

Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien

Standpunkt

Die Psychiatrie hat grössere Überschneidungen mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen als andere medizinische Disziplinen. Die «Fürsorgerische Unterbringung» (FU) ist dabei eine für *alle* Beteiligten besonders herausfordernde Schnittstelle:

Psychisch erkrankte Personen haben Anspruch auf eine rasche und effiziente Behandlung. Doch müssen sie sich darauf verlassen können, dass ihre Autonomie respektiert und Zwang nur als letztes Mittel eingesetzt wird.

In allen demokratischen Gesellschaften existieren Rechtsfiguren, die unter bestimmten Bedingungen eine unfreiwillige Einweisung in eine psychiatrische Klinik ermöglichen. Ein, wie es im Gesetz heisst, «Schwächezustand», häufig eine psychische Erkrankung, deren Behandlung anders nicht möglich wäre, ist zwingende Voraussetzung. Oft äussert sich dies in einer Gefährdung der betroffenen Person selbst und/oder ihrer Umgebung.

Inwieweit die Psychiatrie für hoheitliche Aufgaben zuständig ist, berührt auch die Identität des Faches: Wie lässt sich die *ärztliche Anordnung* einer FU oder einer Behandlung ohne Zustimmung mit dem beruflichen Selbstverständnis vereinbaren?

Der Umgang mit Zwang versetzt die psychiatrische Fachperson mitten in ethische und rechtliche Spannungsfelder. Abzuwägen sind zwei hohe Güter, die Autonomie der Patienten sowie die Pflicht zur Fürsorge.

Daraus folgt: Wir benötigen mehr Wissen über die konkrete Umsetzung der FU in den Kantonen, mehr und zuverlässigere Zahlen und eine nachhaltige Debatte jenseits wohlfeiler Klischees. Dabei ist die Öffentlichkeit einzubeziehen, aber auch die Psychiatrie selbst muss sich diesen – nicht vollständig delegierbaren – Fragen vermehrt zuwenden.

Für die genannten Ziele bietet das vorliegende Bulletin wesentliche Hilfestellungen.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

In der Schweiz kann eine Person gegen ihren Willen zur Behandlung und Betreuung in eine geeignete Institution eingewiesen werden. Es handelt sich dabei um eine «Fürsorgerische Unterbringung», wie sie im Schweizerischen Zivilgesetzbuch geregelt ist (vgl. blauer Kasten: Fürsorgerische Unterbringung). Für die Anordnung einer fürsorgerischen Unterbringung muss zwingend eine psychische Störung, eine geistige Behinderung oder eine schwere Verwahrlosung vorliegen, die eine Behandlung oder Betreuung erforderlich macht, welche auf keine andere Weise erbracht werden kann. Die fürsorgerische Unterbringung greift schwerwiegend in das Grundrecht der persönlichen Freiheit ein und ist darum nur als letztes mögliches Mittel einzusetzen (Gassmann & Bridler, 2016).

Eine vollständige und exakte Erfassung der fürsorgerischen Unterbringungen sowie ein entsprechendes Monitoring sind aufgrund der Sensibilität des Themas wünschenswert. Das Obsan hat bereits verschiedentlich Analysen zur fürsorgerischen Unterbringung in der Psychiatrie vorgenommen und publiziert (z.B. Christen & Christen, 2005; Camenzind & Sturny, 2015; Schuler et al. 2016). Wegen mangelnder Vollständigkeit der verfügbaren Daten konnten die Ergebnisse dieser Analysen bisher nur unter Vorbehalt dieser Einschränkung kommuniziert und interpretiert werden. Für das Erfassungsjahr 2016 scheint nun aber die Vollständigkeit der Daten hoch genug, um verlässliche Angaben zur fürsorgerischen Unterbringung auf nationaler wie auch kantonaler Ebene zu machen. Dieser Umstand ermöglicht dem Obsan, die fürsorgerischen Unterbringungen in Schweizer Psychiatrien zu analysieren und die Ergebnisse im vorliegenden Bulletin zu publizieren. Diese deskriptive Auslegeordnung soll Grundlage sein für zukünftige weiterführende Analysen. Im vorliegenden Bulletin stehen die Beschreibung der Patientinnen und Patienten, die 2016 fürsorgerisch in der Psychiatrie untergebracht wurden, sowie kantonale Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit fürsorgerischer Unterbringungen im Fokus. Zudem werden – mit gewissen Einschränkungen – die zeitliche Entwicklung der fürsorgerischen Unterbringungen dargestellt und die Schweizer Zahlen mit denen anderer Länder verglichen.

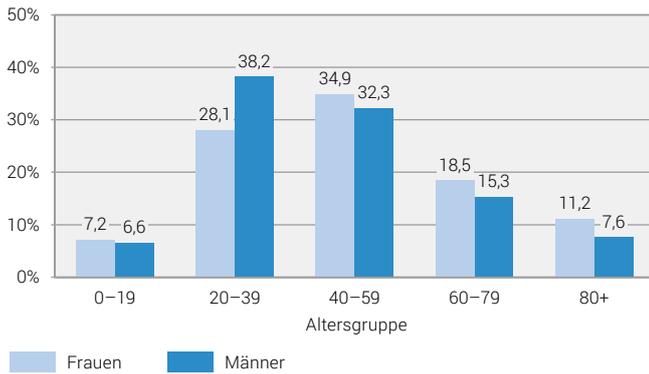
Aufgrund der nachträglichen Korrektur der Anzahl fürsorgerischer Unterbringungen eines Kantons sind gewisse Angaben für das Jahr 2016 nicht korrekt (vgl. Erratum, Juni 2019).

