



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2003

Unfreiwillige Hospitalisierung im Kanton Zürich 1995-2001. Wieviel? Wer? Wie? Mit welchem Ergebnis?

Frick, Ulrich ; Rüesch, P ; Neuenschwander, M ; Rössler, W

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-94714>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Frick, Ulrich; Rüesch, P; Neuenschwander, M; Rössler, W (2003). Unfreiwillige Hospitalisierung im Kanton Zürich 1995-2001. Wieviel? Wer? Wie? Mit welchem Ergebnis? Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 154(3):116-126.

Unfreiwillige psychiatrische Hospitalisierungen im Kanton Zürich 1995 bis 2001: Wieviel? Wer? Wie? Mit welchem Ergebnis?

■ U. Frick, P. Rüesch, M. Neuenschwander, W. Rössler

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Summary

Frick U, Rüesch P, Neuenschwander M, Rössler W. [Involuntary psychiatric inpatient treatment in the canton of Zurich 1995–2001: How many? Who? How? Which outcome?] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2003;154:116–26.

Background: There is a long-term discussion on legitimation and ethical foundation of coercive treatment in psychiatry. Mental health professionals as well as society tolerate coercive measures in a position of double “paternalism”. Medical paternalism favours the hope of fulfilling the assumed real will of a patient by treating the malady that darkens the patient’s will. Social paternalism seeks to protect members of society from perceived though not epidemiologically proven risks stemming from mentally ill persons. Epidemiological data on involuntary hospitalisation has not been available for Switzerland at methodologically sufficient standards.

Aims: This paper aims at describing the frequency of involuntary hospitalisation, referral patterns for inpatient treatment, therapeutic measures undertaken and outcome of involuntary patients as compared to voluntary patients.

Methods: Involuntary hospitalisation was operationalised as physicians’ ratings of the presumed will of the patient, documented in the database PSYREC of the Swiss canton of Zurich. This database covered all admissions between January 1, 1995 and December 31, 2001 (n = 50 055). It was used to estimate the proportion of involuntary hospitalisations among all psychiatric admissions. A population-based age and sex standardised rate of involuntary hospitalisations per 1000 inhabitants was calculated for the years between 1996 and 2001.

In-depth analysis of referral patterns, therapeutic measures and outcome was performed in a subsample of n = 24 607 treatment episodes from January 1, 1998 until December 31, 2000.

Results: About 33% of all hospitalisations between 1995 and 1997 were rated as involuntary. For the period between 1998 and 2001 the rate of involuntary hospitalisations had decreased to a lower level of about 28%. The rate of involuntary hospitalisations per 1000 inhabitants rose from 1.57 in 1995 to 1.99 in 2001. The 6-year increase of 27% in the rate of involuntary hospitalisations was considerably smaller than the simultaneous increase of more than 50% for the total hospitalisation rate in the same period. Male and female patients had very similar risks of involuntary hospitalisation. The age profile of voluntary and involuntary patients was similar. Involuntary admissions were more prevalent among patients with diagnoses at admission of mania (F30), delusional disorders (F22) and schizotypal disorders (F21). The great majority of involuntary intakes were initiated by the health care system (general practitioners and psychiatric specialists both >25%, somatic hospitals 17%). Legal authorities were responsible for only 5% of involuntary admissions. The risk of being coercively medicated during the hospital stay was 6-fold for involuntarily admitted patients. Their risk of fixation or isolation was 5.6 times higher. Psychopharmacological medication (either forced or voluntary) is the most prominent therapeutic measure during the hospital stay (for both voluntary and involuntary patients in about 75%). Involuntary patients receive more crisis intervention, but less other therapeutic measures during their stay as compared to voluntary patients. Physicians’ ratings of the outcome of involuntary stays displayed no difference to the outcome of voluntary stays.

Discussion: The rate of involuntary treatment is high for the canton of Zurich compared to other European countries. However, hospitalisation rates have increased faster for voluntary patients than involuntary patients, probably due to changing treatment habits in the mental health care system.

Korrespondenz:
Dr. Ulrich Frick
Forschungsgruppe Public Mental Health
Psychiatrische Universitätsklinik
Lenggstrasse 31
CH-8029 Zürich
e-mail: ulrich.frick@bli.unizh.ch

Outcome of involuntary hospitalisation seems comparable to voluntary hospitalisation despite a lower intensity of measures undertaken, but this result should be validated using more rigorous methodological standards.

