

# Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

**Verlag und Copyright:**

Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
ISSN

Nachdruck nur  
mit Genehmigung  
des Verlags



# Wie können psychiatrische Kliniken in Österreich vollständig offen geführt werden?

## How do Psychiatric Hospitals in Austria Realise an Open Door Policy?

### Autoren

Tilman Steinert<sup>1</sup>, Joachim Scharfetter<sup>2</sup>

### Institute

- 1 Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Weissenau, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm, Ravensburg
- 2 Sozialmedizinisches Zentrum Ost, Donauspital, Abteilung für Psychiatrie, Wien, Österreich

### Schlüsselwörter

offene Türen, Zwang, Fixierungen, Österreich, Deutschland

### Keywords

open door policy, coercion, restraint, Austria, Germany

### Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0597-8123>

Online-Publikation: 25.5.2018 | Psychiatr Prax 2018; 45: 321–326

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
ISSN 0303-4259

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Tilman Steinert, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Weissenau, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm, Weingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg  
tilman.steinert@zfp-zentrum.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Anliegen** Viele psychiatrische Kliniken in Österreich werden offen geführt. Ein Vergleich einer österreichischen und einer deutschen Klinik sollte die Versorgungsbedingungen untersuchen.

**Methode** Vergleichende Analyse von Versorgungsdaten.

**Ergebnisse** Die Personalbesetzung war in Österreich in der Pflege besser, bei Ärzten und Psychologen vergleichbar. Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen waren in Österreich in Bezug auf die Gesamtzahl der Aufnahmen häufiger, nicht jedoch bezogen auf die gerichtlich Untergebrachten. Bei polizeilichen Fahndungen ergaben sich keine Unterschiede.

**Diskussion** Die Ergebnisse liefern keine Belege, dass die Öffnung der Stationen in Österreich in wesentlichem Maß durch andere Zwangsmaßnahmen ermöglicht wird.

### ABSTRACT

**Objective** Many psychiatric hospitals in Austria have an open door policy. We aimed to compare staffing levels, use of coercive measures, and beds per inhabitants between an Austrian and a German psychiatric hospital with partly locked doors.

**Methods** Analysis of frequency of seclusion and restraint, aggressive incidents, police searches, availability of beds, and staffing levels in standardized counts.

**Results** German wards were open 65% of daytime, Austrian wards 100%. In the German region, considerable part of hospital beds were located in day clinics and psychosomatic clinics. The percentage of all admissions subjected to coercion was considerably lower in Germany, but this did not apply to involuntary admissions. Police searches were comparable in frequency. Staffing levels of physicians and psychologists were similar, in Austria considerably more nurses were available.

**Conclusion** The results do not provide evidence that the open door policy in Austrian psychiatry is realized by use of other coercive measures. Possibly more nursing staff is important to open doors.

## Einleitung

„Psychiatrie mit offenen Türen“ ist ein Thema, das die Psychiatrie in den deutschsprachigen Ländern seit mindestens 20 Jahren bewegt. Ein Buch mit eben diesem Titel erschien bereits 2000 [1]; die Beiträge damals waren getragen von großer Emphase und eindrucksvollen Beispielen, jedoch ausschließ-

beschreibend. In den letzten Jahren hat die Diskussion wieder Fahrt aufgenommen, bemerkbar an einer steigenden Zahl von Publikationen [2–9] und Diskussionsforen auf Fachkongressen, nicht zuletzt auch diversen Aufrufen in renommierten allgemeinen Zeitungen wie der Süddeutschen Zeitung [10] und Editorials psychiatrischer Fachzeitschriften, unter anderem dieser [11]. Während eine intensive und kontroverse Debatte auf der

