooperationspartnern sehr zufrieden. Dabei wurden die Jugendämter in einer wichtigen, koordinierenden Rolle hervorgehoben. Helferkonferenzen sind auf der (kleinen) KJP offenbar ein Standardprogramm und damit dürfte auch eine relative enge, laufende Zusammenarbeit der Akteure sichergestellt sein.

Auch an diesem Fallstudienort gibt es kaum Vernetzungsaktivitäten und keine Abstimmungen zwischen den extramuralen, psychosozialen Einrichtungen und den für § 8 UbG-Einweisungen zuständigen ÄrztInnen und der Polizei. Während man sich auf Seiten der Polizei und der Ärztervertretung diesbezüglich eher zurückhaltend zeigt, würden solche Abstimmungen von Seiten des psychosozialen Dienstes als sinnvoll erachtet. Nicht zuletzt sollten die ÄrztInnen und die Polizei über das bestehende extramurale Angebot und damit über Alternativen zu Unterbringungen informiert sein.

Umgang mit sensiblen Informationen und Datenspeicherung

In der Regel scheint die Klinik die erforderlichen Informationen über die PatientInnen zu bekommen, auch hinsichtlich allfälliger Gefahrenlagen. Meist würden die PatientInnen selber Auskunft geben. Weiß die Polizei aufgrund eigener Beobachtungen von einer Gefährlichkeit von PatientInnen, so ist es gängige Praxis, diese Information bei einer Einweisung weiterzugeben. Hier sieht man sich auch rechtlich gedeckt. Allerdings, so wird von der Polizei angemerkt, beschränken sich die Informationen auf den eigenen Bezirk. Zu Informationen und allfälligen Einträgen in anderen Bezirken hat man keinen Zugang.

Aber auch in dieser Region deuten sich Unsicherheiten hinsichtlich der Weitergabe von Informationen über psychische Erkrankungen und die Gefährlichkeit von PatientInnen an. Wen darf oder soll man informieren, wenn man bei einem/er zu entlassenden PatientIn weiterhin ein Gefahrenpotential annimmt. Dass die Weitergabe von solchen Informationen heikel ist, wurde hier mit einem Beispiel belegt: Zu einem Patienten gab es Jahre nach einem Psychiatrieaufenthalt eine Anfrage im Zusammenhang mit den ärztlichen Untersuchungen zum Führerschein. Weitgehend unproblematisch wird die Weitergabe von

Informationen an Nachbetreuungseinrichtungen dargestellt. Dafür lässt man sich von den PatientInnen oder ihren rechtlichen VertreterInnen die Zustimmung schriftlich erteilen.

9.2.3. Fallstudienort 3

Rahmenbedingungen der Kooperation, Kommunikation und Vernetzung generell

In der flächenmäßig relativ gut überschaubaren Region gibt es sehr viele Akteure im Bereich der psychosozialen Versorgung. Man kennt sich aber zu einem großen Teil. Diese Akteure sind großteils über InstitutionenvertreterInnen geradezu vorbildlich in einem Beratungsgremium vernetzt, das die Entwicklung und Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung in der Region begleitet und berät. Unter anderem sind hier auch BetroffenenvertreterInnen eingebunden. Darüber hinaus wurde hier eine eigene Stelle eingerichtet, die die geplanten Weiterentwicklungen koordiniert und beaufsichtigt.

Die zum Teil noch jungen Entwicklungsschübe im gegenständlichen Bereich haben Vernetzungen unterstützt, bzw. scheinen diese noch nachzuwirken. Generell vermittelt sich nicht zuletzt durch das Beratungsgremium das Bild einer allgemeinen, regen Vernetzung. Auf der Ebene der unmittelbaren Praxis scheint es aber auch hier noch Ausbau- und Verbesserungsbedarf hinsichtlich Vernetzung zu geben.

Zugang in die Unterbringung

Das neu eingerichtete Pool an zuweisungsberechtigten ÄrztInnen wird allgemein als „Entwicklungsschub“ beschrieben. Im Rahmen der Einrichtung des Pools und der Schulungen wären auch Vernetzungen entstanden – z.B. war die Polizei in die Ausbildung der Pool-ÄrztInnen involviert -, die sich weiterhin positiv auf die Zusammenarbeit auswirken. Die Kooperation zwischen Polizei und Poolärzten wird als gut beschrieben. Man würde sich mitunter auf kurzem Wege, telefonisch abstimmen. Abstimmungs- oder Vernetzungstreffen gibt es keine, werden derzeit offenbar auch nicht als notwendig erachtet.

Auch auf der Klinikseite zeigt man sich mit der neuen Situation im Zuweisungsbereich und den Kooperationen zufrieden, auch wenn dann und wann Zuweisungen als nicht ausreichend begründet erachtet werden. Auf Leitungsebene gibt es zweimal jährlich Abstimmungstreffen zwischen Polizei und Klinik, wobei unter anderem auch die regelmäßig vorkommenden Entweichungen besprochen werden. Entsprechende Abstimmungen mit den zuweisenden ÄrztInnen gibt es nicht, wobei auf dieser Seite eine (gemeinsame) Leitungsebene fehlt. Trotz allgemein positiver Beurteilung der Kooperation zwischen zuweisenden ÄrztInnen, Polizei und Klinik scheint es immer wieder vorzukommen, dass die Polizei mit abgelehnten Unterbringungen nicht einverstanden ist. Empfohlen wurden gemeinsame

Schulungen, die ein gemeinsames Verständnis und eine möglichst gleiche Anwendung des UbG unterstützen könnten.

Ähnlich wie am Fallstudienort 1 kann man sich auch hier unklare Auf- bzw. Übernahme-situationen, wie sie zum Wiener „Brunnenmarktfall“ kolportiert wurden schwer vorstellen. Die involvierten Institutionen, vor allem Polizei und Krankenhaus, würden sich in solchen Fällen in der Regel gut abstimmen. Ganz ausgeschlossen wären aber ähnliche Vorfälle auch hier nicht. Zum einen hätte man auf Seiten der Polizei keinen Zugriff auf Informationen bzw. Dokumentationen aus anderen Bezirken und zum anderen dürfen laut Gesetz auch keine Umstände protokolliert werden, die auf eine psychische Krankheit hinweisen.

Gerichtliche Überprüfung

Die Kooperation im Rahmen der gerichtlichen Überprüfungen bzw. unter den Akteuren wurde von allen Seiten als gut beschrieben. Man kennt sich gut, arbeitet regelmäßig zusammen und bespricht anlässlich der Überprüfungen auch allgemeine Fragen. Die Tatsache, dass die Erstanhörung nicht bei gleichzeitiger Präsenz der PatientInnen und der ÄrztInnen durchgeführt werden, wird als nicht optimal beschrieben. Bis 2018 waren die Fachärzte während der Tagsatzungen meist nicht anwesend. Das wurde zur Zufriedenheit von Patientenanwaltschaft und Gericht, mit Ausnahme der gerontologischen Abteilungen, geändert.

Die PatientenanwältInnen besprechen sich, abgesehen von den Überprüfungen, regelmäßig mit den KlinikvertreterInnen. Zu Polizei und zu den zuweisenden ÄrztInnen haben RichterInnen und auch PatientenanwältInnen kaum direkten Kontakt, aber auch auf diesen Seiten bescheinigte man positive Beobachtungen hinsichtlich der Entwicklungen im Zuweisungsbereich.

Nachbetreuung und Kooperationen mit extramuralen Einrichtungen

Generell wird von den Akteuren die Bedeutung einer engen Kooperation zwischen den nachbetreuenden, extramuralen Einrichtungen und der Klinik für eine gute psychosoziale Versorgung der PatientInnen betont. Großteils wird in den Gesprächen auch eine gute Kooperation berichtet. In einzelnen Gesprächen deutet sich jedoch durchaus Verbesserungsbedarf an. Wohl wäre der Kontakt mit der Leitungsebene gut, aber die fallbezogenen Abstimmungen bzw. die Schnittstellengestaltung nach draußen scheinen noch optimierbar zu sein. Bislang gibt es den Berichten zufolge offenbar auch noch keine institutionalisierten Verbindungsdienste der psychosozialen Dienste in die Klinik, wohl aber entsprechende Pläne. Auch würde man es für wichtig erachten, die fachärztliche Nachbetreuung nicht nur über die Arztbriefe zu instruieren, sondern öfter telefonisch zu besprechen.

In der KJP scheint man was Vernetzung und Kooperation mit extramuralen Diensten anbelangt einen Schritt weiter zu sein. Vor allem wurde über laufende, fallbezogene Treffen und Abstimmungen berichtet, die bereits während dem Klinikaufenthalt aufgenommen werden und denen dann bei Bedarf z.B. auch noch telefonische Nachbesprechungen bzw. Abstimmungen nach der Entlassung folgen. Darüber hinaus wurde auch über institutionalisierte Vernetzungstreffen der FachärztInnen, der psychosozialen Dienste und der Jugendhilfe berichtet, die allerdings noch optimierbar wären.

Regelmäßige Treffen und Vernetzungen gibt es zwischen den extramuralen, psychosozialen Einrichtungen, die sich aber auch einzelfallbezogen und in Helferkonferenzen oft treffen. Kaum Vernetzungsaktivitäten und Abstimmungen gibt es zwischen den extramuralen, psychosozialen Einrichtungen und den für § 8 UbG-Einweisungen zuständigen ÄrztInnen und der Polizei. Mehrere Stimmen an diesem Standort sprachen sich für Abstimmungstreffen der PraktikerInnen aus diesen verschiedenen Bereichen aus, vor allem um von und übereinander zu lernen und damit gegenseitiges Verständnis zu entwickeln.

Umgang mit sensiblen Informationen und Datenspeicherung

Die GesprächspartnerInnen an diesem Fallstudienstandort zeigten sich, was den Umgang mit sensiblen Daten angeht, einig und weitgehend sicher. Vorliegende Informationen, die auf eine, von PatientInnen ausgehende, ernsthafte Gefahr hinweisen, werden der Klinik in der Regel weitergegeben. Das trifft den Berichten zufolge vor allem auf die Polizei zu, aber auch auf andere Dienstleister, die dann eine Interessensabwägung vorzunehmen hätten. Auch auf Seiten der Klinik sieht man die Möglichkeit gegeben, nach einer Interessensabwägung die Verschwiegenheitsverpflichtung zu durchbrechen, wenn man z.B. eine/en zu entlassende/n PatientIn weiterhin als potentiell gefährlich einschätzt. Auf Seiten der Polizei würde man sich regelmäßig Information durch die Klinik wünschen, wenn untergebrachte PatientInnen entlassen werden. Im Sinne des Datenschutzes könnte man, so wurde vorgeschlagen, solche Mitteilungen auf eng definierte Fälle beschränken, vor allem, wenn Schaden für Leib und Leben zu befürchten wäre.

Die Weitergabe von persönlichen Informationen an Nachbetreuungseinrichtungen wird, den Experten-Interviews zufolge, immer an die Zustimmung der Betroffenen oder deren rechtlicher VertreterInnen gebunden.

9.2.4. Fallstudienort 4

Rahmenbedingungen der Kooperation, Kommunikation und Vernetzung generell

Die großstädtische Struktur und die Vielzahl an Akteuren im Bereich der psychosozialen Versorgung und der Praxis des UbG bedingen auch eigene Anforderungen an die Kooperation und Kommunikation zwischen den Akteuren. Eine Vernetzung bzw. ein Forum, in dem sich VertreterInnen aller AkteurInnen treffen gibt es nicht. Es gibt jedoch regelmäßige Treffen verschiedener Akteursgruppen, die auch geschätzt werden, allerdings offenbar vor allem auf Leitungsebene angesiedelt sind. Das Schnittstellenmanagement zeigt sich in den Gesprächen als zentrales Thema der Kooperationen. Wie auch an den anderen Fallstudienorten geht es in den diesbezüglichen Rückmeldungen nicht nur um Koordination und Abstimmung der Leistungen, sondern auch darum, das Verständnis für die Arbeit und die Handlungsleitlinien der anderen Akteure zu verbessern.

Zugang in die Unterbringung

Von Seiten der Klinik beschreibt man eine weitgehend gut funktionierende Kooperation mit der Polizei. Berichtet wurde auch über regelmäßig stattfindende Abstimmungs- und Informationstreffen von KlinikvertreterInnen mit der Polizei, dem Gericht und der Patientenrechtsanwaltschaft. Den interviewten PolizistInnen waren diese Treffen nicht bekannt, was einerseits daran liegen dürfte, dass sich diese Treffen besonders an die Leitungsebenen richten und angesichts der Größe des Wachkörpers wohl nur wenige MitarbeiterInnen einbinden. Die PolizeivertreterInnen waren sich hinsichtlich der Kooperationsdarstellungen auch nicht ganz eins mit den KlinikvertreterInnen. Anders als in der Kooperation mit anderen Kliniken hätte man an diesem Standort öfter das Gefühl „nicht an einem Strick zu ziehen“. Konkret ist man offenbar immer wieder irritiert, wenn PatientInnen, entgegen der eigenen Vorstellung, nicht in die Unterbringung aufgenommen werden. Auf Seiten der Klinik scheint man sich dieses Problems bewusst zu sein und beruft sich darauf, sich um Verständnis für die eigene Praxis und das Unterbringungsrecht zu bemühen bzw. an gegenseitigem Lernen und an der Schnittstellengestaltung zu arbeiten. Das wäre Thema der genannten, regelmäßigen Treffen und darüber hinaus hätte man auch schon konkrete Schulungen dazu auf einem Kommissariat abgehalten. Vielleicht, so wurde angemerkt, wäre das noch zu wenig. Die von solchen Schulungen bisher nicht erfassten, befragten PolizistInnen würden einen entsprechenden Austausch jedenfalls begrüßen.

Mag die Kooperation zwischen Klinik und Polizei nicht optimal funktionieren, so kommt in den Interviews kaum eine richtige Kooperation zwischen den nach UbG zuweisenden ÄrztInnen und der Klinik zum Ausdruck. In der Regel gibt es keinen unmittelbaren Kontakt zwischen diesen beiden Akteursgruppen. Der Kontakt beschränkt sich weitgehend

auf die übermittelten § 8-Bescheinigungen, die von KlinikvertreterInnen, oft als unzureichend erachtet werden. Abgesehen von Schulungen mit der Polizei scheinen die zuweisungsberechtigten ÄrztInnen in keine breiteren Vernetzungen eingebunden zu sein.

Gerichtliche Überprüfung

Die Kooperation im Rahmen der gerichtlichen Überprüfungen bzw. unter den Akteuren wurde als gut beschrieben. Abgesehen von den Sachverständigen sind die zentralen Akteure der gerichtlichen Überprüfungen auch Teilnehmer der schon genannten, regelmäßigen Treffen von KlinikvertreterInnen, Polizei, Gericht und Patientenanwaltschaft. Während man den in der Regel einbezogenen Sachverständigen Anerkennung ausspricht, ist man offenbar mit deren Vertretungen bzw. deren Gutachten oft nicht glücklich, wiewohl auch angemerkt wurde, dass die Entlohnungsbedingungen wenig attraktiv wären.

Auch das Gericht hat in der Regel keinen Kontakt zu den gemäß § 8 UbG tätigen ÄrztInnen. Tatsächlich nimmt man hier die § 8 Bescheinigungen kaum wahr. Als Informationsbasis werden vor allem die ärztlichen Zeugnisse genannt und die ärztlichen Dekurse, die man über die Patientenanwaltschaft bekommt.

Nachbetreuung und Kooperationen mit extramuralen Einrichtungen

In den Gesprächen mit KlinikvertreterInnen, VertreterInnen der psychosozialen Dienste und des Wohnbereichs stellt sich die Kooperation großteils gut dar. Nur Letztere/r verwies darauf, dass die Kommunikation und Abstimmung mit einzelnen KlinikvertreterInnen nicht immer wunschgemäß funktionieren würde. So hätte man manchmal keine Informationen über den Verbleib von PatientInnen, die aus dem eigenen Wohnbereich in die Klinik kämen. Alle paar Wochen finden Gespräche und Abstimmungen zwischen Psychiatrie und psychosozialen Dienst auf Leitungsebene statt. Im Sinne der Vernetzung und des Kennenlernens der Arbeit im extramuralen Bereich kommen AssistenzärztInnen zu Schulungen zu den psychosozialen Diensten. Abgesehen davon besteht ein institutionalisierter Verbindungsdienst des psychosozialen Dienstes in die Klinik, der vor allem mit der Kliniksozialarbeit kooperiert. Bei umfassendem, einzelfallbezogenem Abstimmungs- und Organisationsbedarf werden mit den jeweils involvierten Institutionen regelmäßig Helferkonferenzen unter der Leitung von ÄrztInnen abgehalten.

Von institutionalisierten Treffen bzw. Vernetzungen der Klinik mit den zahlreichen extramuralen, psychosozialen Einrichtungen wurde nicht berichtet. Ein Vorhaben des psychosozialen Dienstes, Vernetzungstreffen zwischen der Psychiatrie, der Polizei und extramuralen Einrichtungen abzuhalten, konnte bislang nicht umgesetzt werden.

Auf mehreren Seiten wurde eine schwierige Zusammenarbeit und Abstimmung mit der für Finanzierungsfragen meist zuständigen Institution beklagt. So käme es immer wieder

vor, dass die involvierten ExpertInnen in aufwendigen Helferkonferenzen Lösungen ausarbeiten würden, deren Finanzierung dann abgelehnt würde, die noch dazu meist kostengünstiger wäre als ein weiterer Krankenhausaufenthalt. Aufgrund der Größe der Organisation würde man jedes Mal mit anderen SachbearbeiterInnen kommunizieren und die Entscheidungen würden es nicht erlauben, klare Linien für Entscheidungen zu erkennen, an denen man sich in Zukunft orientieren könnte.

Umgang mit sensiblen Informationen und Datenspeicherung

Auf Seiten der Klinik wurde festgestellt, dass einem oft Informationen fehlen würden, die für die Beurteilung der Gefahrensituation und der Krankheit wichtig und hilfreich sein könnten. So wisse man z.B. oft nicht, wenn PatientInnen zuvor bereits im Maßnahmenvollzug waren oder aus solchen Verfahren Auflagen haben. Oft würde man lange herumtelefonieren, um Informationen zu bekommen. Hier sehen sich viele PraktikerInnen der verschiedenen psychosozialen Arbeitsbereiche in einem Zwiespalt. Einerseits würde man sich mehr Information über solche, relevante Hintergründe wünschen, andererseits weist man auf die damit verbundenen Gefahren einer dauerhaften Stigmatisierung von PatientInnen hin. Datenbanken im Sinne einer GES-Kartei (Geisteskrankendatei), wie sie bis in die späten 1990er Jahre bestand, werden abgelehnt, aber andererseits wird die datenschutzrechtliche Situation beklagt und Verunsicherung kolportiert:

„Die Leute fürchten sich dermaßen, dass sie irgendwie einen Datenschutz übertreten, dass es wirklich fallweise sehr, sehr schwierig ist. Und ich fürchte, dass das schlechter wird“ (P53/45_Fallstudie 4)

Für Fälle, in denen ein höheres Rechtsgut dem Datenschutz vorgezogen werden muss, sollte es rechtlich zulässig und organisatorisch möglich sein, entsprechende Informationen an Personen oder Organisationen weiterzugeben, die diese Information brauchen. Mitunter wäre es aufgrund solcher Informationen notwendig, kranke Menschen vor sich selbst zu schützen. Als mögliche Lösung wurde in einem Gespräch vorgeschlagen, solche Informationen z.B. durch Gerichte verwalten zu lassen, die bei Anfragen dann zu entscheiden hätten, ob die Information an die anfragende Institution erteilt wird. Solchen Überlegungen wurde allerdings auch entgegengehalten, dass Datenspeicherungen immer nur Momentaufnahmen wiedergeben würden, die zum Zeitpunkt der Anfrage überhaupt nicht mehr relevant sein können.

9.3. Resümee zu Kommunikation und Kooperation

Die eigene Aufgabe bzw. Rolle und der damit verbundene Blickwinkel determinieren naheliegenderweise die Beurteilung von Kooperationen, von Kommunikations- und Informationserfordernissen. Bereits die Online-Befragung machte sichtbar, dass insbesondere für die psychiatrischen Kliniken Abstimmungen und Kooperationen mit einem sehr großen Personen- und Institutionenkreis erforderlich sind. Das ist eine Anforderung, die zu erfüllen auch nicht überall gleich gut gelingt. Gerichte und Patientenanwaltschaft können demgegenüber ihre Aufmerksamkeit auf vergleichsweise wenige Akteure beschränken.

Die **Qualität der psychosozialen Versorgung** wird **mitbeeinflusst von der Qualität der Kooperationen und der Vernetzung der relevanten Akteure**, wie vor allem die vertiefenden Fallstudien deutlich machen. Die Schnittstellengestaltung zwischen den unterschiedlichen AkteurInnen ist von zentraler Bedeutung: Wie werden Informationen weitergegeben, wie passiert die Übergabe von PatientInnen und wie gestaltet sich der Austausch über Verlauf und Entwicklungen der Unterbringungen sowie der Nachbetreuungen? Die Experteninterviews vermitteln, dass es für alle AkteurInnen wichtig ist, „über den eigenen Tellerrand“ zu blicken und Verständnis für die Aufgaben und Rollen der anderen AkteurInnen zu entwickeln. Die psychiatrischen Kliniken befinden sich dabei in einer zentralen Position, die oft auch die Initiative für Vernetzungsaktivitäten nahelegt.

Vielfach wünschen sich die InterviewpartnerInnen mehr bzw. bessere Vernetzung auf bilateralen Ebene, zwischen Gruppen oder unter allen relevanten Akteuren. Letzteres Ziel lässt sich leichter realisieren, wenn das Einzugsgebiet kleinräumiger und die Zahl der AkteurInnen gut überschaubar ist. An einem der Fallstudienorte zeigen sich besonders gute Ansätze einer guten Vernetzungspraxis. Dort gibt es nicht nur eine **Koordinationsrichtung** für die Weiterentwicklung der psychosozialen Entwicklung in der Region, sondern auch ein **Beratungs- und Planungsgremium**, in dem die wichtigsten Akteure des Feldes vertreten sind. Dieses Gremium wird als wertvolle Ressource und wichtiges Forum für Weiterentwicklungen der Psychosozialen Versorgung erfahren.

Vielfach beschränken sich die Abstimmungen der AkteurInnen weitgehend **auf Treffen im Rahmen von Einzelfallkontakten**. In eher kleinen Regionen bzw. bei einer übersichtlichen Zahl an Akteuren baut man nicht zuletzt darauf, Abstimmungstreffen bei Bedarf rasch einberufen zu können. Die empirischen Beobachtungen deuten an, dass selbst bei guter Kooperation Optimierungsbedarfe dann lange einer Bearbeitung harren können. **Vernetzungs- und Austauschtreffen** sind kein Garant für eine Abstimmung oder Lösung von Optimierungsbedarfen, sie bieten aber ein Forum und ausdrückliche Gelegenheit dafür.

Anzunehmen ist, dass eine eher **schlechte Versorgungssituation** für Menschen mit psychischen Erkrankungen und schwierige strukturelle Rahmenbedingungen einen **hohen Abstimmungsbedarf** und gemeinsame Bemühungen der Akteure erfordern würde. Tatsächlich scheint sich eine solche Situation aber auch auf Vernetzungen, Abstimmungen und Austausch negativ auszuwirken. Eine **übergeordnete, für den Bereich insgesamt zuständige und koordinierende Institution** wäre in solchen Situationen vermutlich hilfreich.

In der Onlinebefragung haben die KlinikärztInnen die **Angehörigen der PatientInnen** als die wichtigsten KooperationspartnerInnen und Informationsquellen genannt und großteils werden diese Kooperationen auch gut bewertet. In den Gesprächen mit AngehörigenvertreterInnen spiegelt sich diese gute Kooperation kaum. So gab es vor allem Erzählungen von Angehörigen, die nach einer Unterbringung des/der Angehörigen irritiert darüber waren, dass sie regelmäßig nur über proaktives Erkunden Informationen zur Situation des/der Betroffenen bzw. zu dem was passiert und was geplant ist, erhielten. Die wenigen mit Angehörigen geführten Gespräche erlauben keine einfachen Verallgemeinerungen, sie sind aber zumindest als Hinweis darauf zu verstehen, dass diese Kooperationspartner auch tatsächlich als solche wahrgenommen und behandelt werden sollten.

Die Polizei zeigt sich in der Studie als sehr wichtiger Akteur in der Praxis des UbG. Im Allgemeinen und überwiegend wurden die Kooperationen zwischen Polizei und anderen AkteurInnen gut bewertet. Aus dem Blickwinkel der PolizeivertreterInnen zeigt sich allerdings in den Fallstudien ein verbreiteter „Schatten“ über diesen Kooperationen. PolizistInnen sind oft irritiert, wenn aus ihrer Sicht unterzubringende PatientInnen doch nicht untergebracht werden. Solche Irritationen können nicht ausgeschlossen werden. Durch fallbezogene Erklärungen und gezielten, regelmäßigen Austausch sollte man solche Verstimmungen aber reduzieren und Verständnis für die Rolle und Aufgabe des jeweils anderen befördern können. Ein offenes, gegenseitig wertschätzendes Kooperationsverhältnis ist als wichtiger Faktor zur Vermeidung von Kommunikations- und Abstimmungsmängeln, wie sie im Zusammenhang mit dem sogenannten „Brunnenmarktmord“ kolportiert wurden, zu betrachten.

Vergleichsweise schlechtes Feedback bekommen die gemäß § 8 UbG **zuweisungsberechtigten ÄrztInnen** in den Erhebungen zur vorliegenden Studie. In den Fallstudien fällt auf, dass es kaum Vernetzungen mit diesen ÄrztInnen gibt. Besonders verwundert, dass an keinem der Fallstudienorte über Abstimmungstreffen zwischen den psychiatrischen Krankenhäusern und den § 8 ÄrztInnen berichtet wurde, zumal es hier offenbar einigen Abstimmungsbedarf gebe. Eine Erklärung könnte darin liegen, dass es keine regionalen Ansprechstellen gibt, die die § 8 ÄrztInnen vertreten.

Polizei und § 8 ÄrztInnen treffen sich den Berichten zufolge offenbar auch kaum zu Austausch und gegenseitiger Information mit psychosozialen Diensten und anderen extramuralen Dienstleistern. Auch wenn zwischen diesen Personen bzw. Institutionen wenig unmittelbare Kooperationszusammenhänge bestehen, wäre es doch sinnvoll, **sich gegenseitig über die jeweiligen Aufgaben, Dienstleistungen und praktischen Erfahrungen auszutauschen**. Nicht zuletzt muss im Rahmen von § 8 UbG-Amtshandlungen überprüft werden, ob, bzw. mit welchen Alternativen allenfalls Unterbringungen vermieden werden könnten.

Die Zusammenarbeit und Kommunikation der zentralen Akteure der gerichtlichen Überprüfungen – RichterInnen, KlinikärztInnen, PatientenanwältInnen - stellt sich in empirischen Materialien gut dar. Bei kritischer Leseweise der Ergebnisse der Onlinebefragung sieht ein großer Teil der ÄrztInnen und der PatientenanwältInnen „Optimierungsmöglichkeiten“. Immerhin rund ein Fünftel der online befragten ÄrztInnen brachte aber Störungen im Verhältnis zur Patientenanzwälterschaft zum Ausdruck. Ohne diese Befunde überbewerten zu wollen, erinnern sich doch daran, dass es wichtig ist, sich zwischen diesen Berufsgruppen über die **Bedeutung des UbG und die jeweiligen Rollen** losgelöst von der Einzelfallarbeit auszutauschen.

Eine zentrale Schiene in Hinblick auf die Nachversorgung besteht regelmäßig zwischen den Kliniken und den psychosozialen Diensten. Die empirischen Befunde weisen auch hier auf überwiegend gute Kooperationen mit ein wenig Optimierungspotential hin. Vor allem die **Verbindungsdienste** stellen sich als sehr wichtige **Schnittstelle** dar, deren Gestaltung und Pflege besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Vergleichsweise oft gibt es in den empirischen Materialien der Studie Hinweise auf Probleme in der Zusammenarbeit zwischen **Heimen bzw. Wohneinrichtungen** für psychische kranke Menschen und den Kliniken. Zu vermuten ist, dass solche Verstimmungen nicht zuletzt mit verbreiteten, strukturellen Problemen zusammenhängen, z.B. zu wenig geeignete Wohnplätze und Unterbringungen, weil die Heimeinrichtungen mit manchen PatientInnen bzw. Situationen überfordert sind. Auch hier erscheint es ratsam Abstimmung und Austausch zu suchen.

Ein vielfach berichtetes Problem sind **Unsicherheiten im Umgang mit sensiblen, personenbezogenen Informationen und Daten**. Im Tenor zeigten sich die befragten AkteurInnen einig, dass Informationen bzw. Hinweise auf ernsthafte Gefahrenpotentiale von PatientInnen jedenfalls an die Kliniken bzw. behandelnden ÄrztInnen weitergegeben werden dürfen. Entsprechendes wird für die Polizei angenommen, wenn bei der Entlassung von PatientInnen ein weiterbestehendes, ernsthaftes Gefahrenpotential gesehen wird. Die PraktikerInnen-Rückmeldungen sprechen für eine **gesetzliche Regelung, die diesbezüglich mehr Klarheit** schafft. Ein kaum aufzulösendes Spannungs-

feld besteht zwischen Interessen von AkteurInnen an **zentral gespeicherten Dokumentationen** von **Gefahrenpotentialen** oder Unterbringungsinformationen einerseits und den Datenschutzrechten Betroffener andererseits. Eine Mehrheit der befragten ExpertInnen sprach sich relativ deutlich **gegen solch zentrale Dokumentationen** aus.

10. Extramurale psychiatrische und (psycho-)soziale Versorgungssituation

Der (psycho-)sozialen Versorgungssituation einer Region wird überwiegend eine große Bedeutung für das Ausmaß an Unterbringungen nach UbG zugesprochen. Eine vielfältige und ressourcenmäßig gut ausgestattete extramurale Versorgungslandschaft bietet Alternativen zu einer Unterbringung in der Psychiatrie an. Dass sich der Zusammenhang (mehr bzw. bessere extramurale Versorgung = weniger Unterbringungen) allerdings nicht ganz so linear gestaltet wie oft angenommen, wird in dieser Studie mehrfach sichtbar (vgl. Kap. 12). Das schmälert aber nicht die Bedeutung einer adäquaten extramuralen Versorgungslandschaft, sondern unterstreicht vor allem die Wichtigkeit einer reflektierten Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts und guter Kooperationen zwischen den verschiedenen Versorgungsangeboten, wie die vorliegenden Forschungsergebnisse ebenfalls vielfach verdeutlichen. In diesem Kapitel wird zunächst der Bewertung der Versorgungslandschaft durch die österreichweit online befragten ExpertInnen nachgegangen, um dann über die Fallstudien zu allgemeinen Schlussfolgerungen zu gelangen.

10.1. Ergebnisse der Onlinebefragungen

In der standardisierten Befragung waren UbG-RichterInnen, PatientenanwältInnen und ÄrztInnen psychiatrischer Abteilungen gebeten worden, die Angebots- bzw. Versorgungssituation in ihrem regionalen Einzugsgebiet bzw. Zuständigkeitsbereich detaillierter zu beurteilen. Die unten getrennt nach Teilbefragungen abgebildeten Antworten zeigen überwiegend eine sehr kritische Einschätzung der Versorgungsstruktur für Menschen mit psychischer Erkrankung. ÄrztInnen und PatientenanwältInnen bewerten die Versorgungslage durchschnittlich meist noch schlechter als UbG-RichterInnen.¹³ Der Vergleich der Bundesländer zeigt auf rein deskriptiver Ebene keine besonderen Abweichungen¹⁴.

- Am vergleichsweise besten wird die Versorgung mit **psychosozialen Diensten** und vergleichbaren Einrichtungen allgemein eingeschätzt und dennoch überwiegt auch hier eine kritische Bewertung. Wohl beurteilten 57% der antwortenden RichterInnen die diesbezügliche Versorgungssituation als ausreichend oder (wenn

¹³ Die Teilbefragungen unterscheiden sich insofern, als bei den später startenden Befragungen der PatientenanwältInnen und ÄrztInnen auf Anregung im Pretest die Antwortkategorie „kann ich nicht beurteilen“ zusätzlich eingefügt wurde. Diese Ergänzung war in der RichterInnen-Befragung nicht mehr möglich, da die Umfrage bereits lief. Die Aussagekraft der Ergebnisse erscheint dennoch ausreichend gewährleistet.

¹⁴ Eine detaillierte Aufgliederung der Ergebnisse ist aufgrund geringer Zellbesetzungen nicht sinnvoll.

auch selten) als relativ großzügig. Demgegenüber stehen aber nur 34% der ÄrztInnen und 32% der PatientenanwältInnen¹⁵ mit einer entsprechend positiven Einschätzung.

- Noch vergleichsweise (!) positive Bewertungen finden sich bei ÄrztInnen zur Frage nach der Ausstattung mit **PsychotherapeutInnen** (36%) und **Tageskliniken** (26%). Die PatientenanwältInnen sind hinsichtlich der Versorgung durch PsychotherapeutInnen etwas pessimistischer (22% positive Beurteilungen der Versorgungslage), bei den Tageskliniken aber etwas optimistischer (32% positive Beurteilungen). Auch hier sind die RichterInnen mit Abstand am optimistischsten (jeweils über 50% positive Einschätzung der Versorgungslage). In Summe muss auch dieses Ergebnis als Hinweis auf Versorgungsmängel in den meisten Regionen gewertet werden.
- Die **größten Mängel** werden in allen Teilbefragungen in der Versorgung mit **aufsuchenden Betreuungsangeboten** für die Zielgruppe, einem **psychosozialen Krisenzentrum, mobilen Teams der psychosozialen bzw. psychiatrischen Krisenintervention** und in **extramuralen, betreuten Wohneinrichtungen** gesehen. Hier dürfte in den wenigsten Regionen eine annähernd ausreichende Versorgung gewährleistet sein. (vgl. die hellen Balkenbereiche in den nachfolgenden Abbildungen).

¹⁵ Würde man bei den PatientenanwältInnen nur die „gültigen“ Antworten heranziehen (d.h. die „kann ich nicht beurteilen“-Antworten nicht berücksichtigen), wären es auch nicht mehr als 40%, während die Mehrheit von 60% die Versorgung mit psychosozialen Diensten als mangelhaft betrachten würde.