Keywords: involuntary admission; Switzerland; epidemiology; outcome

Einleitung

Die Anwendung von Zwang in der Behandlung von psychisch Kranken wird seit jeher kontrovers diskutiert [1–3]. Für die Schweiz haben sich in jüngerer Zeit von psychiatrischer Seite aus verschiedene Autoren(-teams) [4–7] mit dem Thema auseinandergesetzt. In der Öffentlichkeit wurde das Thema unlängst anlässlich der Berichte über Zwangsmassnahmen bis hin zu Zwangssterilisationen in der Schweizer Psychiatrie der Zwischenkriegszeit [8, 9] intensiv wahrgenommen. Zwangsmassnahmen rühren an das Dilemma zwischen therapeutischem und kustodiale Auftrag der Psychiatrie [10, 11]. Der Doppelcharakter von Zwangsbehandlungen als gesellschaftlichem Ausgrenzungsmechanismus auf abweichendes Verhalten [1] und gleichzeitig als Integrationsversuch durch Therapie des zugrundeliegenden Krankheitsbildes wird von den im Behandlungssystem Tätigen [12] wie auch der Öffentlichkeit weitgehend unterstützt. Strikt «antipsychiatrische» Positionen, wie sie in den 1970er Jahren vertreten wurden [13], scheinen klar in der Minderheit zu sein. Die Befragung einer repräsentativen Stichprobe der Schweizer Bevölkerung zeigt, dass über 70% der Antwortenden Zwangseinweisungen befürworten [14].

In diesem Zusammenhang klassifizieren Kjellin und Nilstun [15] die Haltung der Öffentlichkeit gegenüber psychisch Kranken als «paternalistisch», wenn sie die Einschränkung der Freiheit einer Person unter der Hypothese des Schutzes der Person vor sich selbst (medizinischer Paternalismus) oder des Schutzes der Gesellschaft vor dem Zwangseinzuweisenden (sozialer Paternalismus) toleriert (vgl. auch [16]). Die Form des sozialen Paternalismus ist insofern problematisch, als es keinen eindeutigen empirischen Beleg für ein allgemein erhöhtes Gewaltisiko von psychisch kranken Menschen gibt [17], welches Zwangsmassnahmen gegenüber diesem Personenkreis stärker rechtfertigen würde als gegenüber anderen Menschen.

Zwang umfasst ein breites Spektrum von Massnahmen: Diese betreffen nicht nur die Einweisung in eine Klinik, sondern auch Interventionen wäh-

rend der Behandlung, wie Isolation, Fixierung und Medikation. Nach einheitlichen, verlässlichen Standards erhobene Zahlen zu Zwangsmassnahmen liegen allerdings kaum vor. Noch am zuverlässigsten sind die veröffentlichten Daten zur Häufigkeit von Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken. Riecher-Rössler und Rössler [18] trugen Anfang der 1990er Jahre Zahlen zu Zwangsunterbringungen von psychisch Kranken in europäischen Ländern zusammen. Dabei zeigten sich grosse Unterschiede zwischen den untersuchten Ländern mit einer Zwangsunterbringungsquote von 1% in Spanien bis zu 50% und mehr in der Schweiz. Diese Unterschiede sind zum Teil die Folge ungleicher Definition und fehlender Repräsentativität der untersuchten Stichproben, sie liegen aber auch in der Gesetzgebung begründet. In den Gesetzgebungen vieler anderer Länder muss – anders als in der Schweiz – für eine Zwangseinweisung von psychisch Kranken eine Selbst- oder Fremdgefährdung gegeben sein [19].

Die Befunde zu Risikofaktoren für Zwangseinweisungen sind widersprüchlich. Relativ unbestritten ist das erhöhte Risiko von Personen, die an einer schizophrenen Erkrankung leiden, einen geringen sozioökonomischen Status (geringes Einkommen, schlechter Bildungsstand) haben, auf eine kriminelle Vorgeschichte zurückblicken oder männlichen Geschlechts sind [20–22].