Fürsorgerische Unterbringungen 2016

In Schweizer Psychiatrien kam es 2016 zu 14 580 fürsorgerischen Unterbringungen von in der Schweiz wohnhaften Personen. Das sind 19,7% aller Psychiatrie-Fälle und entspricht einer nach Geschlecht und Alter standardisierten Rate von 1,7 Fällen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Verteilung der fürsorgerischen Unterbringungen nach Altersgruppen, 2016

G1



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016

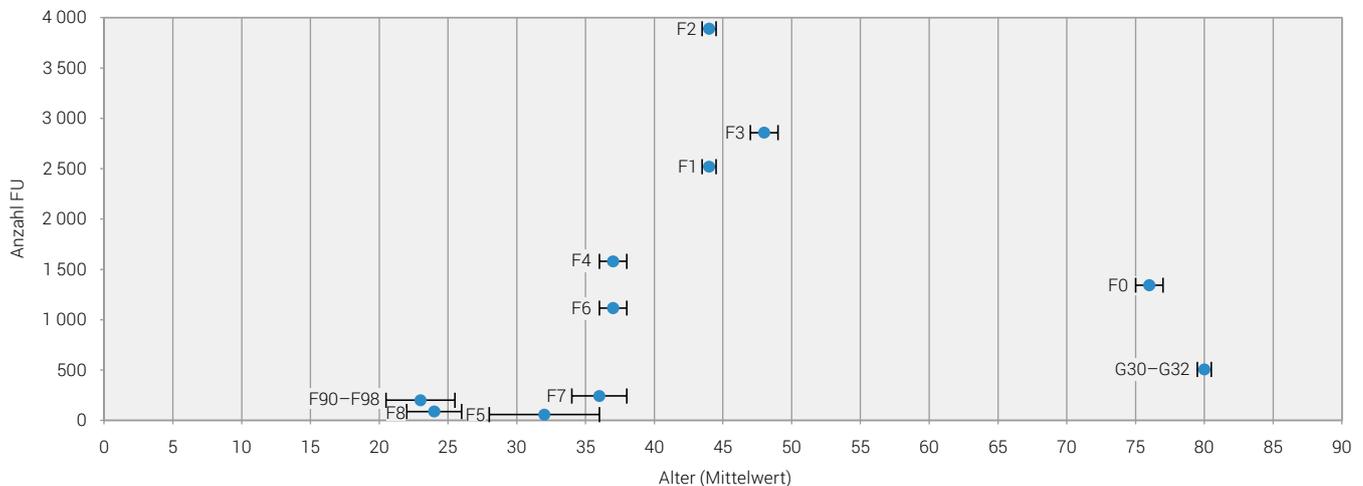
© Obsan 2018

Rund 52% der fürsorgerischen Unterbringungen betrafen Männer. Unterbringungen sind im mittleren Alter am häufigsten (vgl. G1); bei den Männern in der Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen (38,2%), bei den Frauen bei den 40- bis 59-Jährigen (34,9%). Die häufigsten Hauptdiagnosegruppen sind *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen* (ICD-10: F2; 27%), *Affektive Störungen* (F3; 20%) und *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (F1; 17%), insbesondere durch Alkohol. Fürsorgerische Unterbringungen bei diesen Diagnosen sind vor allem im mittleren Alter verbreitet. Im höheren Alter sind *Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen* (F0; z. B. Demenz, Delir) und *Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* (G30–G32; z. B. Alzheimer) häufiger (vgl. G2). Bei psychiatrischen Hospitalisierungen insgesamt sind hingegen *Affektive Störungen* mit Abstand am häufigsten, gefolgt von der Diagnosegruppe *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*.

Mehr als ein Viertel der Hospitalisierungen aufgrund fürsorgerischer Unterbringung waren nach einer Woche beendet (28,4%) und nach sechs Wochen waren knapp vier Fünftel der Betroffenen wieder ausgetreten (78,6%; vgl. G3)¹. Bei einem Fünftel (21,4%) dauerte der Aufenthalt in der Psychiatrie sieben Wochen oder länger. Die Aufenthaltsdauer unterscheidet sich nicht nach Geschlecht.

Anzahl fürsorgerische Unterbringungen (FU) nach Hauptdiagnosegruppe und Alter (Mittelwert), 2016

G2



F0 Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen; n=1 343

— Konfidenzintervall (95%)

F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; n=2 520

F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; n=3 890

F3 Affektive Störungen; n=2 858

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; n=1 580

F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; n=58

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; n=1 116

F7 Intelligenzminderung; n=243

F8 Entwicklungsstörungen; n=89

F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend; n=201

G30–G32 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems; n=506

Anmerkung: Für jede Hauptdiagnose-Gruppe sind der Altersmittelwert und das Konfidenzintervall abgebildet. F-Hauptdiagnose gemäss der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD-10 (WHO).

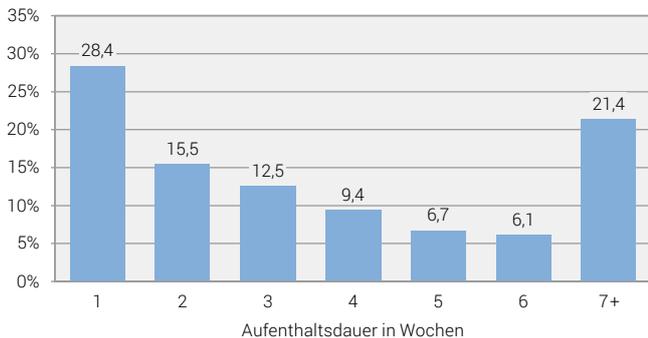
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016

© Obsan 2018

¹ Die Dauer bezieht sich auf den gesamten Klinikaufenthalt der betroffenen Person, nicht auf die Gültigkeit der fürsorgerischen Unterbringung.