Meinungsebene geführt wird, herrschte lange ein bemerkenswerter Mangel an empirischen Daten. Mehrere Publikationen aus der Baseler Klinik lieferten empirische Belege, dass die Öffnung vormals geschlossener Stationen dort nicht zu von Skeptikern befürchteten klinischen oder rechtlichen Komplikationen führte, sondern mehrheitlich günstige Effekte zur Folge hatte [2, 3]. Allerdings sind auch dort bisher keineswegs alle Stationen vollständig geöffnet [2]. Einige Kliniken in Deutschland realisieren auch eine vollständige Öffnung aller Stationen rund um die Uhr nach internen Statistiken weitestgehend oder sogar vollständig [12]. Ob ihnen damit bereits der selbst reklamierte Status eines „Modells“ zusteht, wird in der Fachwelt kontrovers beurteilt. Einen Markstein aus der Sicht der Befürworter einer generellen Öffnung von Stationen setzte 2016 eine in *Lancet Psychiatry* publizierte Arbeit, die aufgrund von Beobachtungsdaten von 21 deutschen psychiatrischen Kliniken zwischen 1998 und 2012 zeigte, dass Suizide, Suizidversuche und Entweichungen in Krankenhäusern, welche eine „Politik der offenen Tür“ (Open Door Policy) betrieben, zwar nominell etwas häufiger, statistisch aber nicht signifikant erhöht waren [4]. Die dichotomisierende Zweiteilung in Kliniken mit „Offene Tür-Politik“ und „Geschlossene Tür-Politik“ wurde allerdings auch kritisch infrage gestellt [13, 14]. Ein wesentlicher Grund, sich jetzt der Frage der Konsequenzen offen geführter Stationen auf der Basis empirischer Daten zu nähern, ist darin zu sehen, dass die novellierten Psychisch Kranken- bzw. Psychisch Kranken-Hilfe-Gesetze seit 2015 teilweise die Unterbringung auf offen geführten Stationen explizit zulassen, z. B. in Baden-Württemberg, Berlin und Nordrhein-Westfalen [14].

Relativ unbeachtet ist in der gesamten Diskussion bisher geblieben, dass es bereits ein quasi-experimentelles Design der konsequenten Öffnung psychiatrischer Stationen gibt, teils vorgegeben durch juristische Bedingtheiten, teils aufgrund historisch-psychiatriereformierender Traditionen – in weiten Teilen Österreichs. Dort dürfen einerseits freiwillig behandelte Patienten nicht auf geschlossenen geführten Stationen behandelt werden, es sei denn, sie stellen einen expliziten Antrag auf eine solche Behandlungsform (was sie in aller Regel nicht tun). Andererseits formuliert die österreichische Rechtsgrundlage der unfreiwilligen Unterbringung auf einer Psychiatrie, das Unterbringungsgesetz (UbG), zwar einen geschlossenen Bereich, interpretiert aber jede Maßnahme, die dazu dient, Patienten in ihrer Bewegungsfreiheit zu behindern, auch abseits konkret geschlossener Türen, als „geschlossen“. Die Folge ist, dass etwa in Wien konsequent alle psychiatrischen Stationen offen geführt werden, an anderen Standorten in Österreich entweder ebenfalls konsequent offen gearbeitet wird, oder das Konzept der geschlossenen Akutstation und der offenen Subakutstationen gepflegt wird beziehungsweise die Stationen fakultativ geöffnet werden. Die psychiatrischen Professionellen, Patienten und Angehörige, Justiz, Polizei und Behörden haben sich mit dieser Situation arrangiert. Eine umfassende empirische Evaluation, die einen Vergleich zum Beispiel mit der Praxis in Deutschland oder der Schweiz ermöglichen würde, liegt allerdings bisher nicht vor.

Anlässlich einer Diskussionsveranstaltung bei einer Tagung des Arbeitskreises zur Prävention von Gewalt und Zwang in der

Psychiatrie [15] 2017 wurden Daten aus Wien präsentiert und wir stellten fest, dass es einer intensiveren Analyse der Versorgungsdaten bedarf, um die tatsächliche Praxis zu verstehen. Wir beschlossen daher, die stationäre Versorgungssituation der psychiatrischen Abteilung des Donaospitals in Wien und der Weissenauer Klinik des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg im Detail zu analysieren.