Zu den Folgen von Zwangsbehandlungen liegen nur ganz wenige Untersuchungen vor [23]. Meyer und Kollegen [24] kamen anhand der Daten von 64 stationär behandelten Patienten und Patientinnen mit schizophrenen und Wahnstörungen zu dem Schluss, dass für die Patientinnen und Patienten der Krankheitsverlauf selbst das gegenüber einer Zwangshospitalisierung gravierendere traumatische Ereignis darstellt. Allerdings sind die Ergebnisse ohne geeignete Kontrollgruppe nicht schlüssig interpretierbar. 1996 fanden Nicholson et al. [25] einen überraschenden, positiven Zusammenhang zwischen dem erlebten Zwang und dem mittels Expertenrating erhobenen Erfolg der Hospitalisierung.

Jüngere Daten zu Zwangsbehandlungen in der Schweizer Psychiatrie sind lediglich über formell eingeleitete Verfahren zum Fürsorgerischen Freiheitsentzug [6] im Jahr 1993 für 8 Schweizer Kantone berichtet worden, wobei die Vollständigkeit dieser bei den Kantonsverwaltungen geführten Dokumentationen angezweifelt werden muss. Unlängst wurde eine Befragung psychiatrischer Stationen der Deutschschweiz zu ihren Usancen bei Zwangsmassnahmen veröffentlicht, die aber keine Patientendaten zur Grundlage hatte [26]. Die vorliegende Studie setzt sich daher zum Ziel, einen

vollständigen Überblick über unfreiwillige psychiatrische Hospitalisierungen im Kanton Zürich zu liefern und durch einen längeren Betrachtungszeitraum von mehreren Jahren auch mögliche Veränderungstendenzen zu analysieren. Populationsbezogene Häufigkeitsaussagen sollen ergänzt werden um eine Beschreibung der betroffenen Patienten und Patientinnen nach ihren soziodemographischen und diagnostischen Merkmalen, ihren Zuweisungswegen, ihren Behandlungsständen und – soweit möglich – ihren Behandlungsergebnissen.

Patienten und Methoden

Stichprobe

Die Datenbasis dieser Untersuchung bildet die stationäre Psychiatriestatistik des Kantons Zürich (PSYREC) mit sämtlichen Behandlungen zwischen dem 1. Januar 1995 und dem 31. Dezember 2001 (n = 50 055; Gesamtpopulation 1). Für die Beantwortung der Subfragen «Wer?», «Wie?» und «Mit welchem Ergebnis?» standen zum Zeitpunkt der statistischen Analysen die kompletten Daten zwischen dem 1. 1. 1995 und dem 31. 12. 2000 zur Verfügung. Diese Untermenge (Teilpopulation 2) umfasst n = 40 991 Behandlungen. Der Itemkatalog der Zürcher PSYREC-Statistik wurde zum 1. 1. 1998 wesentlich erweitert und ermöglicht für diese Studie insbesondere die Analyse der Umstände einer stationären Aufnahme sowie der Lebenssituation nach einer Entlassung. Die hier erfassten n = 24 607 Datensätze (1. 1. 1998 bis 31. 12. 2000) werden mit Teilpopulation 3 bezeichnet.

Berechnung populationsbezogener Kennziffern

Zur Berechnung populationsbezogener Kennziffern standen alters- und geschlechtsspezifische Bevölkerungsdaten für die Jahre 1996 bis 2001 zur Verfügung. Es wurden für alle Patienten und Patientinnen mit Wohnort in der Stadt Zürich die Daten des Statistischen Amtes der Stadt Zürich zur Normierung benutzt, für Patientinnen und Patienten von ausserhalb der Stadt Zürich die gemeindebezogenen Bevölkerungsdaten des Kantonalen Statistischen Amtes.

Die Verlaufsdarstellung der populationsbezogenen Rate von unfreiwilligen Hospitalisierungen wurde alters- und geschlechtsstandardisiert (direkte Standardisierung, vgl. [27]). Als Standardbevölkerung wurde die von der WHO im World

Health Report 2001 für die entwickelten Länder Europas als «EURO A» benutzte Referenzbevölkerung herangezogen [28].

Statistische Prüfung

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt ausschliesslich mit Mitteln der deskriptiven Statistik. Weil es sich bei den PSYREC-Daten um eine Vollerhebung handelt, ist es nicht notwendig, mittels statistischer Tests von einer Stichprobe auf die Grundgesamtheit zu schliessen. Die Daten bilden die Situation in der Population erschöpfend ab. Aus diesem Grund können prozentuale Unterschiede als Effektgrössen zur Auswahl auffälliger Ergebnisse unmittelbar interpretiert werden.