Abbildung 39: **Versorgungssituation für Menschen mit psychischer Erkrankung in der Region, Teilbefragung RichterInnen, Angaben in Prozent, n=53; Quelle: eigene Erhebungen**

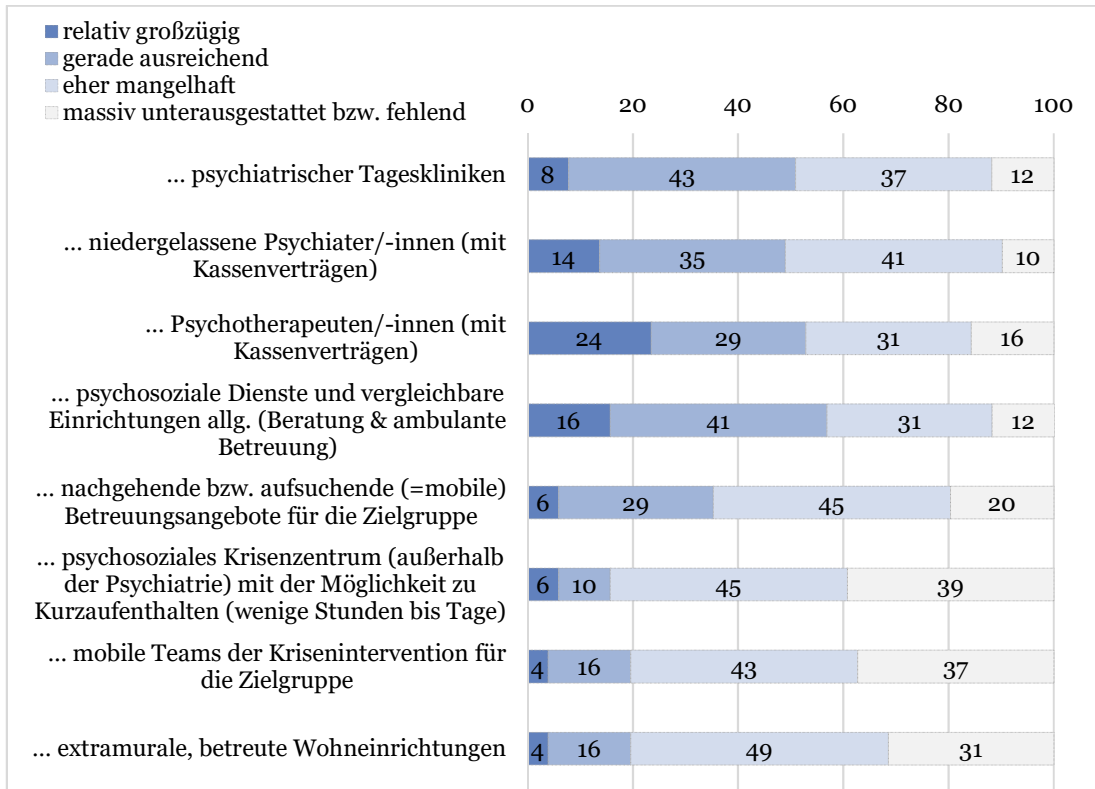


Abbildung 40: Versorgungssituation für Menschen mit psychischer Erkrankung in der Region, Teilbefragung PatientenanwältInnen, Angaben in Prozent, n=59; Quelle: eigene Erhebungen

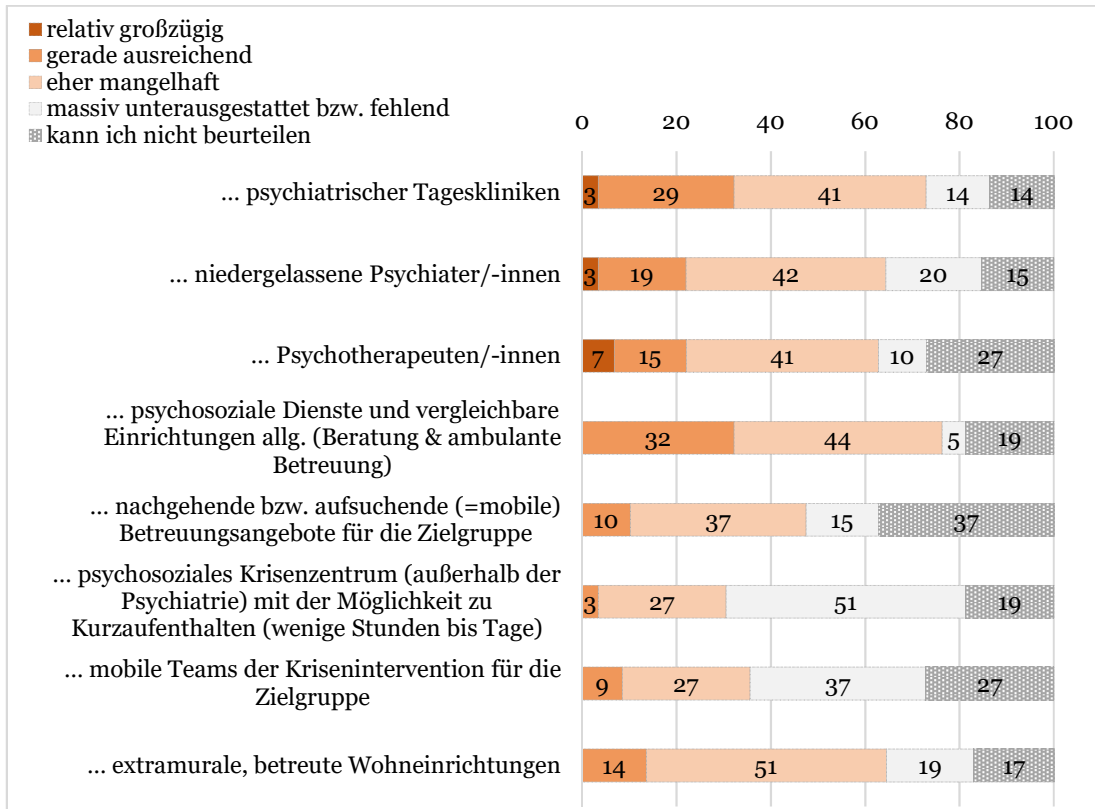
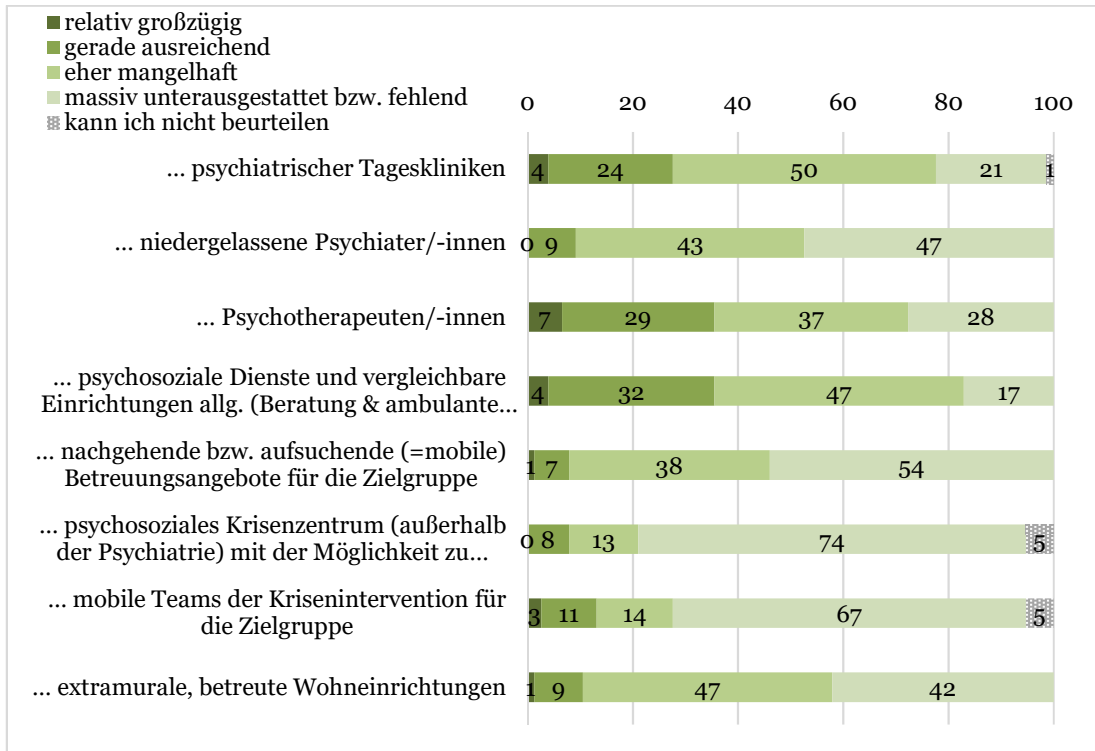
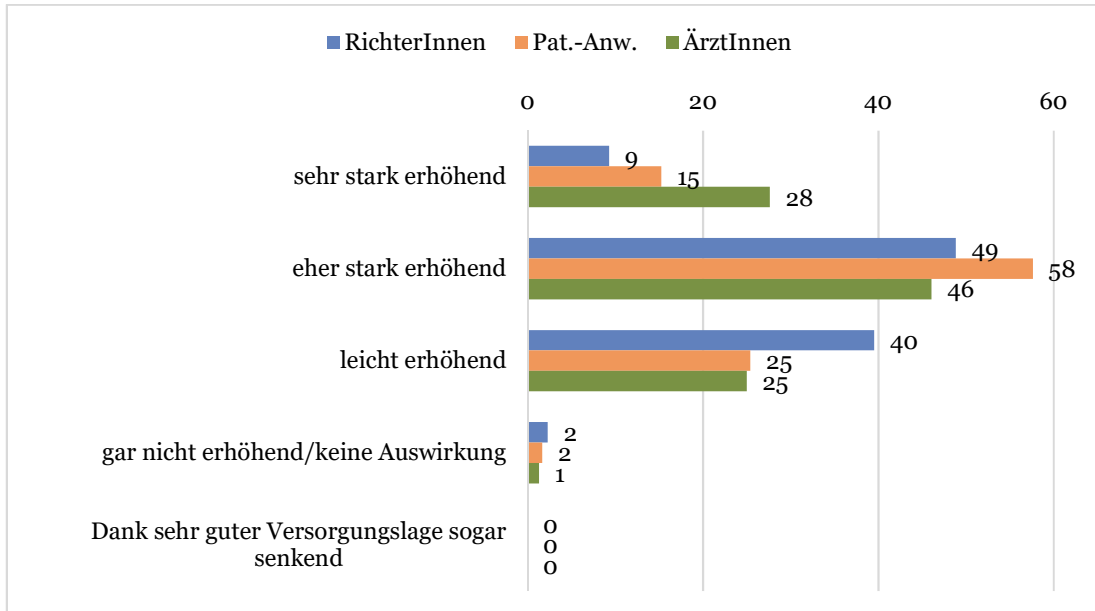


Abbildung 41: **Versorgungssituation für Menschen mit psychischer Erkrankung in der Region**, Teilbefragung **ÄrztInnen**, Angaben in Prozent, n=76; Quelle: eigene Erhebungen



Diese **Versorgungsmängel** wirken sich der Einschätzung der Befragten zufolge überwiegend **stark erhöhend auf die Unterbringungszahlen** aus. Die nachfolgende Grafik veranschaulicht, dass in Summe 74% der ÄrztInnen, 73% der PatientenanwälInnen und immerhin auch 58% der RichterInnen davon ausgehen, dass es dadurch zu einer sehr oder eher starken Erhöhung der Zahl der Unterbringungen nach UbG kommt.

Abbildung 42: **Ausmaß, in dem sich unzureichende Versorgungsangebote in der Region erhöhend auf Unterbringungsraten auswirken**, Vergleich der Teilbefragung **PatientenanwälInnen (n=59)**, **RichterInnen (n=53)** und **ÄrztInnen (n=76)**, Angaben in Prozent; Quelle: eigene Erhebungen



Die Ergebnisse der Online-Befragung verweisen somit in hohem Ausmaß auf Versorgungsmängel an (psycho-)sozialen und psychiatrischen Angeboten für Menschen, die von einer Unterbringung in der Psychiatrie bedroht sind.

10.2. Erkenntnisse aus den vertiefenden Fallstudien

Die Analyse der Gerichtsakten¹⁶ lässt erkennen, dass dort mögliche Alternativen zur Unterbringung in der Regel sehr knapp, meist formelhaft diskutiert werden. Die Akten enthalten großteils auch nur wenig Information über den weiteren Verbleib der PatientInnen nach der Aufhebung der Unterbringung. An allen Fallstudienorten war den Gerichtsakten des Öfteren zu entnehmen, dass die **psychiatrischen Abteilungen** immer wieder **„Überbrückungsfunktionen“ übernehmen müssen**, wenn sie PatientInnen nicht ohne gesichertes Wohn- und Unterstützungssetting „auf die Straße“ setzen wollen. Virulent wird dies vor allem dann, wenn das bisherige Unterstützungssetting vor dem stationären Aufenthalt für PatientInnen nicht mehr zur Verfügung steht oder aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausreicht.

¹⁶ Sie enthalten v.a. Bescheinigungen gemäß § 8 UbG, ärztliche Zeugnisse, Protokolle, Beschlüsse oder Gutachten.

Nachfolgend wird für jeden Fallstudien-Standort bzw. dessen regionales Einzugsgebiet die psychosoziale Versorgungsstruktur anhand der gewonnenen Rechercheergebnisse (Desk Research) in groben Zügen nachgezeichnet und auf Basis der geführten Interviews mit Betroffenen und ExpertInnen diskutiert und eine Bewertung versucht.

10.2.1. Versorgungssituation Fallstudien-Standort 1 (F1)

Beschreibung der regionalen Versorgungs- und Unterstützungssituation

Die Fallstudien-Region 1 umfasst eine v.a. ländliche, teilweise verkehrstechnisch benachteiligte Region von ca. 2.200 km² mit gut 200.000 EinwohnerInnen. Die Unterbringungsrate stellt sich mit 292 pro 100.000 EinwohnerInnen im Österreichvergleich 2017 durchschnittlich hoch dar. Die stationäre Bettenzahl liegt in der Region mit rund 0,36 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen im unteren Sollbereich des Bedarfsmesswertes (eigene Berechnungen unter Einbeziehung von Daten aus Kern et al. 2018). Stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie fehlen.

In der Region sind eine Akut- bzw. zwei Terminambulanzen sowie zwei Tageskliniken vorhanden. Psychiatrische Rehabilitationsangebote sind nicht verfügbar. Pro 100.000 EinwohnerInnen sind in der Region inklusive WahlärztInnen nur vier FachärztInnen der Psychiatrie in den Bezirkshauptstädten niedergelassen. Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung wird über eine dezentral organisierte Einrichtung für Kinder und Jugendliche, nicht jedoch über niedergelassene FachärztInnen geleistet. Die psychosoziale Kriseninterventionsstelle ist auf Landesebene organisiert und in der Region v.a. telefonisch kontaktierbar. Persönliche bzw. aufsuchende Angebote sind stark beschränkt. Für die Region zuständige Einrichtungen mit Krisenzimmer sind nur sehr eingeschränkt erreichbar- bzw. verfügbar.

Die extramurale Versorgung im Beratungs-, Betreuungs-, Wohn- und Beschäftigungsbereich ist bei v.a. einem einschlägigen österreichweit aktiven Träger konzentriert. Dieser ist auch an das Krankenhaus angebunden und betreibt die Krisenversorgung mit. Eine Konzentration auf die Bezirkshauptstädte und eingeschränkte Öffnungszeiten erschweren den Zugang zu psychosozialen Beratungseinrichtungen. Für den Bereich der Gerontopsychiatrie konnten keine spezialisierten Strukturen identifiziert werden. Die Versorgung mit niedergelassenen Fachkräften der Psychotherapie, klinischen bzw. Gesundheitspsychologie ist im gesamten Bundesland im Österreichvergleich quantitativ im unteren Drittel angesiedelt. Das Angebot an teil-, voll- als auch mobil betreuten Wohnformen entspricht den definierten Bedarfswerten (Kern et al. 2018). Alle drei politischen Bezirke der Region verfügen über mindestens zwei Angebote im Bereich Beschäftigung und Tagesstruktur. Angebote mit fähigkeitsorientierten Aktivitäten sind vorrangig auf Menschen

mit Behinderung bzw. Mehrfachbeeinträchtigungen ausgerichtet. Niederschwellige Freizeittreffpunkte haben stark begrenzte Öffnungszeiten und sind auf die Bezirkshauptstädte konzentriert. Die Selbsthilfesituation der Region ist wenig ausgebaut. Während die Region im Suchtbereich mit einer Suchtambulanz und dezentralen Suchtberatungsstellen versorgt ist, sind im Wohnungslosenbereiche keine relevanten Angebote identifizierbar.

Resümee zur Versorgungssituation auf Basis der Fallstudieninterviews

Im Tenor aller befragten ExpertInnen aus der Region werden die vorhandenen Angebote und Möglichkeiten als qualitativ gut, die Versorgungsstrukturen insgesamt aber quantitativ als sehr unzureichend beschrieben – von den niedergelassenen FachärztInnen, über die PsychotherapeutInnen, bis zu den extramuralen Beratungs-, Betreuungs- und (Wohn-)Versorgungseinrichtungen. Dies äußere sich insbesondere in problematisch langen Wartezeiten, etwa vier bis fünf Monate auf Kassenfachärzte, die angesichts des großen Versorgungsgebietes besonders wichtig wären, zwei bis drei Monate auf PsychotherapeutInnen und mitunter bis zu eineinhalb Jahre Wartezeit auf einen geeigneten Wohnplatz. Bei der Zuteilung von Wohnplätzen und betreutem Wohnen bzw. mobiler Betreuung, von Basisversorgung bis Freizeitgestaltung wird den Berichten zufolge streng nach Listen zur gleichen Wahrung von Chancen vorgegangen. Das bedeute auch in dringenden Fällen lange Wartezeiten.

Die Klinik sieht sich im psychiatrischen Bereich als „**Generalversorger**“, weil die extramurale, ambulante und stationäre Versorgung sehr unzureichend ist. Mangels ausreichender Angebote der extramuralen Langzeitversorgung übernehmen die (Termin-)**Ambulanzen** auch eine wichtige Funktion in der **Nachbetreuung bzw. Langzeitversorgung**, womit man einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung weiterer Aufnahmen leiste. Auch Projekte wie beispielsweise eine Kooperation mit niedergelassenen PsychotherapeutInnen für Menschen mit selbstverletzendem Verhalten werden als Beitrag zur Präventionsarbeit genannt. Die Einrichtung einer Substitutionsambulanz habe z.B. zu einer Reduktion deliranter PatientInnen in der Unterbringung beigetragen. Die Tagesklinik stellt sich als Verbindung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung dar. KlinikvertreterInnen sind von der **Notwendigkeit einer umfassenden Ausweitung der bestehenden extramuralen Angebote** überzeugt. Wünschenswert sind eine ambulante psychiatrische, nachgehende und dislozierte Nachversorgung mit ärztlichem und psychiatriepflegerischem Angebot mit Medikamentengabe.

Die befragten Psychiatrie- und UbG-AkteurInnen gehen davon aus, dass ein Ausbau der extramuralen Versorgung Unterbringungen vermeiden könnte. Die vergleichsweise hohen Kosten einer stationären Unterbringung werden mehrfach den günstigeren extramuralen Angebote, die oft bessere Ergebnisse erzielen könnten und regelmäßig Wie-

dereinweisungen vermeiden könnten, gegenübergestellt. Während auf einen beträchtlichen Mehrbedarf und steigenden Bedarf an Ressourcen für solche Leistungen hingewiesen wird, wird von manchen auch über Kürzungen berichtet, die sich auf die vorhandene Qualität negativ auswirken würden.

Niederschwellige Beratung sei notwendig, um PatientInnen und Angehörige besser über vorhandene Möglichkeiten und zu informieren. Die psychosozialen Anlaufstellen und Beratungen sind ebenso wie Angebote zur Krisenintervention und Psychotherapie, auch aus Betroffenensicht, zu eingeschränkt und hochschwellig verfügbar. Das Modell eines für die Region eingerichteten **Krisenzimmers** wird als sehr hilfreich und sinnvoll beschrieben, müsse jedoch besser erreichbar und verfügbar sein. Im Vergleich einfacher, aber nach Kürzungen auch erschwert zugänglich, sind die **tagesstrukturierenden Angebote**, deren Bedeutung und Qualität ebenfalls betont wurden.

Als sehr hilfreich und stabilisierend wurden in den Expertengesprächen die vorhandenen Angebote der **nachgehenden, mobilen (Wohn-)Betreuung** beschrieben, die bei einem großen Bedarf allerdings nur eng begrenzt verfügbar seien. Auch Betroffene und Angehörige betonten die Bedeutung und Qualität dieser Betreuung bzw. brachten dies in persönlichen Krankengeschichten zum Ausdruck. Besonders viel Raum nahmen die Ausführungen zu den durchwegs als massiv dargestellten Mängeln im Wohnbereich ein, obwohl vorliegenden Daten die Verfügbarkeit von Wohnplätzen als bedarfskonform ausweisen. Als möglicher Grund für die aktuelle Knappheit an Heimplätzen wird der Wegfall des Pflegeregress genannt. Die vorhandenen, unterschiedlichen Angebote teil-, voll- als auch mobil betreuten Wohnens reichen laut den befragten ExpertInnen bei weitem nicht aus. Als Problem wird auch angesprochen, dass PatientInnen, die einmal in einer Versorgungsform „gelandet“ sind, dort auf Dauer bleiben und oft zu wenig in Richtung Veränderungen bzw. Selbständigkeit getan werde bzw. getan werden kann.

Besonders schwierig sei es, für ältere, multi-morbide, chronisch kranke Menschen z.B. mit Demenzerkrankungen, Agitiertheit und aggressivem Verhalten (z.B. Korsakow-Syndrom, oder Alkoholiker mit zusätzlicher psychiatrischer Diagnose) Heimplätze zu finden. Manchmal waren diese Patienten bereits in Heimen oder in einer (meist von der Familie finanzierten) Kurzzeitpflege, wurden dort aber nicht behalten. Mitunter würde man für solche PatientInnen dann (geschlossene) **Heime im benachbarten Ausland** suchen, da gut ausgestattete psychiatrische Pflegeheime mit ausreichender und hinlänglich qualifizierter Personalausstattung fehlen. In einer Wortmeldung wurde darauf hingewiesen, dass Pflegeheime oder auch allgemeine Krankenhäuser solche PatientInnen mitunter in die Unterbringung schicken, während auch das **Heimaufenthaltsgesetz** geeignete Handlungsmöglichkeiten bieten würde. Der Aspekt wird allerdings insgesamt widersprüchlich diskutiert, wie die Ausführungen in Kapitel 4.1 aufzeigen.

Vor diesem Hintergrund mangelnder Versorgungsmöglichkeiten sieht sich die Klinik oft in der Verlegenheit, PatientInnen versorgen zu müssen, die bei entsprechendem extramuralem Angebot eigentlich nicht oder nicht so lange in die meist offene, manchmal aber auch geschlossene Psychiatrie gehören würden. Als nicht wirklich zuständig betrachtet man sich in der Klinik auch für Intoxikierte, die eigentlich nur zur Ausnüchterung in die Klinik kommen, wohl unter medizinische Überwachung gehören, aber nicht in die Psychiatrie. Geeignete bzw. ausreichende extramurale Angebote würden zum einen manche Krankenhausaufenthalte und Unterbringungen vermeiden. Zum anderen könnten adäquate Nachsorge und (Wohn-)Versorgungsmöglichkeiten wesentlich sinnvoller und besser die Langzeitversorgung übernehmen, sobald die medizinische Akutversorgung und Einstellung abgeschlossen ist. Abgesehen von den manchmal erforderlichen, langen Krankenhausaufhalten bzw. auch Unterbringungen, müsste man dann oft auch suboptimale Betreuungs- und Versorgungsformen zur **Überbrückung** organisieren (z.B. mit überforderten Angehörigen), wissend, dass damit eine hohe Wahrscheinlichkeit einer baldigen (wiederholten) Rückkehr in die Klinik einhergeht. Mitunter organisierte Helferkonferenzen stoßen hier auch an die Grenzen fehlender Unterstützungsangebote.

Generell wurde in den Gesprächen festgestellt, dass das Angebot die Diversität der Krankheiten und der unterschiedlichen Bedarfe nicht ausreichend abbilde. Ein besonderer Bedarf wurde vor allem beim Ausbau der bestehenden psychosozialen Versorgungsangebote gesehen. Von mehreren Seiten wurde das Fehlen einer Grundversorgung für PatientInnen, die Unterstützung in der **Alltagsbewältigung** brauchen, moniert. Viele PatientInnen, z.B. auch in frühen Krankheitsstadien wie beginnender Demenz, bräuchten keine umfassende Pflege. Mit Unterstützungsleistungen wie Hilfe beim Einkaufen, Begleitungen, Kontrolle der Medikamenteneinnahme und Ansprache, etc. könnte diesen PatientInnen oft schon geholfen werden. Auch durch die damit verbundene Möglichkeit, Verschlechterungen frühzeitig erkennen und erforderliche Maßnahmen einleiten zu können, lassen sich Unterbringungen vermeiden. Eine „psychiatrische“ Hauskrankenpflege wurde mehrfach als wünschenswerte Einrichtung genannt.

Die Betroffenen verweisen auf die Bedeutung **sozialer Anknüpfungspunkte bzw. Freizeitangebote**. Die Krankheit führt oft zu sozialer Isolation. Gerade in ländlichen Gegenden wird die Erreichbarkeit niederschwellige Freizeitangebote problematisiert. Als unzureichend bzw. auch zu wenig in Richtung Rückführung zu Arbeit ausgerichtet wurden von Betroffenen die fähigkeitsorientierten Aktivitäten beschrieben. Gewünscht wird eine zukunfts- und ressourcenorientierte Ausrichtung der Angebote.

10.2.2. Versorgungssituation Fallstudien-Standort 2 (F2)

Beschreibung der regionalen Versorgungs- und Unterstützungssituation

Der Fallstudienort 2 versorgt in einer mit 9.500 km² äußerst weitläufigen und teilweise verkehrstechnisch unzureichend angebotenen ländlichen Region fast 350.000 EinwohnerInnen. Die Unterbringungsrate stellt sich mit 385 pro 100.000 Einwohner im Österreichvergleich hoch dar. Eine Besonderheit des Fallstudienortes ist, dass das zuständige Krankenhaus geographisch außerhalb der Region liegt. Die Bettenanzahl des gesamten Bundeslandes liegt mit 0,45 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen innerhalb der definierten Bedarfsmesswerte (Kern et al. 2018)¹⁷. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist von einer beträchtlichen Unterversorgung zu sprechen. Eine gerontopsychiatrische Abteilung ist im Krankenhaus vorhanden.

In der Region ist keine psychiatrische Tagesklinik zugänglich, die dislozierte allgemeinpsychiatrische Ambulanz schließt PatientInnen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung aus. Eine Rehabilitationseinrichtung befindet sich in der Region (ebd. 2018). Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung der Region wird über eine Ambulanz und Tagesklinik in der Region abgedeckt. Die fünf FachärztInnen der Psychiatrie pro 100.000 EinwohnerInnen inklusive WahlärztInnen sind vorrangig in den Städten der Region niedergelassen. Niedergelassene FachärztInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie fehlen. Die Krisenversorgung erfolgt ausschließlich durch überregionale Telefondienste.

Die extramurale Versorgung in der Region wird v.a. durch drei Träger geleistet. Im Bereich der psychosozialen Beratung ist die Region mit ca. 75% und 100% des empfohlenen Ausbaustands relativ gut versorgt (Psychiatriebericht des Landes 2018). Die Anbindung an die Angebote wird durch einen Verbindungsdienst zu den stationären Einrichtungen geleistet (ebd.). Die Versorgung mit niedergelassenen Fachkräften der Psychotherapie, der klinischen bzw. Gesundheitspsychologie ist im gesamten Bundesland quantitativ im letzten Drittel angesiedelt, in Versorgung der Region liegt unter dem Gesamtdurchschnittswert des Bundeslandes (Sagerschnig/Tanios 2017). Der Zugang zu leistbarer Psychotherapie wird über definierte Vermittlungseinrichtungen erleichtert. Im Wohnbereich liegt der Fokus auf der mobilen Betreuung. Entsprechend zeigen sich im voll- oder teilbetreuten Wohnen mit gut zwei Plätzen pro 10.000 EinwohnerInnen klare Versorgungslücken. Der gerontopsychiatrische Bedarf wird über ein regionales Zentrum und über Pfl-

¹⁷ Da die regionale Strukturierung der Abteilungen vor kurzem aufgegeben wurde, ist eine Zuordnung der Bettenanzahl zur Region nicht möglich.

geheime abgedeckt. Der Wohnungslosenbereich ist in der Region gerade für das betroffene Klientel wenig ausgebaut. Neben einer regionalen suchtmedizinischen Ambulanz sind flächendeckend Suchtberatungsstellen zugänglich.

Angebote im Bereich Beschäftigung und Tagesstruktur sind seit kurzem – wenn auch auf den urbaneren Raum konzentriert – in allen fünf Bezirken der Region vorhanden. Niederschwellige Freizeittreffpunkte sind in der Region eher nur punktuell vorhanden. Hingegen unterhält die auf Bundeslandebene organisierte Selbsthilfeeinrichtung fünf regionale Außenstellen. Auch Angehörige finden spezielle Angebote.

Resümee zur Versorgungssituation auf Basis der Fallstudieninterviews

In der Gesamtbetrachtung zeigt sich hier ein sehr ähnliches Bild mit weitgehend ähnlichen Problemlagen wie in der Fallstudienregion 1. Das vorhandene Angebot wird als zwar qualitativ gut, aber quantitativ nicht ausreichend beschrieben. In allen Bereichen der extramuralen sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Versorgung wird ein beträchtlicher Mehrbedarf an Personalressourcen festgestellt. Mangels geeigneter und verfügbarer Nachbetreuungs- bzw. Versorgungsmöglichkeiten wisse man bei manchen PatientInnen bereits bei der stationären Entlassung, dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit wiederkommen werden. Betroffene problematisierten die oft langen Wartezeiten bei extramuralen Diensten.

Erschwerend wirken sich an diesem Standort die Lage des Krankenhauses und die weite Ausdehnung der Region aus, die einen hohen Mobilitätsaufwand verursachen. Die Tatsache, dass die einzige dislozierte psychiatrische Ambulanz der Region PatientInnen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung ausschließt, bedeutet, dass viele PatientInnen auch in schlechter psychischer Verfassung den Weg an die Klinikambulanz auf sich nehmen müssen. Das gilt entsprechend auch für die **ärztliche Nachbetreuung**, zumal die psychosozialen Dienste des Landes bislang keine fachärztliche Betreuung anbieten (dürfen). Der Einrichtung regionaler psychiatrischer Ambulanzen wird hohe Dringlichkeit zugesprochen. In Bezug auf FachärztInnen werden Unterversorgung (in einer Bezirksstadt war beispielsweise eine Kassenstelle sechs Jahre vakant). und lange Wartezeiten problematisiert, zugleich können sich viele Menschen mit psychischer Erkrankung WahlärztInnen nicht leisten. In den Expertengesprächen wird die fachärztliche Unterversorgung auch als Grund für die hohen Unterbringungszahlen in der Region gesehen. In der Folge werde mitunter so lange zugewartet, bis die Situation bzw. die Krankheit eskaliert.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die **nichtärztliche extramurale Versorgung** zusätzlich an Bedeutung. Durchwegs zeigten sich die befragten Psychiatrie- und UbG-AkteurInnen und auch interviewte Personen mit Unterbringungserfahrung überzeugt davon, dass ein Ausbau der extramuralen Versorgung die Situation maßgeblich verbessern

und Unterbringungen oft vermeiden könne. Die psychosozialen Beratungen bieten umfassende und auch niederschwellig organisierte Beratung. Trotz vereinzelt artikulierter Überlastungssituationen scheint das Angebot den Rückmeldungen zufolge zumindest weitgehend zu passen. Als **unzureichend** werden die im Krisenfall bestehenden Möglichkeiten thematisiert, sodass PatientInnen bzw. Angehörige oft den weiten Weg in die Klinik wählen (müssen). Geeignete **Kriseninterventionen** könnten oft Unterbringungen vermeiden, so die Einschätzung der Befragten.

Vielfach wurden die Möglichkeiten der **mobilen, nachgehenden Betreuungsangebote** von PraktikerInnen und Betroffenen sehr positiv beschrieben. Damit werde ein sehr breiter Bereich an Betreuungserfordernissen nachgehend abgedeckt. PatientInnen könnten in der gewohnten Umgebung bleiben, schlechte Entwicklungen früh erkannt und Eskalationen oft frühzeitig durch Anbahnungen erforderlicher Maßnahmen verhindert werden. Dadurch würden auch die Angehörigen entlastet. Allerdings wird das gute Angebot als nicht ausreichend bewertet. Die Organisation der **Kostenübernahme** erscheint mühsam, weil diese auf der Grundlage einer als langwierig beschriebenen Begutachtung entschieden würde. Auf die Zuteilung einer erforderlichen Hauskrankenpflege müsse man seit dem Wegfall des Pflegeregresses und in der Folge steigender Nachfrage längere Zeit warten. Vergleichsweise gut stellt sich die Versorgungslage hinsichtlich tagesstrukturierender und Beschäftigungsangebote dar, wiewohl in einzelnen Wortmeldungen auch ein Mehrbedarf konstatiert wurde. BetroffenenvertreterInnen problematisierten zu lange Wartezeiten. Das Angebot an Psychotherapie stellt sich zwar als gering, jedoch als gut zugänglich dar

Solange private Wohnmöglichkeiten gegeben sind und Angehörige unterstützen können, lassen sich den Berichten zufolge meist auch relativ gut Betreuungsarrangements organisieren. Angesprochen wurde allerdings die Überforderung von Angehörigen, und zwar vor allem wenn PatientInnen mit intensiverem Pflege- und Versorgungsbedarf mangels geeigneter Plätze selbst versorgt und betreut werden müssen. Die größte Sorge gilt auch am Fallstudienort 2 der **betreuten Wohnversorgung**. Trotz eines abgestuften Spektrums an betreuten Wohnmöglichkeiten kann der tatsächliche **Bedarf** den Berichten zufolge **nur sehr begrenzt abgedeckt** werden. Bei vollzeitbetreutem Wohnen wird z.B. auf Wartezeiten von über einem Jahr hingewiesen. Besonders oft wird ein beträchtlicher **Mehrbedarf an psychiatrischen Pflegeplätzen** berichtet. Zwar würden psychiatrische PatientInnen oft auch in Altenheimen aufgenommen. Bisweilen fehlten dort aber die für intensive Betreuungserfordernisse erforderlichen, auch fachlich geschulten Personalressourcen.

Vor diesem Hintergrund ist auch an diesem Fallstudien-Standort die Problematik zu beobachten, dass die stationäre **Psychiatrie Personen zur Versorgung übernehmen** muss, für die man rein medizinisch-kurativ kaum etwas tun kann. PatientInnen, die auf

einen Heimplatz warten oder für die man noch nach einem Platz suchen muss, bleiben mitunter relativ lange in der Klinik, wenn keine anderen Überbrückungsalternativen organisiert werden können – meist wohl im offenen, mitunter aber auch im geschlossenen Bereich. Für demenzkranke Personen, wohnungslose chronisch Kranke, verwahrloste Personen oder auch PatientInnen mit zusätzlicher Alkohol- bzw. Suchterkrankung sei es besonders schwer, Pflegeplätze zu bekommen. In Konkurrenz um zu wenige Pflegeplätze werden diese eher an Personen ohne derartige Probleme vergeben. Zusätzlich wird wahrgenommen, dass Heime mit der Versorgung und Betreuung psychisch kranker PatientInnen, die aggressives, selbst- und/oder fremdgefährdendes Verhalten zeigen, teils überfordert sind. Auch an diesem Standort wurde mehrfach die Frage aufgeworfen, inwieweit eine umfangreichere Anwendung des Heimaufenthaltsgesetzes im Heim dem Abhilfe schaffen könnte. Wie in Kapitel 3.2.2 thematisiert, braucht der Aspekt aber genauere Prüfung. Wahrscheinlicher erscheint, dass mitunter beobachtete „Abschiebungen“ von Heimen in die Psychiatrie eher einem Ressourcenproblem als einer unzureichenden Anwendung des HeimAufG geschuldet sein könnten.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) gibt es mangels niedergelassener KJP-Fachärzte für eine fachärztliche Versorgung keine Alternative zur Kinder- und Jugendpsychiatrie im Krankenhaus, der dortigen Akut- und Bestellambulanz, der KJP-Ambulanz in der Region und den damit verbundenen Tageskliniken. Vereinzelt setze man an der Klinik auch Einzelbetreuung um, auf breiter Basis sei dies aber aufgrund fehlender Personalressourcen nicht möglich. Trotz der teilweise mühsamen Anreise übernimmt die stationäre KJP mangels ausreichender extramuraler Möglichkeiten auch vielfach Aufgaben, die sie nicht als zu ihren Kernaufgaben zählend betrachtet, etwa Kriseninterventionen oder Pädagogisches. Qualitativ zeigt man sich jedoch mit dem vorhandenen Angebot zufrieden. Auch in der KJP stellt es sich als besonders schwierig dar, für mehrfach beeinträchtigte PatientInnen (z.B. kognitive Behinderung verbunden mit psychischer Erkrankung) geeignete Pflegeplätze zu bekommen.

Angesichts der beträchtlichen Unterversorgung auf breiter Ebene stellt sich der „Wunschzettel“ der befragten ExpertInnen aus der Region relativ umfassend dar. Zunächst wird ein genereller Ausbau der Angebote gefordert. Besonders schwierig sei es, betreute Plätze für forensische PatientInnen zu finden. Als dringend erforderlich stellt sich die Einrichtung dezentraler Ambulatorien dar. Verbessert werden sollten auch die Krisenangebote. Genannt wurden zentrale Anlaufstellen, „Krisenbetten“ mit entsprechender Betreuung, regional niederschwellig zugängliche oder mobile multiprofessionelle Krisenteams. Hervorgehoben wird ein **großer Mangel an geeigneten Wohnformen**, besonders auch an **psychiatrisch-pflegerisch intensiv betreuten** Wohneinrichtungen z.B. auch in kleinen Einheiten. Verwiesen wurde auch auf die in anderen Regionen bewährte Möglichkeit von Übergangswohnungen. In Hinblick auf die Vermeidung von Unterbringungen in der

KJP wurde auf ein Konzept einer aufsuchenden Behandlung verwiesen, das bisher an der Finanzierung gescheitert sei.

10.2.3. Versorgungssituation Fallstudien-Standort 3 (F3)

Beschreibung der regionalen Versorgungs- und Unterstützungssituation

Der Fallstudienort 3 umfasst eine 2.600 km² große Region mit knapp 400.000 EinwohnerInnen und teilweise verkehrstechnisch benachteiligten Gebieten. Die Unterbringungsrate liegt mit rund 279 Unterbringungen pro 100.000 der Bevölkerung im Jahr 2017 im Österreichschnitt. Mit 0,53 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen liegt die Bettenanzahl der Region als einzige über dem Mindestbedarfswert (Kern et al. 2018). Das Krankenhaus verfügt über eine eigene gerontopsychiatrische Abteilung und deckt als einzige Region Österreichs den Mindestbedarfswert an Betten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab (ebd.). Ambulanzen sind im Bereich der Erwachsenen-, Geronto- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie zugänglich. Tageskliniken werden ausschließlich im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie angeboten. Spezifische psychiatrische Rehabilitationsangebote sind nicht vorhanden.

Anders als in den anderen Fallstudienregionen ist die **Versorgung mit FachärztInnen** der Psychiatrie mit 11,7 ÄrztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen (inklusive WahlärztInnen) und vier ÄrztInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie relativ hoch. Auch wenn dezentral organisierte sozialpsychiatrische Dienste zu Bürozeiten Krisenintervention anbieten, fehlt in der Region ein ambulanter und **aufsuchender psychiatrischer Krisen- bzw. Notfalldienst**. Die teilweise auch **aufsuchend arbeitenden sozialpsychiatrischen und psychosozialen Beratungsstellen** werden v.a. von vier Trägerorganisationen betrieben. Für Kinder und Jugendliche sind spezialisierte sozialpsychiatrische Ambulanzen mit sehr eingeschränkten Öffnungszeiten sowie mehrere auf die Zielgruppe ausgerichtete psychosoziale Einrichtungen zugänglich. Trotz **Tagesbetreuungsstrukturen und Pflegeangeboten** ist die Versorgung im gerontopsychiatrischen Bereich noch verbesserungswürdig (vgl. Psychiatriebericht des Landes 2018). Die Versorgung mit niedergelassenen Fachkräften der Psychotherapie, klinischen bzw. Gesundheitspsychologie liegt im Österreichvergleich in der oberen Hälfte. Eine institutionalisierte Vermittlung erleichtert den Zugang zum Angebot.

