

Kantonale Unterschiede bei der Umsetzung der fürsorgerischen Unterbringung in der Schweiz

Cantonal Differences in The Implementation of Involuntary Admission in Switzerland




Autorinnen/Autoren

Matthias Jäger¹, Florian Hotzy², Rafael Traber³, Stéphane Morandi⁴, Andres Ricardo Schneeberger⁵, Manuela Spiess⁶, Regula Ruffin⁶, Anastasia Theodoridou¹

Institute

- 1 Erwachsenenpsychiatrie, Psychiatrie Baselland, Liestal, Schweiz
- 2 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zurich, Schweiz
- 3 Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Clenia Littenheid AG, Littenheid, Schweiz
- 4 Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne, Schweiz
- 5 UCSan Diego Health, UCSD, La Jolla, United States
- 6 socialdesign ag, socialdesign ag, Bern, Schweiz

Schlüsselwörter

Zwangsmassnahme, Unterbringung, Patientenmerkmale

Key words

Coercion, involuntary admission, patient characteristics

eingereicht 16.03.2023

akzeptiert 30.06.2023

online publiziert 2023

Bibliografie

Psychiat Prax

DOI 10.1055/a-2133-4084


ISSN 0303-4259

© 2023. The Author(s). This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-Non-Commercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Matthias Jäger
Psychiatrie Baselland
Bientalstrasse 7
4410 Liestal
Schweiz
matthias.jaeger@pbl.ch

 Zusätzliches Material finden Sie unter
<https://doi.org/10.1055/a-2133-4084>.

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Untersuchung von soziodemographischen und klinischen Charakteristika von Personen, die in fünf psychiatrischen Kliniken aus Regionen mit unterschiedlichen Strukturmerkmalen untergebracht wurden, im Vergleich zu Personen mit freiwilligen Hospitalisationen.

Methodik Deskriptive Auswertungen der Routinedaten von rund 57000 Fällen von 33000 Patientinnen, die von 2016 bis 2019 aufgrund einer psychiatrischen Primärdiagnose nach ICD-10 in einer der teilnehmenden Kliniken behandelt wurden.

Ergebnisse Unterbringungsraten, Aufenthaltsdauer, Quoten weiterer Zwangsmassnahmen, soziodemographische und klinische Charakteristika der betroffenen Klientel unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Regionen.

Schlussfolgerung Es bestehen erhebliche regionale Unterschiede zwischen Regelungen und Umsetzung der Unterbringungsverfahren und bei der betroffenen Klientel. Kausale Zusammenhänge zwischen regionalen Spezifika und den Ergebnissen können nicht konkludiert werden.

ABSTRACT

Objective To examine sociodemographic and clinical characteristics of persons hospitalized in five psychiatric hospitals from regions with different structural characteristics compared with persons hospitalized voluntarily.

Methods Descriptive analyses of routine data on approximately 57000 cases of 33000 patients treated for a primary ICD-10 psychiatric diagnosis at one of the participating hospitals from 2016 to 2019.

Results Admission rates, length of stay, rates of further coercive measures, sociodemographic and clinical characteristics of the affected persons differ between the different regions.

Conclusion There are considerable regional differences between regulations and implementation of the admission procedures and the sample. Causal relationships between regional specifics and the results cannot be inferred.

Einleitung

Die Einführung des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts (KESR) in der Schweiz im Jahr 2013 hatte unter anderem die Vereinheitlichung der Vorgehensweisen im Zusammenhang mit der Fürsorgeischen Unterbringung (FU) sowie die Stärkung der Autonomie der betroffenen Personen zum Ziel. Im Einzelnen handelt es sich um folgende im KESR geregelte Maßnahmen:

- FU: Einweisung in eine geeignete Einrichtung zur Behandlung/Betreuung unter definierten Voraussetzungen einschliesslich Verfahren und Zuständigkeit, periodische Überprüfung und Einbezug einer Vertrauensperson
- Zurückbehaltung freiwillig hospitalisierter Personen
- Medizinische Maßnahmen bei einer psychischen Störung: Behandlungsplan, Behandlung ohne Zustimmung, Notfallmassnahmen, Austrittsgespräch, ambulante Massnahmen, Patientenverfügung
- Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit
- Anrufung des Gerichts

Auch nach der Gesetzesrevision gibt es in der Schweiz weiterhin eine hohe interkantonale Varianz der FU-Raten [1] sowie bei den Quoten für bewegungseinschränkende Massnahmen und Behandlungen ohne Zustimmung [2], die sich nicht allein durch die Patientenmerkmale erklären lassen. Die Massnahmen zur Stärkung der Patientenautonomie werden in der Praxis wenig genutzt. Das KESR erlaubt den Kantonen weiterhin einen gewissen Spielraum in der Umsetzung der FU, der sich durch Unterschiede in den jeweiligen kantonalen Regelungen bzw. Einführungsgesetzen widerspiegelt [3]. So sind die Kantone befugt, die Berechtigung zur Anordnung einer FU neben den Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) auch Ärztinnen zu übertragen (Art. 429 Abs. 1 ZGB). Dabei bestehen oft keine Vorgaben über die Fachrichtung, die eine Ärztin aufweisen muss. Eine andere kantonal variierende Regelung betrifft die Fristen bis zur ordentlichen Überprüfung der ärztlich angeordneten FU durch die KESB.