Operationalisierung für «unfreiwillige Aufnahme»

Hauptzielkriterium dieser Auswertung ist die Freiwilligkeit des Eintritts bei einer stationären Behandlung. Sie wird in der PSYREC mit den Ausprägungen «freiwillig», «nicht freiwillig» oder «unklar/unbekannt» erfasst. Dabei spielt der juristische Hintergrund der Aufnahme keine Rolle, nur der erkennbare Wille des Patienten / der Patientin ist ausschlaggebend. Das Vorliegen der Kriterien für den sogenannten «Fürsorgerischen Freiheitsentzug» (FFE) [7] wird in einem gesonderten Item erst seit 1998 erhoben. 94,1% (PSYREC-Daten mit Stand vom 31. 12. 2001) der seit 1998 hospitalisierten Patienten und Patientinnen, die als «unfreiwillig» aufgenommen gewertet wurden, wurden auch unter den rechtlichen Bedingungen eines Fürsorgerischen Freiheitsentzuges hospitalisiert. Allerdings sind nur 81,8% aller FFE-veranlassten Aufnahmen auch im nachvollziehbaren Erleben des/der Patienten/-in unfreiwillig erfolgt. Sowohl die längere zeitliche Verfügbarkeit entsprechender Daten wie das inhaltliche Kriterium, «Unfreiwilligkeit» aus der erkennbaren Sicht des Patienten / der Patientin heraus zu dokumentieren, sprechen also für die hier getroffene Wahl des Hauptzielkriteriums.

Ergebnisse

Die Absolutzahlen der freiwilligen und unfreiwilligen Aufnahmen, die auf alle Behandlungsfälle bezogene Unfreiwilligkeitsquote sowie die alters- und geschlechtsstandardisierte Rate unfreiwilliger Aufnahmen pro 1000 Einwohner im Kanton Zürich sind in Tabelle 1 für den Beobachtungs-

Tabelle 1 Entwicklung unfreiwilliger Aufnahmen in der Psychiatrie im Kanton Zürich.

Austrittsjahr	Aufnahmestatus (Fallzahlen)			Quote unfreiwilliger Aufnahmen	Rate per 1000 Einwohner (standardisiert)
	freiwillig	unklar/unbekannt	unfreiwillig		
1995	2899	145	1629	34,9	– ^a
1996	3530	169	1881	33,7	1,57
1997	3949	97	2084	34,0	1,73
1998	5261	83	2060	27,8	1,64
1999	5460	105	2177	28,1	1,72
2000	5784	141	2336	28,3	1,85
2001	6400	120	2495	27,7	1,99
noch stationär am 31. 12. 2001	836	14	400	32,0	– ^b
Total	34119	874	15062	30,1	1,75 ^c

^a keine Bevölkerungsdaten für dieses Jahr verfügbar

^b standardisierte Raten wurden jeweils auf das Aufnahmejahr synchronisiert

^c Mittelwert 1996–2001

zeitraum von 1995 bis 2001 aufgeführt. Es zeigt sich eine gleichbleibende Quote von rund einem Drittel an unfreiwilligen Aufnahmen vor dem Jahr 1998, die ab 1998 abrupt um 5% absinkt und dann auf dem niedrigeren Niveau von rund 28% unfreiwilliger Aufnahmen verläuft. Auf die versorgten Patienten und Patientinnen bezogen kann also keine Zunahme der Unfreiwilligkeit psychiatrischer Hospitalisierungen festgestellt werden. Bevölkerungsbezogen steigt die Rate unfreiwilliger Hospitalisierungen von rund 1,6 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohner in 1996 auf 2 pro 1000 im Jahr 2001. Das entspricht einer Zunahme von rund 27% in 6 Jahren. Aber im selben Zeitraum ist die gesamte Krankenhaushäufigkeit in der Zürcher Psychiatrie (alters- und geschlechtsstandardisiert) noch deutlicher gewachsen, nämlich zwischen 50 und 59% (je nach Versorgungsregion, vgl. [29]).