Mit knapp vier Plätzen pro 10.000 EinwohnerInnen sind im Wohnbereich eindeutige Versorgungsschwächen erkennbar (Kern et al. 2018). Im Bereich Beschäftigung und Tagesstruktur wird der Mindeststandard eingehalten (ebd.). Niederschwellige Freizeittreffpunkte (auch für Jugendliche) sind dezentral, jedoch eher urban orientiert, vorhanden.

Die aktive Selbsthilfeorganisation der Region arbeitet zwar auch aufsuchend im Krankenhaus, durch fehlende Außenstellen entstehen jedoch teilweise hohe Mobilitätskosten. Die Selbsthilfeorganisationen für Angehörige bieten zeitlich eng begrenzt telefonische Beratung und dezentrale Treffen an. Die Wohnungslosenhilfe ist v.a. im Westen der Region sehr aktiv und versorgt auch die Zielgruppe. Angebote der Suchthilfe sind vorhanden und umfassen eine Ambulanz, Beratungsstellen und Wohnangebote.

Resümee zur Versorgungssituation auf Basis der Fallstudieninterviews

Große Teile der psychosozialen Versorgungsstruktur stellen sich in dieser Fallstudien-Region auf der Grundlage der verfügbaren Daten und der Expertenaussagen vergleichsweise gut dar. Die befragten ExpertInnen bringen zum Ausdruck, dass man sich der relativ guten Ausstattungssituation bewusst sei und man eine relative aktive politische Unterstützung wahrnehme. Auch Betroffene nehmen die regionale psychosoziale Versorgung als größtenteils gut wahr. Dennoch wird in einigen Bereichen ein beträchtlicher Mehrbedarf erklärt, manche PatientInnen könne man nach wie vor nicht adäquat versorgen. Diese fände man wiederkehrend in der Unterbringung.

Trotz der im Bundesländervergleich guten fachärztlichen Versorgung sieht man auch hier einen Mehrbedarf. Die Wartezeiten bei niedergelassenen Ärzten würden nicht selten drei Monate dauern. Von den niedergelassenen FachärztInnen würde man ein „Abfedern“ erwarten, was aber mangels ausreichender Kapazitäten nicht ausreichend passiere. Zum einen bedeutet das, dass PatientInnen oft zu lange zuwarten würden und daher der Mangel an Fachärzten auch ein Hintergrund für UbG-Einweisungen sein könne. Zum anderen müssen große Teile der fachärztlichen und medikamentösen Nachbetreuung auch von der Klink bzw. der Ambulanz geleistet werden.

Einig sind sich die befragten ExpertInnen, dass die **Angebote für Krisenbewältigung nicht ausreichen**. Wohl wären die psychosozialen Beratungsstellen auch Anlaufstellen für Krisenfälle, allerdings beschränkt auf die Bürozeiten. Ausdrückliche Kriseninterventionsstellen, die man z.B. bei Suizidgedanken rufen könnte, gibt es nicht.

Die den Berichten zufolge relativ gut ausgestatteten sozialpsychiatrischen Dienste bieten niederschwellige Beratung und Unterstützung¹⁸ ohne Voranmeldung für Betroffenen und Angehörige an. Auch mit den Angeboten an Tagesstruktur, Beschäftigungsmaßnahmen und Freizeitangebote findet man scheinbar weitgehend das Auslangen. Psychotherapie wird als relativ gut zugänglich, allerdings mit bisweilen zu langen Wartezeiten beschrieben. **Ausbaubedarf** wird hingegen im **nachgehenden, mobilen Betreuungsbereich** ge-

¹⁸ Beratung, soziale Absicherung, Psychoedukation, Gruppenarbeit, etc.

sehen. Hingewiesen wurde diesbezüglich auf PatientInnen, die an sich eigenständig wohnen können, aber aufgrund fehlender Krankheitseinsicht ein eher engmaschiges Betreuungsnetz brauchen. Auch für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen wird ein Mehrbedarf an nachgehender psychiatrischer (Haus-)Krankenpflege gesehen.

Eine **unzureichende Wohnversorgung** ist auch an diesem Fallstudien-Standort die zentrale Sorge vieler Akteure im sozialpsychiatrischen Bereich. Im Wesentlichen wird konstatiert, dass ambulante Betreuung und Beratung relativ einfach zu bekommen seien, bei betreutem Wohnen werde es schwierig. Das Spektrum der Angebote stellt sich durchaus breit dar: Betreutes Wohnen im Privatbereich; betreute WGs mit Betreuung während Bürozeiten (mitunter auch durch Psychiatriepflege und ÄrztInnen); WGs mit Betreuung tagsüber und darüber hinaus Rufbereitschaft; Heimplätze mit unterschiedlich intensivem Pflege- und Betreuungsangebot. Eine geringere Verfügbarkeit betreuter Wohnformen wird auch hier mit dem Wegfall des Pflegeregresses in Zusammenhang gebracht. Wie an den anderen Fallstudienorten wird es besonders schwer, wenn sehr betreuungsintensive oder multiple Problemlagen vorliegen. Hier ist meist mit relativ langen Wartezeiten zu rechnen: Mehrfachdiagnosen mit Alkohol oder Suchtproblematik, psychiatrische Erkrankungen verbunden mit Verwahrlosung und/oder Obdachlosigkeit, im gerontopsychiatrischen Bereich, z.B. bei DemenzpatientInnen mit Aggressionsausbrüchen, und nicht zuletzt auch bei Forensik-PatientInnen. Auch an diesem Standort sieht sich die Klinik in der Situation, immer wieder Versorgungspsychiatrie zu leisten, wenn für PatientInnen, besonders wohnungslose Personen, keine geeignete Wohnversorgung organisiert werden kann.

Für die KJP gelten im Wesentlichen dieselben Befunde: Das Angebot psychosozialer Versorgung in der Region wird als relativ gut beschrieben. Dennoch entspreche es teilweise nicht immer den spezifischen Erfordernissen, und zwar bei mehr noch Kindern als bei Jugendlichen, wie auch in einem Angehörigengespräch problematisiert wurde. Die Schließung einer Wohneinrichtung für Jugendliche habe die Wichtigkeit solcher Einrichtungen deutlich gemacht, zumal daraufhin ein Anstieg der Unterbringungen zu beobachten gewesen sei. Verwiesen wurde auch darauf, dass es in der extramuralen Arbeit der KJP psychiatrische Qualifikationserfordernisse gebe, die bislang zu selten erfüllt seien.

Unter den genannten Ausbauerfordernissen wurden vor allem zwei Themen besonders hervorgehoben: Ein Ausbau der nachgehenden, mobilen Betreuung und die Verbesserung der Krisenbewältigungsangebote. Im aktuellen Psychiatriekonzept sind Pläne für einen rund um die Uhr aufsuchenden Krisen- und Notfalldienst unter Einbindung von FachärztInnen und/oder TherapeutInnen enthalten, auf deren Umsetzung von allen Seiten große Hoffnung gesetzt wird, u.a. auch um Unterbringungen zu vermeiden. Von einer Be-

troffenenvertretung wurde in diesem Zusammenhang auf das aus anderen Regionen bekannte Modell einer „Krisenpension“ (im Sinne einer Unterkunft) hingewiesen, das Unterbringungen im Krankenhaus vermeiden helfe.

10.2.4. Versorgungssituation Fallstudien-Standort 4 (F4)

Beschreibung der regionalen Versorgungs- und Unterstützungssituation

Fallstudienort 4 umfasst eine großstädtische und verkehrstechnisch entsprechend angebundene Region mit 120 km² Ausdehnung und ca. 300.000 EinwohnerInnen. Die Unterbringungsrate stellt sich mit 174 pro 100.000 Einwohner im Österreichvergleich 2017 deutlich unterdurchschnittlich dar. Im Einzugsgebiet liegt die regionale Bettenmessziffer mit rund 0,32 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen im unteren Bereich des Mindestbedarfswertes (Kern et al. 2018:6). Die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses umfasst auch eine gerontopsychiatrische Station, während die stationäre Versorgung für Kinder- und Jugendliche außerhalb der Standortregion erfolgt. Neben einer psychiatrischen Notfallambulanz im Krankenhaus befindet sich ein sozialpsychiatrisches Ambulatorium mit einem Behandlungsspektrum, das mit dem eines psychiatrischen Krankenhauses vergleichbar ist, in der Region. Zusätzlich zu psychosozialer, sozialpsychiatrischer Beratung und medizinischer Behandlung werden dort auch rehabilitative Maßnahmen angeboten (Kern et al. 2018). Tageskliniken sowie kinder- und jugendpsychiatrische Ambulatorien befinden sich außerhalb der Standortregion.

Die Versorgung im niedergelassenen Bereich ist aufgrund des urbanen Charakters der Region vergleichsweise besonders gut. Das Ausmaß der Gesamtversorgung ist jedoch dahingehend zu relativieren, als der Versorgungsgrad an VertragsfachärztInnen mit nur 1,7 FachärztInnen für Psychiatrie niedriger als in den meisten anderen Regionen ist. Die Anzahl der Kinder- und JugendpsychiaterInnen liegt inklusive WahlärztInnen bei 2,3 FachärztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen. Die rund um die Uhr erreichbare Krisen- bzw. Soforthilfe verfügt über weitreichende Netzwerke und bietet auch aufsuchende Interventionen an. Die extramurale Versorgung in der Region ist durch eine Diversität an Strukturen geprägt. Wesentliche Säule ist einerseits das sozialpsychiatrische Ambulatorium mit weitreichenden Angeboten und Vermittlungsleistungen. Andererseits sind weitere einschlägige Einrichtungen überregional zugänglich (Kern et al. 2018). Das breite Angebot ermöglicht Spezialisierungen auf bestimmte Krankheitsbilder und bedürfnis- bzw. zielgruppenspezifische Angebote auch im Bereich der Kinder-, Jugend- bzw. Gerontopsychiatrie. Die Versorgungsdichte mit niedergelassenen Fachkräften der Psychotherapie, klinischen bzw. Gesundheitspsychologie ist aufgrund des urbanen Charakters und der überregionalen Zugänglichkeit österreichweit am höchsten. Vereinfachte Zugänge und

sozialverträgliche Tarife werden über Beratungs- und Betreuungseinrichtungen bzw. die stationäre und ambulante Anbindung ermöglicht.

Das Angebot des für die Region zugänglichen Wohnbereichs übersteigt den Bedarfswert. Spezialisierte Angebote für kinder-, jugend- und gerontopsychiatrische KlientInnen sind vorhanden. Das zugängliche Angebot im Bereich Beschäftigung und Tagesstruktur liegt knapp über dem Mindestwert (Kern et al. 2018:13). Diese sind, wie auch mehrere niederschwellige Freizeittreffpunkte v.a. überregional organisiert. Es gibt vielfältige Angebote bzw. Organisationen der Selbsthilfe für Betroffene und Angehörige. Die Versorgung im Sucht- und im Wohnungslosenbereich wird überregional geleistet und koordiniert. Liaisondienste mit einschlägigen psychosozialen bzw. sozialpsychiatrischen Einrichtungen erleichtern die Versorgung der Personen mit psychischer Erkrankung.

Resümee zur Versorgungssituation auf Basis der Fallstudieninterviews

Die Dichte des Angebots an psychiatrischen Diensten und unterschiedlichsten psychosozialer Dienstleistungen in der Fallstudien-Region 4 ließen entsprechend positive Kommentare und Bewertungen der befragten ExpertInnen erwarten. Tatsächlich nehmen in den Gesprächen jedoch Hinweise auf Versorgungsmängel viel Platz ein. Zwar seien die vorhandenen Möglichkeiten insgesamt „nicht schlecht“, sie müssten aber noch ausgebaut und weiterentwickelt werden. Die Bevölkerung der Region und die Nachfrage nach psychosozialen Leistungen wachse beständig, während die Weiterentwicklung der Versorgung nachhinke und die verfügbaren Ressourcen zum Teil eher weniger würden. Bei allen Diensten wird mehr Personalbedarf gesehen.

Der **Ambulanzstatus der psychosozialen Dienste** sichert einen relativ niederschweligen Zugang. Dort sieht man vor allem die medizinische Versorgung jener PatientInnen gut abgedeckt, die eine regelmäßige nachgehende Betreuung – und oft auch sozialarbeiterisches Casemanagement – brauchen. Der Zugang zu den **niedergelassenen FachärztInnen** wird als Flaschenhals dargestellt, damit seien auch die Möglichkeiten beschränkt, diese in die Nachbetreuung einzubinden. Bei den viel zu wenigen KassenärztInnen gebe es unzumutbare Wartezeiten von mehreren Monaten. Bei den WahlärztInnen sei die Situation diesbezüglich zwar wesentlich besser, sie seien aber für viele nicht leistbar. Auch die Kapazitäten der psychiatrischen Abteilung werden als (zu) knapp und die dortige **Psychiatrieambulanz** als ausbaubedürftig beschrieben. So könne man PatientInnen oft erst aufnehmen, wenn es ihnen bereits sehr schlecht gehe, und PatientInnen, die Vertrauen zur Klinik gefasst hätten, können teils aus Ressourcengründen dort nicht weiterbetreut werden.

Kaum Aussagen finden sich im zu F4 vorliegenden Interviewmaterial zu den Themen psychosoziale Beratung oder auch **Krisenbearbeitung bzw. -intervention**. Sie wurden

auch bei der regelmäßig gestellten Frage nach Bereichen mit Entwicklungsbedarf nicht angesprochen, deshalb ist anzunehmen, dass hier im Vergleich zu den anderen Fallstudien-Regionen weniger Handlungsbedarf gesehen wird. Ähnlich stellt es sich in Bezug auf psychotherapeutische Angebote dar, auch die mitunter langen Wartezeiten problematisiert wurden.

In vielen Gesprächen wird ein Mehrbedarf an intensiven **Betreuungssettings bei schwerkranken oder auch schwierigen PatientInnen** artikuliert, für die ein engmaschiges Versorgungs- und Betreuungsnetz gefordert wird. Wenn keine stationäre Wohnversorgung erforderlich ist, wird eine umfassende und durgehende Betreuung zu Hause als ein quasi „ideales Betreuungsarrangement“ beschrieben, dass nicht zuletzt auch Unterbringungen vermeiden könne. Generell kommt in den Gesprächen ein Mehrbedarf an abgestuften, nachgehenden Betreuungsformen zum Ausdruck, mit denen man auch den oft zu beobachtenden „Selbstfürsorgedefiziten“ gegensteuern könne, die teils zu Unterbringungen führen. Viele dieser PatientInnen würden einer „Kommstruktur“ kaum folgen. Je nach Bedarf läge der Schwerpunkt bei sozialarbeiterischen, psychiatrisch-pflegerischen oder therapeutischen Unterstützungsformen, abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse und Krankheitsbilder unterschiedlicher PatientInnen.

Obwohl in dieser Region für den **Wohnbereich** statistisch betrachtet grundsätzlich eine über den Bedarfswerten liegende Versorgung vorliegt, wurde der Zugang zu geeigneten Wohnplätzen als oft schwierig beschrieben, auch wenn ein vielfältiges Angebot voll- und teilbetreuter Wohnformen besteht. Verwiesen wurde auf zu wenige Plätze, mühsame bürokratische Wege und lange Wartezeiten von bis zu zwei Jahren für vollbetreute Wohnformen. Einmal mehr wurden auch Angebotsmängel in Bezug auf schwerkranke, „schwierige“ und besonders betreuungsintensive PatientInnen konstatiert. Es gebe zu wenige betreute Wohngemeinschaften für solch betreuungsintensive Personen und auch zu wenige psychiatrische Pflegeplätze für demenzkranke Personen mit entsprechendem Pflegebedarf. Das Betreuungspersonal habe an verfügbaren Wohnangeboten oft nicht die dafür erforderliche Qualifikation, was zu Eskalationen führen könne, die Betreuungsschlüssel werden als oft zu niedrig für diese KlientInnengruppe wahrgenommen. Zu dieser Personengruppe werden unter anderem Personen mit Mehrfachdiagnosen und Alkohol- oder Suchtproblematik, aggressive DemenzpatientInnen im gerontopsychiatrischen Bereich oder wohnungslose Personen mit psychiatrischer Erkrankung und Verwahrlosungserscheinungen gezählt.

Auch an diesem Fallstudien-Standort zeigen sich **Phänomene der „Verwahrungspsychiatrie“**, weil die psychiatrischen Stationen teils PatientInnen aufgrund fehlender extramuraler Versorgungs- und Wohnangebote längere Zeit nicht entlassen können und eine Überbrückung leisten müssen. Lange Überbrückungsnotwendigkeiten entstehen mitunter auch durch lange Bearbeitungszeiten von Heimplatzanträgen, manchmal auch

deshalb, weil dafür ein Erwachsenenvertreter bestellt wird. Manche PatientInnen müssen auch in die Unterbringung übernommen werden, weil Heime personell nicht ausreichend ausgestattet seien, um mit schwierigen, psychotischen oder aggressiven PatientInnen umzugehen. Zuweilen seien an der gerontopsychiatrischen Station bis zur Hälfte der PatientInnen solche, die in Heime entlassen werden sollen. Immer wieder müsse man aber PatientInnen auch in ungeeignete Settings entlassen, was das Risiko einer Wiedereinlieferung erhöhe.

Im Vergleich zu den anderen Fallstudienorten stellt sich in der gegenständlichen Region die Organisation der psychosozialen Versorgung komplexer dar, nicht nur aufgrund bestehender oder wahrgenommener Versorgungsmängel. In diesem Sinn wird auch in einigen Aussagen festgestellt, dass es regelmäßig ein **Casemanagement** bräuchte, das aber auf Seiten der psychosozialen Dienste nur in Ansätzen zur Verfügung stehe. In vielen Rückmeldungen wurde die mit der Beantragung von Leistungen, vor allem von Wohnversorgungen, verbundene Bürokratie beklagt. Die Entscheidungen auf Seiten des Geldgebers dauerten oft sehr lange, was angesichts der Krankheiten und oft wenig geeigneter Übergangslösungen zu Eskalationen führen könne. Die komplizierte Antragsstellung, Finanzierungen bzw. viele bürokratische Erfordernisse stellen Hürden dar, die mitunter zur Folge haben, dass gelindere Maßnahmen nicht zum Einsatz kommen können.

10.3. Resümee zur extramuralen Versorgungssituation

Die Möglichkeit, Alternativen zu einer Unterbringung finden und nutzen zu können bzw. Unterbringungen vermeiden zu können, ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig. Neben der Zahl bzw. Vielfalt, Dichte und Ressourcenausstattung der relevanten Einrichtungen und Dienstleister bestimmen auch die geographische Lage, die verkehrstechnische Anbindung und soziale Rahmenbedingungen die Versorgungssituation. Idealerweise werden Anzeichen einer psychischen Erkrankung früh erkannt und wird auf sie möglichst bald mit Behandlungs-, Therapie- und/oder anderen begleitenden Maßnahmen reagiert. Das setzt einerseits voraus, dass PatientInnen und, soweit vorhanden, unterstützend **Angehörige** bei Anzeichen von Erkrankungen möglichst früh Hilfe und Rat aufsuchen. Andererseits erfordert dies einen möglichst niederschweligen und schnellen Zugang zu **FachärztInnen und Beratungseinrichtungen**. Das setzt wiederum voraus, dass es ausreichend Fachärzte gibt, im niedergelassenen Bereich, in **extramuralen Ambulatorien**, in Ambulatorien von Kliniken, gegebenenfalls in spezialisierten Ambulatorien (z.B. für Suchterkrankungen) und/oder Beratungseinrichtungen.

Begleitende Maßnahmen, die auch zu einer Vermeidung oder Verringerung von Unterbringungen in der Psychiatrie beitragen können, umfassen ein vielfältiges Feld an betreu-

erischen, (psychiatrisch-)pflegerischen, psychologischen, psychotherapeutischen oder sozialarbeiterischen Angeboten. Erforderlich sein können rehabilitative Maßnahmen, Maßnahmen zur Gestaltung der Tagesstruktur, Beschäftigung oder Freizeit, Unterstützung beim Wohnen etwa durch geeignete Betreuung und (psychiatrische) Pflege in Privathaushalten, teilbetreutes Wohnen in WGs oder heimähnlichen Einrichtungen, oder vollbetreutes Wohnen in WGs oder Heimen. Spezifische Unterstützungsmaßnahmen werden etwa in Bezug auf Kinder und Jugendliche, Menschen mit Suchterkrankungen oder gerontopsychiatrischen Erfordernissen und forensischen PatientInnen artikuliert.

Die psychosoziale Versorgung stellt sich an den Fallstudienorten im Detail recht unterschiedlich dar. Gemeinsam ist den Ergebnissen, dass die befragten ExpertInnen **Mehrbedarf hinsichtlich der psychosozialen Versorgung** konstatieren, zum Teil auch beträchtlichen. Das deckt sich auch mit den Ergebnissen der Onlinebefragung. Betrachtet man zunächst die extramurale, psychosoziale Versorgung, so stellt sich diese auf Basis der vorliegenden empirischen Daten am eher ländlichen Fallstudienort 3 und am (groß-)städtischen Fallstudienort 4 besser dar als an den ländlichen Fallstudienorten 1 und 2. Auch die Versorgung durch psychiatrische Abteilungen und Kliniken unterscheidet sich an unseren Fallstudienorten zum Teil deutlich, und zwar auch zwischen den beiden Orten mit den vergleichsweise geringeren Unterbringungsraten. Die Rate der pro 100.000 Einwohner zur Verfügung stehenden Psychatriebetten liegt in F4 eher im unteren Sollbereich, während F3 der Ort mit der deutlich höchsten Bettenrate ist. In F3 ist die fachärztliche Versorgung insgesamt offenbar stärker an die Klinik und die dortige Ambulanz gebunden. Demgegenüber wird die fachärztliche Versorgung in F4 zu wesentlichen Teilen durch das gute Netz von Ambulanzen, nicht zuletzt bei den psychosozialen Diensten, abgedeckt und auch mehr durch niedergelassene Ärzte. In F1 und besonders F2 stellt sich die fachärztliche Versorgung deutlich schlechter dar.

In den Fallstudieninterviews wurde auf breiter Ebene ein möglichst **niederschwelliger Zugang zu fachärztlicher Beratung und Behandlung** als wichtige Unterbringungs-Prävention artikuliert. Werden Erkrankungen frühzeitig erkannt und behandelt, so könne manche Eskalation und auch zwangsweise Unterbringung verhindert werden, so die Erfahrung der Befragten. Ebenso wird übereinstimmend festgehalten, dass die fachärztliche und psychosoziale Nachsorge ein wesentlicher Teil zur nachhaltigen Absicherung von Behandlungserfolgen sei. Fehlt diese oder ist sie schwer zugänglich, so steige das Risiko neuerlicher Verschlechterungen und von Wiedereinweisungen. Ein zunehmender Mangel an PsychiaterInnen ist daher auch aus Sicht des Unterbringungsrechts als schwerwiegendes Problem zu betrachten.

Hervorzuheben ist die in den Fallstudien zum Ausdruck kommende Bedeutung geeigneter Unterstützungs- und Interventionsangebote in **Krisenfällen**, vor allem mobile Modelle werden hier gefordert. Diesen wird von ExpertInnen und BetroffenenvertreterInnen ein

großes Potential zugesprochen, Eskalationen und auch Unterbringungen zu vermeiden. Mobile Kriseninterventionsteams könnten den Einschätzungen der ExpertInnen zufolge z.B. auch die Polizei entlasten und gemäß § 8 UbG einschreitende Ärzte unterstützen.

Generell zeigt sich im Rahmen der Fallstudien ein großer **Mangel an nachgehender/mobiler Betreuung**, die sehr unterschiedliche Bedarfe abdecken kann: von basaler Grundversorgung im privaten oder ambulanten Wohnen bis hin zu enger Begleitung im Alltag. Damit kann unter anderem die Betreuung und Versorgung von PatientInnen gesichert werden, die nicht in der Lage sind, eine „Kommstruktur“ einzuhalten. Im Rahmen solcher Betreuungsformen können Verschlechterungen der Krankheit bzw. Problemlagen zudem oft frühzeitig erkannt werden.

An allen Fallstudien-Standorten wurden von den befragten Experten zudem beträchtliche Mängel hinsichtlich **betreuter Wohnplätze** konstatiert. Insbesondere fehle es an geeigneten stationären Wohn- bzw. Pflegeeinrichtungen für PatientInnen, die eine intensive, umfassende und qualifizierte Betreuung und Pflege benötigen. Zum einen kann dies dazu führen, dass überforderte Einrichtungen bei Eskalationen eine Unterbringung veranlassen. Zum anderen zeigt sich deutlich das Problem einer „Versorgungspsychiatrie“, also der stationären Versorgung von PatientInnen, die streng genommen nicht in die Zuständigkeit der psychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungen fallen. Hingewiesen wurde auf langwierige Antragsverfahren bezüglich Heimplätze und deren **Finanzierung**, die mangels anderer geeigneter Überbrückungsmöglichkeiten zu langen Krankenhausaufenthalten führen können, teils auch zwangsweise. Genannt wurden in diesem Zusammenhang regelmäßig auch intoxikierte Personen, für die zwar eine medizinische Überwachung ratsam sein mag, die aber eigentlich vor allem zur Ausnüchterung in die Klinik kommen.

In der Online-Befragung im Rahmen dieser Studie antwortete eine große Mehrheit der befragten RichterInnen, PatientenanwältInnen und ÄrztInnen, dass Versorgungsmängel für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der jeweiligen Region ein großer **Einfluss auf ein Ansteigen der Unterbringungszahlen** zuzuschreiben ist. Die Ergebnisse dieser Studie deuten aber auch an, dass **sich aus einer besseren medizinischen und (psycho-)sozialen Versorgungslandschaft nicht automatisch niedrigere Unterbringungsraten ergeben**. Der Aspekt wird im abschließenden Kapitel 12 nochmals aufgenommen und ausführlicher diskutiert. Dennoch ist ausdrücklich festzuhalten, dass vielfältige professionelle Versorgungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischer Erkrankung, die durch ausreichende Ressourcen, hohe Fachlichkeit und eine personenzentrierte Grundhaltung gekennzeichnet sind, ein absolut essenzieller Faktor in der Vermeidung und Reduzierung von Zwangsunterbringungen in der Psychiatrie sind. Sie brauchen hierfür eine fachliche Haltung (und haben solch eine auch häufig), die

die Zwangsbefugnisse der Psychiatrie nicht einfach nur als praktisches Mittel für schwierige KlientInnen mit mangelnder Compliance betrachtet, sondern Freiheitsbeschränkungen als gravierenden Grundrechtseingriff so weit wie möglich zu vermeiden versucht.

11. *Exkurs*: Unterbringungen und Maßnahmenvollzug

Vorliegende Studien belegen, dass PatientInnen des Maßnahmenvollzugs vor ihrer Einweisung meist schon mehrfach stationär in der Psychiatrie waren, vielfach auch zwangsweise nach UbG (z.B. Stangl et al. 2012, S 33 ff.). Die im Rahmen der Fallstudien erhobenen Erfahrungen der befragten ExpertInnen können allerdings die Frage nach möglichen kausalen Zusammenhängen zwischen der Praxis im Unterbringungsrecht und den auch zuletzt wieder gestiegenen Zahlen im Maßnahmenvollzug nicht beantworten – dies war auch nicht unmittelbare Zielsetzung der vorliegenden Studie. Und es fällt insgesamt auf, dass trotz mehrfacher Möglichkeiten für die InterviewpartnerInnen, im Laufe der geführten Gespräche eigene wichtige Themen einzubringen, das Thema Maßnahmenvollzug nur sehr selten direkt aufgeworfen wurde. Dennoch lassen sich anhand der gewonnenen Daten darauf bezogene Spannungsfelder und Aspekte aufzeigen, die sowohl bei Reformen zum Unterbringungsrecht als auch zum Maßnahmenvollzug Berücksichtigung verdienen. Pointiert bzw. etwas vereinfacht dargestellt stehen sich in den Expertengesprächen vor allem zwei Annäherungen oder Sichtweisen gegenüber, die im Folgenden beschrieben werden.

Die eine Seite sieht in einer psychiatrischen bzw. psychosozialen Unterversorgung, die – regional unterschiedlich ausgeprägt – auch in der vorliegenden Studie zum Ausdruck kommt, einen maßgeblichen Grund für ein erhöhtes Risiko mancher PatientInnen, über kurz oder lang schwerere Straftaten zu begehen, die in den Maßnahmenvollzug führen können. Will man solche Entwicklungen möglichst hintanhaltend, müsse man einerseits die psychosoziale Versorgung verbessern und andererseits die Möglichkeiten des UbG ausschöpfen. Der derzeitigen Praxis hält man entgegen, bei manchen, vor allem bei unbehaglichen, mühsamen PatientInnen sehr rasch festzustellen, dass diese nicht therapierbar seien. In der Folge trage nichts oder zu wenig zur Besserung des Krankheitsbildes bzw. der problematischen Verhaltensweisen bei. Mitunter würde man gewissermaßen darauf warten, dass „etwas passiert“, dann werden diese PatientInnen dem Maßnahmenvollzug überantwortet. Der Maßnahmenvollzug sei aber nur sehr schlecht in der Lage zu helfen, nicht zuletzt auch aufgrund zu geringer Ressourcen. Die Menschen würden dort vor allem lange weggesperrt.

Diesbezüglichen Hoffnungen in das UbG wird allerdings in einzelnen Gesprächen eine Absage erteilt. Verwiesen wird dabei auf Fälle, in denen man durchaus noch Bedenken bei einer Entlassung habe, allerdings zeigt sich Uneinigkeit darüber, inwieweit man mit der vom UbG geforderten ernsthaften und erheblichen Gefährdung eine weitere Unterbringung in solchen Fällen noch ausreichend begründen könne. Hier wird in den Diskussionen mehrfach § 32a UbG ins Spiel gebracht und damit argumentiert, dass eine Verlängerung der Unterbringungsdauer besonders in solchen Fällen begründbar und auch sinnvoll

sein kann. Damit wird in dieser Position der Möglichkeit einer etwas weiteren Handhabung des Unterbringungsrechts der Vorzug gegenüber einer breiten Anwendung des Maßnahmenrechts gegeben. Angesprochen wurde von einzelnen GesprächspartnerInnen auch der Vorschlag von Auflagen als eine mögliche Ergänzung bzw. Reformüberlegung des Unterbringungsrechts. Mit dem Hinweis darauf, dass es bei manchen, hinsichtlich Straffälligkeit gefährdeten PatientInnen schwierig wäre, sie freiwillig in Behandlungs- und Betreuungssettings zu halten, wurde angedacht, bedingte Unterbringungen bzw. bedingte Entlassungen aus der Unterbringung mit der Möglichkeit von Auflagen vorzusehen.

Die zweite Position betrachtet die allgemeine Psychiatrie und auch Unterbringung nach UbG als ungeeignet für die Behandlung und Betreuung solcher schwierigen, aggressiven und potentiell straffälligen PatientInnen. Zum einen wird angedeutet, dass die allgemeine Psychiatrie mit dieser Art Patient überfordert sei – u.a. auch aus Ressourcengründen. Zum anderen fordern manche FachärztInnen eine klare Abgrenzung der Psychiatrie gegenüber massiv fremdgefährlichen PatientInnen, die mitunter auch schon Straftaten begangen haben. Sie sehen die allgemeine Psychiatrie hier nicht als den richtigen Ort und das adäquate Mittel an, da es für diese Personen oft ein höheres Ausmaß an Zwang brauche als in der nicht-forensischen Psychiatrie realisierbar sei.

12. Resümee zu Anstieg und regionalen Differenzen der Unterbringungszahlen

Eine zentrale Fragestellung der vorliegenden empirischen Studie bezog sich auf den starken Anstieg der Unterbringungszahlen seit Einführung des UbG und die erheblichen regionalen Differenzen an Unterbringungen im Verhältnis zur Bevölkerung. Die Studienergebnisse lassen zusammengefasst vor allem zwei Aspekte sichtbar werden: Erstens ist eine niedrige oder hohe **Unterbringungsrate** nur ein **unsicherer Hinweis** darauf, **wie sorgfältig das Unterbringungsrecht** in der entsprechenden Region **angewandt wird**. So kann eine Erhöhung u.a. einer umfassenderen Rechtsanwendung geschuldet sein, weniger Unterbringungen könnten auch aus einem Mangel an Psychatriebetten mitresultieren. Und zweitens **wirken viele Faktoren komplex zusammen**, die teils senkende, teils erhöhende Effekte haben und sich wechselseitig verstärken oder aber auch abschwächen können. Nachfolgend werden Faktoren zusammengefasst, bei denen auf Basis der gewonnenen quantitativen und qualitativen Daten die These empirisch belastbar genug erscheint, dass sie sich tatsächlich auf die Höhe der Unterbringungszahlen auswirken und/oder regionale Differenzen mitbedingen:

- Es ist zunächst sehr naheliegend, dass eine allgemeine **Zunahme psychischer Erkrankungen** auch zu einer Erhöhung von Unterbringungen beiträgt. Allerdings kann weitere Entwicklung nur zu einem (kleinen) Teil aus ersterer abgeleitet werden, stiegen doch Unterbringungen deutlich überproportional an, wie in den einleitenden Worten ausgeführt wurde (vgl. Kap. 1.1).
- Vielfach wurde in den Interviews die Beobachtung artikuliert, dass die seit Einführung des UbG stark gestiegenen Unterbringungszahlen zum Teil einer **umfassenderen Rechtsanwendung** allgemein geschuldet sein dürften: Freiheitsbeschränkungen in der Psychiatrie werden in höherem Ausmaß als Unterbringungen im Sinne des UbG wahrgenommen, bei einer Freiheitsbeschränkung wird häufiger nach UbG verfahren. Auch wenn der Faktor im Rahmen dieser Studie nicht näher quantifizierbar war, erscheint er äußerst plausibel. Damit wäre jedenfalls ein Teil des Anstiegs der Unterbringungen nicht als Anstieg von Freiheitsbeschränkungen in der und durch die Psychiatrie zu deuten, sondern als Ausdruck eines gestiegenen Normbewusstseins bzw. einer vermehrten Normanwendung.
- Die vertiefenden Fallstudien lassen fast durchgängig eine **steigende Sicherheits- und Absicherungsorientierung** auf mehreren Ebenen sichtbar werden: bei Exekutivbeamten, zuweisenden ÄrztInnen und teilweise auch ÄrztInnen der psychiatrischen Abteilungen, die über eine Unterbringung (mit-)entscheiden.

Man delegiert die riskante Entscheidung einer Nicht-Aufnahme lieber an die Psychiatrie und dort nimmt man an manchen Standorten auch lieber sicherheitshalber einmal kurzfristig auf. Letzteres kommt u.a. in einer hohen Anzahl an kurzen Unterbringungen (1-2 Tage) an Standorten mit hoher Sicherheitsorientierung zum Ausdruck. Diese einweisungsorientierten Entscheidungskulturen **reduzieren** die **Filterfunktion der Prüfmechanismen auf dem Weg hin zu einer Unterbringung** ohne Verlangen. Auch wenn dieser Faktor quantitativ schwer fassbar ist, deutet sich in der qualitativen Analyse und im Fallstudienvergleich eine **hohe Erklärungskraft** für den allgemeinen Anstieg von Unterbringungen ohne Verlangen, aber auch teils für regionale Differenzen an.

- Eine bessere **Verfügbarkeit bescheinigender ÄrztInnen** (§ 8 UbG) kann sich **in bestimmten Konstellationen** ebenfalls **erhöhend** auf die Unterbringungszahlen auswirken, nämlich **in Wechselwirkung mit einer hohen Absicherungsorientierung** im oben beschriebenen Sinn. Geringe Erfahrung und mangelndes psychiatrisches Fachwissen können hierzu beitragen. Dabei ist jedoch eine **ausreichende Verfügbarkeit** bescheinigender ÄrztInnen **grundsätzlich** als sehr **wichtige** Voraussetzung für ein Funktionieren der Kontrollmechanismen *vor* einer Unterbringung zu betrachten. Verfügbarkeit allein ist allerdings noch keine hinreichende Bedingung für funktionierende Kontrolle. Zugleich kann es nicht als qualitätsvolle Praxis gelten, wenn Unterbringungen aufgrund eines Mangels an gemäß § 8 UbG untersuchungsbefugten ÄrztInnen weniger häufig stattfinden. Solche Mängel müssen zum Teil durch „Gefahr in Verzug“-Einweisungen kompensiert werden.
- In Regionen, in denen **mehr Menschen in Anstaltshaushalten** leben, **steigen** die Aufnahmequoten in die Psychiatrie allgemein – und proportional hierzu nehmen auch die **Unterbringungen** nach UbG zu (vgl. Studienteil 2/Fuchs). Den absolut überwiegenden Teil dieser Institutionen machen Pflege- bzw. Altersheime (56%) sowie Flüchtlingseinrichtungen (35%) aus. Eine hohe Anzahl solcher Institutionen bzw. an „anstaltsversorgten“ Personen in einer bestimmten Region kann somit regionale Differenzen in den Unterbringungszahlen mitbedingen. Zum einen sind in diesen Institutionen häufig Risikogruppen für psychische Erkrankungen und krisenhafte Lebenslagen (z.B. Demenz, Traumatisierungen etc.) untergebracht, zum anderen lässt sich mitunter eine „Delegation“ schwieriger Fälle an die Psychiatrie vermuten (vgl. Kap. 3 und 4).
- Eine höhere **Anzahl an Psychiatriebetten** in einer Region erhöht Unterbringungen nach UbG signifikant: Je mehr stationäre Plätze in Krankenanstalten und psychiatrischen Abteilungen vorgehalten werden, desto **mehr Unterbringun-**

gen nach UbG finden statt (vgl. Berichtsteil 2/Fuchs). Dieser statistisch nachweisbare Zusammenhang erklärt allerdings nicht den starken Anstieg der Unterbringungszahlen seit Einführung des UbG, ist doch in den letzten Jahrzehnten die Dichte an Psychatriebetten im Verhältnis zur Bevölkerung insgesamt stark gesunken (vgl. ebd.). Zudem ist der **Effekt nicht einfach zu bewerten**: Zunächst könnte die Bettenzahl dem jeweils vorhandenen Bedarf tatsächlich entsprechen, eine höhere Unterbringungsrate würde dann lediglich einen höheren Bedarf in der Region an diesem Rechtsinstitut abbilden. Sodann sind Phänomene einer „angebotsinduzierten Nachfrage“ möglich: Wo Psychatriebetten vorhanden sind, werden diese in der Praxis tendenziell auch genutzt – oder umgekehrt: Wo Psychatriebetten fehlen, könnte gegebenenfalls eine höhere Nachfrage nur unzureichend befriedigt werden. In letzterem Fall wären niedrige Unterbringungszahlen somit die Konsequenz einer ungenügenden stationär-psychiatrischen Versorgungslage. Es ist zudem von einer gewissen (hier nicht näher quantifizierbaren) **Wechselwirkung mit der Anzahl kurzer Unterbringungen** auszugehen, und zwar vor allem dann, wenn die Bettenkapazitäten tendenziell zu niedrig sind.