Die FU-Rate in der Schweiz ist im internationalen Vergleich hoch [4] und in den letzten Jahren steigend [1]. Die schweizweite FU-Rate liegt im Jahr 2021 durchschnittlich bei 1,9 pro 1000 Einwohnerinnen, je nach Kanton variierend von 0,8 bis 2,8. Im Kanton Zürich ist die FU-Rate seit Jahren konstant hoch (ca. 2,6 pro 1000 Einwohner im Jahr 2021) und die Quote rangiert zwischen 20 % und 33 % aller Einweisungen. Der Kanton ist geprägt durch die grösste (Zürich) und sechstgrösste (Winterthur) Stadt der Schweiz und deren Agglomerationen mit rund 1,5 Mio. Einwohnerinnen. Die Befugnis zur Anordnung einer FU wurde in Ergänzung zur KESB allen Ärztinnen und Ärzten mit Berufsausübungsbewilligung unabhängig von

der Spezialisierung übertragen. Im Gegensatz dazu wurde z. B. im Kanton Baselland eine eher niedrige FU-Rate von 1,1 pro 1000 Einwohner im Jahr 2021 sowie eine Quote von 15 % aller Klinikeintritte festgestellt. Dieser Kanton hat eine vergleichsweise ländliche Struktur mit rund 300'000 Einwohnerinnen. FU können in diesem Kanton ausschliesslich durch die KESB angeordnet werden. Neben dem in der Literatur beschriebenen erhöhten Risiko für FU in urbanen Gebieten scheint auch die gesetzliche Auslegung einen relevanten Anteil in der Varianz der FU-Raten und auch der klinischen Verläufe nach einer FU zu erklären [5,6].

Bisherige Forschungsarbeiten fokussierten im europäischen Bereich hauptsächlich auf den Einfluss der Gesetzgebung auf die unterschiedlichen Raten und Quoten von FU [4,7]. Deutliche Unterschiede bestehen bei der Definition der Voraussetzungen, der zur Anordnung der Massnahme befugten Personen, der Anforderungen an die Dokumentation sowie zeitlicher und prozeduraler Aspekte.

Im Rahmen der vorliegenden explorativen Studie wurden fünf psychiatrische Kliniken aus Regionen mit unterschiedlichen Strukturmerkmalen in Bezug auf FU-Quoten sowie die betroffene Klientel im Vergleich zu Personen mit freiwilligen Hospitalisationen untersucht. Die Studie ging folgenden Fragestellungen nach:

1. Wie unterscheidet sich die Verteilung der per FU zuweisenden Instanzen zwischen den einzelnen Kantonen (Verhältnis allgemein-ärztliche FU/psychiatrisch-ärztliche FU/behördliche FU)?
2. Welche klinischen und soziodemographischen Charakteristika beschreiben die per FU eingewiesenen Personen und wie unterscheiden sich diese von den freiwillig hospitalisierten Personen?
3. Welche weiteren Zwangsmaßnahmen werden angewendet und wie häufig? Welche Unterschiede bestehen zwischen den Kliniken resp. Kantonen?
4. Wie ist die Dauer der Hospitalisierung nach Zuweisung per FU? Bestehen Unterschiede zwischen den Kantonen bzw. nach zuweisender Instanz?

Methodik

Für die Studie wurden anonymisierte Routinedaten der teilnehmenden Kliniken aus fünf Kantonen ausgewertet. Hierzu gehören soziodemographische und klinische Basisdaten inklusive der Daten der «Nationalen Qualitätsmessung in der stationären Erwachsenenpsychiatrie» des nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), vgl. ► **Tab. 1**.

HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) ist ein Messinstrument zur differenzierten Erfassung des Schweregrades einer psychischen Störung und der sozialen Funktionsfähigkeit aus Sicht der behandelnden Person im Sinne einer Fremdbeurteilung. Das Instrument enthält 12 Items, die Verhalten, Beeinträchtigung, Symptome, soziales Funktionieren und Bedingungen in Beruf und Alltag messen. Es können in der Summe 0 bis 48 Punkte erreicht werden, wobei höhere Werte für größere Probleme in den genannten Bereichen sprechen. Statistische Routinedaten zur FU liegen in der Schweiz systematisch nur in psychiatrischen Kliniken vor. Von Pfl-

ge- und Wohneinrichtungen sowie anderen Institutionen, in die eine Einweisung per FU als geeignete Einrichtung möglich ist, werden keine Routinedaten erfasst, weshalb kein umfassendes Bild aller FU in einem Kanton erhältlich ist [8]. Für die vorliegende Studie wurden die Routinedaten der jeweils grössten psychiatrischen Klinik im Kanton eingeschlossen, in die auch der grösste Teil aller FU erfolgt. Im Einzelnen wurden die in ► **Tab. 2** aufgeführten Kantone und Kliniken in die Studie eingeschlossen.