Die psychiatrische Abteilung des Donaospitals in Wien ist Teil des Wiener Krankenanstaltenverbundes, dem im Wesentlichen die Versorgung der städtischen Bevölkerung mit stationären Behandlungsformen obliegt. Die allgemeine psychiatrische Versorgung in Wien ist konsequent regionalisiert und wird von 8 Abteilungen übernommen, von denen derzeit noch 5 im ehemaligen psychiatrischen Großkrankenhaus Otto Wagner Spital beheimatet sind, 3 Abteilungen sind Teil von Allgemeinkrankenhäusern. Die Forensik ist in Wien (und auch österreichweit) räumlich und organisatorisch größtenteils aus der Regelversorgung ausgegliedert und fällt in die Verantwortung des Justizministeriums. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist an eigenen Standorten organisiert und die stationäre Behandlung abhängigkeitserkrankter Patienten ist überregional organisiert beziehungsweise an externe Anbieter ausgelagert. Darüber hinaus gibt es in Wien eine psychosomatische Abteilung in einem Ordensspital und die Universitätsklinik für Psychiatrie, die überregional aufnehmen, jedoch ohne Versorgungsauftrag sind und damit in der Regelversorgung kaum eine Rolle spielen. Die Abteilung im Donaospital ist eine der einem Allgemeinkrankenhaus angegliederten Abteilungen und Pflichtversorger hinsichtlich stationärer psychiatrischer Behandlungen für das definierte Einzugsgebiet, die Wiener Bezirke 2 und 22. Die Struktur des Einzugsgebiets ist einerseits großstädtisch verdichtet mit sozialen Brennpunkten wie etwa dem Praterstern, andererseits umfasst es einen Flächenbezirk mit einem hohen Anteil an sozialen Wohnbauten. Die Abteilung wird seit ihrer Übersiedlung aus dem psychiatrischen Großkrankenhaus im Jahr 1996 vollständig offen geführt und war auch am vorherigen Standort seit Beginn der 80er-Jahre offen geführt worden.

Die Klinik Weissenau ist in der Versorgungsregion zweier Landkreise an 4 Standorten mit psychiatrischen Betten vertreten, umfasst sowohl ein großes Fachkrankenhaus als auch kleine Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, durchmischte und hoch spezialisierte Stationen, ist ein großes Versorgungskrankenhaus und zugleich Universitätsklinik und repräsentiert damit vermutlich recht gut die Breite psychiatrischer Versorgungsrealität in Deutschland in einer einzigen Region. Alle Stationen werden entweder ausschließlich offen oder „fakultativ geschlossen“ geführt, wobei aber trotz zahlreicher Bemühungen der vergangenen 2 Jahrzehnte manche Stationen de facto überwiegend geschlossen sind. Die Fragestellung dieser Arbeit war es, in den beiden Kliniken nicht nur den Grad der Öffnung, sondern auch die Struktur der versorgten Klientel, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und die personelle Besetzung zu vergleichen.

## Methode

### Kliniken

Die Abteilung für Psychiatrie des Donauspitals, Wien, hat 80 vollstationäre Betten und keine teilstationären Plätze für zuletzt etwa 250 000 Menschen mit stetig steigenden Einwohnerzahlen im Einzugsgebiet (in 5 Jahren werden etwa 300 000 erwartet). Inkludiert ist eine gerontopsychiatrische Versorgung, exkludiert sind die Forensik, die Kinderpsychiatrie und die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Die notfallmäßige Behandlung vieler kinderpsychiatrischer und abhängigkeitserkrankter Patienten fällt aus organisatorischen Gründen allerdings regelmäßig doch der allgemeinen Versorgungspsychiatrie zu. Die Abteilung gliedert sich in 4 Stationen mit je 20 Betten. Eine Akutstation, die alle Akutaufnahmen und Akutbehandlungen durchführt, 2 Subakutstationen mit auch elektiven Aufnahmen beziehungsweise Transferierungen von anfangs akut geführten Patienten sowie eine gerontopsychiatrische Station für Patienten ab 65 Jahren. Die Regionalisierung wird streng eingehalten, überregionale Aufnahmen sind eine seltene Ausnahme.