Dauer der Klinikaufenthalte aufgrund fürsorgerischer Unterbringung, 2016

G3



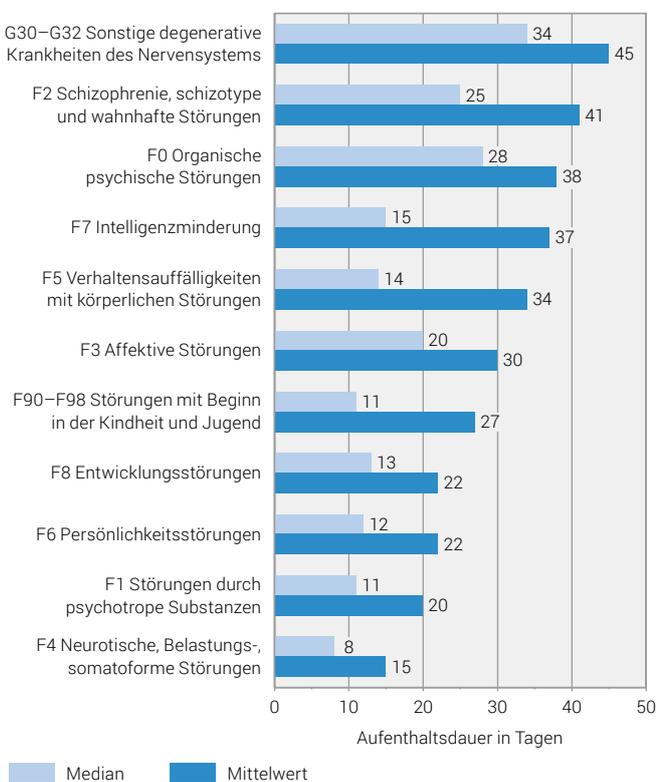
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016

© Obsan 2018

Abhängig von der Hauptdiagnose ist die mittlere Dauer eines Klinikaufenthalts aufgrund fürsorgerischer Unterbringung unterschiedlich lang (vgl. G4). Die mit über sechs Wochen längste mittlere Aufenthaltsdauer weisen Personen mit degenerativen Krankheiten des Nervensystems auf. Betroffene mit Schizophrenien oder Organischen Störungen bleiben im Mittel länger als fünf Wochen hospitalisiert; bei den Affektiven Störungen und den Störungen durch psychotrope Substanzen liegt die mittlere Dauer bei 30 resp. 20 Tagen. Bei allen Diagnosegruppen gibt es eine

Dauer der Klinikaufenthalte aufgrund fürsorgerischer Unterbringung nach Hauptdiagnosegruppe, 2016

G4



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016

© Obsan 2018

Abweichung zwischen mittlerer und medianer² Aufenthaltsdauer. Das bedeutet, dass es in allen Diagnosegruppen Einzelfälle gibt, die besonders lange in der Klinik bleiben (Extremwerte).

In den meisten Fällen (78%) erfolgt der Austritt aus der Klinik nach einer fürsorgerischen Unterbringung in gegenseitigem Einvernehmen zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Behandelnden. Bei 9% findet der Austritt auf Initiative der Behandelnden statt und bei 7% auf Initiative der Patientinnen bzw. der Patienten gegen Ansicht der Behandelnden. Bei den restlichen rund 6% liegen andere Bedingungen vor (z.B. auf Initiative Dritter, Patient/in ist gestorben).

Nach einem Klinikaufenthalt aufgrund einer fürsorgerischen Unterbringung kehren 59% der Betroffenen nach Hause zurück, 31% halten sich danach in Institutionen wie z.B. sozialmedizinischen Institutionen, psychiatrischen Kliniken oder Rehabilitationskliniken auf. Die restlichen 10% sind in einer Strafvollzugsanstalt, ohne festen Wohnsitz, gestorben oder der Aufenthaltsort ist ein anderer oder unbekannt.

Bei 60% der Fälle findet im Anschluss an die fürsorgerische Unterbringung eine psychiatrische, bei 19% eine somatische und bei 12% eine Nachbetreuung in einem anderen Rahmen statt (z.B. Beratungsstelle, soziale Institution, Sozialdienst, nicht ärztliche/r Psychotherapeut/in, Pflegepersonal, Spitex). Rund 2% nehmen keine Nachbetreuung in Anspruch, obwohl gemäss Behandelnden eine weitere Betreuung indiziert wäre, und 7% sind entweder gestorben, geheilt oder es sind diesbezüglich keine Informationen vorhanden.

Kantonale Unterschiede 2016

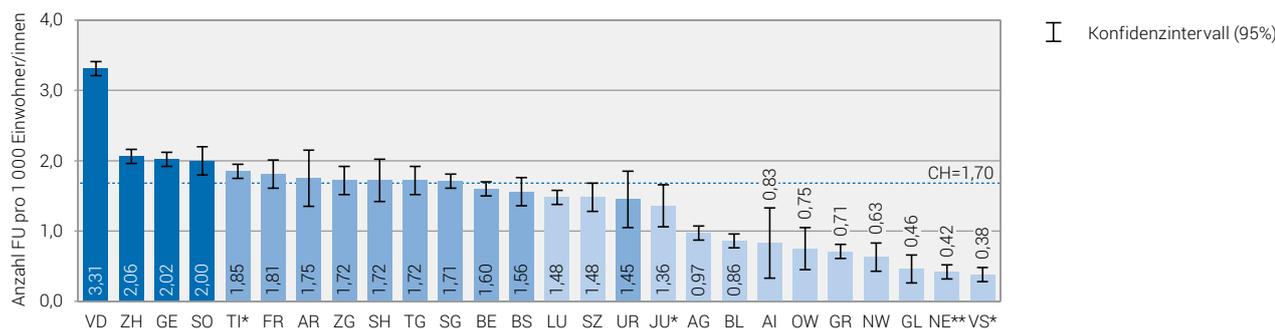
Bereits in früheren Publikationen (z.B. Christen & Christen, 2005; Gassman, 2011) wurde auf die hohe Variabilität der kantonalen Raten fürsorgerischer Unterbringung hingewiesen. Auch 2016 gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Kantonen (vgl. G5, G6).