Für die quantitativen Auswertungen wurden die Routinedaten aller Patientinnen und Patienten, die von 2016 bis 2019 aufgrund einer psychiatrischen Primärdiagnose nach ICD-10 (ICD-10 F0-F9) in einer der teilnehmenden Kliniken freiwillig oder per FU behandelt wurden, in die Analysen aufgenommen. Es handelt sich um insgesamt rund 57000 Fälle aus allen 5 teilnehmenden Kliniken (BL 16%, GR 13%, TI 10%, VD 28%, ZH 33%) von knapp 33000 Patientinnen.

Die statistischen Analysen erfolgten deskriptiv und komparativ mittels R Version 3.6.0. Dabei wurden für numerische Variablen der Mittelwert und die Standardabweichung sowie der Median, Minimum und Maximum angegeben. Bei kategorialen Variablen wurden die Anzahl sowie der prozentuale Anteil der gültigen Fälle angegeben.

Die Studie ist Teil eines Evaluationsprojekts zur Umsetzung der FU in der Schweiz, welches im Auftrag des Bundesamts für Justiz von den Autorinnen und Autoren durchgeführt wurde. Neben der hier präsentierten Auswertung der Routinedaten wurden in zwei Teilprojekten Stakeholder-Befragungen und Beurteilungen von Fallvignetten durchgeführt. Die Evaluation wurde durch die Kantonale Ethikkommission Zürich als Leitkommission für die multizentrische Studie am 1.9.2021 bewilligt (BASEC 2021-00857).

► **Tab. 1** Einbezogene Variablen.

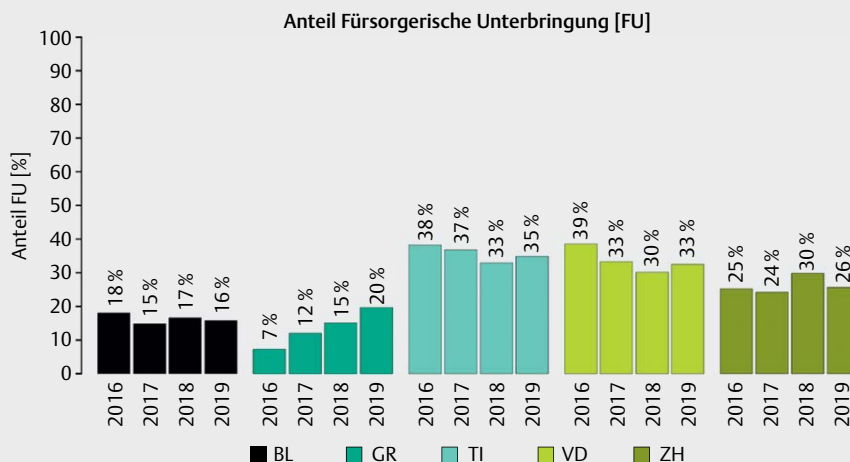
Soziodemographie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschlecht ▪ Alter ▪ Wohnkanton ▪ Nationalität ▪ Höchste abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung ▪ Aufenthaltsort vor Eintritt ▪ Erwerbstätigkeit vor Eintritt ▪ Aufenthalt nach Austritt
Prozedurale Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einweisende Instanz ▪ Freiwilligkeit ▪ Anzahl früherer Eintritte in dieselbe Klinik ▪ Zwangsmaßnahmen während der Behandlung ▪ Entscheid für Austritt ▪ Behandlung nach Austritt
Klinische Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosen bei Austritt ▪ HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale) bei Ein- und Austritt

► **Tab. 2** Beteiligte Kantone und Kliniken.

