

Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

Auswertung der BAG-Umfrage zur geschlossenen Unterbringung
für das Bundesministerium der Justiz

Renate Schepker, Anette Fetzter

1. Methode:

Es wurde nach Anregung des Expertenhearings zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen ein Fragebogen zu Behandlungen mit Beschluss nach §1631 b BGB oder UBG im Verhältnis zu Gesamtaufnahmen, Tragweite der Beschlüsse - alleinig geschlossene Unterbringung, geschlossene Unterbringung und Zwangsmaßnahmen oder alleinige Erlaubnis zum Durchführen von Zwangsmaßnahmen - zur Beschlussdauer und zum strukturellen Umgang mit Zwangsmaßnahmen an alle in der BAG organisierten bettenführenden Kliniken und Abteilungen verschickt.

2. Ergebnisse:

2.1 Grundgesamtheit:

Insgesamt existierten in Deutschland am 31.12.2004 (eigene Erhebungen der BAG)

113 bettenführende kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen, die sich wie folgt auf die verschiedenen Einrichtungstypen verteilen:

- 21 an Universitätskliniken
- 45 an Fachkrankenhäusern
- 44 als Abteilung an Allgemeinkrankenhäusern
- 3 Sonderkrankenhäuser.

Von den Universitätskliniken sind nur 8 in der BAG organisiert, von den Versorgungskliniken waren es 2004 86 der 89 Fachkrankenhäuser oder Fachabteilungen zuzüglich der 3 Sonderkrankenhäuser (nur in Baden-Württemberg existent) für die Spezialversorgung von intelligenzgeminderten Patienten (2 Krankenhäuser) oder für Psychotherapie, ohne Pflichtversorgung. Somit wurden 100 Kliniken oder Abteilungen angefragt.

Von den angefragten bettenführenden Abteilungen / Kliniken antworteten 2 der 3 Sonderkrankenhäuser (s.u.), 5 Universitätskliniken und 57 % (49/86) der in der BAG organisierten, im Jahr 2004 und 2005 aufnehmenden Regelversorgungskliniken.

Die antwortenden Kliniken betreiben zusammen d.h. 56 % der am 31.12.2004 in Deutschland aufgestellten 4.436 kinder- und jugendpsychiatrisch/psychotherapeutischen Krankenhausbetten (ohne Sonderkrankenhäuser, eigene Erhebung der BAG¹).

Somit kann die Rücklaufquote insgesamt als zufriedenstellend gelten, wengleich die Verteilung auf einzelne Bundesländer doch recht ungleich war (s. Tabelle 1)

2.2. Beschlüsse

Gefragt wurde nach der Gesamtzahl der Aufnahmen im Jahr 2004 und im Jahr 2005 und nach der Anzahl der Beschlüsse.

13,6% aller Patienten wurden mit Genehmigung zur Freiheitsentziehung behandelt, 12,5% nach §1631b BGB und 1,1% nach dem jeweiligen Landes-Unterbringungsgesetz.

Bundesland	Aufnahmen gesamt	§ 1631 b BGB	% Anteil
Bayern (2 Kliniken)	1241	128	10,3%
Berlin (1 Klinik)	419	10	2,4% ²
Brandenburg (4 Kliniken)	3638	79	2,2 %
Baden-Württemberg (6 Kliniken)	2587	139	5,4%
Hamburg (1 Klinik)	556	46	8,3% ²
Hessen (4 Kliniken)	3130	203	6,5%
Mecklenburg-Vorpommern (2 Kliniken)	1035	26	2,5%
Niedersachsen (11 Kliniken)	5739	1359	23,7%
Nordrhein-Westfalen (6 Kliniken)	5501	645	11,7%

¹ Die Zahl der BAG liegt niedriger als die des statistischen Bundesamtes, da dort auch noch nicht eröffnete Betten aus den Krankenhausplänen der Länder einerseits, aber auch nicht mehr seitens der Krankenkassen budgetierte, aber in den Krankenhausplänen noch enthaltene Betten andererseits aufgeführt werden. Die Zahl der BAG dürfte somit den real existierenden Betten näher kommen. Die Angaben für diese Erhebung wurden aus den im Internet veröffentlichten Qualitätsberichten 2004 der jeweiligen Krankenhausträger entnommen, sofern dort veröffentlicht, die restlichen den eigenen Dateien.