Die Klinik Weissenau, Teil der Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg, umfasst neben Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Epileptologie und Neurologie 6 psychiatrische Abteilungen mit vollstationären Betten an 4 Standorten (Weissenau, Ravensburg, Wangen i. Allgäu, Friedrichshafen) und 2 psychosomatische Stationen an Allgemeinkrankenhäusern, außerdem 5 Tageskliniken an 3 Standorten. Insgesamt stehen 241 vollstationäre und 55 teilstationäre Betten für die Versorgung von 2 Landkreisen mit zusammen 510 000 Einwohnern zur Verfügung. Für diese Region wird die Pflichtversorgung übernommen. Nur eine Station (niederschwelliger Drogenentzug) hat einen überregionalen Versorgungsauftrag. Auch in den 34 Betten für psychosomatische Medizin werden praktisch ausschließlich Patienten der Region versorgt; allerdings befindet sich im Versorgungsgebiet noch eine weitere psychosomatische Klinik, die auch überregional aufnimmt.

### Datenerhebung

Abteilung für Psychiatrie, Donauspital, Wien: Die Öffnungszeiten der Stationen der psychiatrischen Abteilung sind von 7 Uhr bis 20 Uhr, nachts ist geschlossen. Daten zur Unterbringung und zu Zwangsmaßnahmen werden aus der gesetzlichen Meldepflichtung generiert, die allerdings nicht so umfassend und detailliert geregelt ist wie nach PsychKHG in Baden-Württemberg. An der Abteilung werden fast ausschließlich Fixierungen als freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen im engeren Sinn durchgeführt, Zimmerisolierungen sind möglich, jedoch nicht in speziellen Isolierzimmern und werden extrem selten angewandt. Aggressionsereignisse werden mittels SOAS-R dokumentiert. Personalzahlen für Pflege und PsychologInnen wurden aus der nominellen Besetzung der Stationen (ohne Ausfallzeiten) als Durchschnittswerte errechnet und decken sich gut mit der realen Anwesenheit. Bei den Personalzahlen der Ärzte wurde die reale Anwesenheit über einen Referenzzeitraum aus dem Dienstplan entnommen. Alle übrigen Daten wurden aus Routinedaten des medizinischen Controllings für das

Jahr 2016 ermittelt beziehungsweise aus Journal-Dokumentationen der ärztlichen Direktion erfragt.

Klinik Weissenau: Daten zur tatsächlichen Öffnung der Stationen wurden im Rahmen eines anderen Projekts in 3 Monaten des Jahres 2016 auf allen Stationen über einen Zeitraum von drei Monaten in Stunden erhoben. Die Erhebung bezog sich auf den Zeitraum von 8 Uhr bis 20 Uhr, nachts sind sämtliche Stationen geschlossen. Für jede Station wurde so ein Durchschnittswert (in %) der Öffnung ermittelt, daraus wurde ein Durchschnittswert aller Stationen (ohne Tageskliniken und Psychosomatik) errechnet. Daten zu Zwangsmaßnahmen werden routinemäßig sehr genau erfasst in vorgeschriebener einheitlicher Form für die Übermittlung an das Zwangsregister Baden-Württemberg gemäß dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG). In der Klinik werden sowohl Fixierungen als auch Isolierungen durchgeführt, vereinzelt auch Festhalten als freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme. Personalzahlen wurden aus der nominellen Besetzung der Stationen (ohne Ausfallzeiten) als Durchschnittswerte errechnet. Alle übrigen Daten wurden aus vorliegenden Routinedaten des medizinischen Controllings für das Jahr 2016 ermittelt, teilweise mit für diesen Zweck erstellten Suchabfragen. Insgesamt musste eine Beschränkung auf solche Kennwerte erfolgen, die in beiden Kliniken mit vergleichbaren Methoden sicher erhebbare waren.