Kanton	Einwohnerinnen	Einwohner pro km ²	Sprachregion	FU-Rate/1000 2016/2019	Häufigste FU anordnende Instanz	FU Dauer nach ärztl. Anordnung	Größte Klinik
Baselland ¹	290000	566	DE	0,85/1,06	KESB	24 Stunden	PBL
Graubünden ²	200000	28	DE/RO/IT	0,71/1,43	Ärzte	6 Wochen	PDGR
Tessin ³	350000	125	IT	1,86/1,73	Ärzte	6 Wochen	CPC
Waadt ⁴	820000	256	FR	2,29/2,06	Ärzte	6 Wochen	CHUV
Zürich ⁵	1500000	905	DE	2,07/2,18	Ärzte	6 Wochen	PUK

¹FU wird innert 24 Stunden durch ein Mitglied der Spruchbehörde (KESB) angeordnet, keine ärztlich angeordnete FU (Antrag mit ärztlichen Zeugnis), bei Gefahr im Verzug telefonische Anordnung durch KESB-Dienst für max. 24 Stunden. Teilnehmende Klinik: Psychiatrie Baselland (PBL) Liestal.;

²Gesetzliche Regelung ärztliche FU: a) jeder im Kanton zur selbständigen Berufsausübung zugelassene Arzt der Grundversorgung (Hausarzt), mit Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; b) jeder Bezirksarzt; c) der behandelnde Arzt der überweisenden Einrichtung. Teilnehmende Klinik: Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR) Chur/Cazis.; ³Tessin: Teilnehmende Klinik: Clinica psichiatrica cantonale (CPC) Mendrisio.; ⁴Waadt: KESB als Justizbehörden organisiert. Gesetzliche Regelung ärztliche FU: die vom Gesundheitsdepartement autorisierten Ärztinnen und Ärzte für eine maximale Dauer von sechs Wochen. Teilnehmende Klinik: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) Département de psychiatrie.; ⁵Zürich: Gesetzliche Regelung ärztliche FU: alle Ärzte, die a) über ein eidgenössisches oder ein eidgenössisch anerkanntes ausländisches Diplom und b) über eine Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung in der Schweiz verfügen oder unter der Verantwortung eines Arztes mit einer entsprechenden Bewilligung arbeiten. Teilnehmende Klinik: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK).



► **Abb. 1** Anteil FU nach Kanton und Jahr.

Resultate

Stichprobe und Zuweisende

Die FU-Quote für das gesamte Sample der 57000 Fälle bei knapp 27% mit dem höchsten Anteil im Kanton TI (36%) und dem geringsten im Kanton GR (13%). Die hohe FU-Quote in TI ist dadurch bedingt, dass die Kantonale Klinik nur über die Hälfte der Akutbetten verfügt, aber ca. 90% der FU-Patienten aufnimmt.

► **Abb. 1** zeigt verschiedene Entwicklungen auf: Im Kanton GR ist ein stetiger Anstieg der FU-Quote erkennbar, während diese in den anderen Kantonen mit kleinen Schwankungen stabil blieb. Der Anstieg im Kanton GR ist teilweise erklärbar durch Veränderung des Dienstarztteams des Churer Ärztevereins. Konkret sind die niedergelassenen Psychiaterinnen seit dem Jahr 2018 nicht mehr in den FU-Dienst involviert. Der Dienst wird stattdessen ausschliesslich von Hausärzten und dem Amtsarzt durchgeführt, was mit dem Anstieg der FU-Einweisungen in Zusammenhang stehen könnte. Die Psychiaterinnen verantworten nun den Gutachtensdienst bei einer Beschwerde nach abgelehntem Entlassungsgesuch in der Klinik. Ein Hauptgrund für diese neue Regelung war der Mangel an Psychiaterinnen und der Altersdurchschnitt der niedergelassenen Psychiater von weit über 60 Jahren.

► **Tab. 3** (nur online) zeigt die Verteilung hinsichtlich der zuweisenden Instanzen innerhalb der einzelnen Kantone (allgemein-ärztliche FU/psychiatrisch-ärztliche FU/behördliche FU). Der Anteil ärztlicher FU-Zuweisungen lag in allen Kantonen bei über 80% (im Kanton BL werden alle FU durch die KESB angeordnet, als ärztliche FU wird der Anteil genannt, der auf ärztlichen Antrag initiiert wurde). Der Anteil FU-Zuweisungen durch Psychiaterinnen lag zwischen 20% und 41%, mit Ausnahme von 6% in Graubünden, wo die Psychiater nicht mehr in den FU-Dienst involviert sind (s. o.). Der Anteil Selbstzuweisender mit FU ist mutmasslich auf freiwillige Eintritte mit späterem Rückbehalt zurückzuführen.

Soziodemographische Basisdaten

Der Anteil Frauen lag bei allen Aufnahmen (mit und ohne FU) in allen Kantonen zwischen 45% und 50%. In GR und TI war der Anteil

Frauen mit FU rund 5% geringer als bei Aufnahmen ohne FU. In den anderen Kantonen zeigte sich kein Unterschied im Anteil Frauen zwischen Aufnahmen mit und ohne FU. Die Altersverteilung war in allen Kantonen im Wesentlichen vergleichbar, der Anteil von Hospitalisationen mit FU lag bei über 65-jährigen Patientinnen in allen Kantonen deutlich über jenem bei den unter 65-jährigen Patienten. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass bei über 65-jährigen Patientinnen häufiger dementielle und andere organisch bedingte Störungen mit kognitiven Einschränkungen, Selbst- oder Fremdgefährdung sowie gegebenenfalls FU-Kriterien vorkommen. Der Anteil Schweizer unter allen Patientinnen lag in den Kantonen BL, GR und TI bei knapp 80%, in ZH bei 70% und in VD bei 65%.