- Die **Voraussetzungen nach § 3 UbG** werden nicht nur bei Unterbringungsuntersuchungen nach § 8 UbG, sondern auch **im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung unterschiedlich eng oder weit ausgelegt**, die Rechtsanwendung in der psychiatrischen Abteilung wird durch persönliche und abteilungskulturelle Faktoren überformt. Insbesondere in die **Gefährdungsbeurteilung** fließen unter anderem Wertehaltungen der ärztlichen EntscheiderInnen mit ein. Tendenzuell forcieren einerseits eine betont **fürsorgliche Haltung** und andererseits eine starke **Absicherungsorientierung** eine weite, unspezifischere Interpretation der Gefährdungslage und **erhöhen** so die **Unterbringungszahlen**. Zudem ist an den verschiedenen Standorten hinsichtlich der durch das UbG erfassten **psychischen Krankheiten** eine unterschiedlich konsequente Abgrenzung bzw. enge oder weite Auslegung zu beobachten (z.B. bei DemenzpatientInnen, Alkohol-/Drogenproblematiken, Personen mit somatisch bedingtem Delir etc.) In der Folge wird an manchen Standorten häufiger nach UbG aufgenommen, an anderen weniger häufig.
- In der Umsetzung des **gerichtlichen Überprüfungsverfahrens** zeigen sich deutliche Differenzen zwischen den Standorten, wobei vor allem die **Rollengestaltung der RichterInnen** (aber auch der PatientenanwältInnen) Aufmerksamkeit verdient. Wenn RichterInnen eine aktive, selbstständig abwägende Rolle beim Prüfen der Unterbringungsvoraussetzungen einnehmen, können sie die **Rechtsauslegung** am Standort im Sinne der gesetzlichen Funktionen (v.a. Be-

grenzung von Freiheitsbeschränkungen in der Psychiatrie auf die Abwehr schwerwiegender Gefahren) **schärfen**. Wenn sie vor allem die Entscheidungen der ÄrztInnen sowie Entscheidungsempfehlungen der Sachverständigen formal legitimieren, reproduzieren sie im Wesentlichen deren Entscheidungskulturen und -wertmaßstäbe. Erstere Rollenwahrnehmung **arbeitet** gegebenenfalls einer **weiten Auslegung** der Unterbringungs Voraussetzungen **entgegen**, zweiteere vermag dies wesentlich weniger zu gewährleisten.

- Die sekundärstatistischen Analysen (vgl. Berichtsteil 2 in diesem Bericht) zeigen einen negativen statistischen Zusammenhang zwischen einer zumindest teilweisen Offenheit des UbG-Bereichs und der Unterbringungsrate. Umgekehrt formuliert: An Standorten mit **geschlossenen Unterbringungsbereichen** zeigen sich **signifikant höhere Unterbringungsraten**. Die genaue Beschaffenheit des **Wirkzusammenhangs** konnte in dieser Studie allerdings **zu wenig untersucht** werden, der Effekt könnte etwa auch durch nicht kontrollierte **Drittvariablen** mitverursacht sein. Es ist beispielsweise grundsätzlich plausibel, dass sowohl die offene bzw. geschlossene Führung von Unterbringungen als auch die differierenden Unterbringungsraten aus **unterschiedlichen Abteilungskulturen** resultieren, wie sie oben im Zusammenhang mit verschiedenen weiten bzw. engen Interpretationen der Unterbringungs Voraussetzungen nach § 3 UbG skizziert wurden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Differenz zwischen offener und geschlossener Gestaltung der Unterbringungen nach UbG insgesamt keine dichotome ist (wie den sekundärstatistischen Berechnungen vereinfachend zugrunde gelegt), sondern die gelebte Praxis vielfältige Ausprägungen und Abstufungen zwischen geschlossen und offen annimmt.
- In Regionen, in denen **mehr Anregungen von Erwachsenenschutz** zu verzeichnen sind, lassen sich statistisch **signifikant geringere Unterbringungsraten** und Unterbringungsanteile beobachten. Dies könnte auf eine funktionale Äquivalenz der beiden Rechtsinstitute hinweisen. Allerdings liegt **zu wenig** empirisch abgesichertes **Wissen über** die nähere **Beschaffenheit des Zusammenhangs** vor. Ob es zwischen beiden Rechtsinstituten tatsächlich kausale Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge geben könnte, muss noch eingehender untersucht werden.

Unzureichenden **extramuralen Versorgungsangeboten** sowie einem quantitativen und qualitativen Mangel an (psycho-)sozialen Diensten und sonstigen Unterstützungen werden von ExpertInnen zumeist unterbringungssteigernde Wirkungen zugesprochen. Die in dieser Studie vorgelegten empirischen Ergebnisse machen aber auch deutlich, dass nicht jede extramurale Alternative bzw. nicht alle Sozialen Dienste Unterbringungen in der Psychiatrie verringern, manche scheinen sie sogar zu erhöhen. So zeigen sich in Bezug

auf betreute Wohnangebote in den sekundärstatistischen Analysen **mehrgestaltige, teils widersprüchliche Effekte** (vgl. hierzu auch Studienteil 2/Fuchs): Einerseits senkt eine höhere Zahl an **extramuralen Wohnplätzen** für Menschen mit psychischer Erkrankung die Aufnahme­rate in die Psychiatrie insgesamt (freiwillige und unfreiwillige Aufnahmen). Andererseits erhöht sich dadurch der Unterbringungsanteil (d.h. relativ zur Gesamtzahl der Aufnahmen), nicht aber die Unterbringungsrate in Relation zur Bevölkerung der Region. Solche Wohnangebote stellen also eine **Alternative zu „normalen“ stationären Psychiatrieaufhalten** dar, letztere können durch ausreichend betreute Wohnplätze für psychisch kranke Personen reduziert werden. Allerdings **reduzieren** sich dadurch **nicht Unterbringungen** nach UbG, der Unterbringungsanteil steigt sogar deutlich an, was zum Teil aus der Reduktion „freiwilliger“ Aufnahmen in die Psychiatrie resultiert. Allerdings lässt die Stärke des Effekts vermuten, dass damit nicht der gesamte unterbringungserhöhende Effekt erklärt werden kann. Und die qualitativen Befunde deuten an, dass Wohneinrichtungen in manchen Regionen relativ erfolgreich Unterbringungen anregen können – vor allem dann, wenn die § 8-Bescheinigungen von niedergelassenen ÄrztInnen ausgestellt werden, die zugleich auch kurative Aufgaben in den Wohneinrichtungen innehaben (vgl. Kap. 3).

Insgesamt legen die gewonnenen empirischen Erkenntnisse die **Schlussfolgerung** nahe, dass **(psycho-)soziale Dienste** nur dann zu einer Senkung der Unterbringungszahlen beitragen können, wenn sie einerseits ressourcenmäßig (v.a. ausreichend Personal) und fachlich (gut und richtig qualifiziertes Personal) in der Lage sind, mit betreuungsintensiven und ev. auch sozial herausfordernden Personen mit psychischer Erkrankung gut umzugehen. Zum anderen brauchen sie für diese einen entsprechenden Versorgungsauftrags und wird es mitunter auch um die Förderung einer fachlichen Haltung gehen, die zum Umgang mit nicht krankheitseinsichtigen bzw. non-compliant-KlientInnen unter weitgehender Vermeidung von Zwangsmaßnahmen befähigen.

Nicht erfasst werden können in dieser Studie mögliche **Auswirkungen allgemeiner gesellschaftlicher Entwicklungen** wie etwa Veränderungen familiärer Versorgungs- und Betreuungsleistungen (weniger private Unterstützungsnetzwerke, wie sie etwa auch im Bereich der Pflege alter Menschen erkennbar sind) oder eine Entstigmatisierung der Psychiatrie.

Anhand der vier **Fallstudien-Standorte** soll das **komplexe Zusammenwirken der Faktoren** in nachfolgender Tabelle **veranschaulicht** werden. Es geht dabei nicht um eine exakte Erfassung jedes einzelnen Effekts, sondern um eine annäherungsweise Verdeutlichung von Wirkzusammenhängen, die auf Basis der erschlossenen qualitativen und quantitativen Daten eine belastbare empirische Wahrscheinlichkeit zeigen. Orange Einfärbungen deuten dabei erhöhende Effekte an, blaue (tendenziell) senkende.

Tabelle 1: Unterbringungserhöhende oder -senkende Faktoren nach Fallstudien-Standorten

Einwirkende Faktoren	F1	F2	F3	F4
a) Verfügbarkeit bescheinigender ÄrztInnen b) Einweisungsrate nach § 8-Untersuchungen (ÜbG-Voraussetzungen werden als gegeben angenommen)	a) gut b) sehr hoch	a) eher schlecht b) vermutl. eher hoch	a) gut b) sehr hoch	a) schlecht b) deutlich niedriger als F1-F3
Anzahl an „Gefahr in Verzug“-Zugängen	sehr niedrig	eher hoch	sehr niedrig	eher hoch
Sicherheits- bzw. Absicherungsorientierung: Gesamteindruck über entscheidende AkteurInnen auf dem Weg in die Psychiatrie (ohne Richterschaft)	hoch	hoch	mittel bis hoch	heterogen, in Summe niedriger als F1-F3
Anzahl an Psychiatriebetten (pro 100.000 der Bevölkerung)	leicht überdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich	leicht unterdurchschnittlich
Enge(re) vs. weite(re) Auslegung der Unterbringungsvoraussetzungen gemäß § 3 ÜbG in der Psychiatrie	mittel bis weit	weit	mittel	eher eng
Nicht-Aufnahmen von Zugängen nach ÜbG in der Psychiatrie	eher selten	eher selten	eher selten bis mittel	häufig
Abgrenzung gegenüber KH-internen Zuweisungen	mittel	(am Standort wenig relevant)	mittel	eher stark
Gerichtliche Überprüfung	prüfend	legitimierend	eher legitimierend	eher legitimierend
Offener oder geschlossener ÜbG-Bereich in der Psychiatrie	geschlossen	geschlossen	offen	offen
<i>Extramurale Versorgungssituation insgesamt (Wirkzusammenhänge heterogen, teils gegenläufig)</i>	<i>deutlich schlechter als F3 / F4</i>	<i>deutlich schlechter als F3 / F4</i>	<i>vergleichsweise gut</i>	<i>vergleichsweise gut</i>
Menschen in Anstaltshaushalten (pro 100.000 der Bevölkerung)	durchschnittlich	überdurchschnittlich	leicht unterdurchschnittlich	unterdurchschnittlich
<i>Wohnangebote für psychisch Kranke in Relation zu Wohnbevölkerung und Österreichschnitt (komplexe Wechselwirkungen mit anderen Faktoren – siehe oben)</i>	<i>überdurchschnittlich</i>	<i>unterdurchschnittlich</i>	<i>unterdurchschnittlich</i>	<i>überdurchschnittlich</i>
Erwachsenenvertretungen (ehem. Sachwalterschaften)	unterdurchschnittlich	überdurchschnittlich	unterdurchschnittlich	leicht unterdurchschnittlich
Unterbringungsrate (ACHTUNG: „durchschnittlich“ bedeutet dem allgemein hohen Niveau an Unterbringungen entsprechend)	durchschnittlich hoch*	deutlich überdurchschnittlich hoch	durchschnittlich hoch*	deutlich unterdurchschnittlich

* Eine im Österreichschnitt durchschnittlich hohe Unterbringungsrate bedeutet genau genommen eine hohe Anzahl an Unterbringungen, deshalb wurden die Felder in diesem Farbton eingefärbt.

Die Unterbringungsrate am **Fallstudien-Standort 1** liegt ungefähr im österreichischen **Durchschnitt**, d.h. sie ist relativ hoch. Am Standort gibt es eine etwas über dem österreichischen Durchschnitt liegende Anzahl an Psychatriebetten in Relation zur Bevölkerung und der Unterbringungsbereich wird geschlossen geführt, Anregungen zur Erwachsenenvertretung kommen in der Region im Vergleich etwas unterdurchschnittlich oft vor. Diese Faktoren gehen in den statistischen Analysen mit höheren Unterbringungsraten einher, ohne dass daraus allerdings bereits eindeutige Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge ableitbar wären. Als erhöhende Faktoren können vor allem eine **hohe Sicherheits- bzw. Absicherungsorientierung** der über Unterbringungszuweisungen und -aufnahmen entscheidenden AkteurInnen ausgemacht werden. Eine relativ gute Verfügbarkeit bescheinigender (Amts-)ÄrztInnen in Verbindung mit einer **hohen Einweisungsrate nach § 8-Untersuchungen** unterstützt dies, daraus resultiert aber auch eine sehr **niedrige Anzahl an „Gefahr in Verzug“-Zugängen** durch die Polizei. Besonders hervorzuheben ist die **gerichtliche Überprüfung** an diesem Standort, die als **Beispiel guter Praxis** gelten kann und die (noch) höheren Unterbringungszahlen entgegenwirken dürfte.

Fallstudien-Standort 2 hat eine deutlich **überdurchschnittlich hohe Unterbringungsrate**. Die Tabelle zeigt auch fast ausschließlich erhöhende Faktoren – mit einer Ausnahme: Erwachsenenvertretungen werden in der Region überdurchschnittlich oft angeregt. Insbesondere wird eine **hohe Sicherheits- bzw. Absicherungsorientierung** der zuweisenden Stellen und in den psychiatrischen Abteilungen des Standortes erkennbar, die **rechtlich vorgesehenen Kontrollmechanismen** auf dem Weg hin zu einer Unterbringung scheinen nur **eingeschränkt zu funktionieren**. Die **Voraussetzungen** für eine Unterbringung werden den empirischen Eindrücken zufolge **eher weit ausgelegt**. Verstärkt (bzw. nicht eingedämmt) wird dies durch eine **überwiegend formal legitimierende gerichtliche Überprüfung**, die Unterbringungen in der Regel bestätigt.

Am **Fallstudien-Standort 3** zeigt sich wieder eine **durchschnittlich hohe** – und damit tendenziell hohe – **Unterbringungsrate**. Die **Sicherheits- und Absicherungsorientierung** erscheint auch **eher hoch**, wenn auch nicht so stark ausgeprägt wie an den ersten beiden Fallstudien-Standorten. Die Situation gestaltet sich in Bezug auf zuweisende **(Amts-)ÄrztInnen** ähnlich wie an Standort 1: Diese sind vergleichsweise gut und schnell verfügbar, dürften sich aber auch ganz **überwiegend** für eine **Verbringung in die Psychiatrie** entscheiden. Im Gegenzug liegen die „Gefahr in Verzug“-Einlieferungen durch die Polizei auch hier sehr niedrig. Die **gerichtliche Überprüfung** weist ebenfalls **eher** Richtung **formale Legitimation** ärztlicher Entscheidungen bzw. Entscheidungsempfehlungen (bei Sachverständigen). Unterbringungen werden hier **offen geführt**, zudem ist in der Region der Anteil an Menschen in **Anstaltshaushalten** in Relation zur

Gesamtbevölkerung leicht **unterdurchschnittlich** – beides sind Faktoren, die mit niedrigeren Unterbringungsraten einhergehen.

Die **Unterbringungsrate** am **vierten Fallstudien-Standort**, der wie F3 keinen geschlossenen UbG-Bereich aufweist, hebt sich ganz deutlich von den ersten drei Standorten ab: Sie liegt nur bei ca. 45% der Unterbringungsrate an F2 und ca. 60% der Unterbringungsrate an F1 und F3 und ist somit **vergleichsweise niedrig**. Fast alle einwirkenden Faktoren zeigen tendenziell nicht-erhöhende oder senkende Ausprägungen, wobei die identifizierte Umsetzungspraxis bzw. deren Rahmenbedingungen nicht immer als wünschenswert beurteilt werden. Dies trifft insbesondere auf den erheblichen **Engpass** in der Verfügbarkeit von **AmtsärztInnen** zu, durch den sich im Gegenzug polizeiliche „Gefahr in Verzug“-Verbringungen in die Psychiatrie erhöhen. Auch die eher **unterdurchschnittlich** hohe **Anzahl** an **Psychiatriebetten** im Verhältnis zur Bevölkerung des Versorgungsgebiets wird häufig als **Ressourcenmangel** problematisiert. Ein wesentlicher Unterschied zu den anderen drei Regionen zeigt sich in Bezug auf die hier vergleichsweise **geringer wahrnehmbare Sicherheits- bzw. Absicherungsorientierung**. Sie wird begleitet von einer **eher engen Auslegung der Unterbringungs Voraussetzungen** nach § 3 UbG. Beides mündet in weniger Aufnahmen ohne Verlangen – auch bei Zugängen nach UbG.

Die beispielhaften Veranschaulichungen verdeutlichen das komplexe Zusammenwirken verschiedener Faktoren, die erst in ihrer gemeinsamen Betrachtung eine ausreichend zuverlässige Aussagekraft gewinnen. Hierzu tragen die mit dieser Studie vorgelegten umfangreichen empirischen Erkenntnisse zur Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts bei: Sie sollen eine differenzierte Wahrnehmung und Bewertung der stark gestiegenen und zwischen den Regionen bzw. Psychiatrie- und Gerichtsstandorten deutlich variierenden Unterbringungszahlen ermöglichen und unterstützen.

Literatur

- Arnold, Rolf, 1983: Deutungsmuster. Zu den Bedeutungselementen sowie den theoretischen und methodologischen Bezügen eines Begriffs. Zeitschrift für Pädagogik, 29. Jg, Heft 6, 1983, S. 893-912.
- Feest, Johannes/Blankenburg, Erhard, 1972: Die Definitionsmacht der Polizei: Strategien der Strafverfolgung und soziale Selektion. Düsseldorf: Bertelsmann-Universitätsverlag.
- Forster, Rudolf/Kienzl, Harald, 2004: Zehn Jahre Vollziehung des österreichischen Unterbringungsgesetzes. Recht & Psychiatrie, 22. Jg, Heft 1, 2004, S. 23-33.
- Forster, Rudolf/Kienzl, Harald, 2007: 15 Jahre Unterbringungsgesetz - Eine kritische Würdigung aus sozialwissenschaftlicher Sicht. iFamZ, 2. Jg, Heft 6, 2007, S. 294-298.
- Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred, 2003: Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: WUV Universitätsverlag.
- Ganner, Michael, 2015: Entwicklungen der letzten zehn Jahre im Heimaufenthalts- und Unterbringungsrecht. iFamZ, 2015, 10. Jg, Heft 3, S.100-102.
- Gross, Reiner, 2007: 1991-2006 - Neue Entwicklungen in der Psychiatrie bewirken neue UbG-Perspektiven – Ein psychiatrischer Erfahrungsbericht. iFamZ, 2. Jg, Heft 1, 2007, S. 25-28.
- Hagleitner, Joachim/Nepp, Barbara, 2008: Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes 2006/2007. Wien: Forschungsbericht des ÖBIG.
- Hammerschick, Walter, 2016: Endbericht der Evaluationsstudie zum Pilotprojekt „Sozialnetz-Konferenz bei Maßnahmenuntergebrachten“. Wien: Forschungsbericht des IRKS. https://www.irks.at/assets/irks/Publikationen/Forschungsbericht/Endbericht_SONEKO.pdf
- Hammerschick, Walter, 2017: Rechtlicher Rahmen und rechtliche Praxis. In: Mayrhofer, Hemma/Wolfgruber, Gudrun/Geiger, Katja/Hammerschick, Walter/Reidinger, Veronika (Hg.): Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Wiener Psychiatrie von 1945 bis 1989. Stationäre Unterbringung am Steinhof und Rosenhügel. Schriften zur Rechts- und Kriminalsoziologie, Band 8, Berlin: Lit-Verlag, 2017, S. 555-580.
- Hofmarcher, Maria, 2013: Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen. Berlin: Medizinischwissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hofmarcher, Maria/Rack, Herta, 2006: Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik
- Kern, Daniela/Grabenhofer-Eggerth, Alexander/Sagerschnig, Sophie/Valady, Sonja, 2018: Indikatoren zur stationären und außerstationären psychosozialen Versorgung, Unveröffentlichter Arbeitsfortschrittsbericht, Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Kinzl, Harald, 2007: Abteilungskultur und Unterbringungspraxis. Einfluss auf die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen. iFamZ, 2. Jg, Heft 6, 2007, S. 298-301.
- Kopetzki, Christian, 2007: 15 Jahre Unterbringungsgesetz – eine kritische Würdigung. iFamZ 2007, 2. Jg, Heft 1, S. 22-25.

- Kopetzki, Christian, 2012: Grundriss des Unterbringungsrechts. 3. Auflage. Wien: Springer-Verlag.
- Ladinsner, Edwin, 2007: Das UbG aus Sicht der Angehörigen. iFamZ 2007, 2. Jg, Heft 1, S. 35.
- Ladurner, Joy/Sagerschnig, Sophie/Nowotny, Monika, 2015: Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Forschungsbericht für die Berichtsjahre 2012/2013. Wien: Forschungsbericht des ÖBIG.
- Lipsky, Michael, 2010 [1980]: Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service, New York: Russell Sage Foundation.
- Lueger, Manfred, 2010: Interpretative Sozialforschung: Die Methoden. Wien: Facultas.wuv.
- Mayrhofer, Hemma, 2019: Stigmatisierende Deutungsrahmen und institutionalisierte Verantwortungslosigkeit. Strukturelle Ermöglichungsbedingungen für Gewalt und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen in stationärer Unterbringung in der jüngeren Geschichte Wiens. Österreichisches Jahrbuch für Soziale Arbeit 1, 2019, S. 22-48.
- Mayring, Philipp, 2008: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel: Beltz.
- McCaskey, Michael, 1982: The Executive Challenge: Managing Change and Ambiguity. Boston: Pitman.
- McNaughton-Smith, Peter, 1975: Der zweite Code. Auf dem Wege zu einer (oder hinweg von einer) empirisch begründeten Theorie über Verbrechen und Kriminalität. In: Lüderssen, Klaus/Sack, Fritz (Hg.): Seminar: Abweichendes Verhalten II. Die gesellschaftliche Reaktion auf Kriminalität, Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 197-212.
- Sagerschnig, Sophie/Nowotny, Monika/Ladurner, Joy, 2017: Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Forschungsbericht für die Berichtsjahre 2014/2015. Wien: Forschungsbericht des ÖBIG.
- Sagerschnig, Sophie/Tanios, Aida, 2017: Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Statistik der Berufsgruppen 1991-2015. Wien: Forschungsbericht des ÖBIG.
- Schimank, Uwe, 2005: Die Entscheidungsgesellschaft. Komplexität und Rationalität der Moderne. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmidt, Christiane, 2004: Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst v./Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 3. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; S. 447-456.
- Sonderkommission Brunnenmarkt, 2017: Abschlussbericht – Zusammenfassung. Wien: Bundesministerium für Justiz. (https://www.justiz.gv.at/web2013/file/2c94848b5d5575b3015d64f867650ff4.de.o/abschlussbericht%20osoko_gesamt.pdf)
- Stangl, Wolfgang/Neumann, Alexander/Leonhardmair, Norbert, 2012: Welcher organisatorischer Schritte bedarf es, um die Zahl der Einweisungen in den Maßnahmenvollzug zu verringern. Wien: Forschungsbericht des IRKS (<https://www.irks.at/assets/irks/Publikationen/Forschungsbericht/IRKS%20MNV%20Bericht.pdf>)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufige InitiatorInnen von Unterbringungen	17
Abbildung 2: Zugang der UbG-Aufnahmen zur psychiatrischen Abteilung	20
Abbildung 3: Gründe für Unterbringung während eines freiwilligen stationären Psychiatrieaufenthaltes	21
Abbildung 4: Bewertung, wie gut Einweisungspraxis durch die zuständigen ÄrztInnen (Amtsärzte etc.) funktioniert.....	23
Abbildung 5: Aspekte, die an der Einweisungspraxis durch AmtsärztInnen weniger gut funktionieren	25
Abbildung 6: Personen und Stellen, von denen die ÄrztInnen bei der Aufnahme Informationen erhalten bzw. nicht erhalten, aber als hilfreich erachten würden.....	47
Abbildung 7: Gründe für eine Nicht-Aufnahme nach Zuweisung gemäß UbG (§§ 8 und 9	52
Abbildung 8: Anteil an Selbst- oder Fremdgefährdungen nach Einschätzung von RichterInnen, PatientenanwältInnen und ÄrztInnen	67
Abbildung 9: Personen und Stellen, von denen bei den gerichtlichen Überprüfungen Informationen über die Betroffenen vorliegen bzw. nicht vorliegen, aber hilfreich wären; Teilbefragung RichterInnen	75
Abbildung 10: Personen und Stellen, von denen bei den gerichtlichen Überprüfungen Informationen über die Betroffenen vorliegen bzw. nicht vorliegen, aber hilfreich wären; Teilbefragung PatientenanwältInnen	76
Abbildung 11: Bewertung des Statements „Die gerichtliche Überprüfung erfüllt den Zweck gut, die Persönlichkeitsrechte der untergebrachten Personen zu schützen“.....	78
Abbildung 12: Bewertung des Statements „Die Beteiligten sind bemüht, die Betroffenen einzubinden und ihnen Verhandlungsinhalte zu erklären, selbst wenn nicht klar ist, wie gut die Betroffenen den Erklärungen folgen können“	78
Abbildung 13: Bewertung des Statements „VertreterInnen der Psychiatrie, der Patientenanwaltschaft und des Gerichts kooperieren im Verfahren auf Augenhöhe“	79
Abbildung 14: Bewertung des Statements „Die PatientenanwältInnen nehmen in der Regel eine aktive, die Rechte der PatientInnen in den Vordergrund stellende Rolle in den Verfahren ein“	80
Abbildung 15: Bewertung des Statements „Die PatientenanwältInnen nehmen im Verfahren eine vermittelnde Rolle ein“	81
Abbildung 16: Wie gut funktionieren die gerichtlichen Überprüfungen in einer Gesamtbetrachtung	82
Abbildung 17: Vorlegungsform der Sachverständigengutachten, n=53, Teilbefragung RichterInnen – absolute Werte; Quelle: eigene Erhebung	97
Abbildung 18: Qualität der Sachverständigengutachten	98
Abbildung 19: Bewertung der Bettenzahl für Unterbringungen gem. UbG im eigenen Zuständigkeitsbereich	108
Abbildung 20: Bewertung der Bettenzahl für Unterbringungen gem. UbG im eigenen Zuständigkeitsbereich – Vergleich der Bundesländer	109
Abbildung 21: Bewertung der Personalressourcen an der jeweiligen psychiatrischen Abteilung als ein wenig oder deutlich zu knapp	111
Abbildung 22: Gründe für Aufhebungen der UoV vor der Erstanthörung	113
Abbildung 23: Gründe für UoV über die mündliche Verhandlung hinaus, Teilbefragung ÄrztInnen.....	116
Abbildung 24: Gründe für UoV über die mündliche Verhandlung hinaus, Teilbefragung RichterInnen.....	116
Abbildung 25: Gründe für UoV über die mündliche Verhandlung hinaus, Teilbefragung PatientenanwältInnen.....	117

Abbildung 26: Möglichkeiten, zur Aufhebung einer UoV beizutragen, Teilbefragung PatientenanwältInnen.....	118
Abbildung 27: Anwendungshäufigkeit des § 32a UbG	119
Abbildung 28: Mögliche Gründe für seltene Anwendung des § 32a UbG	120
Abbildung 29: Gründe für die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen auf „Erwachsenenstationen“, Teilbefragung RichterInnen.....	128
Abbildung 30: Gründe für die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen auf „Erwachsenenstationen“, Teilbefragung PatientenanwältInnen	128
Abbildung 31: Gründe für die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen auf „Erwachsenenstationen“, Teilbefragung ÄrztInnen	129
Abbildung 32: Wohin werden die PatientInnen nach einer Aufhebung einer UoV entlassen, Verknüpfung der Teilbefragungen der ÄrztInnen und der PatientenanwältInnen	132
Abbildung 33: Wichtige Informationsquellen und KooperationspartnerInnen in UbG-Belangen, Teilbefragung RichterInnen.....	144
Abbildung 34: Wichtige Informationsquellen und KooperationspartnerInnen in UbG-Belangen, Teilbefragung PatientenanwältInnen	145
Abbildung 35: Wichtige Informationsquellen und KooperationspartnerInnen in UbG-Belangen, Teilbefragung ÄrztInnen	146
Abbildung 36: Bewertung des Funktionierens von Austausch und Kooperation mit unterschiedlichen Stellen in UbG-Belangen, Teilbefragung RichterInnen	149
Abbildung 37: Bewertung des Funktionierens von Austausch und Kooperation mit unterschiedlichen Stellen in UbG-Belangen, Teilbefragung PatientenanwältInnen.....	150
Abbildung 38: Bewertung des Funktionierens von Austausch und Kooperation mit unterschiedlichen Stellen in UbG-Belangen, Teilbefragung ÄrztInnen	151
Abbildung 39: Versorgungssituation für Menschen mit psychischer Erkrankung in der Region, Teilbefragung RichterInnen.....	169
Abbildung 40: Versorgungssituation für Menschen mit psychischer Erkrankung in der Region, Teilbefragung PatientenanwältInnen	170
Abbildung 41: Versorgungssituation für Menschen mit psychischer Erkrankung in der Region, Teilbefragung ÄrztInnen	171
Abbildung 42: Ausmaß, in dem sich unzureichende Versorgungsangebote in der Region erhöhend auf Unterbringungsraten auswirken	172

Berichtsteil 2: Sekundärstatistische Analysen

Autor: Walter Fuchs

Zur Unterbringung psychisch kranker Menschen: Rechtsanwendung und Kooperationszusammen- hänge

Modul 2: Sekundärstatistische Analysen

Autor: Walter Fuchs

Auftraggeber:

Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
Bundesministerium für Inneres

Wien, 7. Februar 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
2. Tätigkeitsbericht	3
3. Beschreibende und explorative Analysen	4
3.1. Entwicklung der Unterbringungshäufigkeiten	4
3.2. Unterbringungen und untergebrachte Personen	5
3.3. Unterbringungen, Aufnahmen und gerichtliche Überprüfungen	9
3.4. Exemplarische Zusammenhänge auf Bundesländerebene	12
4. Regionale Querschnittsanalyse von Unterbringungshäufigkeiten	18
4.1. Problemstellung	18
4.2. Methode, Hypothesen und Datengrundlagen	18
4.3. Deskriptive Ergebnisse und bivariate Zusammenhänge	25
4.4. Multivariate Modelle: Konzept und Ergebnisse	29
4.5. Weiterführende Analysen	33
4.6. Zusammenfassende Schlussfolgerungen	44
5. Tabellenanhang	48
6. Abkürzungsverzeichnis	53
7. Literaturverzeichnis	54

1. Einleitung

Seit statistische Informationen zur Rechtswirklichkeit des Unterbringungsgesetzes vorliegen, ist immer wieder dessen regional uneinheitliche Anwendung festgestellt worden (vgl. Forster 1997). Die Unterbringungshäufigkeiten unterscheiden sich zwischen Bundesländern und Krankenanstalten zum Teil beträchtlich. Als Gründe für die Variationen wurden in bisherigen Arbeiten etwa strukturelle, personelle, soziale und architektonische Determinanten sowie Aspekte der Versorgungsstruktur und der jeweils regional eingespielten „Unterbringungskultur“ vermutet (vgl. Sagerschnig et al. 2017: 56 f). Aufgrund der Komplexität der möglichen Einflussfaktoren sind – so der Tenor des bisherigen Forschungsstandes – Ursachen und Bedeutung differierender Unterbringungsdaten schwer zu benennen. Das Ausmaß des statistisch abgesicherten und verallgemeinerbaren, über subjektive Wahrnehmungen hinausgehenden Wissens darüber, wie Unterbringungsraten tatsächlich konkret zustande kommen, muss somit als relativ gering bezeichnet werden.

Vor diesem Hintergrund wird in diesem Modul versucht, zumindest einige grundlegende Einflussfaktoren auf sozialräumlicher Aggregatebene zu quantifizieren, um statistische Zusammenhänge mit Unterbringungshäufigkeiten zu analysieren. Auch wenn es nicht möglich ist, für sämtliche Aspekte, von denen Unterbringungsraten abhängen, regional aufgeschlüsselte zahlenförmige Informationen anzugeben, können auf diese Weise dennoch Korrelationen aufgedeckt und plausiblere von weniger plausiblen Faktoren unterschieden werden.

Im nachfolgenden Abschnitt 3.1 wird zunächst die zeitliche Entwicklung der Unterbringungshäufigkeiten in den Blick genommen. Abschnitt 3.2 erweitert die Betrachtung auf untergebrachte Personen. Im darauffolgenden Unterkapitel wird die Zahl an Unterbringungen ohne Verlangen auf Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser sowie auf die Zahl der stattgefundenen Anhörungen und mündlichen Verhandlungen nach UbG bezogen, wobei für letztere auch die Anteile an Unzulässigkeitsentscheidungen dargestellt sind. In Abschnitt 3.4 werden exemplarische Zusammenhänge der Unterbringungsraten mit Indikatoren der psychosozialen Versorgung auf Bundesländerebene vorgestellt. Diese explorativen Ergebnisse haben zum einen deskriptiven Wert. Zum anderen vermögen sie für weiter- und tiefergehende Betrachtungen Hypothesen über Zusammenhänge der Unterbringungspraxis mit strukturellen Faktoren zu generieren. Solche Zusammenhänge werden schließlich in Abschnitt 4 ausführlich beleuchtet, der das Herzstück dieses Moduls darstellt. In ihm sind multivariate Modelle zur Erklärung von Unterbringungsraten auf der Ebene von 32 regionalen Untersuchungseinheiten enthalten, die unterschiedliche Hypothesen testen und Einflussgrößen identifizieren, die sich statistisch als robust erweisen.

Die Daten für diese Untersuchung wurden über Vermittlung durch das Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz vom Bundesrechenzentrum sowie von den Patientenanwaltschaften (Vertretungsnetz und Institut für Sozialdienste Vorarlberg) und der Gesundheit Österreich GmbH (ÖBIG Krankenhauserhebung zum UbG) zur Verfügung gestellt. Allen Institutionen und ihren VertreterInnen sei dafür herzlich gedankt, namentlich Andreas Gschaider (Vertretungsnetz), Joy Ladurner, Sophie Sagerschnig und Monika Nowotny (Gesundheit Österreich GmbH), Thomas Aufner (Bundesrechenzentrum), Ulrike Toyooka und Peter Barth (Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz) sowie Barbara Hinterholzer (ifs).

2. Tätigkeitsbericht

Im Rahmen dieses Moduls wurde zunächst eine große Menge an Daten aus unterschiedlichen Quellen gesammelt. Neben Informationen zur Unterbringungspraxis, die die in der Einleitung genannten Institutionen zur Verfügung stellten, wurde eine Fülle an sozioökonomischen und demographischen Daten von Statistik Austria bezogen. Über das gelebte Unterbringungsrecht hinausgehende Indikatoren zur stationären und extramuralen psychiatrischen Versorgung wurden durch die Gesundheit Österreich GmbH übermittelt.

Neben grundlegenden deskriptiven Analysen widmeten sich die ersten Untersuchungsschritte vor allem dem Aufbereiten der Daten für die Querschnittsanalyse. Dabei wurden in einem ersten Schritt die auf Ebene einzelner psychiatrischer Stationen vorliegenden Unterbringungsdaten der Patientenanwaltschaften regionalen Einzugsgebieten zugeordnet. Letztere konnten – dank einer Erhebung durch den Verein Vertretungsnetz – über den jeweiligen Versorgungsauftrag definiert werden. Da die räumlichen Einheiten der unterschiedlichen Datenquellen (Versorgungsregionen, Einzugsgebiete von Krankenhäusern, politische Bezirke, Bezirksgerichtssprengel) jedoch nicht deckungsgleich sind, waren in einem zweiten Schritt zum Teil sehr aufwändige Aggregierungsarbeiten notwendig. Letztlich ist es gelungen, einen Datensatz mit 32 Regionen zu erstellen, der die Grundlage der eigentlichen statistischen Analyse darstellte.