Auffallend hoch ist die Rate fürsorgerischer Unterbringungen im Kanton Waadt. Sie liegt bei 3,31 Fällen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Raten der Kantone Zürich (2,06), Genf (2,02) und Solothurn (2,00) sind zwar deutlich tiefer als im Kanton Waadt, liegen aber dennoch statistisch signifikant über dem Schweizer Durchschnitt. Der Kanton Wallis (0,38) weist 2016 dagegen die tiefste Rate fürsorgerischer Unterbringung auf.

² Mediane Aufenthaltsdauer: Die Hälfte der Behandlungsfälle weist eine kürzere, die Hälfte eine längere Aufenthaltsdauer auf. Der Median ist robuster gegen stark abweichende Werte als der Mittelwert.

Rate fürsorgerischer Unterbringungen (FU) nach Wohnkanton der Betroffenen, 2016

G5



* mehr als 10% fehlende Werte

** In NE weichen die Angaben aus der Medizinischen Statistik stark von denen der KESB ab (Rapport de la commission administrative des autorités judiciaires et du Conseil de la magistrature, Exercice 2016). Mit den Zahlen aus dem Geschäftsbericht ergäbe sich eine (nicht standardisierte) Rate von ungefähr 2,2 FU pro 1 000 Einwohner/innen.

Anmerkung: Die Farben der Säulen entsprechen denjenigen der Schweizer Karte (G6) und gruppieren die Kantone in (a) FU-Rate liegt über dem Schweizer Mittelwert (dunkelblau), (b) FU-Rate unterscheidet sich nicht vom Schweizer Mittelwert (mittelblau) und (c) FU-Rate liegt unter dem Schweizer Mittelwert (hellblau). Die standardisierten Raten basieren auf der europäischen Standardpopulation 2010.

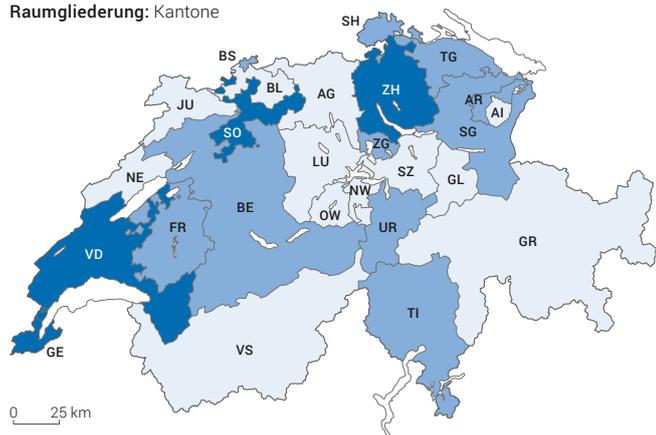
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016

© Obsan 2018

Fürsorgerrische Unterbringungen, 2016

G6

Raumgliederung: Kantone



Rate fürsorgerischer Unterbringungen im Vergleich zum Schweizer Mittelwert

Farbe	Bedeutung
Hellblau	tiefer als der Mittelwert
Mittelblau	entsprechend dem Mittelwert
Dunkelblau	höher als der Mittelwert

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016

© Obsan 2018

Die unterschiedliche kantonale Gesetzgebung, d.h. vor allem die unterschiedlichen Zuständigkeiten für Anordnungen fürsorgerrischer Unterbringungen, wurden verschiedentlich als mögliche Erklärung für die deutlichen kantonalen Unterschiede angeführt (z.B. Christen & Christen, 2005; Kuhl, 2008). Je nach kantonalen Regelungen kann ausschliesslich die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) oder zusätzlich ein vom Kanton enger oder weiter definierter Ärztekreis, z.B. *Amtsärztinnen und -ärzte* oder *Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie im Kanton* oder *Ärztinnen und Ärzte des kantonalen FU-Pikettdiensts* oder auch *alle im Kanton* oder *alle in der Schweiz praktizierenden Fachärztinnen und -ärzte*, eine Unterbringung anordnen. Um zu untersuchen, ob sich die kantonalen Raten in Abhängigkeit der Anordnungspraxen (geltend für 2016) unterscheiden, wurden die Kantone – gestützt auf kantonale Gesetzestexte und eine entsprechende Zusammenstellung von Pro Mente Sana (2015) – in vier Gruppen unterteilt:

Kantone mit Möglichkeit der Anordnung fürsorgerrischer Unterbringungen durch (1) alle Ärztinnen, Ärzte mit Berufsausübungsbewilligung im Kanton, (2) alle Ärztinnen, Ärzte mit Berufsausübungsbewilligung in der Schweiz, (3) bestimmte Ärztinnen und Ärzte (z.B. Amtsärzt/innen, Psychiater/innen, Notärzt/innen), (4) keine ärztliche Instanz (nur KESB; Ausnahme bei *Gefahr in Verzug*³).