## Ergebnisse

► **Tab. 1** zeigt die Kennzahlen im Vergleich. Die deutsche Klinik hatte die Stationen im Durchschnitt etwa zu zwei Dritteln der Zeit tagsüber geöffnet, die österreichische war immer offen. Dabei hatte die deutsche Klinik bzw. Versorgungsregion eine wesentlich höhere Bettenmessziffer, wesentlich bedingt durch erhebliche Kapazitäten in Tageskliniken und Psychosomatik. Allerdings hatte die österreichische Klinik auch keine Versorgungsverpflichtung für Suchterkrankungen und eine etwas restriktiver interpretierte Pflichtversorgung in der Gerontopsychiatrie (ohne Delir). Die Bettenkapazität für die vollstationäre Pflichtversorgung unterschied sich insofern weniger, auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag in vergleichbarer Größenordnung. Zwangsmaßnahmen waren, bezogen auf die Gesamtzahl aller Aufnahmen, in der deutschen Klinik um fast zwei Drittel niedriger; dieser Unterschied war jedoch nicht mehr vorhanden, wenn die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen auf die Grundgesamtheit der unfreiwillig behandelten Patienten bezogen wurde. Auch die Zahl der Entweichungen mit polizeilicher Fahndung unterschied sich nicht wesentlich. Aggressive Übergriffe waren in der österreichischen Klinik doppelt so häufig. In der Personalbesetzung imponiert in der österreichischen Klinik eine genau doppelt so hohe Arztbesetzung. Bezieht man allerdings mit ein, dass die Ärzte in Wien vormittags in der Klinik arbeiten und ab 13 Uhr Nachtdienstbesetzung besteht, ist die Besetzung praktisch identisch. Ebenso gab es bei den Psychologen keine Unterschiede, während die Besetzung im Bereich der Pflege in Wien real höher ist.

► **Tab. 1** Stationsöffnung und weitere Kennzahlen der Patientenversorgung.

	D (Weissenau)	Ö (Wien)
% Öffnung der Stationen (8 – 20:00)	64,7 %	100 %
vollstat. psychiatr. Betten/100 000 EW im Einzugsgebiet	49,2 <sup>1</sup>	28 <sup>2</sup>
vollstat. psychiatr. Betten/100 000 EW ohne Sucht und Delir bei Demenz im Einzugsgebiet	ca. 37	28
vollstat. psychosom. Betten/100 000 EW im Einzugsgebiet	19,2	0
Tagesklinikplätze/100 000 EW im Einzugsgebiet	16,7	0
durchschnittl. Stationsgröße (Betten)	20,0	20,0
durchschnittl. Verweildauer	22,1 Tage	18 Tage
Pflichtversorgung für Region	ja	ja
Versorgung von Suchtkranken	ja	nein, außer bei Krisen
Versorgung Gerontopsychiatrie	ja, alle	ja, ohne Delir
% unfreiwillige Behandlungen (unterschiedliche Unterbringungsarten, auch vorübergehende befristete unfreiwillige Zurückhaltung)	9,8 %	37 %
% Aufnahmen von freiheitseinschränkenden Zwangsmaßnahmen betroffen	7,3 %	20,8 %
% von Zwangsmaßnahmen betroffen/% unfreiwillig	74 %	56 %
polizeiliche Fahndungen pro Bett und Jahr	0,41	0,38
aggressive Übergriffe (dokumentiert mit SOAS-R)	20/100 Aufnahmen	40/100 Aufnahmen
durchschnittliche Anzahl Pflegekräfte <sup>3</sup> pro Schicht und Station vormittags	3,0	5,3
durchschnittliche Anzahl Pflegekräfte <sup>3</sup> pro Schicht nachmittags	3	4,0
durchschnittliche Anzahl Pflegekräfte <sup>3</sup> pro Schicht nachts	1,9	2,3
durchschnittliche Anzahl Ärzte pro Schicht/Station vormittags (ohne Oberarzt)	2	3,2
durchschnittliche Anzahl Ärzte pro Schicht/Station nachmittags (ohne Oberarzt)	2	0,3
Vollzeitäquivalente angestellter Ärzte/Bett	0,13 <sup>4</sup>	0,26
durchschnittliche Anzahl Psychologen/Bett	0,04 <sup>45</sup>	0,04 <sup>5</sup>

<sup>1</sup> ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie und forens. Psychiatrie