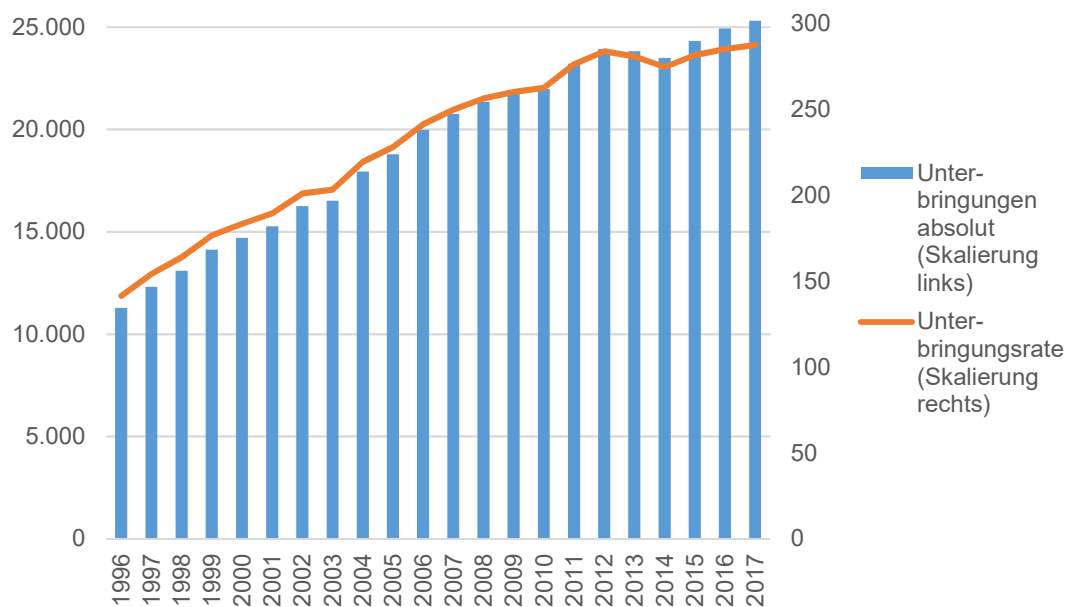
Nach ersten explorativen Untersuchungen, Konsistenzprüfungen und Transformationen schiefer verteilter Variablen wurden bivariate Korrelationen gerechnet, bevor schließlich multivariate Modelle erstellt wurden. Eine erste Fassung des Berichts wurde intern im Forschungsteam ausführlich diskutiert, wodurch viele Ergebnisse noch klarer dargestellt werden konnten.

3. Beschreibende und explorative Analysen

3.1. Entwicklung der Unterbringungshäufigkeiten

Seit Inkrafttreten des Unterbringungsgesetzes ist die Zahl der Unterbringungen ohne Verlangen (im Folgenden vereinfacht auch nur als „Unterbringungen“ bezeichnet) nahezu stetig angestiegen. Abbildung 1 veranschaulicht diese Entwicklung.

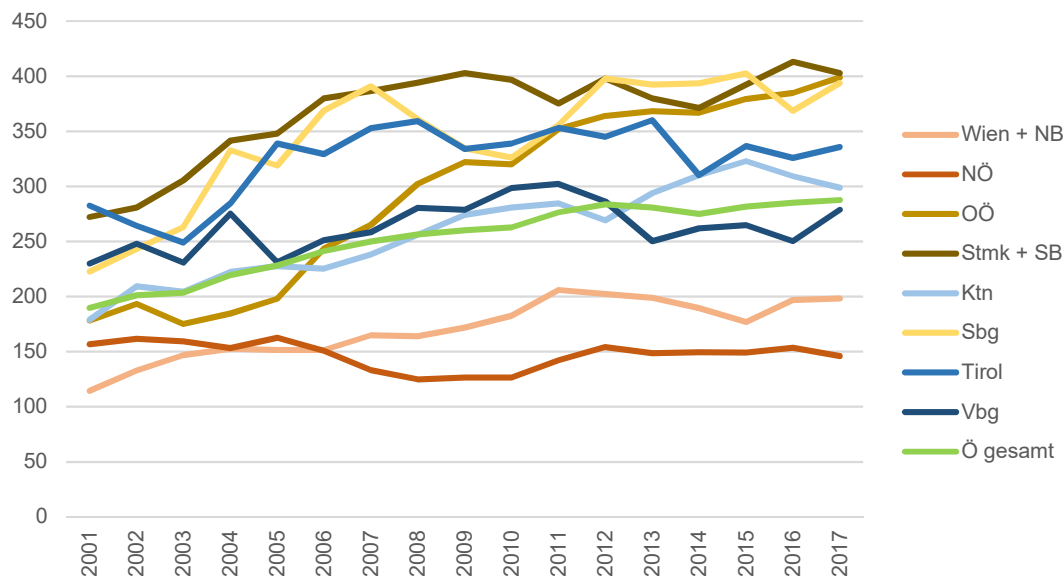
Abbildung 1: **Unterbringungen absolut** (Säulen, Skalierung links) **sowie Unterbringungen pro 100.000 Bevölkerung** (Linie, Skalierung rechts), 1996-2017; Quellen: BRZ, Statistik Austria (Jahresdurchschnittsbevölkerung), eigene Berechnungen



Nach 2012 kam es erstmals zu einem leichten Rückgang der Unterbringungen, die ab 2015 aber wieder zunahmen. In der Praxis des UbG sind immer wieder räumliche Disparitäten beobachtet worden. Abbildung 2 zeigt die unterschiedlichen Unterbringungshäufigkeiten nach Bundesländern aufgeschlüsselt. Die regionalen Muster sind zum Teil über die Jahre bemerkenswert stabil, auch wenn es sich nicht – wie teilweise behauptet – um ein klares „West-Ost-Gefälle“ handelt: In den ostösterreichischen Bundesländern Wien und Niederösterreich werden weniger Menschen ohne Verlangen in psychiatrischen Anstalten untergebracht als in den anderen Landesteilen, wobei die Steiermark und Salzburg mit in den letzten 15 Jahren durchgehend hohen Unterbringungshäufigkeiten hervorstechen. Interessant ist die Entwicklung in Oberösterreich, wo die Unterbringungsrate noch 2001 un-

ter dem österreichischen Durchschnitt lag und seither kräftig angestiegen ist. Das westlichste Bundesland Vorarlberg entspricht meist in etwa dem österreichischen Durchschnitt.

Abbildung 2: Unterbringungen pro 100.000 Bevölkerung nach Bundesländern (Nordburgenland bei Wien, Südburgenland bei Steiermark mitgerechnet), 2001-2017; Quellen: BRZ, Statistik Austria (Bevölkerung am 1.1. des Folgejahres), eigene Berechnungen

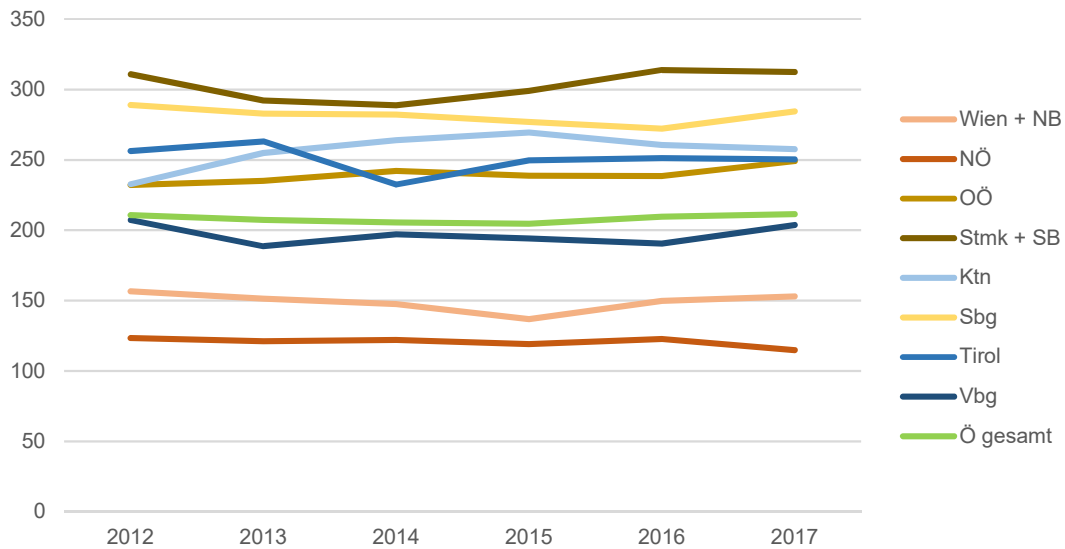


3.2. Unterbringungen und untergebrachte Personen

In den Abbildungen 1 und 2 wurden Unterbringungsdaten der Bezirksgerichte (zusammengestellt vom Bundesrechenzentrum) verwendet. Neben diesen sammeln auch die Patientenanzwaltschaften Informationen zur Vollziehung des UbG. Deren Datenbanken enthalten zusätzlich Informationen zu Merkmalen der untergebrachten Personen. Die Daten zu Unterbringungen ohne Verlangen aus den beiden Quellen stimmen indessen sehr gut überein. Die jeweiligen Unterbringungsdaten der Bundesländer sind nahezu perfekt korreliert (siehe auch Tabelle 14 im Anhang). Das spricht für die Validität der Daten.

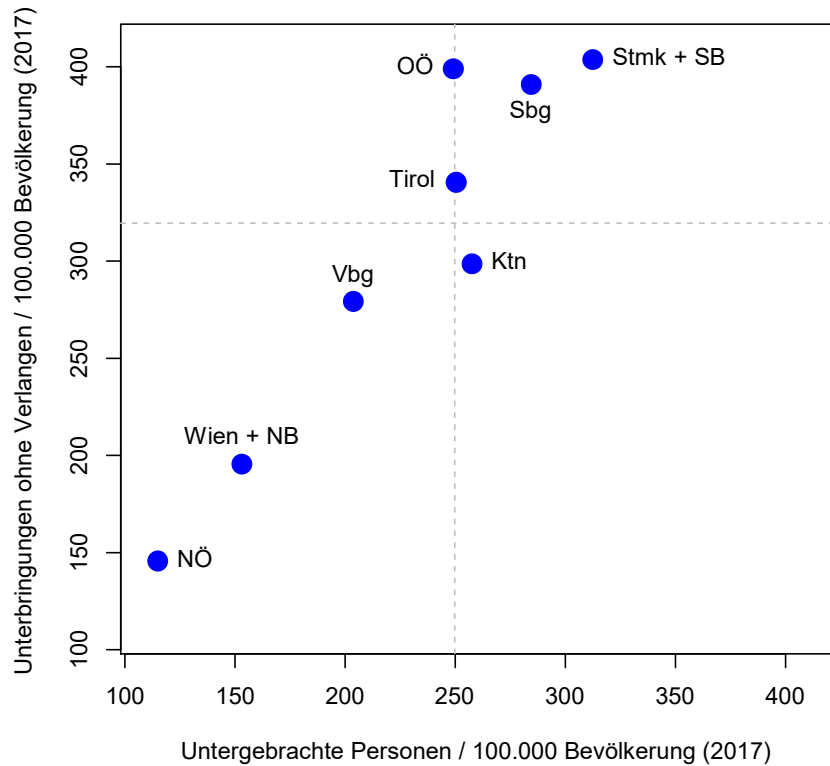
Die Daten der Patientenanzwaltschaften erlauben es, nicht nur Unterbringungen, sondern auch untergebrachte Personen in den Blick zu nehmen. Abbildung 3 veranschaulicht die Zahl der untergebrachten Personen pro Bevölkerung nach Bundesländern. Es zeigt sich begrifflicherweise ein sehr ähnliches Muster wie bei den Unterbringungen. Im Vergleich zu diesen liegt Oberösterreich jedoch weniger stark, Kärnten dafür deutlicher über dem Bundesdurchschnitt. Die Erklärungen hierfür ergeben sich aus den nachfolgenden Abbildungen.

Abbildung 3: **Untergebrachte Personen pro 100.000 Bevölkerung nach Bundesländern** (Nordburgenland bei Wien, Südburgenland bei Steiermark mitgerechnet), 2012-2017; Quellen: Patientenanwaltschaften, Statistik Austria (Bevölkerung am 1.1. des Folgejahres), eigene Berechnungen



Das Streudiagramm in Abbildung 4 zeigt den Zusammenhang zwischen Unterbringungen und untergebrachten Personen pro Bevölkerung. Die beiden Größen sind – wenig überraschend – stark korreliert. Deutlich wird die besondere Position Kärntens, wo auf eine untergebrachte Person vergleichsweise weniger Unterbringungen kommen. Dieser Sachverhalt ist auch in Abbildung 5 dargestellt. Dieses Diagramm veranschaulicht die zeitliche Entwicklung des Verhältnisses zwischen Unterbringungen und untergebrachten Personen nach Bundesländern zwischen 2012 und 2017. Auch hier sind die regionalen Muster bemerkenswert konstant.

Abbildung 4: **Streudiagramm Unterbringungen (x-Achse) und untergebrachte Personen (y-Achse)**, jeweils pro 100.000 Bevölkerung; gestrichelte Linien: Medianwerte; Korrelationskoeffizient $r = 0,95$; Quellen: Patientenanzweltschaften, Statistik Austria, eigene Berechnungen



In Oberösterreich sowie bis zu einem gewissen Grad auch in Salzburg, Tirol und Vorarlberg scheint es etwas mehr „wiederkehrende“ Personen zu geben, die innerhalb eines Jahres nicht nur einmal ohne Verlangen in psychiatrischen Krankenanstalten oder Abteilungen untergebracht werden. Diese aus den Abbildungen 4 und 5 folgende Beobachtung wird auch noch durch Abbildung 6 bestätigt, die die Prozentanteile der Personen zeigt, für die es im Jahr 2017 nur einmal oder aber öfter als einmal zu einer Unterbringung nach UbG gekommen ist.

Abbildung 5: **Unterbringungen pro untergebrachte Personen nach Bundesländern** (Nordburgenland bei Wien, Südburgenland bei Steiermark mitgerechnet), 2012-2017; Quellen: Patientenanzwaltschaften, eigene Berechnungen

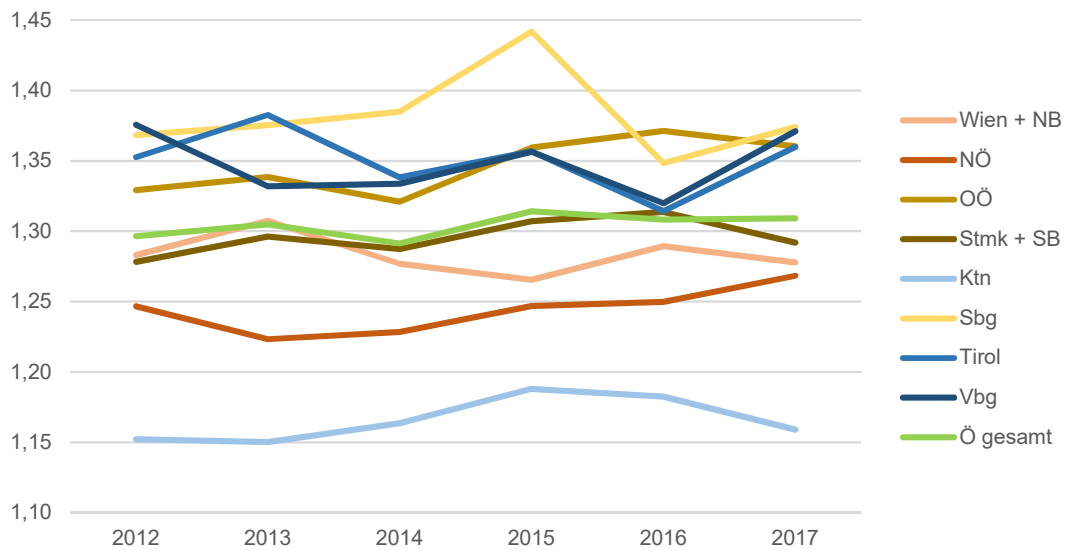


Abbildung 6: **Anzahl der Unterbringungen pro untergebachter Person im Jahr 2017**, Quellen: Patientenanzwaltschaften, eigene Berechnungen

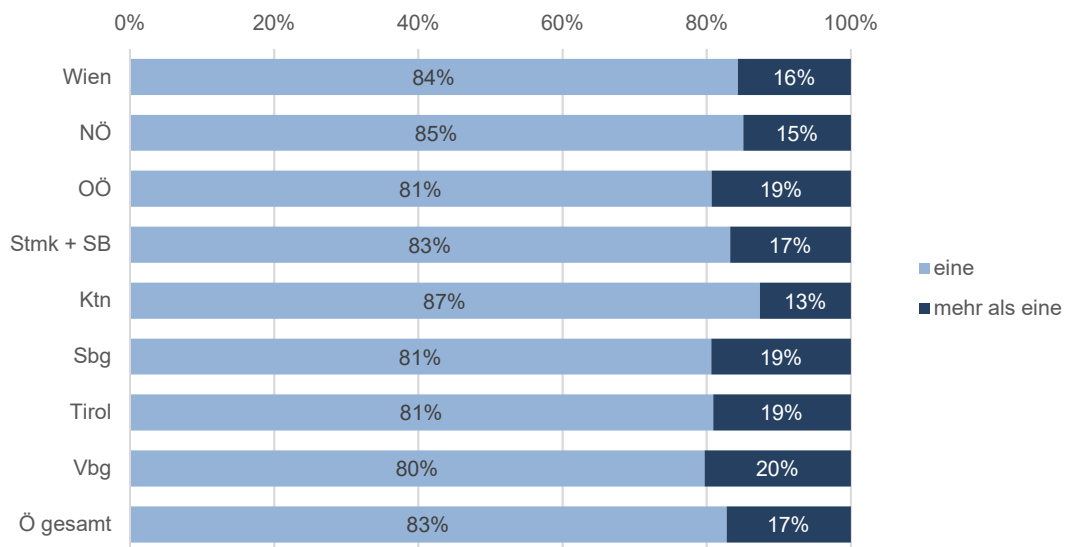
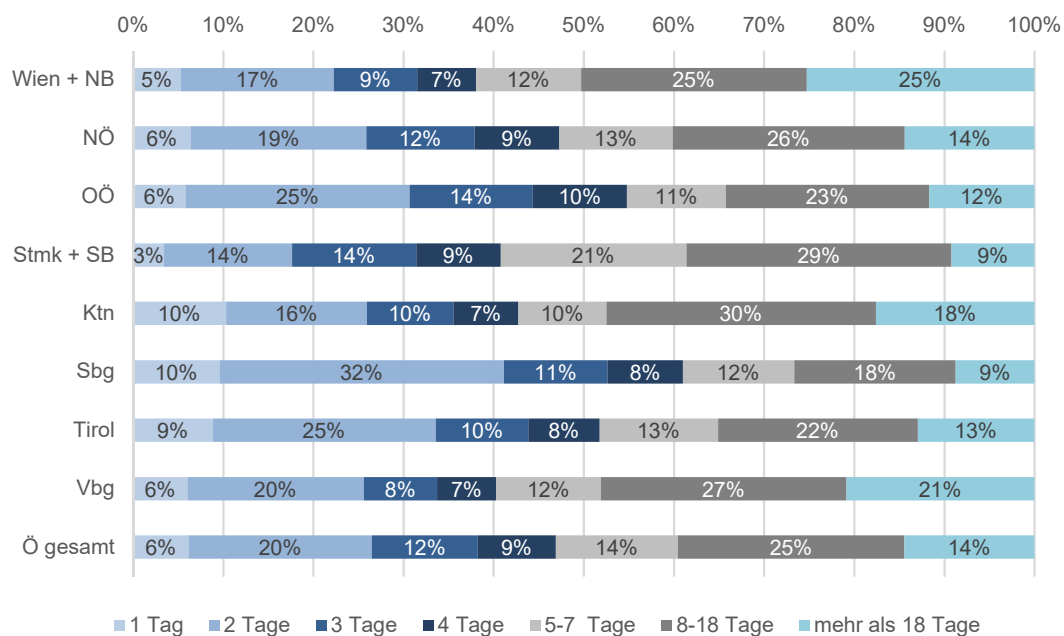


Abbildung 7 zeigt die Dauer der Unterbringungen nach Bundesländern aufgeschlüsselt. In Salzburg und Oberösterreich gibt es besonders viele „kurze“ Unterbringungen bis zu vier Tagen. In Wien, der Steiermark, in Kärnten sowie in Vorarlberg fällt deren Anteil dagegen deutlich unterdurchschnittlich aus. Wien hat den höchsten Prozentsatz an lang andauernden Unterbringungen: Ein Viertel aller Aufenthalte in Krankenanstalten nach UbG dauert dort mehr als 18 Tage. Könnte der geringere Anteil längerer Unterbringungen

bis zu einem gewissen Grad die höheren Unterbringungshäufigkeiten in Oberösterreich und Salzburg erklären, so gilt dies nicht für die Steiermark, die eine hohe Unterbringungsrate und einen vergleichsweise geringen Anteil kurzer Unterbringungen aufweist. Insgesamt **findet die Hypothese eines möglichen Zusammenhangs zwischen höheren Unterbringungsraten und geringerer Unterbringungsdauer keine Bestätigung**. Das ergibt sich auch aus tiefer gegliederten Auswertungen auf Ebene der Krankenanstalten.¹

Abbildung 7: **Unterbringungsdauer nach Bundesländern** (Nordburgenland bei Wien, Südburgenland bei Steiermark mitgerechnet), 2017; Quellen: Patientenanwaltschaften, eigene Berechnungen



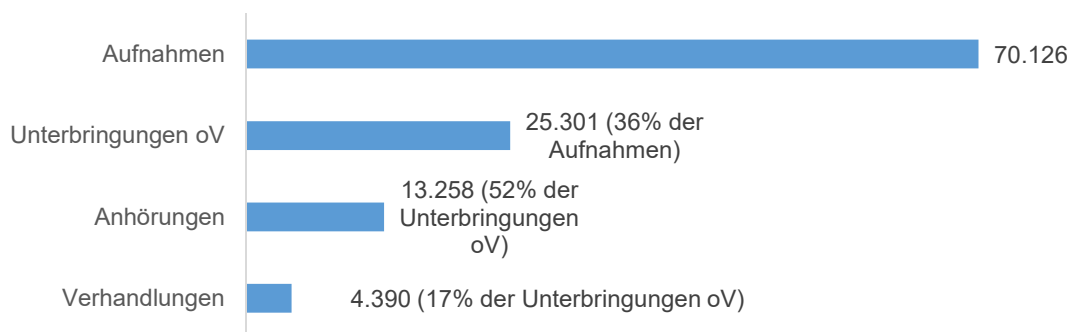
3.3. Unterbringungen, Aufnahmen und gerichtliche Überprüfungen

Für Aussagen über die gelebte Praxis des Unterbringungsrechts ist es von Bedeutung, Daten zu Unterbringungen ohne Verlangen einerseits auf die Zahl der Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern insgesamt, andererseits auf die Häufigkeiten von durchgeführ-

¹ Auf Ebene der 32 regionalen Untersuchungseinheiten der hier vorgelegten Querschnittsanalyse (Abschnitt 4) zeigt sich kein deutlicher Zusammenhang zwischen der Unterbringungsrate und dem Anteil kurzer Unterbringungen (bis zu vier Tagen) an allen Unterbringungen. Der entsprechende bivariate Korrelationskoeffizient fällt niedrig aus ($r = 0,17$) und ist außerdem statistisch nicht signifikant ($p = 0,34$). Auch in multivariaten Analysen zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Unterbringungsdauer und Unterbringungsrate.

ten Anhörungen und Verhandlungen sowie die damit einhergehenden richterlichen Beurteilungen von Unterbringungen als unzulässig zu beziehen. Abbildung 8 zeigt das Verhältnis von stationären Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser bzw. Abteilungen insgesamt zu Unterbringungen ohne Verlangen sowie zu Anhörungen und Verhandlungen gemäß UbG.

Abbildung 8: Stationäre Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser, Unterbringungen ohne Verlangen sowie Anhörungen und Verhandlungen nach UbG im Jahr 2017, absolute Zahlen; Quellen: Krankenhauserhebung ÖBIG, BRZ, eigene Berechnungen



Bundesweit sind unter den ca. 70.000 Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern bzw. Abteilungen rund 25.000 Unterbringungen ohne Verlangen.² Somit kommt es bei etwas mehr als einem Drittel aller stationären Aufenthalte zu einer Unterbringung ohne Verlangen nach UbG. Die im Gesetz vorgesehene Anhörung findet bei etwas mehr als der Hälfte aller Unterbringungen statt. Das bedeutet umgekehrt, dass es in knapp der Hälfte aller Unterbringungen zu keiner Anhörung kommt. Dies dürfte seinen Grund in der Regel darin haben, dass diese Unterbringungen bereits vor dem Ablauf von vier Tagen wieder aufgehoben werden – schließlich sieht § 19 UbG vor, dass innerhalb dieser Frist nach Meldung der Unterbringung an das Gericht eine Anhörung stattzufinden hat. Tatsächlich dauerten gemäß den Aufzeichnungen der Patientenanwaltschaften 47 Prozent aller Unterbringungen vier Tage oder kürzer (siehe oben Abbildung 7). Somit handelt es sich bei etwa der Hälfte aller Unterbringungen um kurze Episoden.

Gemäß § 22 UbG muss innerhalb von 14 Tagen nach der Anhörung eine mündliche Verhandlung durchgeführt werden, bei der das Gericht über die Zulässigkeit der Unterbringung endgültig entscheidet. Dies setzt voraus, dass eine Unterbringung nicht bereits vor

² Beim Wert von 70.126 Aufnahmen handelt es sich um eine Schätzung, da Aufnahmedaten für eine Wiener Krankenanstalt nicht vorlagen. Deren Wert wurde anhand der Zahl der gemeldeten Unterbringungen unter Zugrundelegung des durchschnittlichen Anteils der Unterbringungen an allen Aufnahmen der restlichen Wiener Psychiatrien geschätzt. Eine Darstellung der Aufnahmen (Datenquelle: Krankenhauserhebung ÖBIG) nach Bundesländern, Bezirksgerichten oder Krankenanstalten unterbleibt hier aus Datenschutzgründen.

der mündlichen Verhandlung durch die jeweils verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte mangels vorliegender Unterbringungs Voraussetzungen aufgehoben wurde. Etwa 17 Prozent aller gemeldeten Unterbringungen dauern so lange, dass eine Verhandlung stattfindet.

Tabelle 1: Unterbringungen ohne Verlangen, Anhörungen und Verhandlungen (jeweils absolute Zahlen) sowie **Prozentanteile der Unterbringungen, die nach Anhörung bzw. Verhandlung für unzulässig erklärt wurden, 2017**, nach Bundesländern; Quellen: BRZ, eigene Berechnungen

	UoV gesamt	Anhörungen (% UoV)	davon unzuläs- sige UoV (%)	Verhandlungen (% UoV)	davon unzu- lässige UoV (%)
Wien + Nordburgenland	4.132	2.606 (63%)	6,7%	1.254 (30%)	2,7%
Niederösterreich	2.439	1.186 (49%)	4,9%	495 (20%)	9,5%
Oberösterreich	5.877	2.607 (44%)	4,3%	654 (11%)	3,2%
Salzburg	2.176	810 (37%)	2,0%	226 (10%)	1,3%
Steiermark + Südburgen- land	5.388	2.914 (54%)	3,9%	485 (9%)	7,6%
Kärnten	1.676	996 (59%)	0,3%	402 (24%)	1,5%
Tirol	2.521	1.444 (57%)	6,7%	563 (22%)	5,5%
Vorarlberg	1.092	695 (64%)	0,7%	311 (28%)	5,8%
Österreich gesamt	25.301	13.258 (52%)	4,4%	4.390 (17%)	4,5%

Tabelle 1 enthält, nach Bundesländern aufgeschlüsselt, die absoluten Zahlen an Unterbringungen ohne Verlangen, Anhörungen und Verhandlungen. Letztere werden in Klammer auch als Prozentanteile an allen Unterbringungen angeführt. Zusätzlich sind die Prozentanteile der Unterbringungen an allen Anhörungen bzw. Verhandlungen angegeben, die im Zuge einer Anhörung oder Verhandlung für unzulässig erklärt wurden. Österreichweit führen jeweils zwischen vier und fünf Prozent aller Anhörungen bzw. Verhandlungen zu einer Unzulässigkeitsentscheidung. Diese relativ niedrigen Anteile zeigen, dass die Kontrollfunktion des Rechtsschutzsystems nach UbG für die Masse der Unterbringungs-fälle nur selten zu einer richterlichen *Korrektur* ärztlicher Entscheidungen führt. Es ist aber anzunehmen – und wird in den vertiefenden Fallstudien näher zu prüfen sein, dass allein das Wissen der beteiligten AkteurInnen, *dass kontrolliert wird*, in den psychiatrischen Abteilungen und Kliniken eine stärkere Selbstkontrolle im Hinblick auf Unterbringungs-voraussetzungen zur Folge hat. Gleichzeitig ist die Zahl der Fälle, in denen Unterbringungen vom Gericht aufgehoben werden, quantitativ aber auch nicht zu vernachlässigen. Letztlich wird das Ausmaß der verwirklichteren gerichtlichen Kontrolle stets auch in gewissem Ausmaß vom professionellen Selbstverständnis und dem jeweils leistbaren persönlichen Engagement der Richterinnen und Richter sowie deren Einstellung zur ärztlichen „Definitions-hoheit“ abhängen.

Die Unterschiede der Prozentanteile zwischen den Bundesländern sind insofern nicht ganz leicht zu interpretieren, als für einige Bezirksgerichte Dateninkonsistenzen aufgrund unterschiedlicher Administrationspraktiken bestehen. Tabelle 15 im Anhang listet Unterbringungen, Anhörungen, Verhandlungen und die jeweiligen Unzulässigkeitsanteile für die zuständigen Bezirksgerichte auf. Auffällig hohe Prozentsätze an Unzulässigkeitsentscheidungen lassen sich für die Bezirksgerichte Wien Fünfhaus, Tulln, Braunau am Inn, Graz-Ost, Hall in Tirol und Kufstein beobachten. Diese Gerichte haben auch bereits in den Jahren 2014 und 2015 deutlich mehr Unterbringungen als unzulässig erklärt als im Bundesdurchschnitt (siehe Sagerschnig et al. 2017, S. 81 f.). Dies weist auf eine Kontinuität dieses Phänomens hin, über dessen Zustandekommen die vertiefenden Fallstudien in gewissem Ausmaß empirische Erkenntnisse bereitstellen werden (im Endbericht der Studie enthalten).

Gerichtssprengel mit höheren Anteilen an Unzulässigkeitsentscheidungen nach Anhörungen weisen tendenziell auch höhere Anteile an Unzulässigkeitsentscheidungen nach durchgeführten mündlichen Verhandlungen auf. Das Bezirksgericht Graz-Ost hat beispielsweise nahezu jede dritte Unterbringung nach einer mündlichen Verhandlung für unzulässig erklärt. Damit unterscheidet sich der Anteil der Unzulässigkeitsklärungen an diesem für relativ wenige Unterbringungen zuständigen Bezirksgericht beträchtlich vom Bundesschnitt, aber auch vom Bezirksgericht Graz West, das österreichweit mit den meisten UbG-Entscheidungen befasst ist (Tabelle 12 im Anhang).

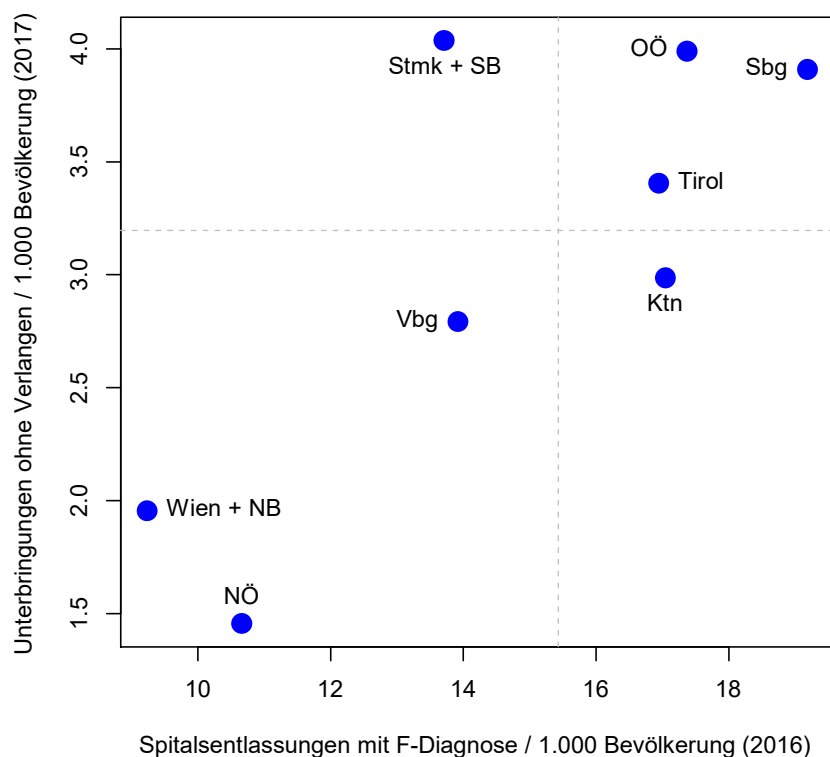
3.4. Exemplarische Zusammenhänge auf Bundesländerebene

Nachfolgend werden mit Hilfe von Streudiagrammen exemplarisch einige Zusammenhänge der Unterbringungsrate mit ausgewählten Kenngrößen vorgestellt. Die Korrelationen dürfen dabei nicht umstandslos in dem Sinne „kausal“ gedeutet werden, dass eine Variable die Variabilität des anderen Indikators „verursacht“. Korrelationen bedeuten für sich genommen nur, dass zwei Merkmale (hier auf der Ebene von Bundesländern) empirisch im Sinne einer „je-desto“-Beziehung vorliegen. Diese Beziehung kann auch durch unbeobachtete Drittvariablen zustande kommen. Korrelationen, die inhaltlich naheliegen und sinnvoll zu interpretieren sind oder theoretischen Erwartungen entsprechen, können freilich starke Indizien für eine zugrundeliegende Kausalbeziehung sein.

Abbildung 9 zeigt den Zusammenhang von Unterbringungen und Spitalsentlassungen mit einer „F-Diagnose“ nach ICD-10 (psychische Erkrankung bzw. Störung). Wo Aufenthalte in Krankenanstalten, in deren Rahmen solche Diagnosen erstellt werden, häufiger vorkommen, wird auch häufiger nach UbG untergebracht. Mehr Diagnosen psychischer Krankheiten oder Störungen, die in Krankenhäusern erstellt werden, gehen also mit mehr

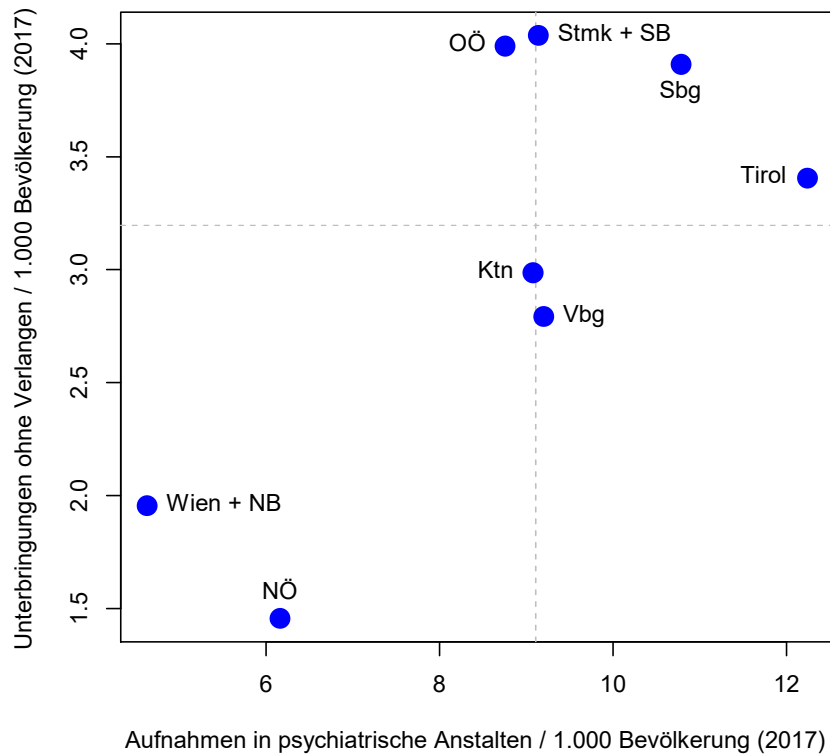
Unterbringungen einher: Wo mehr psychische Erkrankungen festgestellt werden, erhöhen sich auch die Feststellungen krankheitsbedingter potenzieller Selbst- oder Fremdgefährdung.

Abbildung 9: **Streudiagramm Unterbringungen 2017 (x-Achse) und Spitalsentlassungen mit F-Diagnose 2016 (y-Achse; Werte ohne Burgenland), jeweils pro 1.000 Bevölkerung; gestrichelte Linien: Medianwerte; Korrelationskoeffizient $r = 0,79$; Quellen: Patientenanwaltschaften, Statistik Austria, eigene Berechnungen**



Ein ähnliches Muster zeigt sich für Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser bzw. Abteilungen (egal ob dabei nach UbG vorgegangen wird oder nicht). Die Raten der Aufnahmen insgesamt sind deutlich mit den Unterbringungsdaten der Bundesländer korreliert (Abbildung 10). Es gibt also tendenziell dort mehr Unterbringungen, wo mehr Menschen stationär psychiatrisch behandelt werden – ein naheliegender Zusammenhang, auch deswegen, weil Unterbringungen ein gutes Drittel aller Aufnahmen ausmachen. Oberösterreich sowie die Steiermark und das Südburgenland weisen indessen die höchsten Unterbringungsdaten auf, obwohl sich ihre Aufnahmeraten nur im Bundesdurchschnitt bewegen.