Zwischen den Geschlechtern ergibt sich keinerlei Hinweis auf eine unterschiedliche Unfreiwilligkeitsquote (Tab. 2). Sehr deutlich hängt die Quote unfreiwilliger Aufnahmen aber mit der Eintrittsdiagnose zusammen (Tab. 2). Am seltensten erfolgen unfreiwillige Aufnahmen bei Essstörungen (4,5%), Opioidabhängigkeit (7,1%) und neurotischen Störungen (10,4%). Am häufigsten sind unfreiwillige Aufnahmen bei den Diagnosen F30 (Manie), F22 (anhaltende wahnhaftige Störungen) und bei der Gruppe aus F21, F24, F28, F29 (schizotypische Störung, induzierte wahnhaftige Störung, sonstige und nicht näher bezeichnete nichtorganische psychotische Störungen) mit jeweils mindestens 50% unfreiwilliger Aufnahmen. Kann eine Eintrittsdiagnose wegen des unklaren Bildes noch nicht sicher erstellt werden (ICD-10 = F99), dann erfolgen diese Aufnahmen sogar zu 71,4% un-

freiwillig. Patienten und Patientinnen mit schizophrenen Störungsbildern (F20) sind zu 45,4% unfreiwillig aufgenommen worden. Störungen im Zusammenhang mit Alkohol bieten weit seltener Anlass zu unfreiwilliger Aufnahme (27%) ebenso wie affektive Erkrankungen: Bipolare Störungen (F31) sind wohl wegen der hypomanen Episoden insgesamt noch mit 32,4% unfreiwilliger Aufnahmen registriert worden, aber depressive Episoden (F32) wurden nur in 20,3% aller Fälle, rezidivierende depressive Störungen (F33) nur in 13,1% aller Aufnahmen als unfreiwillig registriert.

Das Altersprofil der drei unterschiedlichen Aufnahmeumstände «freiwillig», «unfreiwillig» oder «unklar/unbekannt» ist in Abbildung 1 wiedergegeben (Teilpopulation 2). Dabei sind freiwillige und unfreiwillige Behandlungen durchaus ähnlich in ihrer Alterszusammensetzung, mit einem leichten Überhang älterer (>70 Jahre) Patienten und Patientinnen bei den unfreiwilligen Hospitalisierungen. Ein sehr deutlicher Altersüberhang ist bei denjenigen Patientinnen und Patienten zu sehen, für die eine Beurteilung, ob sie «freiwillig» in den stationären Aufenthalt einwilligen, nur erschwert oder gar nicht möglich ist.

Die Initiative zur Aufnahme geht bei unfreiwilligen Aufnahmen natürlich so gut wie nie vom Patienten / von der Patientin selbst aus. Stattdessen sind bei unfreiwilligen Hospitalisierungen die Initiatoren häufiger im medizinischen Versorgungssystem zu finden (vgl. Abb. 2, zugrundegelegt ist Teilpopulation 3): Niedergelassene Ärzte, mit und ohne psychiatrische Fachausbildung, veranlassen jeweils zu einem Viertel bei den Unfreiwilligen die Aufnahme. Somatische Kliniken weisen 17% aller unfreiwilligen stationärpsychiatrischen Aufnah-

men zu. Die Justiz ist nur zu rund 5,5% der Initiativegeber für unfreiwillige Aufnahmen und rangiert damit noch hinter den Angehörigen, die für 6,1% der unfreiwilligen Aufnahmen verantwortlich sind.

Die nach unfreiwilliger Aufnahme stattfindende Behandlung unterscheidet sich von der Therapieausgestaltung bei freiwilliger Aufnahme (Abb. 3; zugrundegelegt ist Teilpopulation 2).

Die relative Häufigkeit des Einsatzes von Psychopharmaka ist zwischen freiwilligen und unfreiwilligen Aufnahmen unverändert und liegt bei jeweils 75%. «Krisenintervention» wird bei unfreiwilligen Aufenthalten häufiger, nämlich in 33,8% aller Behandlungen angewendet, verglichen zu 28,7% bei freiwilligen Aufenthalten. Alle übrigen therapeutischen Massnahmen kommen bei unfrei-

Tabelle 2 Aufnahmezustand nach Geschlecht und Eintritts-Diagnose.