Rheinland Pfalz (1 Klinik)	931	298	32,0% ²
Sachsen (4 Kliniken)	3079,5	413	13,5%
Sachsen-Anhalt (4 Kliniken)	2651	186	7,0%
Schleswig Holstein (1 Klinik)	2159	258	11,9% ²
Thüringen (2 Kliniken)	656	180	27,4 %
Universitätskliniken (5 Abteilungen)	1931	151	7,8%
Sonderkrankenhäuser (2 Kliniken)	603	350	58,0% ³

Allein die antwortenden Kliniken verzeichneten innerhalb der beiden Jahre 2004 und 2005 4471 Unterbringungsbeschlüsse nach § 1631b BGB, ohne Sonderkrankenhäuser wären das 2060 Beschlüsse pro Jahr. Hochgerechnet auf die Gesamtheit aufgestellten Betten in Deutschland sind damit mit 3687 Beschlüssen nach § 1631 b BGB pro Jahr in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu rechnen, spezielle Patientengruppen wie geistig Behinderte noch ausgeklammert.

Deutlich werden starke Länderunterschiede. Während in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern kaum Unterbringungsbeschlüsse zu verzeichnen sind, scheint dieses in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen deutlich öfter vorzukommen.

Zwar ist einzuschränken, dass vor allem in den Bundesländern, in denen nur einzelne Kliniken geantwortet haben, systematische Verzerrungen zustande gekommen sein können dadurch, dass es sich bei den antwortenden Kliniken überwiegend um große Versorgungskrankenhäuser (die alten „Landeskrankenhäuser“) gehandelt hat, während kleinere Abteilungen eine geringere Antworttendenz aufwiesen. Große Versorgungskrankenhäuser bekommen wiederum aufgrund der stärkeren internen Differenzierung tendenziell schwerer kranke Patienten überregional zugewiesen. Die

² Der jeweilige Landessprecher der BAG wurde gebeten, weitere Kliniken zum Antworten zu motivieren, um den möglichen Verzerrungseffekt durch die eine antwortende Klinik zu relativieren

³ Diese sehr hohe Prozentzahl geht auf ein Sonderkrankenhaus für Geistig Behinderte zurück, das 95 % der Patienten auf den Akutstationen wegen erforderlicher Eingriffe in die persönliche Freiheit, meist erforderlichen Isolierungen, mit Beschlussgrundlage behandeln muss. Eine Rückfrage im Rahmen der Plausibilitätsprüfung ergab, dass die Patienten der ebenfalls dort existierenden Eltern-Kind.-Behandlungsstation in die Daten der Erhebung nicht mit eingegangen sind, so dass die % zahl noch nach unten korrigiert werden wird, während die absolute Anzahl an genehmigten Behandlungen unter Freiheitsentziehung in gleicher Höhe bestehen bleibt. Bei dem zweiten antwortenden Sonderkrankenhaus handelt es sich um eine psychotherapeutische Klinik, in der freiheitsentziehende Maßnahmen eine Rarität im Setting darstellen.

jeweiligen Auffassungen, ob etwa jugendliche Suchtpatienten zunächst unter geschlossenen Bedingungen einer Spezialstation, d.h. mit Beschlussgrundlage, entgiftet werden sollten oder durchgängig unter offenen Bedingungen, können dadurch systematische Überschätzungen verursachen. Im Verlaufe des Jahres soll noch versucht werden, die durch Einzelantworten entstandenen Landeswerte an einer größeren Zahl antwortender Kliniken zu verifizieren.

Für das Bundesland Niedersachsen liegt eine große Zahl an Antworten vor. Hier besteht eine realistische Erklärung des relativ zum Bundesdurchschnitt überdurchschnittlichen Anteils an Behandlungen mit Beschlussgrundlage darin, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie geschlossene Stationen vorgehalten werden und dass die Rechtsauffassung des Sozialministeriums (= 2004 und 2005 gleichzeitig Träger der meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen) dahin ging, dass Patienten mit gerichtlichem Unterbringungsbeschluss nur auf geschlossenen Stationen behandelt werden dürfen.