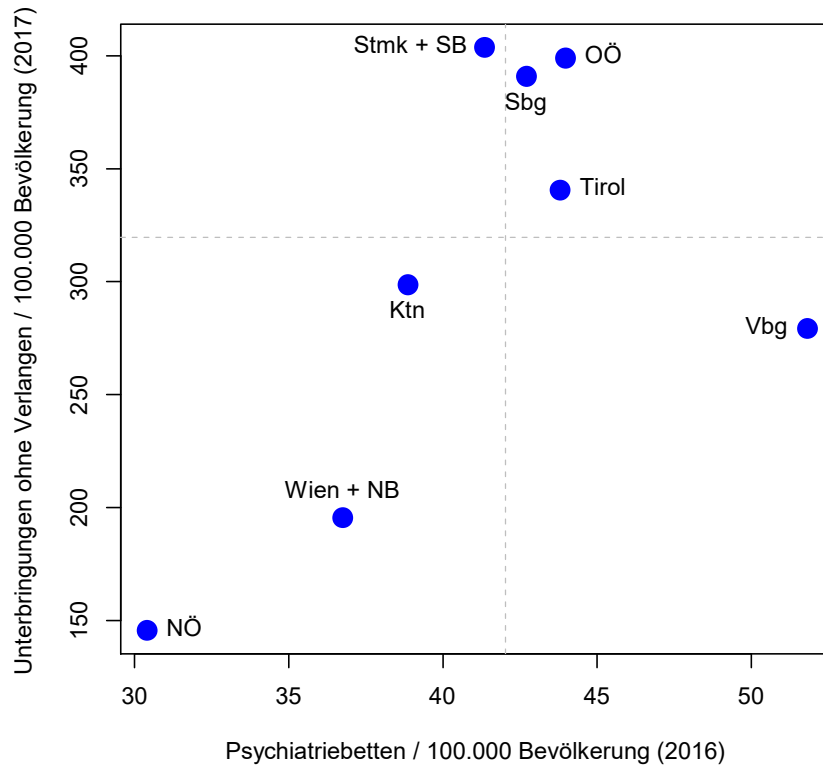
Abbildung 10: **Streudiagramm Unterbringungen 2017 (x-Achse) und Aufnahmen in psychiatrische Anstalten 2017 (y-Achse), jeweils pro 1.000 Bevölkerung; gestrichelte Linien: Medianwerte; Korrelationskoeffizient $r = 0,73$; Quellen: Patientenanzwaltschaften, GÖG, Statistik Austria, eigene Berechnungen**



Weniger deutlich, aber immer noch wahrnehmbar erscheint ein Zusammenhang zwischen Unterbringungen ohne Verlangen und der Dichte an Psychatriebetten in den Bundesländern (Abbildung 11).³ Je mehr Psychatriebetten pro Einwohnerin bzw. Einwohner bestehen, umso mehr Menschen werden auch nach UbG untergebracht. Auch die Dichte an Psychatriebetten bildet die Bedeutung stationärer psychiatrischer bzw. generell medizinischer Versorgung ab, wird jedoch anders als die beiden zuvor verwendeten Kennzahlen der Entlassungen und Aufnahmen weniger durch die tatsächliche Inanspruchnahme bestimmt. Die Bettenziffer ist nämlich stets auch das Ergebnis längerfristiger gesundheitspolitischer und -ökonomischer Planungen.

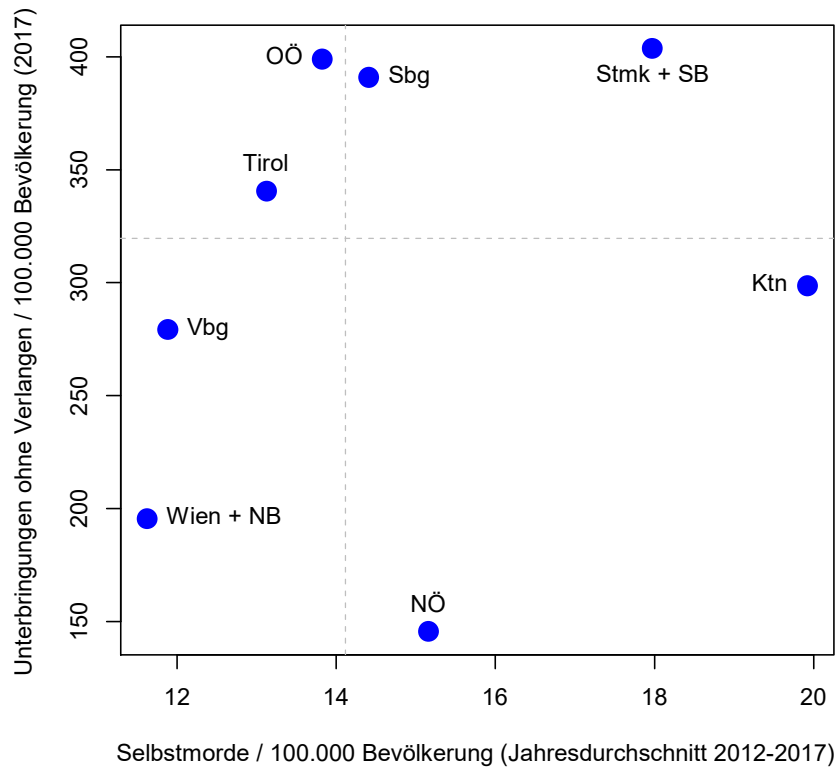
³ Angaben zu Psychatriebetten lagen nur für das Jahr 2016 vor. Es ist davon auszugehen, dass Daten zweier aufeinanderfolgender Jahre sehr hoch korreliert sind.

Abbildung 11: **Streudiagramm Unterbringungen 2017 (x-Achse) und Psychiatriebetten 2016 (y-Achse)**, jeweils pro 100.000 Bevölkerung; gestrichelte Linien: Medianwerte; Korrelationskoeffizient $r = 0,58$; Quellen: Patientenanzweltschaften, Kern et al. 2018, Statistik Austria, eigene Berechnungen



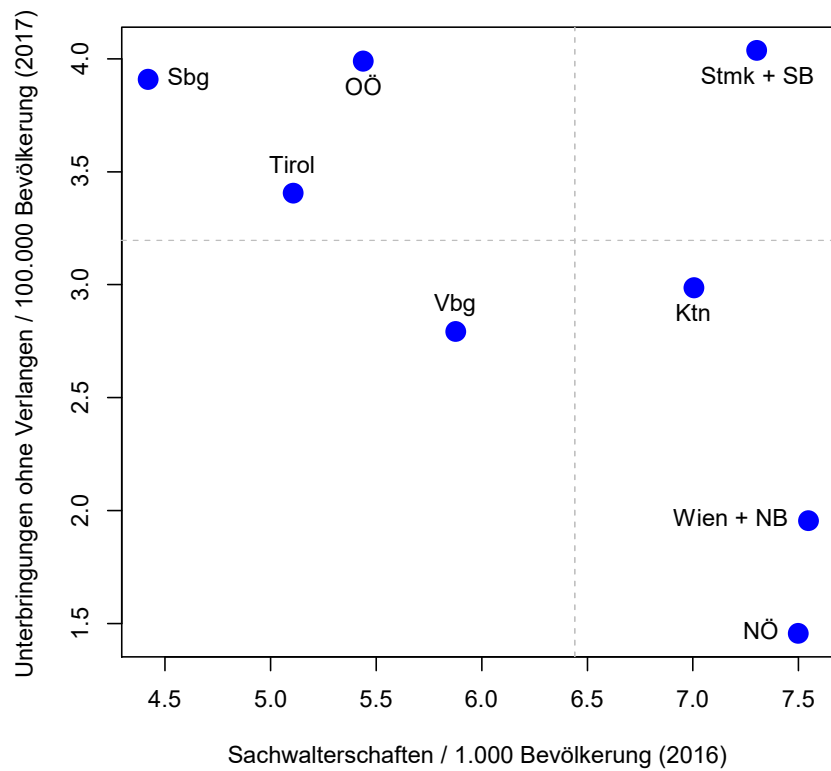
Wenn man die Selbstmordrate als einen Indikator für psychische Gesundheit innerhalb sozialer Aggregate (hier: Bundesländer) ansieht, so könnte sich ein Zusammenhang mit der Häufigkeit an psychiatrischen Unterbringungen zeigen. Schließlich wird das UbG gerade auch in Fällen von Selbstgefährdung angewandt. Abbildung 12 veranschaulicht die Relation der beiden Größen, wobei die Zahl der Suizide pro Bevölkerung als Durchschnittswert der Jahre 2013 bis 2017 berechnet wurde, um Schwankungen im Auftreten dieser vergleichsweise selten vorkommenden Ereignisse auszugleichen. Das Ergebnis ist nicht eindeutig: Einerseits könnte es einen – möglicherweise nicht-linearen – Zusammenhang dergestalt geben, dass tendenziell häufigere Unterbringungen tatsächlich mit einer höheren Suizidrate einhergehen. Andererseits passt Kärnten nur bedingt und Niederösterreich gar nicht in dieses Bild. Hier zeigen sich auch die Grenzen einer Analyse, die mit acht Untersuchungseinheiten auskommen muss, da sich z.B. vermutlich auch innerhalb der einzelnen Bundesländer beachtliche regionale Unterschiede in der Suizidrate zeigen.

Abbildung 12: Streudiagramm Unterbringungen 2017 (x-Achse) und Selbstmorde im Jahresdurchschnitt 2013-2017 (y-Achse), jeweils pro 100.000 Bevölkerung; gestrichelte Linien: Medianwerte; Korrelationskoeffizient $r = 0,24$; Quellen: Patientenanzwaltschaften, Statistik Austria, eigene Berechnungen



Als letzter Zusammenhang sei hier das Verhältnis von Unterbringungen und Sachwalterschaften – bzw. nun Erwachsenenvertretungen – in den Blick genommen (Abbildung 13). Die Korrelation ist hier deutlich negativ: Je mehr Menschen pro Bevölkerung unter Sachwalterschaft/Erwachsenenvertretung stehen, desto weniger Personen werden nach UbG in einer psychiatrischen Anstalt aufgenommen. Vor diesem Hintergrund könnte die Hypothese formuliert werden, dass Sachwalterschaften/Erwachsenenvertretungen und psychiatrisch-stationäre Versorgung in geschlossenen Bereichen bis zu einem gewissen Grad funktionale Äquivalente darstellen. Ob daraus auch schon gefolgert werden kann, dass Erwachsenenvertretungen Unterbringungen entgegenzuwirken vermögen, lässt sich allerdings auf bestehender Datenbasis noch nicht eindeutig beantworten. Aufgrund der großen Heterogenität der Lebenslagen und sozialen Interaktionszusammenhänge, die zu Sachwalterschaften/Erwachsenenvertretungen führen, muss diese Korrelation mit detaillierteren Daten noch näher untersucht werden (siehe dazu unten Abschnitt 4). Anzumerken ist auch, dass die Steiermark einen „Ausreißer“ darstellt: Dort gibt es viele Unterbringungen, aber auch viele Sachwalterschaften.

Abbildung 13: **Streudiagramm Unterbringungen 2017 (x-Achse) und Sachwalterschaften 2016 (y-Achse), jeweils pro 1.000 Bevölkerung; gestrichelte Linien: Medianwerte; Korrelationskoeffizient $r = -0,62$; Quellen: Patientenanzwaltschaften, BRZ, Statistik Austria, eigene Berechnungen**



4. Regionale Querschnittsanalyse von Unterbringungshäufigkeiten

4.1. Problemstellung

Die Häufigkeiten von Unterbringungen in psychiatrischen Anstalten gemäß Unterbringungsgesetz (UbG) unterscheiden sich von Region zu Region beträchtlich, wie anhand von Daten auf Bundesländerebene bereits gezeigt wurde. Diesem Befund steht ein Mangel an Wissen gegenüber, wie die regionalen Disparitäten tatsächlich zustande kommen. Sind die Unterschiede in der Anwendung des UbG im Wesentlichen eine Konsequenz der jeweiligen psychosozialen Versorgungsstruktur? Oder sind sie eher Ausdruck unterschiedlicher „Unterbringungskulturen“, in denen das Gesetz verschieden interpretiert und gelebt wird? Inwiefern spielen weitere institutionelle, epidemiologische, demographische und sozioökonomische Faktoren aus der Umwelt der psychiatrisch-juristischen Praxis eine Rolle?

4.2. Methode, Hypothesen und Datengrundlagen

Die hier vorgestellte regional vergleichende Querschnittsanalyse versucht, Antworten auf die soeben aufgeworfenen Forschungsfragen zu geben. Die beobachtbare Streubreite der Unterbringungsraten bietet die Chance, das Vorhandensein statistischer Zusammenhänge mit theoretisch vermuteten Einflussgrößen empirisch zu überprüfen. Zeigen sich dergestalt auffällige Korrelationen (beispielsweise der Unterbringungshäufigkeit mit der bevölkerungsbezogenen Anzahl an Psychatriebetten), so kann dies als Indiz für eine tatsächlich vorliegende inhaltliche Wechselbeziehung zwischen den untersuchten Variablen verstanden werden. Im Folgenden wird die Methode der multivariaten Regressionsanalyse angewandt. Dieses Auswertungsverfahren untersucht simultan die Zusammenhänge mehrerer „unabhängiger“ mit einer „abhängigen“ Variablen. Dabei wird in Rechnung gestellt, dass die Einflussgrößen selbst untereinander korreliert sein können, indem deren Nettoeffekte unter rechnerischem Konstanthalten der anderen unabhängigen Variablen (*ceteris paribus*, also „unter sonst gleichen Bedingungen“) geschätzt werden.

Individuelle Bedingungsfaktoren für psychiatrische Unterbringungen (wie etwa Alter, Geschlecht, Diagnose oder sozialer Status) stehen nicht im Fokus des hier vorgelegten Projektteils.⁴ Die Untersuchungseinheiten der Querschnittsanalyse bilden vielmehr insgesamt 32 Regionen Österreichs. Diesen Gebieten wurden anhand von Daten der Patienten-anwaltschaften auf Stationsebene und nach Maßgabe der Ergebnisse einer Erhebung der räumlich definierten Versorgungsaufträge aller Krankenanstalten, die das UbG vollziehen, sämtliche Unterbringungen erwachsener Menschen des Jahres 2017 zugeordnet. Unterbringungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind hier aus zwei Gründen von der Analyse ausgeschlossen: Zum einen folgt das Praxisfeld dieser sich in Österreich noch im Aufbau befindenden Fachrichtung eigenen Kriterien, die von denen der Erwachsenenpsychiatrie abweichen, sodass die ausgewählten unabhängigen Variablen ungeeignet wären, Unterbringungen minderjähriger Personen zu erklären. Zum anderen lassen sich die Daten zu Unterbringungen in diesem Bereich nur sehr eingeschränkt regional zuordnen.

Bei 19.571 von insgesamt 23.423 der hier berücksichtigten Unterbringungen von Erwachsenen – das sind 83,6 Prozent – war die geographische Zuordnung eindeutig möglich. Die restlichen Unterbringungen betreffen psychiatrische Anstalten oder Abteilungen mit überregionalem bzw. ohne spezifischen Versorgungsauftrag – beispielsweise gerontopsychiatrische Einrichtungen, deren Einzugsgebiet ein ganzes Bundesland darstellt. Diese Unterbringungen wurden den tiefer gegliederten geographischen Einheiten nach ihrem jeweiligen Bevölkerungsanteil zugerechnet. Allen Regionen lassen sich politische Bezirke zuordnen, sodass die Unterbringungsdaten mit anderen Gesundheitsversorgungs- und Sozialdaten verknüpfbar sind.

Die bevölkerungsbezogene *Unterbringungsrate*, d.h. die auf die Wohnbevölkerung der jeweiligen Gebietseinheit bezogene Menge an Unterbringungen ohne Verlangen, bildet die zentrale „abhängige“ Variable der Untersuchung. Dies bedeutet, dass alle anderen verwendeten „unabhängigen“ Variablen daraufhin überprüft werden, inwiefern sie statistisch dazu beitragen können, die geographisch ungleich verteilte Unterbringungsrate zu erklären. In den weiterführenden Analysen wird gezeigt, dass sich die Unterbringungsrate theoretisch und empirisch in die beiden Größen *Aufnahmerate* (stationäre Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser oder Abteilungen insgesamt pro Bevölkerung) und *Unterbringungsanteil* (Prozentsatz der Aufnahmen, bei denen das UbG angewandt wird) zerlegen lässt. Die „unabhängigen“ Einflussvariablen wirken je spezifisch auf diese beiden

⁴ Solche Determinanten von Unterbringungen – auf die sich ein großer Teil der internationalen einschlägigen Forschungsliteratur zu unfreiwilligen Aufenthalten in psychiatrischen Krankenhäusern oder Abteilungen bezieht (vgl. z.B. Lebenbaum et al. 2018; Hustoft et al. 2013) – müssten mit Daten auf der Ebene einzelner Fälle oder Personen untersucht werden.

Kennzahlen. Das Darstellen der jeweiligen Effekte ergänzt und verfeinert die Ergebnisse der Untersuchung.

Daten zur psychiatrischen Unterbringungs- und Aufnahmepraxis sind sozialwissenschaftlich gesehen mehrdeutige Indikatoren, die nicht umstandslos normativ bewertet werden können: So sind Unterbringungen ohne Verlangen einerseits Akte der Ausübung von Zwang, die voraussetzen, dass betroffene Menschen in bestimmten Situationen zu meist von Dritten als „gefährlich“ oder „gefährdet“ definiert werden. Entsprechende Definitionen nehmen abgesehen vom fachärztlichen Personal etwa Angehörige sonstiger Gesundheits- oder Sozialberufe, die Polizei und nicht zuletzt auch Familienmitglieder vor.⁵ Andererseits sind Unterbringungen nach UbG keine willkürlichen Manifestationen psychiatrischer „Entscheidungsmacht“, sondern Ausdruck ihrer Einhegung in rechtsstaatlichen Verfahren mit gerichtlicher Kontrolle und Vertretung durch die Patientenanwaltschaft. So gesehen können höhere Unterbringungsraten und -anteile auch eine stärkere Sensibilität für Grundrechtseingriffe abbilden. Auch Aufnahmezeiten im Allgemeinen sind ambivalent: Während eine stärkere Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Behandlung mitunter auf unzureichende ambulante Angebote hinzuweisen vermag, sind niedrige Zahlen von Aufnahmen möglicherweise auch als Konsequenz eines knappen Angebots an Psychiatriebetten interpretierbar.

Daten zu Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern wurden uns für diese Analyse von der Gesundheit Österreich GmbH zur Verfügung gestellt. Aufgrund von damit verbundenen Auflagen des Datenschutzes erfolgten keine Benennungen einzelner Einrichtungen. Auch die Namen der Regionen, die Rückschlüsse auf konkrete Kliniken oder Stationen erlauben würden, werden im Ergebnisteil nicht genannt. Es erschien jedoch vertretbar, in ausgewählten Grafiken die in Wien und Niederösterreich gelegenen Regionen, die fast durchwegs geringere Unterbringungsraten als der Rest Österreichs aufweisen, eigens zu kennzeichnen.

Welche „unabhängigen“ Einflussvariablen wurden ausgewählt? Zunächst sind Indikatoren zur stationären und extramuralen psychiatrischen Versorgung sowie zur institutionellen und rechtlichen Umwelt der Unterbringungspraxis zu nennen. Es gilt zu prüfen, inwieweit die regional unterschiedliche Verfügbarkeit von *Wohnplätzen* in extramuralen Einrichtungen für psychisch erkrankte Menschen Unterbringungsraten (sowie einerseits Aufnahmezeiten und andererseits Unterbringungsanteile) beeinflusst. Einheitlich erfasste Daten zu Wohnplätzen auf Bezirksebene wurden von der Gesundheit Österreich GmbH

⁵ Zum Zusammenhang zwischen psychiatrischer Macht und Familienstrukturen vgl. Foucault (2005, S. 141 ff.); zum Prozess der Zuschreibung des Etiketts „psychisch gestört“ aus soziologischer Sicht sowie zu den Leistungen und Grenzen eines definitionstheoretischen Krankheitsbegriffs siehe Dellwing (2008), der auf die entlastenden Funktionen des psychopathologischen Vokabulars hinweist.

zur Verfügung gestellt, ebenso wie Angaben zu *Psychatriebetten* (Kern et al. 2018).⁶ Letztere könnten ebenfalls von Bedeutung für Aufnahme- und Unterbringungsraten sein (einerseits im Sinne einer „angebotsinduzierten Nachfrage“, andererseits indem leichter unmittelbar verfügbare Betten das Anwenden von Zwang in Form von Unterbringungen ohne Verlangen hintanhaltend könnten⁷). Im Hinblick auf institutionelle Umwelten psychiatrischer Krankenhäuser wurden Daten zur Dichte an Menschen herangezogen, die in bestimmten *Anstaltshaushalten* leben, und zwar konkret in Heil- und Pflegeanstalten sowie Alters- bzw. Pensionistenheimen, in Einrichtungen für geflüchtete Menschen, in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen,⁸ in Justizanstalten oder in Einrichtungen für Menschen mit sozialem Unterstützungsbedarf bzw. wohnungslose Menschen. Den Löwenanteil an BewohnerInnen dieser Institutionen machen Pflege- bzw. Altersheime (56 Prozent) sowie Flüchtlingseinrichtungen (35 Prozent) aus. Es gilt zu prüfen, inwieweit eine stärkere Anwesenheit solcher Personen in bestimmten Regionen höhere Aufnahme- und Unterbringungsraten zur Folge haben könnte. Zum einen handelt es sich vielfach um Risikogruppen für psychische Erkrankungen und krisenhafte Lebenslagen (z.B. Demenz, Traumatisierungen, Obdachlosigkeit), zum anderen könnten interinstitutionelle „Delegationen“ an die Psychiatrie möglich sein.

Als juristisch-sozialer Kontextfaktor wurden Daten zu Anregungen von Sachwalterschaften in die Analyse integriert (im Folgenden in neuer Terminologie als *Anregungen von Erwachsenenschutz* bezeichnet). Dahinter steht die Hypothese, dass es sich bei entsprechenden Verfahren und den damit – teilweise auch unabhängig von einer tatsächlichen Vertretungsbestellung – verbundenen rechtlichen Kontroll-, Abklärungs- und Unterstützungstätigkeiten bis zu einem gewissen Grad um funktionale Äquivalente oder komplementäre Phänomene zu stärker medikalisierten Mitteln des Umgangs mit psychischen Beeinträchtigungen handeln könnte. Die Daten sind einer für das Jahr 2016 erstellten Sachwalterstatistik (Bundesministerium für Justiz bzw. Bundesrechenzentrum) entnommen.

⁶ Für die Variable der Wohnplätze musste allen Wiener Regionen ein einheitlicher Wert zugeordnet werden, da die entsprechenden Daten in der Bundeshauptstadt nicht nach Bezirken aufgeschlüsselt sind.

⁷ So die Ergebnisse einer norwegischen Studie, der zufolge lokal verfügbare Psychatriebetten zu *weniger* zwangsweisen Aufnahmen führen als „traditionelle“ deinstitutionalisierte Versorgungssysteme mit lokalen ambulanten Kliniken und großen zentralen Krankenhäusern, in denen stationäre Aufnahmen stattfinden; siehe Myklebust et al. (2014). Bei dieser Studie handelt es sich um eine der wenigen international verfügbaren Arbeiten, die nicht-individuelle Determinanten unfreiwilliger psychiatrischer Unterbringungen in den Blick nehmen. Empirische Forschungsergebnisse aus anderen Ländern sind indessen nur begrenzt übertragbar, da die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen unfreiwilliger psychiatrischer Behandlung bereits innerhalb Europas erheblich variieren; vgl. Zhang et al. (2015).

⁸ Eine Unterbringung kognitiv beeinträchtigter Menschen, die nicht zusätzlich auch an einer psychischen Krankheit leiden, ist eigentlich selbst bei Erfüllung der Gefährdungsvoraussetzungen unzulässig (siehe Kopetzki 2012, Rz 80). Da es in der Praxis dennoch zu Überschneidungen kommen dürfte und Personen in Einrichtungen für Behinderte auch nur einen kleinen Teil der hier in den Blick genommenen Gruppe ausmachen (6 Prozent), wurden sie in die Berechnungen miteinbezogen.

Tabelle 2 enthält eine Übersicht über alle bisher besprochenen Variablen. Angegeben sind jeweils der Name, die inhaltliche Dimension, die genaue Operationalisierung, die Datenquelle sowie der Zeitraum, auf den sich die Daten beziehen.

Tabelle 2: Übersicht über die wichtigsten Variablen der zentralen Querschnittsanalyse

Variablenname	Dimension	Operationalisierung	Quelle	Zeit
<i>Zentrale abhängige Variable</i>				
Unterbringungsrate	Anwendung des UbG, Einsatz von Zwang, Bewusstsein für Grundrechtseingriffe	Unterbringungen ohne Verlangen pro 1.000 der Bevölkerung	Patientenanwaltschaften, Statistik Austria, eigene Berechnungen	2017
<i>Wichtige unabhängige Variablen</i>				
Wohnplätze	Extramurale psychosoziale Versorgungsstruktur	Plätze in extramuralen Wohnangeboten für psychisch erkrankte Menschen pro 100.000 der Bevölkerung (logarithmiert, 0-100)	GÖG (Kern et al. 2018)	2016
Psychiatriebetten	Stationäre psychiatrische Versorgungsstruktur	„Tatsächliche“ Psychiatriebetten (inkl. tagesklinischer Behandlungsplätze) pro 100.000 der Bevölkerung	GÖG (Kern et al. 2018)	2016
Anstaltshaushalte	Vorhandensein von „totalen Institutionen“ für unterstützungsbedürftige Menschen	Menschen in Anstaltshaushalten pro 100.000 der Bevölkerung	Statistik Austria (Abgestimmte Erwerbsstatistik 2016)	Stichtag 31.10. 2016
Anregungen Erwachsenen-schutz	Mobilisierung des Erwachsenen-schutzrechtes	Anregungen von Sachwalterschaften pro 1.000 der Bevölkerung	Bundesrechenzentrum bzw. Bundesministerium für Justiz	2016

Tabelle 3 stellt weitere demographische, sozioökonomische und psychosoziale Variablen, die in die Untersuchung miteinbezogen wurden, übersichtlich dar. Berücksichtigt wurden der *Hochaltrigenanteil* (Prozentsatz der Menschen über 80 Jahre), der Anteil an *Einpersonenhaushalten* an allen Privathaushalten, die *Arbeitslosenrate* (Anteil der Arbeitslosen an allen Erwerbspersonen), Angaben zum Bezug der Transferleistungen *Pflegegeld* und *Notstandshilfe* sowie die *Suizidrate* (im Fünfjahresdurchschnitt 2013-2017, da Selbstmorde auf Bezirksebene zum Teil relativ seltene Ereignisse sind) und die *Psychotherapeutendichte*. Mit Ausnahme letzterer Kenngröße gehen mit diesen Faktoren tendenziell psychosoziale Risiko- oder Belastungsfaktoren einher, etwa die Prävalenz von Demenz (Hochaltrigenanteil) und Selbstgefährdungen (Suizide), die Abwesenheit unmittelbarer

Lebenspartner (Einpersonenhaushalte) oder die Verbreitung materiell prekärer Lebenslagen.

Tabelle 3: *Übersicht über weitere Variablen der regionalen Querschnittsanalyse*

Variablenname	Dimension	Operationalisierung	Quelle	Zeit
<i>Demographische Variablen</i>				
Hochaltrigenanteil	Demographische Alterung, Prävalenz von Demenz	Anteil der Bevölkerung mit 80 oder mehr Jahren	Statistik Austria (Bevölkerung zu Jahresbeginn)	Stichtag 1.1. 2017
Einpersonenhaushalte	Individualisierung, Urbanisierung	Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Privathaushalten (logarithmiert, 0-100)	Statistik Austria (Abgestimmte Erwerbsstatistik 2016)	Stichtag 31.10.2016
<i>Sozioökonomische Variablen</i>				
Arbeitslosenrate	materielle Prekarität	Anteil der Arbeitslosen an allen Erwerbspersonen (logarithmiert, 0-100)	Statistik Austria (Abgestimmte Erwerbsstatistik 2016)	Stichtag 31.10.2016
Pflegegeldbezug	Inanspruchnahme sozialstaatlicher Leistungen, Pflegebedürftigkeit	Ausbezahltes Pflegegeld pro Kopf (in Euro)	Statistik Austria, Integrierte Lohn- und Einkommensteuerstatistik	2015
Notstandshilfebezug	Inanspruchnahme sozialstaatlicher Leistungen, materielle Prekarität	Ausbezahlte Notstandshilfe pro Kopf (in Euro)	Statistik Austria, Integrierte Lohn- und Einkommensteuerstatistik	2015
<i>Psychosoziale Variablen</i>				
Suizidrate	Epidemiologie selbstgefährdenden Verhaltens	Selbstmorde pro 100.000 der Bevölkerung, 5-Jahresdurchschnitt 2013 bis 2017	Statistik Austria (Todesursachenstatistik)	2013-2017
Psychotherapeutendichte	Verfügbarkeit hochschwelliger psychosozialer Versorgungsangebote	Berufsberechtigte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pro 100.000 der Bevölkerung	GÖG (Sagerschnig & Tanios 2017)	2015

Als zusätzliche Einflussgröße wird eine dichotome Variable herangezogen, die abbildet, ob die UbG-Bereiche in den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen der betreffenden Region zumindest teilweise „offen“ geführt werden. Dahinter steht die Hypothese,

dass sich die – etwa in Teilen Ostösterreichs oder Vorarlberg praktizierte – Offenheit psychiatrischer Krankenhausbereiche, in denen das UbG vollzogen wird, auch auf die Unterbringungsrate auswirken könnte (inwieweit damit zugleich, wie teilweise angenommen, auch eine Veränderung der „Unterbringungskultur“ einhergehen könnte, ist eine zusätzlich zu prüfende Frage).⁹ Nur in fünf der 32 räumlichen Einheiten werden Unterbringungen vollständig „geschlossen“ praktiziert. Es handelt sich zum Teil jedoch um Krankenhäuser mit großen Einzugsgebieten, sodass diese fünf Untersuchungseinheiten über ein Drittel aller hier erfassten Unterbringungen abdecken. Ihnen wurde für die Variable „(teilweise) *Offenheit*“ der Wert null, allen anderen Untersuchungseinheiten der Wert eins zugeordnet.

Einige der verwendeten Indikatoren wiesen Ausreißerwerte und daher schiefe Verteilungen auf, was angesichts der kleinen Fallzahl (N=32 Regionen) zu beträchtlichen Verzerrungen bei den Zusammenhangsanalysen führen kann. Einzelne atypische Datenpunkte üben dann einen allzu großen Einfluss auf die Ergebnisse aus. Die betreffenden Variablen wurden daher – einer üblichen Strategie in der multivariaten Datenanalyse folgend – logarithmisch transformiert. Nicht alle Merkmale waren umstandslos auf der Ebene der hier verwendeten Gebietseinheiten verfügbar, sodass in einigen Fällen für einen Teil der Gebietseinheiten Umaggregationen und Schätzungen anhand des Bevölkerungsanteils notwendig waren. Trotz zum Teil aufwändiger Datenaufbereitungen dürften sich systematische Messfehler jedoch in Grenzen halten. Insgesamt gelang es erfreulich gut, einen Analysedatensatz mit Variablen zu erstellen, der deutlich tiefer als die Bundesländerebene gegliedert ist, daher sehr viel mehr an Varianz enthält und somit gleichermaßen wesentlich komplexere als auch validere Aussagen über regionale Determinanten und Korrelate der Unterbringungshäufigkeiten ermöglicht, als dies in der einschlägigen Forschung bisher geschehen ist.

Insofern mit dem Verwenden vieler unterschiedlicher Informationsquellen (die ihrerseits selbst im Fall von amtlichen Daten nicht völlig frei von Störquellen sind) und den damit verbundenen Rohdatenaufbereitungen zwangsläufig unsystematische Erfassungsfehler verbunden sind, kann der Datensatz als eine bis zu einem gewissen Grad zufällig zustande gekommene „Stichprobe“ aus einer „Population“ von möglichen Realisationen der beobachteten Größen angesehen werden, die jeweils auch ein wenig anders ausfallen hätten können. Aus diesem Grund werden die Zusammenhangsergebnisse im Folgenden, obwohl es sich um Vollerhebungsdaten handelt, mittels Signifikanztests auch inferenzstatistisch abgesichert.

⁹ Datenquelle: Patientenanwaltschaften; zur „offenen“ Führung psychiatrischer Kliniken in Österreich vgl. Steinert & Scharfetter (2018).

4.3. Deskriptive Ergebnisse und bivariate Zusammenhänge

Tabelle 4 enthält deskriptive Kennzahlen für alle verwendeten Variablen. Die Maße der zentralen Tendenz (Mittelwert und Median) bewegen sich für die zentrale abhängige Variable um etwa 2,3 Unterbringungen pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Bei einer durchschnittlichen Rate von ca. sieben stationären Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser pro 1.000 der Bevölkerung insgesamt ergibt dies österreichweit einen mittleren Unterbringungsanteil von ziemlich genau einem Drittel. Die Dispersionsmaße (Standardabweichung sowie Minima und Maxima) zeigen zum Teil große Streubreiten zwischen den Regionen an. Für alle Variablen, die in der weiteren Analyse in logarithmierter Form verwendet wurden, sind in Klammer zusätzlich die Kennwerte der auf einer Skala von null bis hundert normierten transformierten Fassungen angegeben.

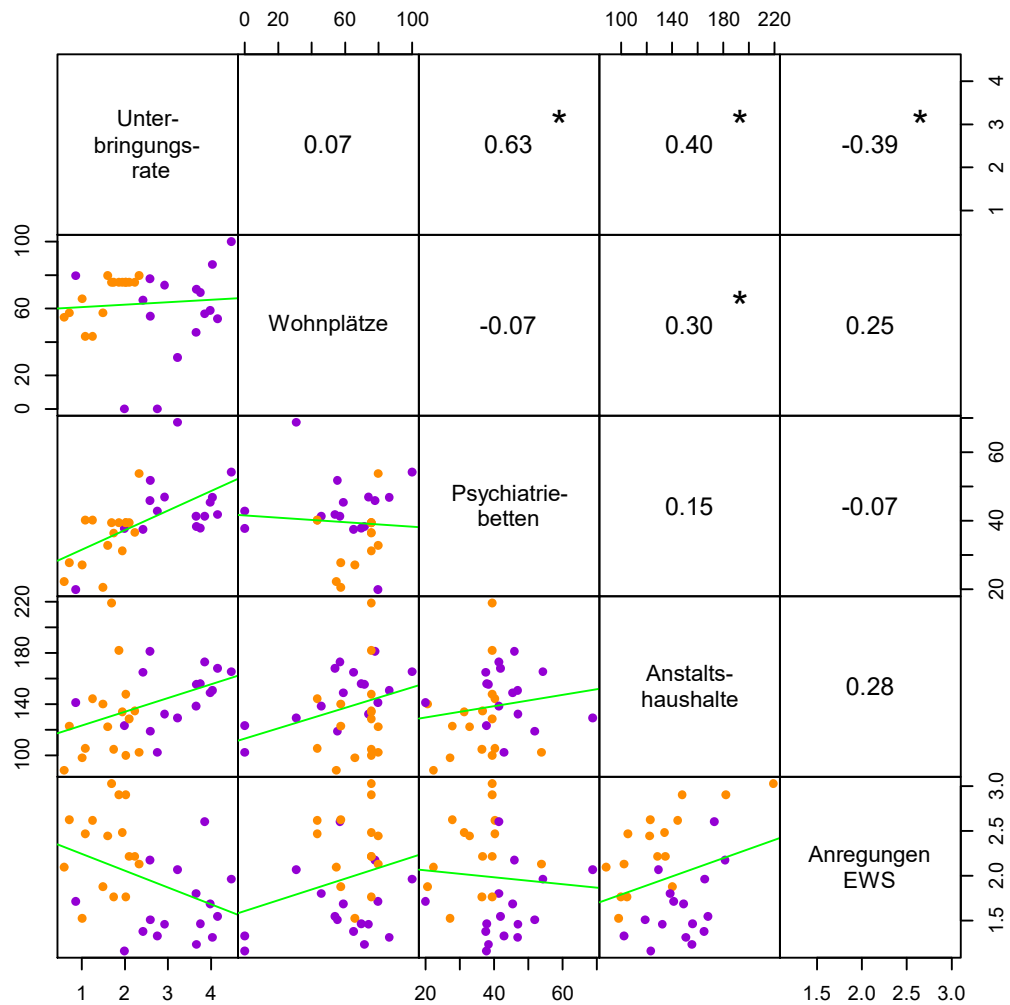
Tabelle 4: Mittelwerte (M), Medianwerte, Standardabweichungen (SD), Minima (Min) und Maxima (Max) der verwendeten Variablen

	M	Median	SD	Min	Max
Unterbringungsrate	2,39	2,17	1,10	0,59	4,47
Wohnplätze (log., 0-100)	67 (63)	69 (71)	47 (22)	3 (0)	248 (100)
Psychiatriebetten	40	39	10	20	69
Anstaltshaushalte	138	137	29	88	219
Anregungen Erwachsenenschutz	1,98	1,92	0,53	1,16	3,03
Hochaltrigenanteil, in %	5,0	5,1	0,9	3,4	7,2
Einpersonenhaushalte, in % (log., 0-100)	16 (36)	17 (33)	4 (26)	12 (0)	26 (100)
Arbeitslosenrate, in % (log., 1-00)	7,9 (38)	6,4 (30)	3,6 (27)	4,1 (0)	18 (100)
Pflegegeldbezug, in Euro	234	222	50	156	350
Notstandshilfebezug, in Euro	84	70	41	26	181
Suizidrate	14,0	13,0	3,3	7,8	20,7
Psychotherapeutendichte (log., 0-100)	94 (47)	56 (35)	70 (32)	27 (0)	226 (100)

Abbildung 14 zeigt eine Streudiagramm-Matrix sowie Korrelationskoeffizienten für die wichtigsten verwendeten Variablen. Korrelationskoeffizienten sind standardisierte Maße für die Stärke des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen, die immer zwischen minus eins (perfekter negativer Zusammenhang), null (kein Zusammenhang) und plus eins (perfekter positiver Zusammenhang) liegen.¹⁰

¹⁰ Mit den Begriffen „positiver“ Zusammenhang (je höher die Werte der einen Variable, desto höher auch die Werte der anderen Variable) und „negativer“ Zusammenhang (je höher die Werte der einen Variable, desto niedriger die Werte der anderen Variable) ist keine bewertende Aussage dahingehend verbunden, dass es sich um erwünschte oder unerwünschte Korrelationen handeln würde.