<sup>2</sup> keine primären Suchterkrankungen, kein Delir bei Demenz

<sup>3</sup> nicht differenziert nach Qualifikation

<sup>4</sup> bezogen auf vollstationäre Betten

<sup>5</sup> inkl. Psychologen i. Ausbildung u. vergleichbar

## Diskussion

Mit der (fast) generell offenen Führung psychiatrischer Stationen hat Wien, stellvertretend für weite Teile Österreichs, unseeres Wissens weitgehend ein Alleinstellungsmerkmal [16]. In Deutschland und der Schweiz bestehen ähnliche Zielvorstellungen, die aber bisher in der Breite als nicht realisierbar angesehen werden, obwohl die dafür notwendigen organisatorischen [17] und rechtlichen [8] Bedingungen im Grunde als bekannt gelten dürfen und einzelne Kliniken eine weitgehende oder vollständige Öffnung aller Stationen praktizieren und propagieren [12]. Neben rechtlichen und ethischen Bedenken (im Hinblick auf vulnerable Mitpatienten, die devianten Verhaltensweisen bei der geforderten konsequenten Verteilung aller „schwierigen“ Patienten relativ ungeschützt ausgesetzt sind) wird auch kritisch diskutiert, ob die uneingeschränkte Öffnung von Sta-

tionen nicht nur mit einem Anstieg von fremd- und selbstgefährdenden Handlungen außerhalb der Klinik einhergeht, sondern auch freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen für jene Patienten nach sich zieht, die zu einem freiwilligen Verbleib im Krankenhaus nicht bereit sind [14]. Wir verglichen deshalb die Versorgungsbedingungen an 2 Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag. Die österreichische Klinik ist für die Pflichtversorgung in Teilen Wiens zuständig, die deutsche erstreckt sich über verschiedene Standorte in einer kleinstädtischen Region und beinhaltet alle in Deutschland gängigen Typen psychiatrischer Versorgung; die Verhältnisse dürften insofern für Deutschland einigermaßen typisch sein. Dennoch bestehen Limitationen der vorliegenden Analyse zweifellos in der mehr oder weniger willkürlichen Auswahl zweier Kliniken und der Beschränkung auf verfügbare Routinedaten, abgesehen von der sehr detaillierten Erhebung der tatsächlichen Öffnung in der

Weissenauer Klinik. In dieser waren sämtliche Stationen entsprechend der Konzeption der Klinik mindestens zeitweilig geöffnet, insgesamt aber doch über durchschnittlich ein Drittel der Zeit geschlossen. Auf den ersten Blick suggerieren die Daten, dass die vollständige Öffnung der Klinik in Wien mit wesentlich mehr freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen – in Wien ausschließlich Fixierungen – erkaufte wird, betroffen sind 20,8% der Aufnahmen gegenüber 7,3% in Deutschland. Die Analyse zeigt jedoch auch, dass die niedrigere Quote in der deutschen Klinik, etwas unter einem kürzlich publizierten Durchschnittswert deutscher Kliniken (8,0%) [18] liegend, sich im Vergleich aus einer wesentlich höheren Bettenmessziffer, u. a. mit tagesklinischen und psychosomatischen Plätzen, erklärt. Der Anteil der unfreiwillig behandelten Patienten ist dementsprechend im kleineren Bettenkontingent der Wiener Klinik etwa doppelt so hoch, wenig überraschend auch die Häufigkeit aggressiver Übergriffe. Betrachtet man den Quotienten aus Anteil der unfreiwillig Behandelten und Anteil von Zwangsmaßnahmen Betroffener, ergibt sich kein Vorteil der deutschen Klinik mehr. Auch die Häufigkeit von polizeilichen Fahndungen (standardisiert pro Bett und Jahr) erwies sich als überraschend ähnlich. Die Vermutung, dass die Öffnung in Wien durch mehr Entweichungen und mehr andere Zwangsmaßnahmen „erkaufte“ wird, lässt sich demnach nicht systematisch bestätigen (obwohl Fixierungen, um ein Verlassen der Station durch akut und erheblich gefährdete und gefährdende Patienten zu verhindern, in Einzelfällen als Ultima Ratio tatsächlich zur Anwendung kommen). Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den mit anderen Methoden und Vergleichen erhaltenen Daten aus anderen Studien [3, 4].