Klinische Basisdaten

► **Tab. 4** (nur online) zeigt die Verteilung der Hauptdiagnosen pro Kanton und in Abhängigkeit davon, ob eine FU vorlag oder nicht. Es sind folgende Beobachtungen aus den Daten ableitbar:

- Bei FU-Einweisungen war die Hauptdiagnose einer schizophrenen Psychose (F2) mit durchschnittlich 33% am häufigsten, einzig in GR waren die Abhängigkeitserkrankungen (F1) häufiger (26%) vertreten.
- Insgesamt war der Anteil organischer Störungen (F0) und schizophrener Psychosen als Hauptdiagnose bei Patientinnen mit FU höher als bei Patientinnen ohne FU.
- Abhängigkeitserkrankungen als Hauptdiagnose waren in den Kantonen GR und TI bei Patienten mit FU häufiger und deren Anteil lag deutlich höher als in den anderen Kantonen. Der Anteil schizophrener Psychosen war bei Patienten mit FU im Kanton BL fast doppelt so hoch wie bei Patientinnen ohne FU, während deren Anteil im Kanton TI bei beiden Gruppen annähernd gleich war.

Funktionseinschränkung und Symptombelastung

Die Summe der Funktionseinschränkungen nach HoNOS bei Eintritt wurde in den Kantonen ZH und BL im Mittel mit 21 Punkten bewertet, in den anderen Kantonen mit 17 Punkten. Wie in ► **Tab. 5** (nur online) ersichtlich, wurde aggressives Verhalten (HoNOS Item

1) bei Patientinnen mit FU weitaus häufiger in schwerem Ausmaß festgestellt (rund 40 % der Fälle) gegenüber 13 bis 19 % bei Patienten ohne FU. Selbstverletzendes Verhalten (HoNOS Item 2) mit schwerem Ausmass war ebenfalls häufiger bei FU, jedoch weniger stark erhöht gegenüber Patientinnen ohne FU und weniger als halb so häufig wie aggressives Verhalten. Probleme durch Substanzkonsum (HoNOS Item 3) mindestens schweren Ausmaßes kam bei einem Drittel der Patienten vor, mit nur kleinen Unterschieden zwischen Gruppen mit und ohne FU.

Zwangsmaßnahmen (ZM)

► **Tab. 6** zeigt an, wie häufig und in welcher Form ZM in den fünf Kliniken angewandt werden. Der Anteil Fälle mit mindestens einer ZM im Beobachtungszeitraum liegt zwischen 4,7 % (VD) und 11,7 % (BL). Unterscheidet man die Art der ZM so werden Isolationen und Fixierungen am häufigsten im Kanton BL angewendet. Zwangsmedikation kommen im Kanton TI bei einem höheren Anteil Patienten vor. Hier werden andererseits keine Isolationen und Fixierungen durchgeführt.

Aufenthaltsdauer

Der Anteil Patientinnen (mit und ohne FU) mit nur einmaliger Hospitalisation im Untersuchungszeitraum war in allen Kantonen hoch (65 % bis 71 %). In der Gruppe der Patienten mit FU lag der Anteil mit nur einmaliger Hospitalisation durchwegs mit 70 % bis 76 % etwas höher. Die mittlere Aufenthaltsdauer aller Fälle lag zwischen 25 und 33 Tagen, die mediane Aufenthaltsdauer zwischen 17 und 23 Tagen. In der differenzierten Auswertung der Aufenthaltsdauern zwischen Fällen mit und ohne FU zeigte sich ein größerer Unterschied von mehr als zwei Tagen im Mittelwert oder Median zwischen den Patientengruppen mit und ohne FU konnte nur in den Kantonen GR und VD (mittlere Aufenthaltsdauer ohne FU in GR 32 bzw. in VD 23 Tage, mit FU in GR 27 bzw. in VD 32 Tage). Bei Patientinnen ohne FU ist die mediane Aufenthaltsdauer bei einer ärztlichen Zuweisung zwischen 3 und 9 Tagen länger als bei Selbstzuweisung (Ausnahme Kanton TI), bei psychiatrischer Zuweisung nochmals um 1 bis 5 Tage länger als bei Zuweisung durch nicht-psychiatrische Ärztinnen. Bei Patienten mit FU ist in den Kantonen BL, GR und TI die mediane Aufenthaltsdauer bei psychiatrischer Zuweisung 6 bis 12 Tage länger als bei nicht-psychiatrischer ärztlicher Zuweisung, in den Kantonen ZH und VD zeigte sich diesbezüglich kein Unterschied.