2.3. Mögliche systematische Erklärungen der Länderdifferenzen

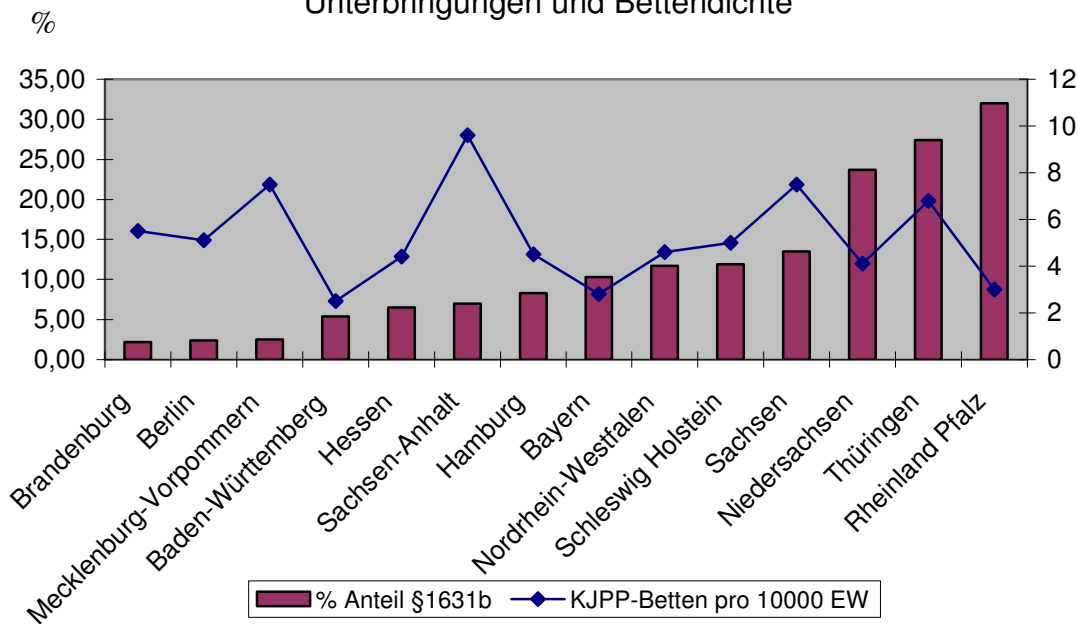
Im folgenden werden mehreren Hypothesen überprüft:

2.3.1. Hypothese, dass eine geringere Bettendichte (vollstationäre Kapazität / 10.000 Kinder und Jugendliche im Versorgungsgebiet) dazu führen muss, dass aus der epidemiologisch gleichen Anzahl an potentiellen Patienten relativ mehr schwere Fälle in stationärer Behandlung befindlich sind als in Regionen, in denen dank höherer Bettendichte nicht nur die „allerkränkesten“, d.h. auch geschlossen unterzubringenden selektiert werden müssen.

Es ergab sich jedoch kein Anhalt für einen Zusammenhang von Bettendichte⁴ und Anzahl der Beschlüsse für freiheitsentziehende Unterbringungen. So zeigen Baden-Württemberg, Bayern und Rheinland-Pfalz mit sehr niedrigen Bettenmeßziffern stark voneinander abweichende Quoten an Unterbringungsbeschlüssen über die ganze hier erfasste Bandbreite.

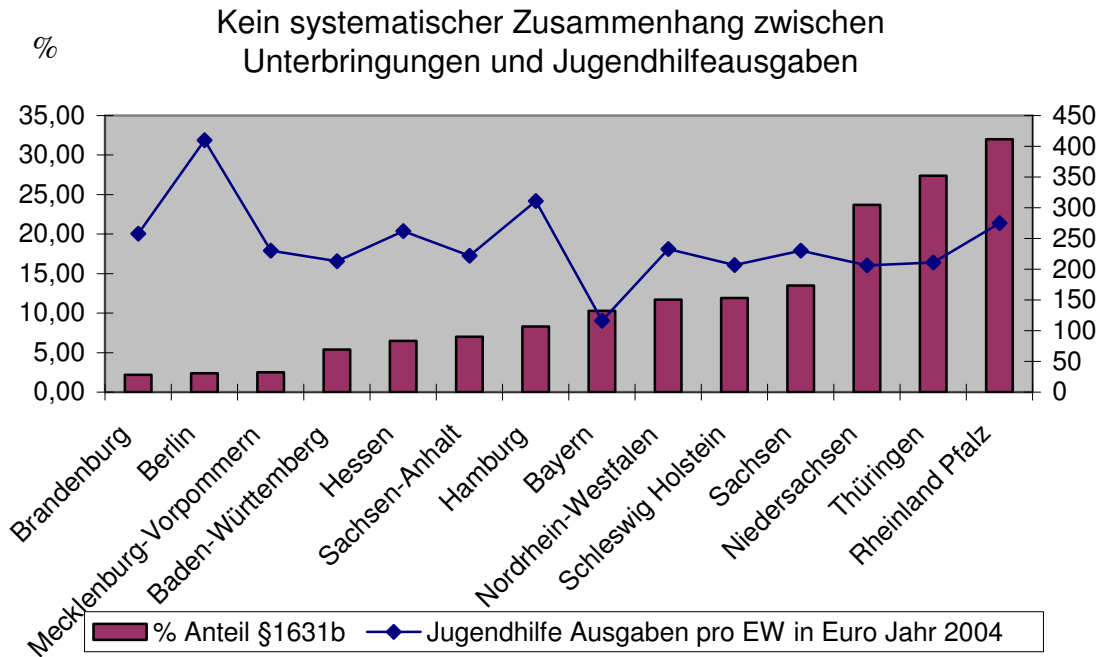
⁴ Die Bettendichte wurde der AOLG-Umfrage der Länder zum 31.12.2004 entnommen, so wie sie im Bericht des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit vom 27.7.2005 zur Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie wiedergegeben ist.