Unterschiede, die möglicherweise in einem Zusammenhang mit der tagsüber vollständig offenen Führung der Stationen stehen können, fanden sich in der Personalausstattung. Diese erweist sich bei genauerer Analyse im therapeutischen Bereich (Ärzte und Psychologen) als nahezu identisch bei nur unterschiedlicher Verteilung über den Tag, während im Bereich Pflege die Ausstattung in der österreichischen Klinik durchgängig deutlich besser ist. Aufgrund der einheitlichen Personalvorgaben nach Psych-PV dürften die deutschen Zahlen, gemessen über den Durchschnitt einer größeren Anzahl von Stationen, wiederum ziemlich repräsentativ sein. Dass die Personalausstattung in Deutschland nach den gesetzlichen Vorgaben angesichts vielfältig gestiegener Aufgaben vor allem in der Dokumentation und kontinuierlich gestiegener Aufnahmezahlen grenzwertig knapp ist und zu impliziten Rationierungen führt, ist gut bekannt [19]. Gerade in der Psychiatrie bedürfte eine qualitativ hochwertige und nach humanen Gesichtspunkten geführte Patientenarbeit einer personellen Ausstattung, von der wir sowohl in Deutschland wie auch in Österreich weit entfernt sind [20]. Einen einfachen linearen Zusammenhang zwischen der Personalausstattung in der Pflege und der Öffnung psychiatrischer Stationen zu postulieren, greift freilich sicher zu kurz [16]. Die Personalausstattung ist eine notwendige, aber alleine keineswegs hinreichende Voraussetzung. Nach verbreiteter Auffassung gelingt die Öffnung nur als Teil einer umfassenden Gesamtkonzeption mit intensiver Beziehungsarbeit und sehr guter Kooperation in einem Team [1, 21], auch wird

eine weitgehende Durchmischung der Patienten unter Verzicht auf Spezialisierungen als wichtige Voraussetzung angesehen [1, 12, 17]. Ob dies ein erstrebenswerter Weg in der psychiatrischen Versorgung ist oder ob unfreiwillig behandelte Patienten mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten besser auf „Intensivstationen“ konzentriert werden sollten, wie es derzeit in den Niederlanden propagiert wird [22], bleibt auch in Deutschland umstritten. Ein weiteres Modell, das in Deutschland zunehmend praktiziert wird, ist die Einrichtung fakultativ geschlossener Krisenbereiche auf ansonsten durchgängig offen geführten Aufnahmestationen. Die damit einhergehende Strukturierung der Abläufe führte ebenfalls zu einem nachweisbaren Anstieg der vollständigen Öffnung [23]. Eine Fixierung von Patienten zur Aufrechterhaltung einer Öffnung einer Station wird dagegen als ethisch sehr problematisch angesehen. Die Konsensusgruppe der derzeit (2017–2018) erarbeiteten S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang konnte weder auf der Basis von Evidenz noch von Konsens eine eindeutige Empfehlung zu den Fragen der vollständigen Öffnung psychiatrischer Stationen und zu präferierten Organisationsmodellen formulieren.

#### KONSEQUENZEN FÜR KLINIK UND PRAXIS

- Psychiatrische Stationen mit Pflichtversorgungsaufgaben und unfreiwillig behandelten Patientinnen und Patienten können grundsätzlich offen geführt werden.
- Dafür sind neben klinischen Konzepten auch rechtliche Rahmenbedingungen und ein hoher Konsens der beteiligten Akteure erforderlich.
- Die vorgestellten Daten zeigen, dass isolierte Vergleiche einzelner Kennzahlen zu falschen Schlussfolgerungen führen können. Für sinnvolle Vergleiche von Versorgungseinrichtungen ist der Einbezug möglichst vieler Kennzahlen unverzichtbar.

#### Interessenkonflikt

Tilman Steinert gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Joachim Scharfetter erhielt Travel Grants von Amomed, Lundbeck und Janssen sowie Vortragshonorare von AOP-Orphan und GL-Pharma.