Variable/Ausprägung		Aufnahmestatus (%)			n
		freiwillig	unklar/ unbekannt	unfreiwillig	
Geschlecht	Männer	67,2	1,8	31,0	21 193
	Frauen	68,0	1,9	30,1	19 798
Diagnosenbezeichnung	ICD-10 Code				24 607
nicht näher bezeichnete psychische Störung	F99	28,6	0,0	71,4	7
manische Episode	F30	45,0	1,1	53,9	180
anhaltende wahnhaftige Störungen	F22	48,4	1,1	50,5	287
schizotype Störung, induzierte wahnhaftige Störung, sonstige und nicht näher bezeichnete nichtorganische psychotische Störung	F21, F24, F28, F29	49,0	1,0	50,0	104
akute vorübergehende psychotische Störung	F23	48,1	2,1	49,9	870
organisches amnestisches Syndrom (nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt), Delir (nicht durch Alkohol), sonstige psychische Störungen aufgrund Hirnschädigung, hirnorganische Psychosyndrome, nicht näher bezeichnete organische psychische Störung	F04–F09	49,6	4,5	45,9	399
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	F9	52,5	2,0	45,5	99
Schizophrenie	F20	53,3	1,3	45,4	3056
Entwicklungsstörungen	F8	61,5	0,0	38,5	26
Demenzen	F00–F03	57,6	4,2	38,2	1243
Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen	F43	61,4	1,4	37,1	1810
Intelligenzminderung	F7	63,3	1,6	35,2	128
schizoaffektive Störungen	F25	64,8	1,6	33,6	927
bipolare affektive Störung	F31	66,7	1,0	32,4	723
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	67,5	1,7	30,9	1152
psychische und Verhaltensstörungen durch andere Substanzen als Alkohol oder Opioide	F12–F18	69,9	1,0	29,1	592
psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	F10	71,7	1,3	27,0	3666
depressive Episode	F32	78,6	1,1	20,3	2586
psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch	F19	84,6	0,4	15,0	2513
rezidivierende depressive Störung	F33	86,0	0,9	13,1	1608
anhaltende, andere oder nicht näher bezeichnete affektive Störungen	F34, F38, F39	85,9	1,0	13,1	99
andere Verhaltensstörungen	F51–F59	88,9	0,0	11,1	18
neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F40–42, F44, F45, F48	89,3	0,3	10,4	587
psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	F11	91,0	1,9	7,1	1592
Essstörungen	F50	95,5	0,0	4,5	335

Abbildung 1 Altersprofil der Aufnahmearten.