Kein systematischer Zusammenhang zwischen Unterbringungen und Bettendichte



2.3.2 Geprüft wurde ferner die Hypothese, dass es infolge mangelnder individuell angepasster und damit teurer jugendhilflicher Interventionen im Vorfeld einer stationär-psychiatrischen Behandlungserfordernis eher zu Eskalationen und damit zu häufigeren Unterbringungsbeschlüssen kommen könnte. Dann würde sich eine negative Beziehung zwischen Jugendhilfe-Ausgaben und Unterbringungsbeschlüssen darstellen: je weniger Jugendhilfe-Investment pro durchschnittlichem Jugendlichen, desto mehr Unterbringungen. Auch hier stellt sich kein Zusammenhang zwischen Unterbringungen und Jugendhilfe-Ausgaben pro Einwohner 2004⁵ dar.

⁵ Die Daten zur Jugendhilfe wurden freundlicherweise vom Deutschen Jugendinstitut München (DJI) aus dem dortigen Datenserver zur Verfügung gestellt.



Eine weitere Hypothese wäre ein zu vermutender systematischer Zusammenhang zwischen der Existenz eines Angebots geschlossener Jugendhilfe-Maßnahmen und der Inanspruchnahme geschlossener Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: wo die Jugendhilfe nicht einschließen könne, müsse es die Psychiatrie tun. Dieser Zusammenhang wurde nach Abschaffung der geschlossenen Heime in Hamburg für die Kinder- und Jugendpsychiatrie anhand gestiegener Zuweisungen mit Beschluss nach § 1631b BGB von Kowerk postuliert. Auch hier war kein Trend erkennbar.

2.4. Weitere Merkmale der Unterbringungsbeschlüsse

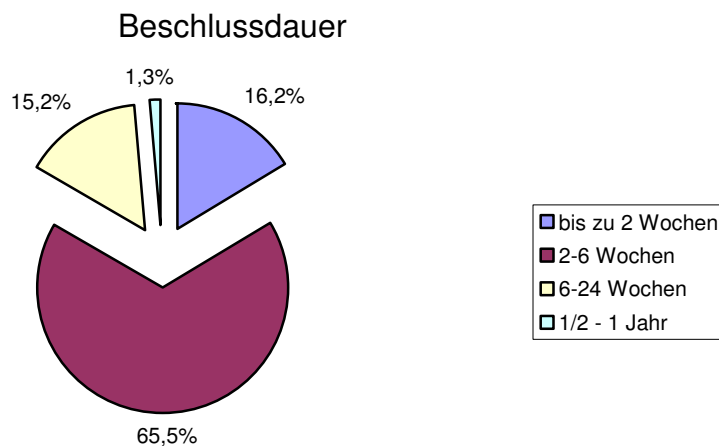
2.4.1 Dauer der genehmigten Freiheitsentziehung

Des öfteren sind in der Literatur zu lange Beschlussdauern der genehmigten Unterbringung moniert worden – die Lerneffekte seien bei Kindern nicht stabil und die Erfolge zu wenig greifbar (Fegert 2002).

Für die Erhebung wurden mögliche Zeiträume der Genehmigung geschlossener Führung des Patienten in der Befragung entsprechend der u.a. Einteilung vorgegeben und von den meisten Beantwortern eher geschätzt denn gezählt. In der Wahrnehmung der leitenden Klinikärzte machen Beschlüsse mit Dauer von mehr als 6 Monaten nur etwa 1 % aller

Unterbringungsentscheidungen aus, der weitaus größte Teil bewegt sich im Zeitraum von 2-6 Wochen.

Eine systematische Verteilung nach Bundesländern ist aus unseren Daten nicht zu ersehen: Bayern hält sich insgesamt zu 90 % an den Zeitkorridor 2-6 Wochen, während nach Angaben der Leitenden Klinikärzte in Sachsen-Anhalt zu 56,5 % Zeiträume von 6-24 Wochen genehmigt werden. Die stärkste Variabilität der Beschlussdauern war in Baden-Württemberg feststellbar.