Diskussion

Die vorliegende Studie beschreibt soziodemographische und klinische Routinedaten von Personen, die per FU in die jeweils grösste psychiatrische Klinik der involvierten Kantone eingewiesen wurden, im Vergleich zu Personen, die freiwillig hospitalisiert wurden. Die Ergebnisse schliessen an frühere Studien zu Risikofaktoren für FU und Zwangsmaßnahmen aus der Schweiz an [9,10]. Die fünf beteiligten Kantone weisen heterogene Strukturmerkmale sowie Unterschiede in der kantonsspezifischen Umsetzung der FU auf. Die Kantone umfassen alle Sprachregionen der Schweiz sowie ländlich, urban und gemischt geprägte Strukturen, wodurch ein breites Spektrum der interkantonalen Heterogenität der Schweiz abgedeckt wird. Kausale Zusammenhänge zwischen kantonalen Struk-

turen und Regelungen zur FU und den per FU eingewiesenen Personen sind nicht ableitbar. Dennoch können die Merkmale und Variablen im gemeinsamen Kontext diskutiert und daraus Hypothesen abgeleitet werden.

VD und ZH als urbane Kantone mit hoher Bewohnerdichte haben die höchsten FU-Raten und FU-Quoten, den höchsten Anteil durch Psychiaterinnen zugewiesene Personen, den höchsten Anteil Nicht-Schweizer unter den FU-Zuweisungen sowie eine kürzer mittlere und mediane Aufenthaltsdauer als die ländlicheren Kantone (mit Ausnahmen TI). Der höhere Anteil FU Zuweisungen durch Psychiater korrespondiert mit einer hohen Anzahl niedergelassener Psychiaterinnen und Psychiater in diesen Kantonen [11]. Dies ermöglicht eine breitere Abdeckung des Notfalldienstes durch psychiatrische Fachärztinnen, was in Kantonen mit Mangel an Fachärzten nicht möglich ist und dadurch häufiger andere Ärztinnen zum Einsatz kommen. Im ländlich geprägten Kanton GR hat dies dazu geführt, dass Psychiaterinnen nur noch bei Zurückbehaltungen durch die Einrichtung und anderen spezifischen Fragestellungen beigezogen werden und die primäre ärztliche FU-Anordnung ganz an den allgemeinen Notfalldienst sowie die Grundversorger übertragen wurde. Die hohen FU-Raten der beiden Kantone VD und ZH sowie der höhere Anteil von Nicht-Schweizern ist im Zusammenhang mit dem Urbanizitätsgrad zu interpretieren [10].

Die Kantone TI und GR weisen im Gegensatz zu den anderen Kantonen einen deutlich höheren Anteil substanzbezogene Störungen unter den Personen mit FU-Einweisungen gegenüber den freiwillig Hospitalisierten auf. Im Kanton GR ist die Hauptdiagnose einer substanzbezogenen Störung bei FU-Einweisungen zudem höher als schizophreniforme psychotische Störungen, die in allen anderen Kantonen am häufigsten vorkommen. Dieser hohe Anteil substanzbezogener Störungen unter FU-Patienten könnte damit in Zusammenhang stehen, dass niederschwellige suchtspezifische Angebote aufgrund der räumlichen Distanzen in der durch zahlreiche Täler geprägte Geographie dieser ländlichen Kantone für viele Betroffene erschwert ist und aufgrund starker Stigmatisierung substanzbezogener Störung erst spät und dann nicht freiwillig Hilfe in Anspruch genommen wird.

In den Kantonen TI und VD werden ambulante Zwangsmaßnahmen regelmässig umgesetzt. Es stehen jeweils ca. 50 bis 70 Personen unter laufender Maßnahme, hauptsächlich Personen mit einer schizophreniformen Psychose als Hauptdiagnose. Diese kantonale Maßnahme in TI steht über eine Reduktion wiederholter FU Zuweisungen dieser Personen wahrscheinlich mit zwei weiteren Spezifika des Kantons TI in Zusammenhang. Im Kanton TI kommen Schizophrenien als Hauptdiagnose bei Aufnahmen mit FU gleich häufig vor wie bei freiwilligen Aufnahmen, während in allen anderen Kantonen der Anteil dieser Hauptdiagnose bei FU ca. doppelt so hoch ist wie bei freiwilligen Hospitalisationen. Die ambulanten Maßnahmen ermöglichen es zudem Patienten mit zuvor hoher Inanspruchnahme insbesondere unter FU-Bedingungen aus dem stationären Bereich fern zu halten, was dort eine bessere Umsetzung des Prinzips der offenen Türen und des Verzichts auf Isolation und Fixierung ermöglicht. Im Kanton TI werden keine Isolationen und Fixierungen angewendet, hingegen im Vergleich zu den anderen Kantonen häufiger Zwangsmedikationen.