Diese Analysen wurden datenbedingt unter der Annahme durchgeführt, dass ein Grossteil der fürsorgerrischen Unterbringungen im Wohnkanton der Betroffenen angeordnet wird und sich damit die kantonale Gesetzgebung des Wohnkantons auf die fürsorgerrische Unterbringung auswirkt. Es konnte jedoch kein statistisch signifikanter Einfluss dieser Regelungen auf die Raten fürsorgerrischer Unterbringung bestätigt werden. In der Tendenz scheinen Kantone, in denen alle Ärztinnen und Ärzte mit Berufsausübungsbewilligung in der Schweiz Unterbringungen anordnen können, höhere Raten fürsorgerrischer Unterbringung aufzuweisen als diejenigen, in denen ausschliesslich Ärztinnen und Ärzte mit *kantonomer* Berufsausübungsbewilligung dazu befugt sind (vgl. G7). Da davon auszugehen ist, dass die Mehrheit der fürsorgerrischen Unterbringungen von Ärztinnen und Ärzten angeordnet wird, die im Wohnkanton der betroffenen Personen tätig sind (auch in Kantonen mit schweizweiter Ärztebefugnis), scheint eine solche Tendenz wenig plausibel.⁴

In der Literatur wurden als weitere Erklärungsfaktoren für die kantonale Variabilität Stadt-Land-Unterschiede, divergierende kantonale Versorgungs- und Behandlungsstrukturen oder auch Differenzen bei der Indikation und im Umgang mit fürsorgerrischen Unterbringungen (kantonale «FU-Kulturen») erwähnt (z.B. Kuhl, 2008; Riecher-Rössler & Rössler, 1992; Gassmann, 2011). In Anlehnung an den Stadt-Land-Faktor und an die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen wurde der Zusammenhang

³ Bei *Gefahr in Verzug* können fürsorgerrische Unterbringungen ausser in BL auch von Ärzt/innen oder Ärztgruppen angeordnet werden.

⁴ Wird bei NE die Rate gemäss den KESB-Zahlen berücksichtigt (vgl. Anmerkung in G5), wird die Tendenz hinfällig. Bei allen folgenden Analysen verändert sich die Interpretation der Ergebnisse nicht.

Fürsorgerische Unterbringung – Gesetzgebung, kantonale Unterschiede

Das Schweizerische Zivilgesetzbuch regelt in Art. 426ff. die sogenannte «fürsorgerische Unterbringung» von Personen in der Schweiz. Demnach dürfen Personen mit psychischen Störungen, geistigen Behinderungen oder Personen, die schwer verwahrlost sind, gegen ihren Willen in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann. Die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Drittpersonen sind zu berücksichtigen und können ein zusätzliches Kriterium für die Anordnung einer fürsorgerischen Unterbringung sein, rechtfertigen alleine jedoch keine Unterbringung.

Für die Anordnung einer Unterbringung ist die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) zuständig, deren Organisation in der Kompetenz der Kantone liegt. Die Kantone können ausserdem Ärztinnen und Ärzte bezeichnen, die neben der Erwachsenenschutzbehörde eine Unterbringung für maximal

sechs Wochen anordnen können. Die ärztliche Anordnung wird spätestens dann von der KESB geprüft und kann gegebenenfalls verlängert werden. Auch alle nicht-ärztlichen fürsorgerischen Unterbringungen sind von der KESB periodisch zu überprüfen, ein erstes Mal nach spätestens sechs Monaten. Die betroffene Person wird entlassen, sobald die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht mehr erfüllt sind. Ausserdem kann die betroffene oder eine ihr nahestehende Person jederzeit um Entlassung ersuchen. Über dieses Gesuch ist innert kürzester Frist zu entscheiden.

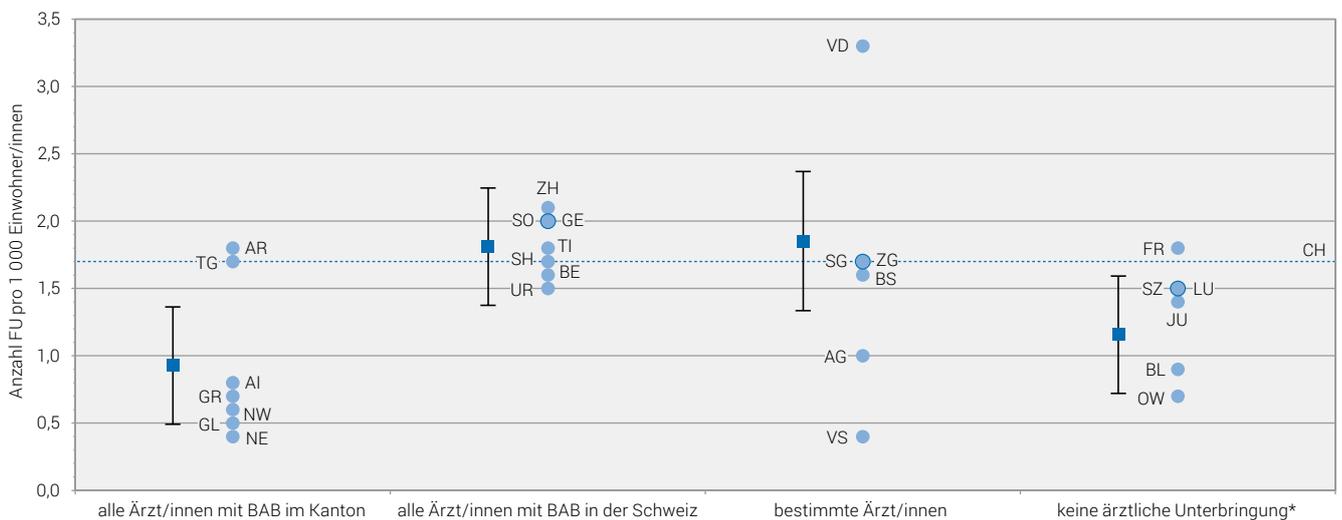
Vor 2013 war die «fürsorgerische Freiheitsentziehung» (FFE) im Vormundschaftsrecht geregelt. Mit der Revision des Zivilgesetzbuchs traten das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht und damit die «fürsorgerische Unterbringung» in Kraft. Die veraltete Terminologie wurde angepasst und einige inhaltliche Neuerungen dienen der Verbesserung des Rechtsschutzes und der Schliessung von Lücken (Gassmann & Bridler, 2016).

zwischen dem Urbanisierungsgrad⁵ der Kantone sowie zwischen den kantonalen psychiatrischen Hospitalisierungsraten und der Rate fürsorgerischer Unterbringungen geprüft. Es besteht eine Tendenz (statistisch nicht signifikant), dass in Kantonen mit höherem Urbanisierungsgrad die Raten fürsorgerischer Unterbringung höher sind (vgl. G8). Vermutlich liegt das daran, dass in städtischen Gebieten mehr Personen mit einer psychischen Belastung leben als in ländlichen. Zwischen Hospitalisierungsraten

und den Raten fürsorgerischer Unterbringung lässt sich kein Zusammenhang feststellen (vgl. G8). D.h. Kantone mit mehr psychiatrischen Hospitalisierungen verzeichnen nicht automatisch mehr Eintritte in die Psychiatrie aufgrund fürsorgerischer Unterbringung. Die Ursachen für die kantonalen Unterschiede bei den Raten fürsorgerischer Unterbringungen scheinen vielschichtig zu sein und es bedarf mehr und detaillierterer Angaben, um sie zu ergründen.