Abbildung 14: Streudiagramm-Matrix und Korrelationskoeffizienten für die wichtigsten Variablen der Untersuchung; orange Punkte: Wien und Niederösterreich, lila Punkte: restliches Österreich, * $p < 0,1$



Einer Faustregel zufolge gelten Korrelationen ab einem Betrag von 0,1 als wahrnehmbar, ab 0,3 als mittelstark und ab 0,5 bereits als stark. Die tatsächliche Bedeutsamkeit eines Effekts hängt aber letztlich immer von inhaltlich-theoretischen Erwägungen ab. Dasselbe gilt für die statistische Signifikanz (hier, so vorhanden, durch Sternchen angezeigt), die eine gewissen Verallgemeinerbarkeit des Zusammenhangs über die konkret erhobenen Daten hinaus indiziert, für sich genommen aber noch nichts über dessen Stärke oder Relevanz auszusagen vermag.¹¹

¹¹ Als Signifikanzniveau wurde hier aufgrund der kleinen Fallzahl eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,1$ gewählt.

Jeder Punkt in den Streudiagrammen steht für eine Region, wobei Gebietseinheiten in Wien und Niederösterreich in oranger und solche im restlichen Österreich in lila Farbe eingezeichnet sind. Die grünen Geraden sind lineare Trendlinien für den Zusammenhang der jeweiligen Variablen. Je flacher ihre Steigung ausfällt, umso weniger klar lässt sich das betreffende Variablenpaar im Sinne einer „je desto“-Beziehung beschreiben. Welche Ergebnisse lassen sich aus den bivariaten Zusammenhängen ableiten?

- Die Unterbringungsrate korreliert stark mit der Dichte an Psychatriebetten: **Je mehr Psychatriebetten in einer Region vorhanden sind, desto höher ist die Unterbringungsrate.** Das Ergebnis beinhaltet allerdings noch keine Information darüber, ob in den Gebieten mit weniger Psychatriebetten eine Unterversorgung besteht und die geringeren Unterbringungsraten ein Indiz für einen Versorgungsmangel darstellen oder ob eine höhere Bettenanzahl Unterbringungen im Sinne einer institutionellen Logik zur Auslastung der Betten fördern.
- Ein mittelstarker Zusammenhang zeigt sich mit der Variable „Anstaltshaushalte“: **Je höher** in einer Region der **Anteil an Menschen in Anstaltshaushalten** ist, **desto mehr Unterbringungen sind zu verzeichnen.** Dieses Ergebnis ist, wie im letzten Abschnitt angedeutet, insofern plausibel, als in den betreffenden Institutionen (vor allem Pflege- bzw. Altersheime sowie Einrichtungen für geflüchtete Menschen) Risikogruppen für psychische Erkrankungen leben.
- Zur bevölkerungsbezogenen Rate an Anregungen von Erwachsenenschutz zeigt sich ebenfalls ein Zusammenhang mittlerer Stärke, der allerdings negativ ausfällt: **Je mehr Anregungen von Erwachsenenvertretung vorliegen, desto geringer** ist tendenziell die **Unterbringungsrate** in einer Region.
- Die Dichte an **betreuten Wohnplätzen** steht in bivariater Betrachtungsweise mit der **Unterbringungsrate** hingegen in **keinerlei statistisch wahrnehmbarem Zusammenhang.** Allenfalls ergibt sich ein solcher Zusammenhang dem betreffenden Streudiagramm zufolge dann, wenn man die Datenpunkte für Wien und Niederösterreich einerseits und die des restlichen Landes andererseits getrennt betrachtet: Die beiden Punktwolken legen dann jeweils einen positiven Zusammenhang nahe. Österreichweit besteht jedoch keine Korrelation.
- Die „unabhängigen“ Variablen (d.h. alle Größen mit Ausnahme der Unterbringungsrate) hängen untereinander nur undeutlich zusammen. Allein der positive Zusammenhang zwischen den Dichten an Anstaltshaushalten und Wohnplätzen

für psychisch erkrankte Menschen ist mit einem Korrelationskoeffizient von 0,3 deutlich und (schwach) statistisch signifikant.

Abbildung 15: **Korrelationsmatrix aller verwendeten kontinuierlichen Variablen**

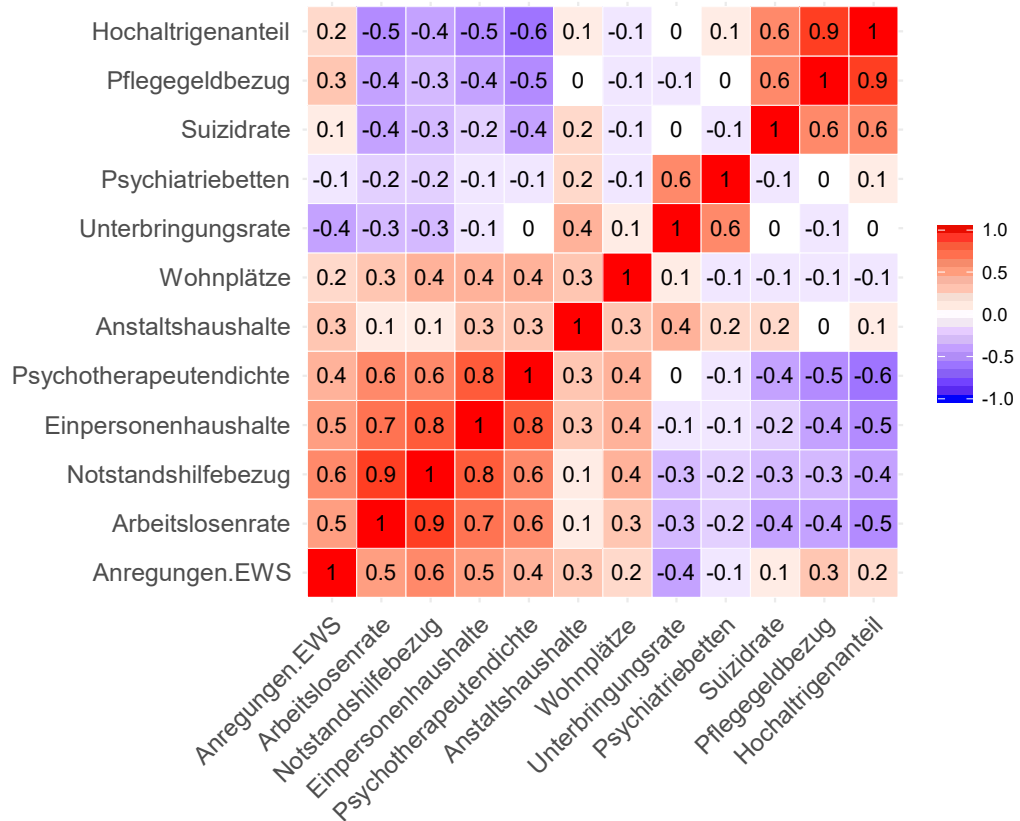


Abbildung 15 enthält eine erweiterte Korrelationsmatrix, in die auch die demographischen, sozioökonomischen und weiteren psychosozialen Indikatoren aufgenommen und so angeordnet sind, dass sie Gruppen untereinander deutlich zusammenhängender Variablen bilden. In Analogie zu einer Temperaturskala sind positive Zusammenhänge rot und negative blau dargestellt. Die Unterbringungsrate bildet zusammen mit der Dichte an Psychiatriebetten einen eigenen „Cluster“ untereinander stark korrelierter Variablen, ebenso wie die drei Kenngrößen Hochaltrigenanteil, Pflegegeldbezug und Suizidrate. Letztere Variablen korrelieren jeweils negativ mit den untereinander wiederum deutlich positiv zusammenhängenden Indikatoren Psychotherapeutendichte, Einpersonenhaushalte, Notstandshilfebezug und Arbeitslosenrate. Höhere Ausprägungen der letzteren Variablengruppe sind urban geprägte Phänomene: In Städten gibt es einerseits tendenziell größere Anteile an Singlehaushalten und höhere Prozentsätze an Personen, die arbeitslos

sind oder Notstandshilfe beziehen, andererseits in Relation zur Bevölkerung aber auch mehr berufsberechtigte PsychotherapeutInnen. Die negativen Zusammenhänge mit dem Anteil der Menschen über 80 Jahre deuten darauf hin, dass sich demographisch stärker gealterte Regionen (die tendenziell auch höhere Raten an Selbstmorden und Pflegegeldbezug aufweisen) in Österreich eher im ländlichen Raum befinden.

Im Hinblick auf Korrelationen mit der Unterbringungsrate **zeigen sich für die zusätzlich eingeführten sozialstrukturellen Indikatoren vergleichsweise bescheidene Werte**: Keiner der betreffenden Korrelationskoeffizienten übersteigt einen Betragswert von 0,4. Auf Grundlage der bivariaten Koeffizienten lässt sich somit vermuten, dass deren Effekte eher gering ausfallen. Indessen sind auch schwache oder nicht vorhandene Zusammenhänge als Ergebnisse relevant, weil sie zeigen, welche Variablen eben keinen Erklärungswert besitzen.

Im Hinblick auf die dichotome Variable „(teilweise) Offenheit“ des UbG-Bereichs zeigt sich ein eindeutiger Effekt: Während die Unterbringungsrate für Untersuchungseinheiten mit vollständiger räumlicher Geschlossenheit des UbG-Bereichs 3,71 pro 1.000 EinwohnerInnen beträgt, sind es in den Regionen mit zumindest zeitweise offenen Gebäudeteilen, in denen das UbG vollzogen wird, nur 2,15 pro 1.000 der Bevölkerung. Der Mittelwertunterschied ist statistisch signifikant ($p < 0,001$).¹² **Zumindest teilweise Offenheit der UbG-Bereiche geht also mit einer niedrigeren Unterbringungsrate einher.** Aufgrund des bivariaten Zusammenhangs lässt sich allerdings noch keine Aussage darüber treffen, ob dieses Ergebnis nicht durch Variationen anderer Variablen wie etwa der Dichte an Psychiatriebetten zustande kommt. Damit kann an dieser Stelle auch nichts über mögliche kausale Effekt gesagt werden.

4.4. Multivariate Modelle: Konzept und Ergebnisse

In diesem Abschnitt wird mittels multivariater Regressionsmodelle untersucht, ob sich die bis jetzt gefundenen Zusammenhänge einzelner Variablen mit der Unterbringungsrate auch dann zeigen, wenn Zusammenhänge der Einflussgrößen untereinander statis-

¹² Der Zusammenhang zwischen „Offenheit“ und Unterbringungsrate lässt sich auch als Korrelationskoeffizient ausdrücken, der in diesem Fall -0,52 beträgt und ebenfalls statistisch deutlich signifikant ist ($p < 0,01$). Korrelationskoeffizienten für Zusammenhänge zwischen intervallskalierten und dichotomen Variablen sind intuitiv weniger gut verständlich als Mittelwertvergleiche, werden in der jedoch als zulässig angesehen, da auch zweiwertige Merkmale eine wesentliche Eigenschaft der Intervallskalengleichheit aufweisen, nämlich den gleichen Abstand der Skalenpunkte.

tisch kontrolliert werden. Multivariate Modelle stützen sich auf die Ergebnisse von Regressionsgleichungen mit einer abhängigen und mehreren unabhängigen Variablen.¹³ Für das Abschätzen der relativen Bedeutsamkeit von unabhängigen Variablen stehen zwei Kennzahlen zur Verfügung:

Die *standardisierten Regressionskoeffizienten* zeigen den Einfluss der jeweiligen Größe, wenn die Effekte aller anderen unabhängigen Variablen konstant gehalten werden. Konkret bezeichnen die Koeffizienten das Ausmaß an Veränderung der abhängigen Variable (gemessen an ihrer Standardabweichung), wenn die jeweilige unabhängige Variable unter sonst gleichen Bedingungen um eine Standardabweichung steigt. Im Hinblick auf Vorzeichen und Betrag lassen sie sich wie bivariate Korrelationskoeffizienten interpretieren. Im Folgenden werden sie auch auf statistische Signifikanz überprüft. Standardisierte Regressionskoeffizienten in multivariaten Modellen können mitunter auch dann statistisch signifikant sein und eine gewisse Effektstärke aufweisen, wenn sich in bivariater Betrachtung kein wahrnehmbarer Zusammenhang zeigt.

Der *erklärte Varianzanteil* zeigt hingegen den Prozentsatz an Variabilität der abhängigen Variable an, der durch die betreffende unabhängige Variable unter Berücksichtigung des Einflusses der anderen unabhängigen Variablen erklärt werden kann. Die Varianzanteile ergeben in Summe den Prozentsatz der Varianz, den alle unabhängigen Variablen gemeinsam aufklären („Bestimmtheitsmaß“ R^2). Diese Summenzahl ist somit ein Indikator für die Erklärungskraft eines Modells insgesamt. Die Berechnung der Varianzanteile der einzelnen Variablen folgt einer etwas anderen Logik als die der standardisierten Regressionskoeffizienten. In ihnen kommt bis zu einem gewissen Grad auch die Stärke des bivariaten Zusammenhangs zum Ausdruck. Sie werden weniger stark von der jeweiligen Variablenauswahl beeinflusst und sind daher „robuster“ gegenüber der konkreten Modellspezifikation.¹⁴

Grundsätzlich gilt: Der Effekt einer Variable ist statistisch umso bedeutsamer, je höher ihr standardisierter Regressionskoeffizient dem Betrag nach ausfällt und je größer der Anteil der durch sie erklärten Varianz ist. Die – hier wiederum durch Sterne angezeigte –

¹³ Wenn im Folgenden von „Effekt“, „Wirkung“ oder „Einfluss“ die Rede ist, so ist dies zunächst immer nur in einem statistisch-beschreibenden Sinn zu verstehen. Aussagen über kausale Beziehungen zwischen Variablen können allein aufgrund multivariater Modelle noch nicht getroffen werden. Ein multivariat abgesicherter Zusammenhang ist allerdings die Voraussetzung dafür, eine Variable überhaupt als verursachende Einflussgröße betrachten zu können.

¹⁴ Als aussagekräftige Alternative zu Signifikanzen und standardisierten Koeffizienten gewinnen diese Varianzzerlegungsmaße zunehmend an Beliebtheit in der angewandten Regressionsanalyse. Gemäß einem in der methodologischen Diskussion vertretenen Standpunkt kommen sie einem intuitiven Verständnis von Effektstärke und relativer „Wichtigkeit“ einzelner Variablen näher als die üblicherweise verwendeten standardisierten Regressionskoeffizienten (vgl. Bi 2012). Hier wurde einer von Johnson (2000) vorgeschlagenen Methode gefolgt, für die Kabacoff (2011: 216) Syntax in der freien Open-Source Software R bereitgestellt hat. Letztlich muss sich die Zuschreibung von Bedeutsamkeit an einzelne Variablen freilich stets auch aufgrund theoretischer Kriterien ergeben.

statistische Signifikanz ist für sich genommen noch kein Indikator für die Bedeutsamkeit eines Zusammenhangs.¹⁵

Tabelle 5: **Regressionsmodell für die Unterbringungsrate** (N=32); *p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01

	Grundmodell		„Demographisches“ Modell		„Sozioökonomisches“ Modell		„Psychosoziales“ Modell	
	standard. Regressionskoeffizient	erklärter Variationsanteil	standard. Regressionskoeffizient	erklärter Variationsanteil	standard. Regressionskoeffizient	erklärter Variationsanteil	standard. Regressionskoeffizient	erklärter Variationsanteil
Wohnplätze	0,15	1,8 %	0,11	1,4 %	0,11	1,7 %	0,12	1,4 %
Psychiatriebetten	0,50***	31,1 %	0,51***	31,4 %	0,51***	30,6 %	0,53***	31,9 %
Anstaltshaushalte	0,34***	15,6 %	0,33***	13,0 %	0,36***	13,4 %	0,29***	11,8 %
Anregungen EWS	-0,44***	16,5 %	-0,49***	15,0 %	-0,52***	13,5 %	-0,49***	17,2 %
(teilweise) Offenheit	-0,32***	17,6 %	-0,33***	17,8 %	-0,33***	17,3 %	-0,30***	17,1 %
Hochaltrigenanteil			-0,01	0,9 %				
Einpersonenhaushalte			0,12	1,8 %				
Pflegegeldbezug					0,03	0,1 %		
Notstandshilfebezug					0,13	3,2 %		
Suizidrate							0,12	0,8 %
Psychotherapeutendichte							0,15	1,4 %
Erklärte Varianz (R ²)		80,3 %		81,0 %		81,0 %		81,7 %

Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse von Regressionen mit der Unterbringungsrate als abhängiger Variable. In allen Modellen sind Wohnplätze, Psychiatriebetten, Anstaltshaushalt, Anregungen von Erwachsenenschutz und die Offenheit des UbG-Bereichs jeweils unabhän-

¹⁵ Da Signifikanzwerte abgesehen von der Stichprobengröße und der Streuung der Variablen jedoch auch von der Effektstärke abhängen, sind schwache Zusammenhänge in aller Regel auch nicht signifikant.

gige Einflussgrößen. Das „Grundmodell“ in den beiden ersten Spalten der Tabelle beschränkt sich auf diese fünf Variablen.¹⁶ Die weiteren Modelle fügen dem Grundmodell je zwei weitere demographische, sozioökonomische oder „psychosoziale“ unabhängige Variablen hinzu (siehe Tabelle 3).¹⁷ Aufgrund der kleinen Fallzahl von 32 Regionen sind Signifikanzen bereits ab einem Niveau der Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,1$ angegeben.

Welche Ergebnisse lassen sich aus den Zahlen in Tabelle 5 ableiten? Der Tendenz nach bestätigen sich die Resultate der bivariaten Analyse:

- Den **stärksten Effekt** auf die Unterbringungsrate übt die bevölkerungsbezogene Zahl an **Psychiatriebetten** aus: Je mehr stationäre Plätze in Krankenanstalten und psychiatrischen Abteilungen vorgehalten werden, desto **mehr Unterbringungen nach UbG** finden statt. Obwohl der Effekt geringfügig schwächer als in der bivariaten Analyse ausfällt, vermag sich die Bettendichte in den multivariaten Modellen als wichtigste Einflussgröße durchzusetzen, die ein knappes Drittel der Varianz der Unterbringungsrate erklärt.
- Als ebenfalls starker Einfluss zeichnet sich in multivariater Betrachtungsweise der **negative Zusammenhang von Unterbringungsrate und der Rate an Anregungen von Erwachsenenschutz** ab: Je mehr es solche Anregungen im Verhältnis zur Bevölkerung in einer Region gibt, umso weniger Unterbringungen ohne Verlangen kommen vor. Die Effekte in den Modellen sind durchwegs stärker als der bivariate Korrelationskoeffizient.
- Etwas schwächer als das bivariate Zusammenhangsmaß, aber immer noch sehr deutlich zeigen die Modelle, dass eine **höhere Dichte an Menschen in Anstaltshaushalten** mit **mehr Unterbringungen** einhergeht.
- Eine zumindest teilweise **Offenheit** des UbG-Bereichs korreliert auch in multivariater Betrachtungsweise negativ mit der Unterbringungsrate.

¹⁶ Idealerweise wären hier noch andere Aspekte der extramuralen Versorgung zu integrieren gewesen, für die jedoch keine operationalisierbaren Daten zur Verfügung standen. Die Variablenauswahl musste daher bis zu einem gewissen Grad pragmatischen Gründen folgen.

¹⁷ Da die Kennzahlen des erweiterten Variablensets zum Teil untereinander stark zusammenhängen (siehe Korrelationsmatrix im vorangegangenen Abschnitt), können sie nicht alle simultan getestet werden: Wenn unabhängige Einflussgrößen nämlich untereinander zu stark korreliert sind (Problem der „Multikollinearität“), werden Regressionsmodelle unzuverlässig. Die Variabilität der abhängigen Größe kann dann nicht sinnvoll den einzelnen unabhängigen Variablen zugeordnet werden. Die Modelle enthalten daher stets nur entweder die demographischen, sozioökonomischen oder „psychosozialen“ unabhängigen Variablen. Überhaupt weggelassen wurde die Arbeitslosenrate, da sie extrem stark mit dem Pro-Kopf-Bezug von Notstandshilfe zusammenhängt (Korrelationskoeffizient $r = 0,93$).

- Die bevölkerungsrelative Zahl an **Plätzen in Wohneinrichtungen für psychisch erkrankte Menschen** weist auch in den soeben vorgestellten multivariaten Modellen **keinerlei wahrnehmbaren Zusammenhang mit der Unterbringungsrate** auf. In den weiterführenden Analysen (siehe sogleich unten) werden sich allerdings zwei gegenläufige Effekte zeigen (mehr Wohnplätze senken zwar die Aufnahme rate, gehen aber mit einem höherem Anteil an Unterbringungen an allen Aufnahmen einher), die einander im Hinblick auf die Unterbringungsrate aufheben.
- Keine Zusammenhänge mit der Unterbringungsrate zeigen sich auch für die zusätzlichen demographischen (Hochaltrigenanteil, Einpersonenhaushalte), sozioökonomischen (Pflegegeld- und Notstandhilfebezug) und psychosozialen Kenngrößen (Suizidrate und Psychotherapeutendichte). Diese Variablen liefern keinen substantziellen Beitrag zur Erklärungskraft der Modelle.
- Die **Erklärungskraft der Modelle** ist – gemessen an sozialwissenschaftlichen Standards – **bemerkenswert hoch**. Die fünf statistisch signifikanten unabhängigen Variablen erklären simultan betrachtet unabhängig voneinander etwa vier Fünftel der Varianz der Unterbringungsrate. Ihr einzelner nicht-redundanter Varianzerklärungsanteil beträgt durchwegs deutlich mehr als zehn Prozent.

4.5. Weiterführende Analysen

In diesem Unterkapitel werden Ergebnisse weiterführender Analysen vorgestellt, indem die Unterbringungsrate in die beiden Größen *Aufnahmerate* und *Unterbringungsanteil* zerlegt wird. Der Abschnitt enthält detaillierte statistische Vertiefungen. „Eilige“ Lesende können ihn überspringen und mit der Diskussion der Ergebnisse fortfahren.

Die Unterbringungsrate kann näher besehen als Funktion zweier Größen verstanden werden, die sich theoretisch und empirisch unterscheiden lassen: einerseits der – wiederum bevölkerungsrelativen – Zahl der stationären Aufnahmen in psychiatrischen Anstalten überhaupt (im Folgenden als *Aufnahmerate* bezeichnet), andererseits des Prozentsatzes dieser Aufnahmen, bei denen das UbG zur Anwendung kommt (diese Variable soll hier *Unterbringungsanteil* heißen). Als Formel lässt sich das Verhältnis von Unterbringungsrate, Aufnahme rate und Unterbringungsanteil folgendermaßen ausdrücken:

$$\text{Unterbringungsrate} = \frac{\text{Unterbringungen}}{\text{Bevölkerung}} = \frac{\text{stationäre Aufnahmen}}{\text{Bevölkerung}} \times \frac{\text{Unterbringungen}}{\text{stationäre Aufnahmen}}$$

Im Hinblick auf die Unterbringungsrate kürzt sich die Zahl der stationären Aufnahmen in der Formel heraus, sodass ihre Betrachtung nicht unbedingt erforderlich wäre. Für ein

vertieftes Verständnis des Zustandekommens von regional unterschiedlichen Unterbringungsrate ist es jedoch deskriptiv und analytisch sinnvoll, zwischen Aufnahme- und Unterbringungsrate zu unterscheiden und letztere als abhängige Variable zu behandeln. Aufnahme- und Unterbringungsrate sind im Hinblick auf die Unterbringungsrate unabhängige Größen, hängen aber ihrerseits wiederum von bestimmten Variablen ab. Bei diesem Untersuchungskonzept handelt es sich insofern um einen „Kunstgriff“ der statistischen Modellierung, als sich ein Mehr oder Weniger an Unterbringungen stets unmittelbar in allen drei Variablen widerspiegelt, da Unterbringungen Teil der Aufnahmen insgesamt sind. Zweck dieser gedanklichen Operation ist es, *je- weils spezifische Zusammenhänge* der unabhängigen Variablen (wie etwa der Dichte an Psychiatriebetten oder des Angebots an extramuralen Wohnplätzen) *mit zwei unterschiedlichen Facetten der stationären psychiatrischen Praxis* aufzuzeigen, die sich direkt oder indirekt auf Unterbringungsrate auswirken: nämlich mit dem eher „strukturellen“ *Gesichtspunkt der Inanspruchnahme von Krankenhäusern* einerseits und stärker „kulturellen“ *Aspekten des „gelebten“ Unterbringungsrechts* andererseits. Dabei steht die Aufnahme- für erstere Dimension (Welche Bedeutung hat stationäre psychiatrische Versorgung insgesamt in einer Region?) und der Unterbringungsanteil für letztere (Wie verbreitet ist ein Vorgehen nach UbG im Rahmen der psychiatrischen Behandlung in Krankenhäusern?). Während die Aufnahme- somit vor allem die Versorgungsland- schaft einer Region abbildet, kommt im Unterbringungsanteil das Muster der Summe vie- ler Entscheidungen zum Ausdruck, ob und wie das UbG im Einzelfall anzuwenden ist.¹⁸

Die nachfolgenden Analysen untersuchen zunächst, wie sich das Zustandekommen der Unterbringungsrate darstellt, wenn sie als eine Funktion von Aufnahme- und Unter- bringungsanteil konzipiert wird. Es wäre denkbar, dass sich die Unterbringungsanteile der österreichischen psychiatrischen Krankenhäuser kaum unterscheiden und überall in einer proportional gesehen ähnlich großen Teilmenge aller Aufnahmen nach UbG vorge- gangen wird – die Unterbringungsrate wäre dann überwiegend vom Ausmaß der statio- nären Zugänge abhängig, das seinerseits überwiegend *strukturelle* Aspekte der psychoso- zialen Versorgung widerspiegeln dürfte. Umgekehrt könnte es sein, dass Bedeutung und Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Angebote zwischen den Regionen nur we- nig variieren, sodass die verschiedenen bevölkerungsbezogenen Unterbringungsrate – abgesehen von allenfalls von Anstalt zu Anstalt abweichenden individuellen Merkmalen

¹⁸ Ob aus einer stationären psychiatrischen Behandlungsepisode eine Unterbringung ohne Verlangen nach UbG oder eine einfache Aufnahme wird, liegt nicht nur im Ermessen des beteiligten ärztlichen Personals. Abgesehen davon, dass die Entscheidung in vielen Fällen durch die Umstände des Einzelfalls mehr oder weniger deutlich indiziert sein wird, kommt im Unterbringungsanteil auch das Verhalten „nachfragender“ Institutionen und Personen aus der Umwelt der Krankenhäuser zum Ausdruck. Der mit dem Unterbringungsanteil abgebildete Aspekt der Psychatriekultur ist somit weit zu verstehen. Er kann daher – ebenso wie die Unterbringungsrate – auch nicht ohne weiteres normativ als Indikator für das Ausüben von (unerwünschtem) Zwang oder (erwünschtem) Rechtsschutz gedeutet werden.

der untergebrachten Personengruppen – vor allem *kulturellen* Praxisunterschieden hinsichtlich der Anwendung des UbG zuzuschreiben wären. Schließlich ist es möglich, dass die beiden Größen bis zu einem gewissen Grad korrelieren: Wenn etwa stationäre Aufnahmen in bestimmten Gegenden insgesamt seltener sind, könnte der Unterbringungsanteil dort höher ausfallen, weil im Verhältnis mehr gravierendere Fälle von Fremd- oder Selbstgefährdung an die Kliniken herangetragen werden. Ein denkbarer gegenteiliger Effekt wäre, dass mit der Aufnahme rate auch der Unterbringungsanteil sinkt, weil eine gute ambulante und gemeindenah e psychosoziale Versorgung stationäre Aufnahmen und Unterbringungen ohne Verlangen gleichermaßen zurückdrängt.

Tabelle 6 zeigt übersichtlich, wie die beiden Größen Aufnahme rate und Unterbringungsanteil gebildet wurden. Sie enthält auch Quellenangaben.

Tabelle 6: Übersicht über die Variablen Aufnahme rate und Unterbringungsanteil

Variablenname	Dimension	Operationalisierung	Quelle	Zeit
<i>Variablen zu Aufnahmen und Unterbringungen (sowohl abhängig als auch unabhängig)</i>				
Aufnahmerate	Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Versorgung	Stationäre Aufnahmen in psychiatrischen Anstalten pro 1.000 der Bevölkerung (logarithmiert, 0-100)	Krankenhauserhebung ÖBIG, Statistik Austria, eigene Berechnungen	2017
Unterbringungsanteil	Anwendung des UbG (vgl. Unterbringungsrate in Tabelle 2), „Unterbringungskultur“	Anteil der Unterbringungen ohne Verlangen an allen stationären Aufnahmen in psychiatrischen Anstalten (in Prozent)	Krankenhauserhebung ÖBIG, Patientenanwaltschaften, eigene Berechnungen	2017

Tabelle 7 enthält deskriptive Kennwerte für die neu eingeführten Variablen. Auch die Werte für die Unterbringungsrate sind aus Übersichtsgründen noch einmal dargestellt. Die Variationsbreiten der Aufnahme rate und des Unterbringungsanteils sind jeweils erheblich. Während etwa in manchen Regionen fast jede zweite stationäre Aufnahme in Psychiatrien mit einer Unterbringung ohne Verlangen einhergeht, erfolgen in der Untersuchungseinheit mit dem niedrigsten Unterbringungsanteil nahezu neun von zehn Aufnahmen ohne Anwendung des UbG.

Tabelle 7: Mittelwerte (M), Medianwerte, Standardabweichungen (SD), Minima (Min) und Maxima (Max) der Unterbringungsvariablen

	M	Median	SD	Min	Max
Unterbringungsrate	2,39	2,17	1,10	0,59	4,47
Aufnahmerate (log., 0-100)	7,40 (45)	6,79 (43)	2,87 (25)	3,59 (0)	15,54 (100)
Unterbringungsanteil, in %	33	34	11	13	48

Die Abbildungen 16 und 17 zeigen analog zu den Abbildungen 14 und 15 die um die Aufnahme- und den Unterbringungsanteil erweiterten Korrelationsmatrizen der verwendeten kontinuierlichen Variablen. In Abbildung 16 sind positive Korrelationen der Unterbringungsrate mit dem Unterbringungsanteil und der Aufnahme- und der Unterbringungsrate zu sehen:

- Je höher die beiden letzteren Größen ausfallen, umso höher ist auch die Unterbringungsrate. Dies ist für sich genommen wenig überraschend, da die Unterbringungsrate genau in diese zwei Variablen zerlegt wurde, die gemäß der oben angegebenen Formel zusammen nichts anderes als eben die Unterbringungsrate ausmachen.
- Nicht selbstverständlich und daher aufschlussreich ist jedoch die Tatsache, dass es **zwischen Aufnahme- und Unterbringungsanteil**, wie der Korrelationswert nahe null und die flache grüne Trendlinie nahelegen, **keine wahrnehmbare Korrelation gibt**. Eine „je desto“-Aussage ist hier nicht möglich: Niedrige Aufnahme- und Unterbringungsanteile gehen in manchen Regionen mit niedrigen (zum Teil in Wien und Niederösterreich), in anderen hingegen mit hohen Unterbringungsanteilen einher; umgekehrt gibt es überdurchschnittliche Unterbringungsanteile sowohl in Gebieten mit vielen als auch mit wenigen stationären Aufnahmen je Einwohnerin bzw. Einwohner.
- Die Effekte der Aufnahme- und des Unterbringungsanteils auf die Unterbringungsrate sind in etwa gleich stark. Auch dies ist beachtenswert, da es – wie oben skizziert – durchaus denkbar wäre, dass eine der beiden Größen einen deutlich stärkeren Einfluss ausübt als die andere. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass sich die **„strukturellen“ und „kulturellen“ Komponenten der Unterbringungsrate in etwa die Waage halten**.

Abbildung 16: Streudiagramm-Matrix und Korrelationskoeffizienten für die wichtigsten Variablen der Untersuchung; orange Punkte: Wien und Niederösterreich, lila Punkte: restliches Österreich, * $p < 0,1$

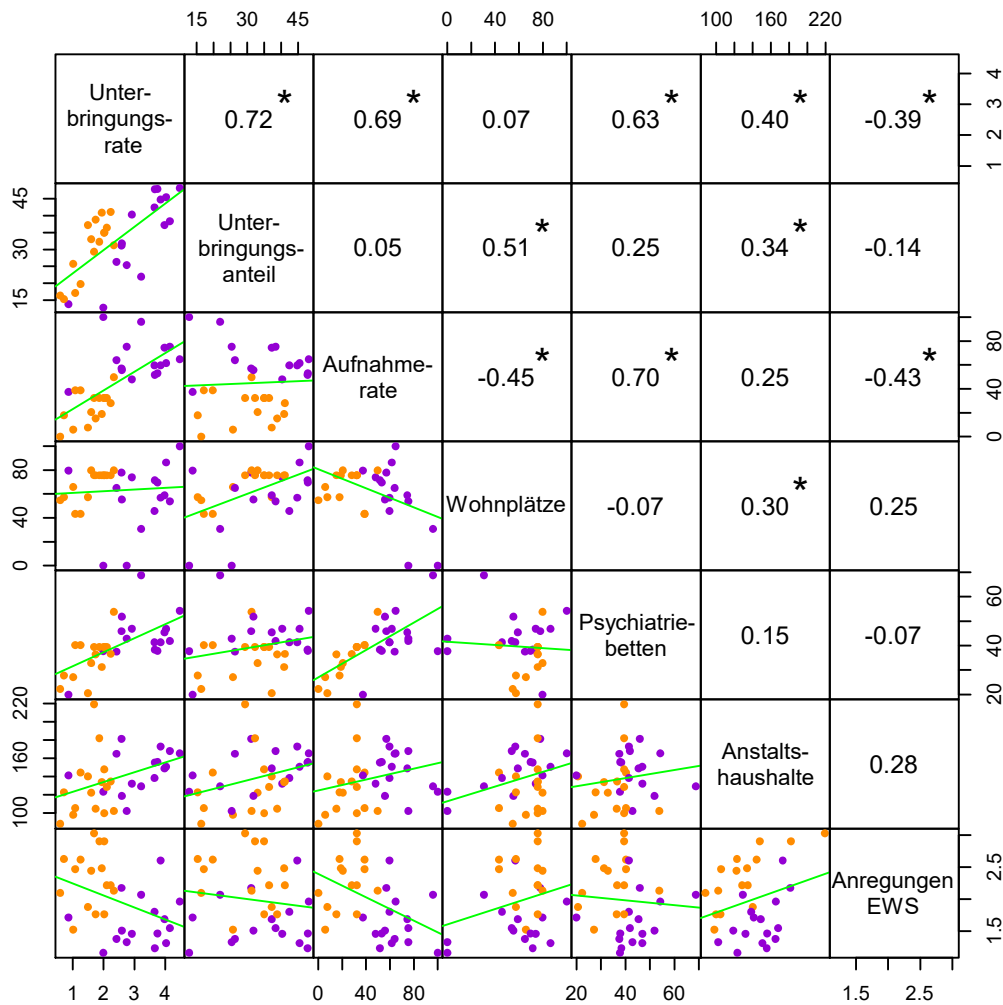


Abbildung 17 verdeutlicht, dass die Variablen Unterbringungsrate, Unterbringungsanteil und Aufnahme-rate zusammen mit den Anstaltshaushalten und Psychiatriebetten eine Gruppe von Kenngrößen bilden, die jeweils untereinander relativ stark positiv zusammenhängen. Die Muster der Korrelationen von Aufnahme-rate und Unterbringungsanteil mit allen anderen unabhängigen Variablen unterscheiden sich jedoch beträchtlich und sind zum Teil deutlich gegenläufig.