Im Kanton BL wurde der höchste Anteil organische Störungen (z. B. Demenzen) als Hauptdiagnose bei FU-Einweisungen festge-

► **Tab. 6** Zwangsmaßnahmen (ZM) pro Kanton – Anzahl und Anteil betroffene Fälle.

Zwangsmassnahmen pro Kanton – Anzahl (N) und Anteil (%)												
	BL		GR		TI		VD		ZH		Total	
ZM – Betroffene Fälle	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fälle ohne ZM	7269	88,3	6627	91,4	6197	93,7	15240	95,3	17795	92,9	253128	92,8
Fälle mit mind. einer ZM	961	11,7	624	8,6	415	6,3	751	4,7	1366	7,1	4117	7,2
Fixierung Anzahl betroffene Fälle	175	2,1	8	0,1	0	0	7	0,1	42	0,2	232	0,4
Isolation Anzahl betroffene Fälle	714	8,7	471	6,5	0	0	549	3,4	1142	6,0	2876	5,0
Zwangsmedikation Anzahl betroffene Fälle	436	5,3	252	3,5	415	6,3	238	1,5	674	3,5	2015	3,5

stellt. Dies korrespondiert mit einem hohen Anteil alterspsychiatrischer Betten in der dortigen Klinik sowie einem hohen Anteil betagter Personen in der Allgemeinbevölkerung (der sich allerdings nicht von den anderen ländlich geprägten Kantonen TI und GR unterscheidet). Im Kanton BL werden zudem die höchsten Anteile freiheitsbeschränkende Maßnahmen (bei gleichzeitig geringsten FU Quoten) festgestellt. Es wäre zu prüfen, ob diese Maßnahmen auch zu einem größeren Teil alterspsychiatrische Patientinnen betreffen. Dies ist aus den vorliegenden Daten nicht ableitbar.

FU-anordnende Ärzte berichten häufig von ethischen Dilemmata, Druck von Drittpersonen (am häufigsten durch Angehörige und Polizei) und Unsicherheiten bei der Anwendung der gesetzlichen Kriterien [3]. Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie weisen dabei signifikant mehr Sicherheit im Umgang mit FU und deren gesetzlichen Grundlagen auf als Ärztinnen mit anderer Spezialisierung [6]. Die Qualität der administrativen Abläufe bei Zwangseinweisungen z. B. der Dokumentationsqualität variiert je nach Fachrichtung der zuweisenden Ärzte [12,13]. Darüber hinaus unterscheidet sich die Dauer von FU bei Patientinnen signifikant, abhängig vom Erfahrungsstand bzgl. psychiatrischer Notfälle der FU anordnenden Ärzte [14]. Dies weist darauf hin, dass FU, die von wenig erfahrenen Ärztinnen angeordnet werden, früher wieder aufgehoben werden können und sich ein Teil an FU darunter befindet, der ganz vermeidbar gewesen wäre. Eine weitere Schweizer Studie fand keine Unterschiede zwischen verschiedenen Zuweisenden bezüglich der Entscheidung für oder gegen eine FU bei verschiedenen Fallvignetten, sodass kantonale Unterschiede bei den FU-Raten hierdurch unzureichend erklärt werden [15].

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen (ZM) während des stationären Aufenthalts hat sich durch die Revision des KESR 2013 nicht signifikant verändert [16,17], vielmehr zeigen sich auch hier innerhalb der Schweiz deutliche Unterschiede bei den Quoten, die

wesentlich auf die jeweilige Klinikkultur und Haltung zurückgeführt werden können [18]. Eine wesentliche Maßnahme zur Beeinflussung der ZM-Quoten ist neben der jeweiligen kantonsspezifischen gesetzlichen Regelung die jeweilige institutionsspezifische Umsetzung der fachlichen Leitlinien [19]. Die Wahl der angewendeten ZM (Isolation, Fixierung, Zwangsmedikation) unterliegt unter anderem der jeweiligen Institutionskultur. Im Kanton TI werden in der psychiatrischen Klinik keine Fixierungen und Isolationen durchgeführt. Jedoch ist im TI die Zwangsmedikation mit 6% der Fälle am höchsten im Vergleich zu Kliniken der anderen Kantone und es werden ambulante Zwangsmaßnahmen eingesetzt.

Limitationen

Für die Studie wurde ein sehr großer Datensatz aus den fünf jeweils größten psychiatrischen Kliniken aus fünf strukturell heterogenen Kantonen und über einen Zeitraum von 4 Jahren zusammengestellt und ausgewertet. Der Datensatz erfüllt dennoch nicht den Anspruch auf Repräsentativität für die Schweiz und auch nicht für die jeweiligen Kantone, da jeweils weitere Institutionen vorhanden sind. Es handelt sich um deskriptive und vergleichende Auswertungen, die keine Ableitung von Kausalzusammenhängen zulassen.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- Die Raten fürsorgerischer Unterbringung variieren erheblich zwischen verschiedenen Regionen mit differierender rechtlicher und prozeduraler Grundlage.
- Deutliche Unterschiede der Charakteristika der betroffenen Personen zwischen den Regionen weisen auf differierende Entscheidungspraktiken hin.