#### Literatur

- [1] Bernardi O, Gerber HG, Krisor M et al. Psychiatrie mit offenen Türen: Offene stationäre Psychiatrie in der Pflichtversorgung. Stuttgart: Thieme; 2000
- [2] Jungfer HA, Schneeberger AR, Borgwardt S et al. Reduction of seclusion on a hospital-wide level: successful implementation of a less restrictive policy. *J Psychiatr Res* 2014; 54: 94–99
- [3] Lang UE, Walter M, Borgwardt S et al. Über die Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch eine „offene Türpolitik“. *Psychiatr Prax* 2016; 43: 299–301
- [4] Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E et al. Suicide risk and absconding in psychiatric hospital with and without open door policies: 15 year observational study. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 842–849

- [5] Cibis ML, Wackerhagen C, Müller S et al. Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation. *Psychiatr Prax* 2017; 44: 141–147
- [6] Lo SB, Gaupp R, Huber C et al. Einfluss einer „Offenen-Tür-Politik“ auf die Stationsatmosphäre: Auswirkungen auf die Behandlungsqualität. Published Online Apr 2017
- [7] Steinauer R, Huber CG, Petitjean S et al. Effect of door-locking policy on inpatient treatment of substance use and dual disorders. *Eur Addict Res* 2017; 23: 87–96
- [8] Henking T. Das Konzept der offenen Türen – offen und doch geschlossen? *Recht und Psychiatrie* 2017; 35: 68–71
- [9] Lang UE, Borgwardt S, Walter M et al. Einführung einer „Offenen Tür Politik“ – was bedeutet diese konkret und wie wirkt sie sich auf Zwangsmaßnahmen aus? *Recht und Psychiatrie* 2017; 35: 72–79
- [10] Beine KH. Offene Psychiatrie für eine offene Gesellschaft. *Süddeutsche Zeitung*; 30.7.2016
- [11] Beine KH. Öffnen wir die Türen.... *Psychiatr Prax* 2016; 43: 69–70
- [12] Zinkler M, Nyhuis PW. Offene Türen in der Allgemeinpsychiatrie: Modelle und Standards. *Recht und Psychiatrie* 2017; 35: 63–67
- [13] Pollmächer T, Steinert T. Arbitrary classification of hospital policy regarding open and locked doors. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 1103
- [14] Steinert T, Fallgatter A. Psychiatrie mit offenen Türen. *Psychiatr Prax* 2016; 43: 452–454
- [15] Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie, im Internet: [www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de](http://www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de)
- [16] Rittmannsberger H, Sartorius N, Brad M et al. Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 483–488
- [17] Gather J, Nyhuis PW, Juckel G. Wie kann eine „offene Psychiatrie“ gelingen? *Recht und Psychiatrie* 2017; 35: 80–85
- [18] Adorjan K, Steinert T, Flammer E et al. Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Eine Pilotstudie der DGPPN zur Erprobung eines einheitlichen Erfassungsinstrumentes. *Nervenarzt* 2017; 88: 802–810
- [19] Braun B, Brückner-Bozetti P, Lingenfelder M. Rationierung in der stationären psychiatrischen Versorgung. *Nervenarzt* 2017; 88: 1020–1025
- [20] Fischer P, Hanak S, Wally B et al. Ärztlicher Personalbedarf in der Versorgungspsychiatrie – eine „Bottom-Up“ Personalbedarfsberechnung am Beispiel der Psychiatrischen Abteilung des Donauspitals in Wien. *Neuropsychiatrie* 2016; 30: 10–17 See comment in PubMed Commons below
- [21] Sollberger D, Lang UE. Psychiatrie mit offenen Türen, Teil 2: Therapeutische Herausforderungen. *Nervenarzt* 2013; 85: 319–325
- [22] Mulder NCL. Psychiatrische Intensivstationen – Pro. *Psychiatr Prax* 2015; 42: 237–238
- [23] Schmid P, Widmann B, Jekel A et al. Konzeptionelle und kognitive Umstrukturierung? Ein Konzept zum Umgang mit (sucht-)psychiatrischen Krisen. *Psychiatr Prax* 2016; 43: 441–443