Kantone nach Rate fürsorgerischer Unterbringungen (FU) und kantonaler Gesetzgebung, 2016

G7



BAB = Berufsausübungsbewilligung

* Bei Gefahr in Verzug ist in allen Kantonen dieser Gruppe, mit Ausnahme von BL, auch eine ärztliche fürsorgerische Unterbringung möglich.

Anmerkung: Zusätzlich zur Positionierung der Kantone (Punkte) sind jeweils der Mittelwert der Gruppe (Quadrate) und das Konfidenzintervall abgebildet.

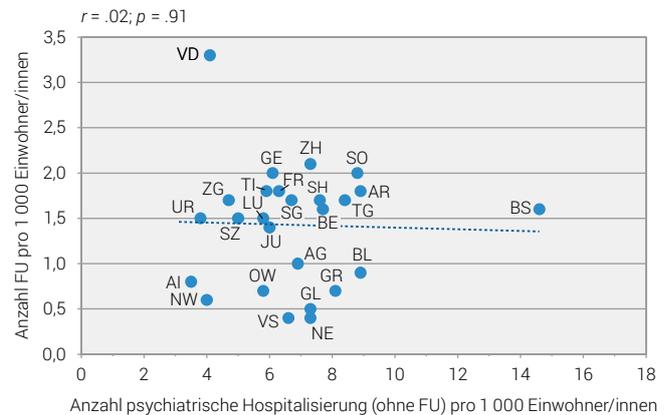
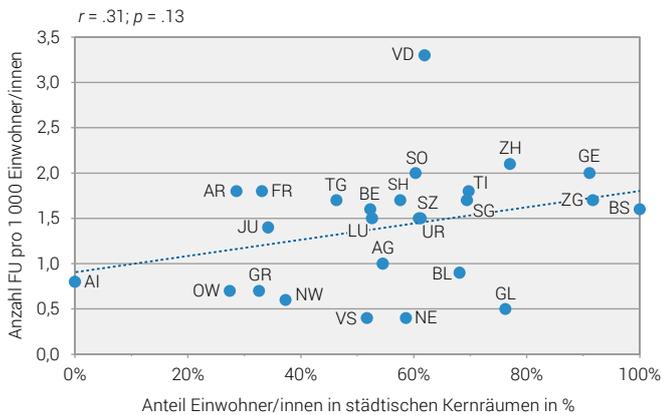
Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016

© Obsan 2018

⁵ Anteil Einwohner/innen in «städtischen Kernräumen»; vgl. BFS Raumgliederung «Raum mit städtischem Charakter» (www.statistik.ch → Statistiken finden → Querschnittsthemen → Räumliche Analysen → Räumliche Gliederungen → Räumliche Typologien)

Kantone nach Rate fürsorglicher Unterbringungen (FU) und Urbanisierungsgrad bzw. Hospitalisierungsrate, 2016

G8



Anmerkung: Neben der Produkt-Moment-Korrelation (Pearson) wurden wegen Ausreissern (VD, BS) zusätzlich Rangkorrelationen berechnet (Spearman): $r_s = .37; p = .07$ bzw. $r_s = .01; p = .63$. Die Interpretation der Ergebnisse ändert sich nicht.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016

© Obsan 2018

Zeitliche Entwicklung

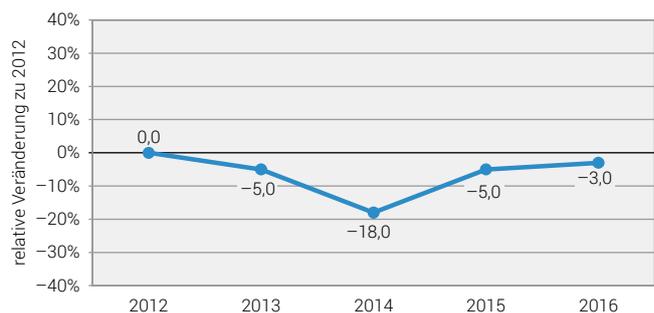
Bei der Berechnung der zeitlichen Entwicklung ist die Datenqualität zu berücksichtigen, die sich erfreulicherweise in den vergangenen Jahren erhöht hat. Ein zentraler Grund hierfür sind die geänderten Meldepraxen einiger Kliniken. Verschiedene Kliniken haben in den Jahren vor 2015/2016 die Eintritte aufgrund fürsorglicher Unterbringung nicht als solche in der Statistik festgehalten, melden diese nun aber vermehrt korrekt. Um Verzerrungen zu verhindern, wurden daher für die Berechnung des zeitlichen Vergleichs Kantone mit unplausiblen oder unvollständigen Datenreihen ausgeschlossen (vgl. blauer Kasten: Daten und Methoden).