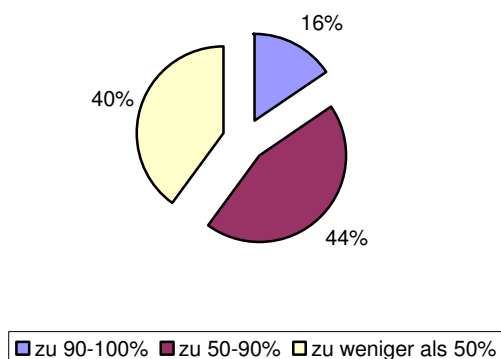


2.4.2. Bestellung eines Verfahrenspflegers

Die Bestellung eines Verfahrenspflegers ist in die gesetzliche Norm des FGG aufgenommen. Dennoch scheint diese bei Kindern und Jugendlichen überzufällig häufig (44 %) nicht zu greifen oder umgesetzt zu werden.

Bei einer Auswertung nach Ländern ergab sich eine besonders niedrige Quote für das Land Hessen

Bestellung eines Verfahrenspflegers



2.4.3. Genehmigungsumfang

Unterschiedliche Rechtsauffassungen, was vom Familiengericht zu genehmigen ist und was im Sinne der Gesundheitsfürsorge als Teil des elterlichen Sorgerechts der Elternentscheidung unterliegt, führen immer wieder zu Verunsicherung auf Seiten der Kinder- und Jugendpsychiater.

Die alleinige Genehmigung für Zwangsmaßnahmen (z. B. Zwangsmedikation, Zwangssondierung, Isolierung) scheint ausschließlich in Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, NRW, Sachsen und Schleswig-Holstein zu erfolgen.

2.5. Innerinstitutionelle Gegebenheiten

Durchschnittlich verfügen 91,5% der Kliniken bzw. Abteilungen über (überwiegend standardisierte) Dokumentationsvorgaben zur Freiheitsentziehung. Damit wird im Verlaufe einer Behandlung jede freiheitsentziehende Maßnahme überprüfbar und im Nachhinein ist mit den betroffenen Patienten, auch mit deutlichem zeitlichem Abstand, anhand der Akte der jeweilige Verlauf aufklärbar.

41,7% der Abteilungen oder Kliniken gaben an, über eine separate geschlossene Station zu verfügen.

68,7% haben einen oder mehrere Time out /Isolierräume.

77,1% haben ein oder mehrere Fixierbetten.

In absoluten Zahlen ausgedrückt:

25 Kliniken haben Isolierräume und Fixierbetten, 12 Kliniken haben nur Fixierbetten und keine Isolierräume, 8 Kliniken haben nur Isolierräume und keine Fixierbetten und 3 Kliniken haben weder Fixierbetten noch Isolierräume.

Daraus ergibt sich kein systematischer Trend für die Bevorzugung einer bestimmten Vorgehensweise zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, eher scheint sich ein Trend zur individuellen Indizierung des Vorgehens abzuzeichnen dadurch, dass die meisten Kliniken sowohl fixieren als auch isolieren können.

Hierzu hat die BAG bereits 2001 eine Leitlinie veröffentlicht.

3. Fazit und Ausblick

Es zeichnen sich rechtssystematisch nicht erklärbare Unterschiede in der Handhabung des Vorgehens bei Beschlüssen nach § 1631b BGB ab.

Im Vergleich mit der Erhebung der BAG aus 2001, die bundesweit mehr als 2000 Unterbringungen nach § 1631b BGB verzeichnete, scheint die absolute Zahl an Beschlüssen seither gestiegen zu sein.

Die Gründe dafür können sehr vielfältig sein. Sie können in einer steigenden Morbidität für schwere psychiatrische Störungen bei Kindern und Jugendlichen liegen, wie sie aus dem jüngsten RKI-Survey hervor geht.

Sie können in den stark gesunkenen Durchschnittsverweildauern zu finden sein, durch die Kinder und Jugendliche mit einer Restsymptomatik entlassen werden, die unter situativer Belastung wieder exazerbieren kann.

Die Gründe für häufigere Beschlüsse können auch in einer gesteigerten Sensibilität für die Partizipationsrechte von Kindern liegen, so dass Kliniken und Abteilungen eher einen Beschluss anregen als früher, sofern Patienten deutlich machen, dass sie nicht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden möchten. Eine Sensibilisierung mag sich auch durch die Zunahme von einschlägigen Fachveröffentlichungen zum Thema und die Rezeption der BAG-eigenen Leitlinie sowie die Tätigkeit der Ethikkommission der 3 Fachverbände ergeben haben.

Prof. Dr. med. R. Schepker
1.Vorsitzende der BAG
ZfP Ravensburg-Weissenau