Abbildung 17: **Korrelationsmatrix aller verwendeten kontinuierlichen Variablen**

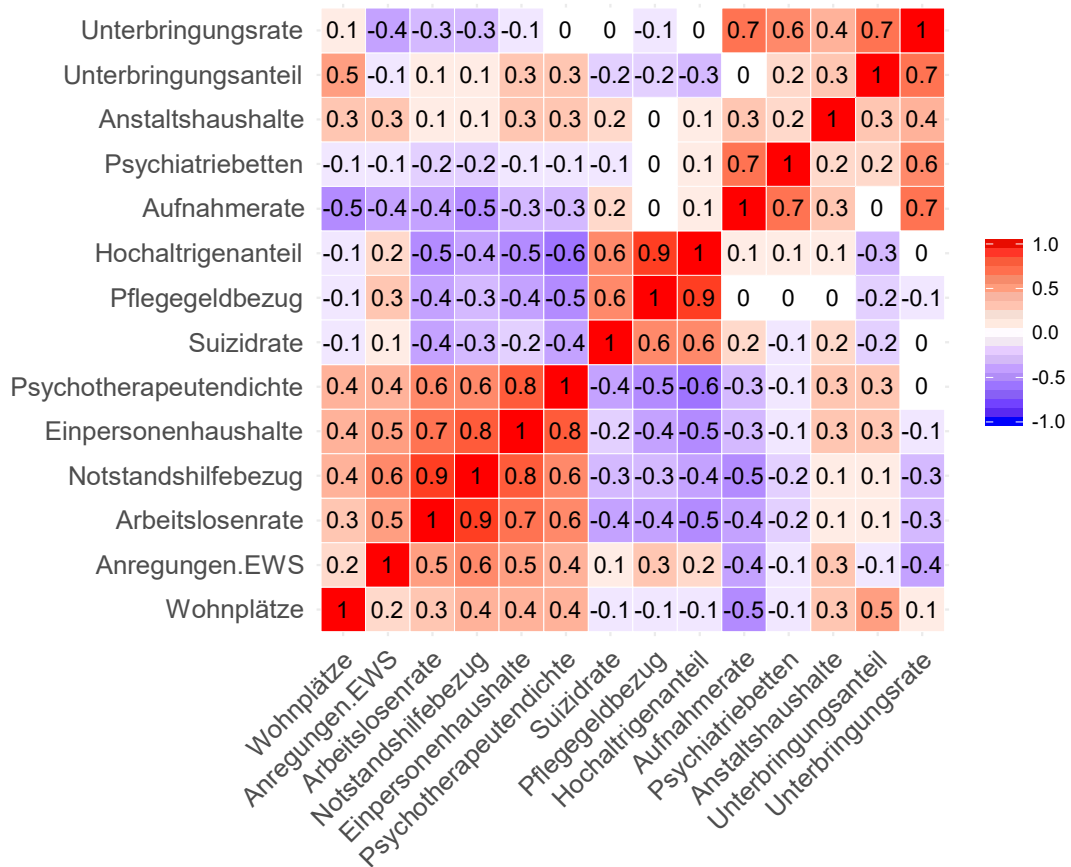


Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse von Regressionen mit der Unterbringungsrate als abhängiger Variable. Unabhängige Variablen sind hier jeweils nur der Unterbringungsanteil und die Aufnahme rate. Wie in der oben angegebenen Formel ausgeführt, lässt sich die Unterbringungsrate theoretisch zur Gänze auf diese beiden Größen zurückführen. Dies ist auch empirisch tatsächlich der Fall – aufgrund der multiplikativen Verknüpfung von Aufnahme rate und Unterbringungsanteil zeigt sich dies in einem multivariaten Regressionsmodell jedoch nur dann, wenn alle Variablen logarithmisch transformiert werden (Modell 1 in Tabelle 8). In den bisherigen und allen folgenden Analysen wurden solche Transformationen allerdings nur vorgenommen, um „schiefe“ Verteilungen zu normalisieren und dergestalt den Einfluss von Ausreißerwerten zu verringern, was zu angemesseneren Zusammenhangsschätzungen führt. Ansonsten wurden alle Variablen, auch aus Gründen der Anschaulichkeit und Interpretierbarkeit, in nicht-transformierter Fassung verwendet. Ein Modell mit Unterbringungsrate und -anteil in „Originalversion“ sowie der aufgrund

von Ausreißerwerten logarithmierten Aufnahme rate erklärt immer noch 95 Prozent an Varianz (Modell 2 in Tabelle 8).

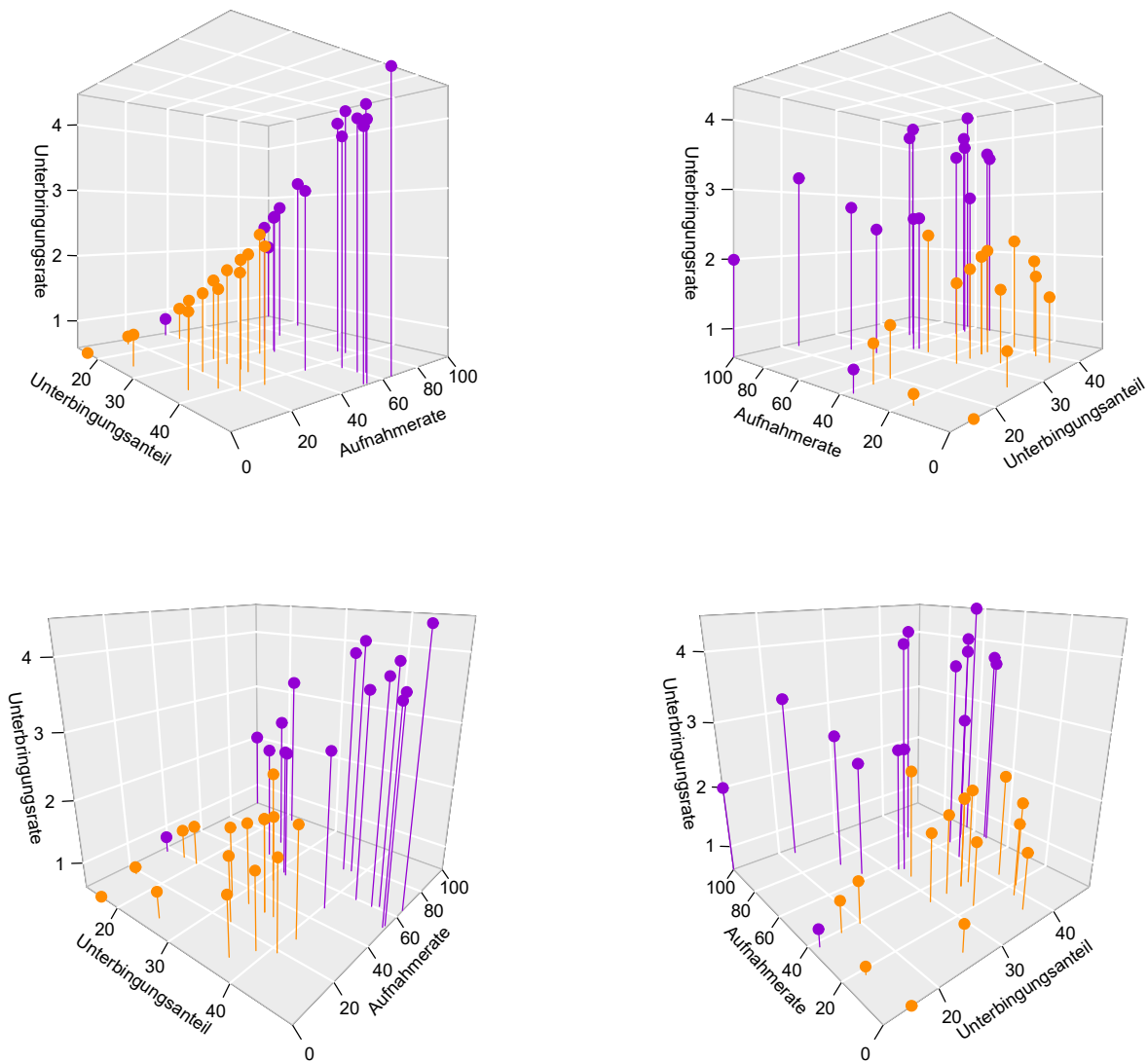
Tabelle 8: **Regressionsmodelle für die Unterbringungsrate** (N=32); Modell 1: alle Variablen logarithmiert; *p<0,001

	Modell 1		Modell 2	
	standard. Regressionskoeffizient	erklärter Varianzanteil	standard. Regressionskoeffizient	erklärter Varianzanteil
Unterbringungsanteil	0,72*	52,2 %	0,69*	45,3 %
Aufnahmerate	0,69*	47,8 %	0,66*	49,3 %
Erklärte Varianz (R ²)		100,0 %		94,7 %

Beide Modelle bestätigen den Befund, dass der Effekt der zwei herangezogenen Einflussvariablen auf die Unterbringungsrate nahezu gleich stark ist. Da sie so gut wie unkorreliert sind, fällt die Höhe der – jeweils hochsignifikanten – standardisierten Regressionskoeffizienten gleich bzw. fast gleich wie die bivariaten Regressionskoeffizienten aus. Beide Einflussgrößen erklären in etwa die Hälfte der Varianz der abhängigen Variable. Dies bedeutet, dass sich die **regionale Unterschiedlichkeit der Unterbringungsrate** in dieser Betrachtungsweise **empirisch jeweils ca. zur Hälfte auf die Aufnahme rate und auf den Unterbringungsanteil zurückführen lässt**.

Abbildung 18 zeigt in Form von „dreidimensionalen“ Streudiagrammen aus unterschiedlichen Betrachtungswinkeln noch einmal den für die Fragestellung dieses Abschnitts zentralen Zusammenhang von Unterbringungsrate, Aufnahme rate und Unterbringungsanteil. Datenpunkte für Regionen in Niederösterreich und Wien sind wiederum in oranger Farbe, solche für Gebiete im restlichen Österreich in lila markiert.

Abbildung 18: **Dreidimensionale Streudiagramme der Variablen Unterbringungsrate, Aufnahme­rate und Unterbringungsanteil**; Datenpunkte für Wien und Niederösterreich sind orange, solche für den Rest Österreichs lila markiert



Es lässt sich gut erkennen, wie Unterbringungs­raten (hier auf der vertikalen „z-Achse“ aufgetragen) insgesamt durch die beiden unabhängigen Variablen zustande kommen: Sie sind besonders hoch bzw. niedrig in Regionen, die sowohl besonders hohe (oder niedrige) Aufnahme­raten als auch überdurchschnittliche (bzw. unterdurchschnittliche) Unterbringungsanteile aufweisen. In Gebieten mit Unterbringungs­raten im mittleren Bereich sind

entweder beide Einflussgrößen durchschnittlich stark oder es ist eine der beiden Variablen relativ stark, die andere hingegen schwach ausgeprägt. Die Aufnahme­raten (d.h. die Zahl der stationären Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser oder Abteilungen insgesamt) fallen in Wien und Niederösterreich deutlich geringer als im Rest des Bundesgebietes aus. Für den Unterbringungsanteil ist hingegen kein solcher regionaler Unterschied zu beobachten. Im dreidimensionalen Raum liegen die empirischen Datenpunkte auf einer „Regressions­ebene“, die sich anhand der Aufnahme­rate und des Unterbringungsanteils schätzen lässt.

Tabelle 9 zeigt die Regressionsmodelle für die Aufnahme­rate. Was sind die wichtigsten Ergebnisse?

- Die bevölkerungsrelative Zahl an betreuten Wohnplätzen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, für die sich im Hinblick auf die Unterbringungsrate kein Effekt gezeigt hatte, übt hier einen hochsignifikanten Einfluss aus: **Je höher die Dichte an Wohnplätzen, umso geringer die Aufnahme­rate.** Das Platzangebot in einschlägigen Wohneinrichtungen scheint die Inanspruchnahme stationärer Versorgung in Krankenhäusern tatsächlich verringern zu können. Dies führt in Folge jedoch nicht zu weniger Unterbringungen ohne Verlangen.
- Die Variablen **Psychiatriebetten, Anstaltshaushalte und Anregungen von Erwachsenenschutz** sind in den Modellen für die Aufnahme­rate jeweils **hochsignifikant** und im Lichte beider Effektstärkemaße auch relativ **erklärungsstark**. Die Zusammenhangsrichtungen entsprechen dem von der Unterbringungsrate her bekannten Muster.
- Die **Dichte an Psychiatriebetten** hat einen **besonders starken Effekt auf die Aufnahme­rate**. Wo mehr Kapazitäten an stationärer psychiatrischer Versorgung vorgehalten werden, werden diese auch entsprechend genutzt (bzw. können sie überhaupt erst genutzt werden).
- Die Modelle erklären einen bemerkenswert hohen Varianzanteil von annähernd 90 Prozent. Aus der Gruppe der erweiterten unabhängigen Variablen kommt nur der Suizidrate ein signifikanter (positiver) Effekt zu, der von seiner Stärke her jedoch bescheiden ausfällt.

Tabelle 9: **Regressionsmodell für die Aufnahme rate** (N=32); *p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01

	Grundmodell		„Demographisches“ Modell		„Sozioökonomisches“ Modell		„Psychosoziales“ Modell	
	standard. Regressionskoeffizient	erklärter Variationsanteil	standard. Regressionskoeffizient	erklärter Variationsanteil	standard. Regressionskoeffizient	erklärter Variationsanteil	standard. Regressionskoeffizient	erklärter Variationsanteil
Wohnplätze	-0,44***	19,0%	-0,45***	17,5 %	-0,45***	16,4 %	-0,43***	17,0%
Psychiatriebetten	0,58***	40,6%	0,57***	39,9 %	0,58***	39,1 %	0,61***	41,9%
Anstaltshaushalte	0,41***	11,2%	0,39***	11,0 %	0,41***	11,0 %	0,34***	9,8%
Anregungen EWS	-0,39***	16,2%	-0,46	14,6 %	-0,42**	11,9 %	-0,43***	15,8%
Hochaltrigenanteil			0,08	1,2 %				
Einpersonenhaushalte			0,11	3,3 %				
Pflegegeldbezug					0,02	0,9%		
Notstandshilfe					0,04	7,9%		
Suizidrate							0,21**	3,1%
Psychotherapeutendichte							0,10	2,5%
Erklärte Varianz (R ²)		87,0 %		87,0 %		87,0 %		90,0 %

Tabelle 10 enthält Modelle mit dem Unterbringungsanteil als abhängiger Variable. Das Set an unabhängigen Variablen ist gleich wie bei der Aufnahme rate, enthält aber zusätzlich die Variable der (teilweisen) „Offenheit“ des UbG-Bereichs.

- Von allen unabhängigen Variablen kommt in den Modellen für den Unterbringungsanteil der Dichte an betreuten Wohnplätzen der größte Effekt zu. Die bevölkerungsrelative Zahl an Plätzen in extramuralen Wohnangeboten für psychisch erkrankte Menschen übt hier im Gegensatz zu den Modellen für die Aufnahme rate interessanterweise einen *positiven* Effekt aus: **Je mehr Wohnplätze in einer Region vorhanden sind, umso höher fällt der Unterbringungsanteil bei stationären Aufnahmen in die Psychiatrie aus.**

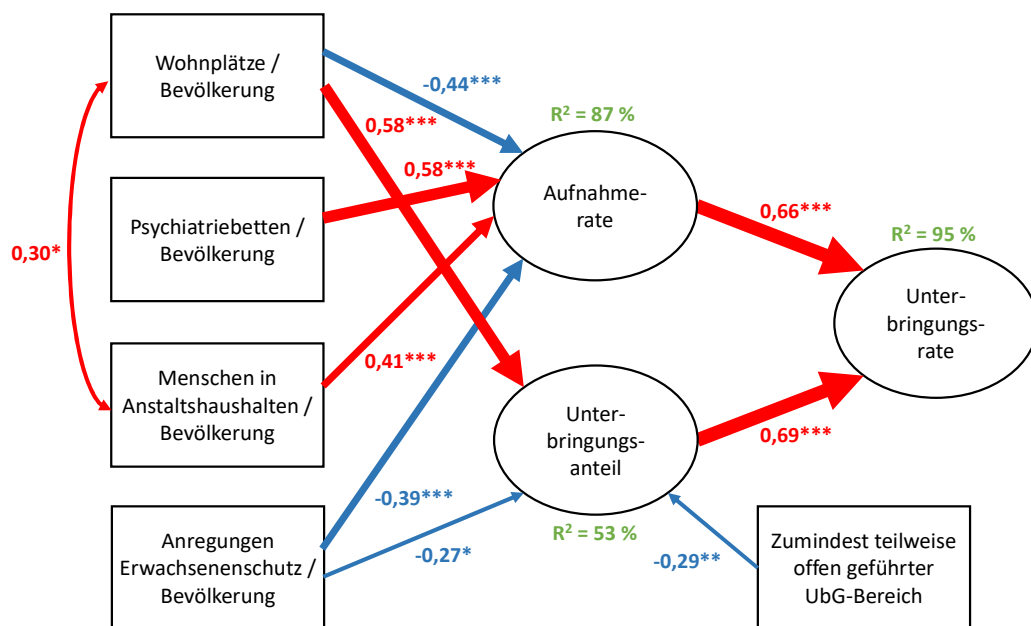
- Neben den Wohnplätzen können sich nur die „**Offenheit**“ des UbG-Bereichs sowie – nicht besonders robust – die **Rate an Anregungen von Erwachsenenschutz** als signifikante bzw. von ihrem Effekt her bedeutsame Einflussgrößen behaupten.
- Keine der Kenngrößen aus dem Kreis der erweiterten sozioökonomischen, demographischen oder psychosozialen Variablen übt einen bedeutsamen Effekt auf den Unterbringungsanteil aus.
- Die Modelle für den Unterbringungsanteil erklären rechnerisch einen – für sozialwissenschaftliche Standards – immer noch sehr beachtlichen Varianzanteil von gut der Hälfte der Variabilität der abhängigen Größe.

Tabelle 10: **Regressionsmodell für den Unterbringungsanteil** (N=32); *p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01

	Grundmodell		„Demographisches“ Modell		„Sozioökonomisches“ Modell		„Psychosoziales“ Modell	
	standard. Regressionskoeffizient	erklärter Varianzanteil	standard. Regressionskoeffizient	erklärter Varianzanteil	standard. Regressionskoeffizient	erklärter Varianzanteil	standard. Regressionskoeffizient	erklärter Varianzanteil
Wohnplätze	0,58***	27,6 %	0,51***	23,0 %	0,49***	22,9 %	0,50***	22,8 %
Psychiatriebetten	0,20	4,8 %	0,22	5,5 %	0,22	5,3 %	0,20	4,9 %
Anstalts Haushalte	0,15	6,6 %	0,17	6,6 %	0,18	6,8 %	0,14	5,9 %
Anregungen EWS	-0,27*	4,6 %	-0,23	4,1 %	-0,37	5,0 %	-0,32**	5,7 %
(Teilweise) Offenheit	-0,29**	9,6 %	-0,31**	10,2 %	-0,33**	11,0 %	-0,28*	9,4 %
Hochaltrigenanteil			-0,24	6,5 %				
Einpersonenhaushalte			0,06	3,8 %				
Pflegegeldbezug					-0,06	2,6 %		
Notstandshilfe					0,24	4,0 %		
Suizidrate							0,21	7,0 %
Psychotherapeutendichte							-0,04	1,5 %
Erklärte Varianz (R ²)		53,0 %		59,7 %		57,6 %		57,1 %

Auf Basis der Grundmodelle, die sich auf die wichtigsten Einflussgrößen beschränken, lassen sich die Hauptergebnisse der erweiterten multivariaten Analyse in einem „Pfadmodell“ darstellen, das in Abbildung 19 veranschaulicht ist. Positive statistische Zusammenhänge (höhere Werte der Einflussvariablen gehen mit höheren Werten der abhängigen Variablen einher) sind – wiederum in Analogie zu „Temperaturen“ – in roter, negative Zusammenhänge (geringere Werte der Einflussvariablen gehen mit höheren Werten der abhängigen Variablen einher) in blauer Farbe eingezeichnet. Die Stärke der jeweiligen Effekte ist durch die Dicke der Pfeile symbolisiert. Die Darstellung beschränkt sich auf Effekte, die zumindest auf dem Niveau einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,1 signifikant sind.

Abbildung 19: **Pfadmodell zur Erklärung der Unterbringungsrate**, mit standardisierten Regressionskoeffizienten; * $p < 0,1$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; abgebildet sind nur statistisch signifikante Zusammenhänge



4.6. Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Was folgt aus den dargestellten Ergebnissen? Zunächst müssen einige methodische Einschränkungen der vorgelegten Analyse berücksichtigt werden: Es handelt sich um räumliche Aggregatdaten, Aussagen über individuelle Determinanten von Unterbringungen

(etwa Art der Erkrankung, sozialer Status o.ä.) lassen sich auf dieser Basis somit nicht treffen. Die gefundenen Effekte dürfen auch nicht vorschnell „kausal“ interpretiert werden. Nicht zuletzt wegen der relativ kleinen Zahl an Untersuchungseinheiten (Regionen) haben verallgemeinernde Aussagen, die aufgrund der Modelle getroffen werden, einen etwas holzschnittartigen Charakter, der die Komplexität der sozialen Wirklichkeit nur teilweise abzubilden vermag. Dennoch stellen die Ergebnisse eine, über bloße Meinungen und subjektive Wahrnehmungen hinausgehende, Wissensbasis bereit, die zu einer stärker evidenzbasierten Diskussion über das Zustandekommen von Unterbringungsraten und deren sozialräumliche Disparitäten beitragen kann und soll. Die Modelle sind statistisch-rechnerisch gemessen an Standards sozialwissenschaftlicher Forschungszusammenhänge äußerst erklärungsstark. Inhaltlich sind folgende Punkte bemerkenswert:

- Sowohl die **Unterbringungsraten als auch die Raten an Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser insgesamt werden stark durch die bevölkerungsrelative Zahl an Psychiatriebetten bestimmt**. Dies könnte einerseits dafür sprechen, dass die Bettenzahlen einem jeweils *vorhandenen Bedarf tatsächlich entsprechen*. Bis zu einem gewissen Grad werden in der Stärke dieses Effektes aber wohl auch Phänomene einer „*angebotsinduzierten Nachfrage*“ zum Ausdruck kommen: Wo Psychiatriebetten vorhanden sind, werden diese dann in der Praxis auch genutzt – oder umgekehrt: Wo Psychiatriebetten fehlen, könnte auch eine eventuelle höhere Nachfrage nur unzureichend befriedigt werden. Niedrige Bettenzahlen (und in der Folge dann auch niedrigere Aufnahme- und Unterbringungsraten) können einerseits auf eine stärkere Bedeutung extamuraler Versorgung, andererseits aber auch auf eine insgesamt eher mangelhafte Versorgung hindeuten.¹⁹

¹⁹ Der positive Zusammenhang zwischen der Dichte an Psychiatriebetten und der Unterbringungsrate ergab sich hier aus einer *räumlich* vergleichenden Querschnittsanalyse, in deren Rahmen – im Sinne einer synchronen „Momentaufnahme“ – für alle Variablen die jeweils aktuellsten verfügbaren Daten verwendet wurden. In *zeitlicher* Hinsicht könnte zwischen den bevölkerungsrelativen Zahlen an Psychiatriebetten und unfreiwilligen stationären Aufnahmen hingegen ein negativer Zusammenhang bestehen. Dies legen die Ergebnisse einer britischen Studie nahe (Keown et al. 2011), der zufolge im staatlichen Gesundheitssystem Englands die Zunahme an unfreiwilligen Aufnahmen im Zeitraum zwischen 1988 und 2008 ziemlich genau dem Rückgang an Klinikbetten für psychisch erkrankte Menschen entspricht (jeweils ca. 60 %), wobei der Verlauf der entsprechenden Zeitreihenkurven auf eine inverse Wechselbeziehung hindeutet. Ein Mangel an stationären Behandlungsplätzen könne den Autoren zufolge letztlich zu mehr zwangsweisen Behandlungsepisoden führen. In Österreich ist die Dichte an Psychiatriebetten pro 1.000 der Bevölkerung von 1,6 in den 1970er Jahren bereits bis 1990, dem Vorabend des Inkrafttretens des UbG, auf 0,8 gesunken (Forster 1997a, S. 61). Seitdem hat sie sich abermals halbiert (2016: 0,4; siehe Kern al. 2018). Von 1991 bis 2017 hat sich die Unterbringungsrate indessen mehr als verdreifacht, und zwar von 0,9 auf 2,9 Unterbringungen pro 1.000 der Bevölkerung (inklusive Kinder- und Jugendpsychiatrie). Ein zeitlich gesehen negativer Zusammenhang zwischen Bettenzahlen und Unterbringungen erscheint somit auf den ersten Blick auch für Österreich plausibel. Gegen eine direkte Abhängigkeit spricht allerdings, dass die Zahl der unfreiwilligen Aufnahmen bis 1990 parallel zu den Bettenzahlen ebenfalls sinkt und erst mit Inkrafttreten des UbG steigt (vgl. Forster 1997).

- Wenn in einer Region eine **höhere Anzahl an Menschen in Anstaltshaushalten** lebt (vor allem Alten- und Pflegeheimen sowie Unterkünften für geflüchtete Menschen), dann übt dies einen deutlichen **positiven Effekt auf die Aufnahmeleistungen in die Psychiatrie allgemein** aus, d.h. diese steigen an. Der Unterbringungsanteil steigt aber nicht überproportional an. Die potenziell größere Anwesenheit von Personen mit demenziellen Erkrankungen oder Traumatisierungen schafft Nachfrage nach stationärer psychiatrischer Versorgung und damit indirekt (proportional zum Ansteigen der Aufnahmeleistungen) auch nach Unterbringung gemäß UbG.
- Mehr **Anregungen von Erwachsenenschutz** gehen statistisch mit **geringeren Unterbringungsleistungen, Aufnahmeleistungen und Unterbringungsanteilen** einher. Das spricht für die aufgestellte Hypothese funktionaler Äquivalenz der beiden Rechtsinstitute.²⁰ Bei einer Interpretation der Effekte als kausal ist allerdings Vorsicht geboten; die nähere Beschaffenheit des Zusammenhangs wäre eingehender zu untersuchen. Zu vermuten ist, dass SachwalterInnen bzw. ErwachsenenvertreterInnen häufig krisenhaften Episoden vorbeugen können, indem sie passende Betreuungs- und Versorgungsleistungen organisieren. Dabei dürften verursachende Wirkbeziehungen – wenn sie als existent unterstellt werden – jedoch nicht nur durch tatsächlich bestellte Vertretungen, sondern auch bereits durch die Befassung von Gerichten und die damit verbundenen Abklärungsverfahren zustande kommen.
- **Extramurale Wohnplätze** für Menschen mit psychischen Erkrankungen lassen zwei verschiedenartige Effekte auf einerseits Aufnahmen und andererseits Unterbringungen nach UbG in der Psychiatrie erkennen: Wo es solche Plätze vermehrt gibt, können offenbar **stationäre Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser bzw. Abteilungen** tatsächlich **öfter vermieden** werden. Wenn es dann aber zu Aufnahmen kommt, ist der **Anteil an Unterbringungen ohne Verlangen höher**. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Einrichtungen, die extramurale Wohnplätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Verfügung stellen, bei Auftreten von Krisen im Sinne der Voraussetzungen des UbG oftmals überfordert sind. Jedenfalls scheinen Plätze in spezialisierten Wohnangeboten (freiwillige) Aufnahmen in Krankenhäusern, nicht jedoch Unterbringungen zu reduzieren.

²⁰ Die rechtskulturellen regionalen Differenzen in der Sachwalterrechtspraxis (vgl. Fuchs 2010; 2017) könnten somit bis zu einem gewissen Grad auch mit psychiatrischen Versorgungsstrukturen zu tun haben.

- Es gibt nach Maßgabe der Datenanalyse Indizien dafür, dass eine zumindest teilweise „**Offenheit**“ von UbG-Bereichen **mit geringeren Unterbringungszahlen im Zusammenhang steht**. Wie dieser Zusammenhang allerdings tatsächlich beschaffen ist, diese Frage wird im Endbericht zur Studie nochmals aufgenommen und eingehender behandelt (vgl. auch Kap. 4.8 des 2. Zwischenberichts vom 4.1.2019).
- Die Aufnahme­rate in die Psychiatrie allgemein und der Unterbringungsanteil sind unkorreliert. Sie üben beide einen nahezu gleich starken Effekt auf die Unterbringungsrate aus. **Regional unterschiedliche Unterbringungsraten** müssen daher **sowohl auf versorgungsstrukturelle als auch auf kulturelle Faktoren zurückgeführt werden**. Dabei vermag das Set der hier verwendeten unabhängigen Variablen die Unterschiedlichkeit der Aufnahme­rate statistisch besser zu erklären als den Unterbringungsanteil. In den Modellen für letztere Größe bleibt ca. die Hälfte der Varianz unerklärt. Dies deutet auf weitere (etwa soziale, organisatorische oder architektonische) Faktoren hin, die hier nicht erfasst wurden und sich eher auf die „kulturelle“ Seite der Unterbringungspraxis auswirken.

5. Tabellenanhang

Tabelle 11: Unterbringungen ohne Verlangen absolut sowie Unterbringungen ohne Verlangen pro 100.000 Bevölkerung, 1996-2017; Quellen: BRZ, Statistik Austria (Jahresdurchschnittsbevölkerung), eigene Berechnungen

	Unterbringungen absolut	Unterbringungen pro 100.000 Bevölkerung
1996	11 268	142
1997	12 300	154
1998	13 084	164
1999	14 123	177
2000	14 694	183
2001	15 257	190
2002	16 253	201
2003	16 514	203
2004	17 941	220
2005	18 774	228
2006	19 962	241
2007	20 745	250
2008	21 341	256
2009	21 715	260
2010	21 963	263
2011	23 200	277
2012	23 919	284
2013	23 812	281
2014	23 486	275
2015	24 308	282
2016	24 931	285
2017	25 301	288

Tabelle 12: Unterbringungen ohne Verlangen absolut, 2005-2017, nach Bundesländern (Nordburgenland bei Wien, Südburgenland bei Steiermark mitgerechnet) ; Quellen: BRZ, eigene Berechnungen

	Wien + NB	NÖ	OÖ	Stmk + SB	Ktn	Sbg	Tirol	Vbg	Ö ge- samt
2005	2777	2570	2772	4517	1274	1674	2352	838	18774
2006	2794	2394	3421	4939	1261	1941	2297	915	19962
2007	3057	2127	3727	5031	1333	2056	2469	945	20745
2008	3060	2002	4258	5132	1433	1902	2524	1030	21341
2009	3225	2030	4540	5247	1530	1762	2354	1027	21715
2010	3452	2038	4513	5176	1563	1722	2397	1102	21963
2011	3925	2295	4976	4904	1582	1885	2512	1121	23200
2012	3905	2493	5164	5206	1496	2117	2471	1067	23919
2013	3892	2416	5249	4985	1634	2097	2600	939	23812
2014	3769	2449	5273	4894	1729	2119	2261	992	23486
2015	3598	2467	5514	5216	1810	2197	2489	1017	24308
2016	4058	2558	5637	5513	1736	2024	2432	973	24931
2017	4132	2439	5877	5388	1676	2176	2521	1092	25301

Tabelle 13: Unterbringungen ohne Verlangen pro 100.000 Bevölkerung, 2005-2017, nach Bundesländern (Nordburgenland bei Wien, Südburgenland bei Steiermark mitgerechnet) ; Quellen: BRZ, Statistik Austria, eigene Berechnungen

	Wien + NB	NÖ	OÖ	Stmk + SB	Ktn	Sbg	Tirol	Vbg	Ö ge- samt
2005	151	163	198	348	228	319	339	231	228
2006	152	151	244	380	225	369	329	251	241
2007	165	133	265	387	238	391	353	258	250
2008	164	125	302	394	256	361	359	281	256
2009	172	126	322	403	274	335	334	279	260
2010	183	127	320	397	281	326	339	298	263
2011	206	142	352	375	285	356	353	302	277
2012	202	154	364	398	269	398	345	286	284
2013	199	149	368	380	294	392	360	250	281
2014	190	150	367	371	310	393	310	262	275
2015	177	149	379	392	323	403	337	265	282
2016	197	154	385	413	309	368	326	250	285
2017	198	146	399	403	299	394	336	279	288

Tabelle 14: Unterbringungen ohne Verlangen und ausgewählte Kennzahlen nach Bundesländern, wenn nicht anderes angegeben 2017 (Selbstmordrate: Jahresdurchschnitt 2012-2017); Quellen: BRZ, PAW, GÖG, Kern et al. 2018, Statistik Austria, eigene Berechnungen

	Unterbringungen / 100.000 Bevölkerung, Daten BRZ	Unterbringungen / 100.000 Bevölkerung, Daten PAW	Untergebrachte Personen / 100.000 Bevölkerung	Spitalsentlassungen mit F-Diagnose / 1.000 Bevölkerung (2016)	Aufnahmen in psychiatrische Anstalten / 1.000 Bevölkerung	Psychiatriebetten / 100.000 Bevölkerung (2016)	Selbstmorde / 100.000 Bevölkerung (2012-2017)	Sachwalterschaften / 100.000 Bevölkerung (2016)
Wien + NB	198	196	153	9,2	4,6	37	11,6	755
NÖ	146	146	115	10,7	6,2	30	15,2	750
OÖ	399	399	249	17,4	8,8	44	13,8	544
Stmk + SB	403	404	312	13,7	9,1	41	18,0	730
Ktn	299	299	258	17,0	9,1	39	19,9	700
Sbg	394	391	284	19,2	10,8	43	14,4	442
Tirol	336	341	250	16,9	12,2	44	13,1	511
Vbg	279	279	204	13,9	9,2	52	11,9	588

Tabelle 15: Unterbringungen ohne Verlangen, Anhörungen und Verhandlungen (jeweils absolute Zahlen) sowie Prozentanteile der Unterbringungen, die nach Anhörung bzw. Verhandlung für unzulässig erklärt wurden, 2017, nach Bezirksgerichten; Quellen: BRZ, eigene Berechnungen

	UoV gesamt	Anhörungen	davon un- zulässige UoV (%)	Verhand- lungen	davon un- zulässige UoV (%)
BG Wien Innere Stadt	477	226	5,3%	62	4,8%
BG Favoriten	369	203	2,0%	89	0,0%
BG Hietzing*	178	0		168	2,4%
BG Fünfhaus	2233	1546	10,0%	659	3,5%
BG Donaustadt	477	368	0,3%	166	0,6%
BG Josefstadt	200	161	1,2%	87	3,4%
BG Amstetten	831	402	2,2%	97	7,2%
BG Baden	544	262	1,9%	108	0,9%
BG Hollabrunn	184	122	5,7%	44	2,3%
BG Melk	25	2	0,0%	1	0,0%
BG Mödling*	116	0		9	0,0%
BG Tulln	432	276	13,4%	79	12,7%
BG Waidhofen an der Thaya	158	122	0,0%	85	29,4%
BG Neunkirchen*	149	0		72	4,2%
BG Eisenstadt	198	102	2,0%	23	0,0%
BG Braunau am Inn	541	260	25,8%	64	12,5%
BG Linz	3504	1565	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 Sankt Johann im Pongau	401	176	3,4%	70	2,9%
BG Salzburg	1775	634	1,6%	156	0,6%
BG Graz Ost	204	191	15,2%	54	31,5%
BG Graz West	5184	2723	3,2%	431	4,6%
BG Klagenfurt	1452	996	0,3%	372	1,6%
BG Villach*	224	0		30	0,0%
BG Hall in Tirol	1159	901	8,9%	420	5,2%
BG Innsbruck	1069	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	1092	695	0,7%	311	5,8%

*Dateninkonsistenzen aufgrund unterschiedlicher Administrationspraktiken

6. Abkürzungsverzeichnis

BRZ	Bundesrechenzentrum
EWS	Erwachsenenschutz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
NB	Nordburgenland
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
oV	ohne Verlangen
PAW	Patientenanwaltschaften
Rz	Randzahl
SB	Südburgenland
UbG	Unterbringungsgesetz
UoV	Unterbringung ohne Verlangen

7. Literaturverzeichnis

- Bi, Jian (2012): A review of statistical methods for determination of relative importance of correlated predictors and identification of drivers of consumer liking, *Journal of Sensory Studies* 27, S. 87–10.
- Dellwing, Michael (2008): „Geisteskrankheit“ als hartnäckige Aushandlungsniederlage: Die Unausweichlichkeit der Durchsetzung von Definitionen sozialer Realität, *Soziale Probleme* 19, S. 150 –171.
- Forster, Rudolf (1997): Fünf Jahre Unterbringungsrecht Eine Zwischenbilanz aus sozialwissenschaftlich-statistischer Sicht, *Österreichische Juristenzeitung* 1997, 601.
- Forster, Rudolf (1997a): *Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeforientierung – Eine kritische Bilanz*, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Foucault, Michel (2005): *Die Macht der Psychiatrie*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Fuchs, Walter (2010): Lokale Rechtskulturen im Sachwalterrecht – Eine multivariate Analyse, *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht* 2010, S. 318-323.
- Fuchs, Walter (2017): Zwischen Epidemiologie und selektiver Rechtsmobilisierung – Zu den Bedingungsfaktoren der Nachfrage nach Erwachsenenvertretung, in: Brinek, Gertrude (Hg.), *Erwachsenenschutz statt Sachwalterschaft – Schritte zu einem selbstbestimmten Leben*, Wien: Edition Ausblick, S. 64-117.
- Hustoft, Kjetil et al. (2013): Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry, *International Journal of Law and Psychiatry* 36, 136-143.
- Johnson, Jeff W. (2000): A Heuristic Method for Estimating the Relative Weight of Predictor Variables in Multiple Regression, *Multivariate Behavioral Research*, 35 (1), S. 1-19.
- Kabacoff, Robert I. (2011): *R in Action – Data analysis and graphics with R*, Shelter Island: Manning.
- Keown, Patrick, Scott Weich, Kamaldeep S Bhui & Jan Scott (2011): Association between provision of mental illness beds and rate of involuntary admissions in the NHS in England 1988-2008: ecological study, *British Medical Journal (BMJ)*, doi: 10.1136/bmj.d3736.
- Kern, Daniela, Alexander Grabenhofer-Eggerth, Sophie Sagerschnig & Sonja Valady (2018): *Indikatoren zur stationären und außerstationären psychosozialen Versorgung*, Unveröffentlichter Arbeitsfortschrittsbericht, Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

- Kopetzki, Christian (2012): *Grundriss des Unterbringungsrechts*, 3.Auflage, Wien/New York: Springer.
- Lebenbaum, Michael, Maria Chiu, Simone Vigod & Paul Kurdyak (2018): Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study, *British Journal of Psychiatry (BJPsych) Open* 4, 31-38.
- Myklebust, Lars Henrik, Knut Sørgaard & Rolf Wynn (2014): Local psychiatric beds appear to decrease the use of involuntary admission: a case-registry study, *BMC Health Services Research* 2014, 14, S. 64.
- Sagerschnig, Sophie, Monika Nowotny & Joy Ladurner (2017): *Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich – Berichtsjahre 2014/2015*, Wissenschaftlicher Ergebnisbericht, Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Sagerschnig, Sophie & Aida Tanios (2017): *Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie – Statistik der Berufsgruppen 1991-2015*, Ergebnisbericht, Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Steinert, Tilmann & Joachim Scharfetter (2018): Wie können psychiatrische Kliniken in Österreich vollständig offen geführt werden?, *Psychiatrische Praxis* 2018, 45: S. 321-326.
- Zhang, Simei, Graham Mellsop, Johann Brink & Xiaoping Wang (2015): Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder, *Neuroscience Bulletin* 31, 99-112.