Betrachtet man nun die zeitliche Veränderung der schweizerischen Zahlen zu fürsorglicher Unterbringung über die letzten Jahre, zeigt sich in Bezug zu 2012 für die Jahre 2013 und 2014 eine Abnahme der Rate fürsorglicher Unterbringungen (vgl. G9). Für 2014 beträgt der Rückgang relativ zu 2012 fast 20%. In den Jahren 2015 und 2016 erreichen die Zahlen fürsorglicher Unterbringung wiederum das Niveau der Jahre 2013 und 2012. Unklar ist, weshalb es 2014 zu einer Abnahme der Unterbringungen kam. Eine mögliche Erklärung könnte das neue Kinder- und Erwachsenenschutzrecht sein, mit dem 2013 auch der Systemwechsel von der fürsorglichen Freiheitsentziehung (FFE) zur fürsorglichen Unterbringung (FU) erfolgte.

Bezieht man auch die Kantone mit unplausiblen oder unvollständigen Datenreihen in die Analyse mit ein, ergeben sich für die Jahre 2015 und 2016 starke Zunahmen relativ zu 2012. Diese Zunahmen widerspiegeln in erster Linie die fürsorglichen Unterbringungen, die in den Jahren zuvor nicht gemeldet wurden und in den Daten somit gefehlt hatten. Insgesamt bedeutet dies, dass die Rate fürsorglicher Unterbringung von 1,7 Fällen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Jahr 2016 vermutlich bereits mindestens seit 2012 auf ähnlichem Niveau lag.

Relative Veränderung der Rate fürsorglicher Unterbringungen in Bezug zum Indexjahr 2012, 2012–2016

G9



Anmerkung: Die Kantone FR, GE, JU, LU, SO und VD wurden ausgeschlossen, da die Datenreihen unplausibel oder lückenhaft sind.

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2012–2016

© Obsan 2018

Internationaler Vergleich

Neuere Studien zu internationalen Vergleichen fürsorglicher Unterbringungen fehlen leider gänzlich. Gemäss der viel zitierten, mittlerweile etwas veralteten Studie von Dressing und Salize (2004) reichten die Unterbringungsraten der damaligen 15 EU-Mitgliedstaaten von 0,06 Fällen (Portugal) bis 2,18 Fälle (Finnland) pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner (zwischen 1998 und 2000). Österreich und Deutschland lagen mit einer Rate von je 1,75 hinter Finnland an zweiter Stelle. Der Anteil an allen psychiatrischen Hospitalisierungen variierte ebenfalls stark und betrug zwischen 3,2% (Portugal) und 30% (Schweden). Steinert, Noorthoorn und Mulder (2014) verglichen in ihrer Studie psychiatrische Zwangsmassnahmen in Deutschland und Holland und führten für Deutschland (2009) eine Rate unfreiwilliger Einweisungen von 1,72 und für Holland (2013) von 1,36 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner auf. Die Anteile an allen

Daten und Methoden

Die Daten zu den fürsorgerischen Unterbringungen stammen aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS). Die Angaben zu den fürsorgerischen Unterbringungen werden aus dem Psychiatrie-Zusatzdatensatz entnommen, der bei Psychiatrie-Fällen von den Kliniken und Spitälern auf freiwilliger Basis erfasst wird. Nicht alle Institutionen liefern Informationen zu allen ihren Psychiatrie-Fällen. Im Erfassungsjahr 2016 liegt für über 97% der Psychiatrie-Fälle die Information vor, ob der Eintritt in die Klinik aufgrund einer fürsorgerischen Unterbringung erfolgt ist oder nicht.

Die analysierten Fälle beschränken sich auf *Eintritte* aufgrund fürsorgerischer Unterbringung in *Psychiatrische Kliniken* oder *psychiatrische Abteilungen somatischer Spitäler* (Definition vgl. Tuch, 2018). Für fürsorgerische Unterbringungen, die während eines Klinikaufenthalts angeordnet wurden (Zurückbehaltung freiwillig Eingetretener) oder die in anderen Institutionen stattgefunden haben (z. B. Heime, akutsomatische Abteilungen)

sind keine gesamtschweizerischen Daten verfügbar. Die nach Geschlecht und Alter standardisierten Raten fürsorgerischer Unterbringungen basieren auf der europäischen Standardpopulation 2010.

Um neben den Angaben zu 2016 auch eine zeitliche Entwicklung der fürsorgerischen Unterbringungen beschreiben zu können, wurden Kantone, deren Kliniken unplausible oder lückenhafte Datenreihen aufwiesen – z. B. von einem Anteil von 0% fürsorgerischer Unterbringungen in einem Jahr auf 40% im nächsten – vom zeitlichen Vergleich ausgeschlossen; dies sind FR, GE, JU, LU, SO, VD.

Bei einigen Abbildungen im Bulletin werden Konfidenzintervalle ausgewiesen. Sie helfen bei der Interpretation der Ergebnisse, da der wahre Wert mit 95%iger Sicherheit im berechneten Konfidenzintervall liegt und sich damit beurteilen lässt, ob ein dargestellter Unterschied statistisch signifikant ist oder zufällig entstanden sein könnte. Der Unterschied ist statistisch signifikant, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen und nicht signifikant, wenn es eine Überschneidung gibt.

Hospitalisierungen lagen in beiden Ländern bei knapp 11%. Vergleicht man die aktuelle Rate fürsorgerischer Unterbringungen der Schweiz (1,7) mit denjenigen der untersuchten Länder, ist sie unter den höchsten einzuordnen und liegt gleichauf mit den Nachbarländern Deutschland und Österreich. Es bleibt zu beachten, dass die Unterbringungsraten der anderen Länder teils von der Jahrhundertwende datieren.