- Einheitliche Kriterien und Prozesse zur Entscheidung und Umsetzung der fürsorgerischen Unterbringung sowie standardisiertes Training der zur Anordnung einer Unterbringung befugten Personen könnten für mehr Rechtsgleichheit und Reduktion der Unterbringungsraten führen

Fördermittel

Die vorliegende Arbeit basiert auf dem Bericht zur Evaluation der Bestimmungen zur fürsorgerischen Unterbringung (FU; Art. 426 ff. ZGB), die vom Bundesamt für Justiz in Auftrag gegeben wurde. Es handelt sich um eine Zusammenfassung der Daten aus dem ersten von drei Teilprojekten.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Schuler D, Tuch A, Peter C. Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien. Obsan Bulletin 2/2018. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2018
- [2] ANQ, Nationaler Verein zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken. Nationaler Vergleichsbericht «Stationäre Psychiatrie Erwachsene», 2021, Version 1.0. Im Internet: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie/step3/measure/24/year/2021/>; Stand: 20.03.2023
- [3] Hermann H, Hoff P, Hotzy F et al. Fürsorgerische Unterbringung in psychiatrische Kliniken: Schwierigkeiten und Unterschiede in der praktischen Umsetzung. Schweizerische Ärztezeitung 2018; 99: 524–526
- [4] Wasserman D, Apter-Danon G, Esanu A. Compulsory admissions of patients with mental disorders: State of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. Eur Psychiatry 2020; 63: 1–9
- [5] Steinert T, Flammer E. Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken? Nervenarzt 2019; 90: 35–39
- [6] Hotzy F, Marty S, Mötteli S et al. Involuntary admission for psychiatric treatment: Compliance with the law and legal considerations in referring physicians with different professional backgrounds. Int J Law Psychiatry 2019; 64: 142–149
- [7] Dressing H, Salize HJ. Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39: 797–803
- [8] Morandi S, Silva B, Masson A. Nationale Zahlen zur fürsorgerischen Unterbringung in der Schweiz: Bestandesaufnahme und Perspektiven. Departement of Psychiatry, Lausanne University Hospital, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, 2021. Im Internet: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/gesundheitsversorgung-psychisch-erkrankter-personen/bericht_bag-nationale-zahlen-fuersorgerische-unterbringung-schweiz.pdf.download.pdf/bericht-bag-nationale-zahlen-fuersorgerische-unterbringung-schweiz-2022.pdf; Stand: 20.03.2023
- [9] Silva B, Gholam M, Golay P et al. Predicting involuntary hospitalization in psychiatry: A machine learning investigation. Eur Psychiatry 2021; 64: e48
- [10] Silva B, Golay P, Morandi S. Factors associated with involuntary hospitalisation for psychiatric patients in Switzerland: a retrospective study. BMC psychiatry 2018; 18: e401
- [11] Sturny I, Cerboni S, Christen S, Meyer PC. Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2004
- [12] Jaeger M, Ospelt I, Kawohl W et al. Qualität unfreiwilliger Klinikeinweisungen in der Schweiz. Praxis 2014; 103: 631–639
- [13] Kieber-Ospelt I, Theodoridou A, Hoff P et al. Quality criteria of involuntary psychiatric admissions – before and after the revision of the civil code in Switzerland. BMC psychiatry 2016; 16: e291
- [14] Hotzy F, Kieber-Ospelt I, Schneeberger AR et al. Length of Involuntary Hospitalization Related to the Referring Physician's Psychiatric Emergency Experience. Adm Policy Ment Health 2018; 45: 254–264
- [15] Morandi S, Silva B, Bonsack C et al. Propensity to decide on involuntary hospitalization in primary medical care: dispositional or situational determinants? Int J Law Psychiatry 2020; 69: 101551
- [16] Hotzy F, Mötteli S, Theodoridou A et al. Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. Swiss Med Wkly 2018; 148: w14616
- [17] Martin V, Bernhardsgrütter R, Göbel R et al. The use of mechanical restraint and seclusion: comparing the clinical practice in Germany and Switzerland. Psychiatr Prax 2007; 34: S212–S217
- [18] Reisch T, Beeri S, Klein G et al. Comparing attitudes to containment measures of patients, health care professionals and next of kin. Front Psychiatry 2018; 9: 529
- [19] Steinert T, Hirsch S. (Hrsg.). S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Heidelberg: Springer-Verlag; 2019