Die genannten Studien zeigen eine grosse Bandbreite bei den Raten fürsorgerischer Unterbringungen sowie bei den Anteilen an allen psychiatrischen Hospitalisierungen. Der internationale Vergleich gestaltet sich allerdings schwierig, da die Gesetzgebungen und die Anwendungspraxen der Länder stark variieren. Es gibt beispielsweise Unterschiede bezüglich der Kriterien für eine Zwangsunterbringung und bezüglich der Anordnungsbefugnis (z. B. Ärzt/innen mit vs. ohne Facharztanerkennung Psychiatrie). Im Weiteren ist in gewissen Ländern der Einbezug *mehrerer* Gutachten Pflicht, in anderen ist *eine* Meinung ausreichend. In einigen Staaten wird im Falle einer Zwangseinweisung direkt ein Rechtsbeistand (z. B. Anwältin/Anwalt, Sozialarbeiter/in) ernannt. Auch die Zeitspanne, für die eine Unterbringung initial angeordnet werden kann, variiert stark und die Schweiz scheint mit den sechs Wochen (bei ärztlicher FU) europaweit einmalig hoch zu liegen. Andere Staaten beschränken die Dauer auf zunächst ein bis zwei Tage (Gassmann & Bridler, 2016).

Fazit

Rund 20% aller Psychiatrie-Fälle in der Schweiz treten aufgrund einer fürsorgerischen Unterbringung in die Klinik ein. Das sind 1,7 Fälle pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Gemäss aktueller Datenlage ist die Rate vermutlich bereits über mehrere Jahre so hoch und relativ stabil. Betroffen davon sind vor allem Frauen und Männer im mittleren Lebensalter mit Schizophrenie, Affektiven Störungen und Alkoholkrankungen. Mehr als ein Viertel der

Hospitalisierungen durch fürsorgerische Unterbringung sind nach einer Woche wieder beendet. Die z. T. grossen kantonalen Unterschiede bei den Raten fürsorgerischer Unterbringung konnten weder durch die unterschiedliche kantonale Gesetzgebung, den Urbanisierungsgrad noch durch die psychiatrische Hospitalisierungsrate hinreichend erklärt werden. Mögliche Gründe für die kantonal unterschiedlichen Raten fürsorgerischer Unterbringungen könnten jedoch in der Vielfältigkeit der kantonalen Versorgungs- und Behandlungsstrukturen, in Differenzen hinsichtlich institutioneller Rahmenbedingungen sowie allgemein im kantonal unterschiedlichen Umgang mit Menschen mit einer psychischen Krankheit liegen (Christen & Christen, 2005; Kuhl, 2008; Camenzind & Sturny, 2015). Wiederholt wird in der Literatur auch auf die Erfahrung und Aus- bzw. Weiterbildung der Anordnenden als Faktor für Qualität und Häufigkeit fürsorgerischer Unterbringungen hingewiesen (Hotzy et al., 2018; Kieber-Ospelt et al., 2016). Die aktuellen Schweizer Raten fürsorgerischer Unterbringung sind im Vergleich mit internationalen Raten aus früheren Studien hoch, allerdings vergleichbar mit den deutschsprachigen Nachbarländern. Aktuelle Studien hinsichtlich internationaler Vergleiche fehlen leider gänzlich.

Die seit 2015/2016 verbesserte Datenqualität der national erfassten fürsorgerischen Unterbringungen ermöglicht ein systematisches Monitoring. Sie erlaubt in Zukunft, langfristige Trends hinsichtlich der Häufigkeit von fürsorgerischen Unterbringungen in der gesamten Schweiz zu untersuchen, dabei auch die Entwicklung auf kantonaler Ebene weiterzuverfolgen und allfällige kantonale Unterschiede vertieft zu prüfen.

Referenzen

- Camenzind, P. & Sturny, I. (2015). Psychiatrie und Psychotherapie. In: Oggier, W. (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017 (S. 345–360). Bern: Hogrefe.
- Christen, L. & Christen, S. (2005). Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz. Analyse der Psychiatrie-Zusatzdaten 2000–2002. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Dressing, H. & Salize, H.-J. (2004). Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. Psychiatrische Praxis, 31, 34–39.
- Gassmann, J. (2011). Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Gassmann, J. & Bridler, R. (2016). Fürsorgerische Unterbringung. In: Fountoulakis, C. et al. (Hrsg.), Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (S. 329–402). Zürich: Schulthess.
- Hotzy, F. et al. (2018). Length of Involuntary Hospitalization Related to the Referring Physician's Psychiatric Emergency Experience. Adm Policy Ment Health, 45, p. 254–264.
- Tuch, A. (2018). Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kieber-Ospelt, I. et al. (2016). Quality criteria of involuntary psychiatric admissions – before and after the revision of the civil code in Switzerland. BMC Psychiatry, 16, 291.
- Kuhl, H. K. (2008). Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000–2006. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pro Mente Sana (2015). Anordnung einer FU. https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/News_Events/News/Anordnung_einer_FU.pdf
- Riecher-Rössler, A. & Rössler, W. (1992). Die Zwangseinweisung psychiatrischer Patienten im nationalen und internationalen Vergleich – Häufigkeiten und Einflussfaktoren. Fortschritte neurologische Psychiatrie, 60, 375–382.
- Schuler, D. et al. (2016). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Steinert, T., Noorthoorn, E. & Mulder, C. (2014). The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. Frontiers in Public Health (2), 141.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)

ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren

Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Claudio Peter (Obsan)

Dank

Ein besonderer Dank geht an Jürg Gassmann (Rechtsanwalt), Stéphane Morandi (stellvertretender Kantonsarzt VD) und Paul Hoff (Chefarzt, stv. Klinikdirektor, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich) für die kritische Durchsicht der Arbeit.

Zitierweise

Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2018). *Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien* (Obsan Bulletin 2/2018). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tel. 058 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Originaltext

Deutsch. Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer: 1034-1802)

Layout/Grafiken

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress/Print

Karten

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, ThemaKart

Bestellungen Print

Tel. 058 463 60 60, Fax 058 463 60 61, order@bfs.admin.ch (gratis)

BFS-Nummer

1033-1802

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen (gratis)

© Obsan 2018



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.