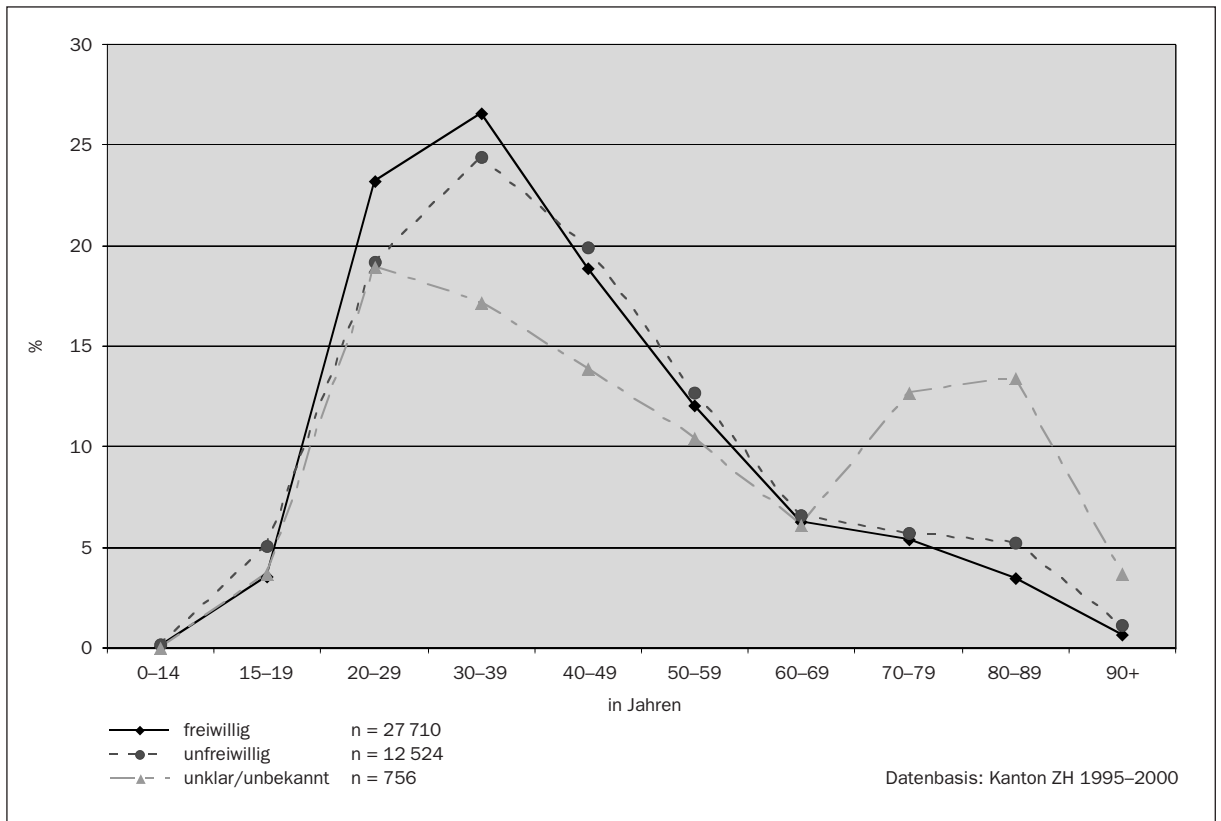


Abbildung 2 Initiative zur Aufnahme (in Prozent).

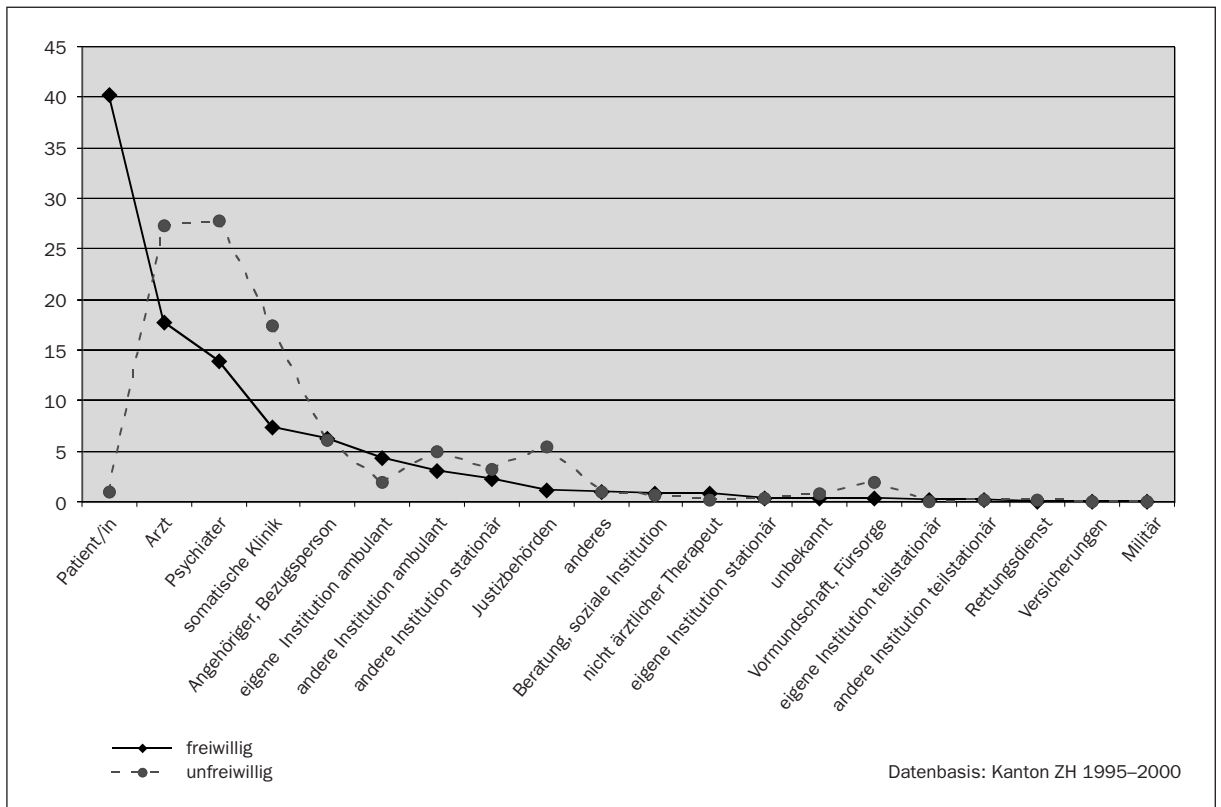
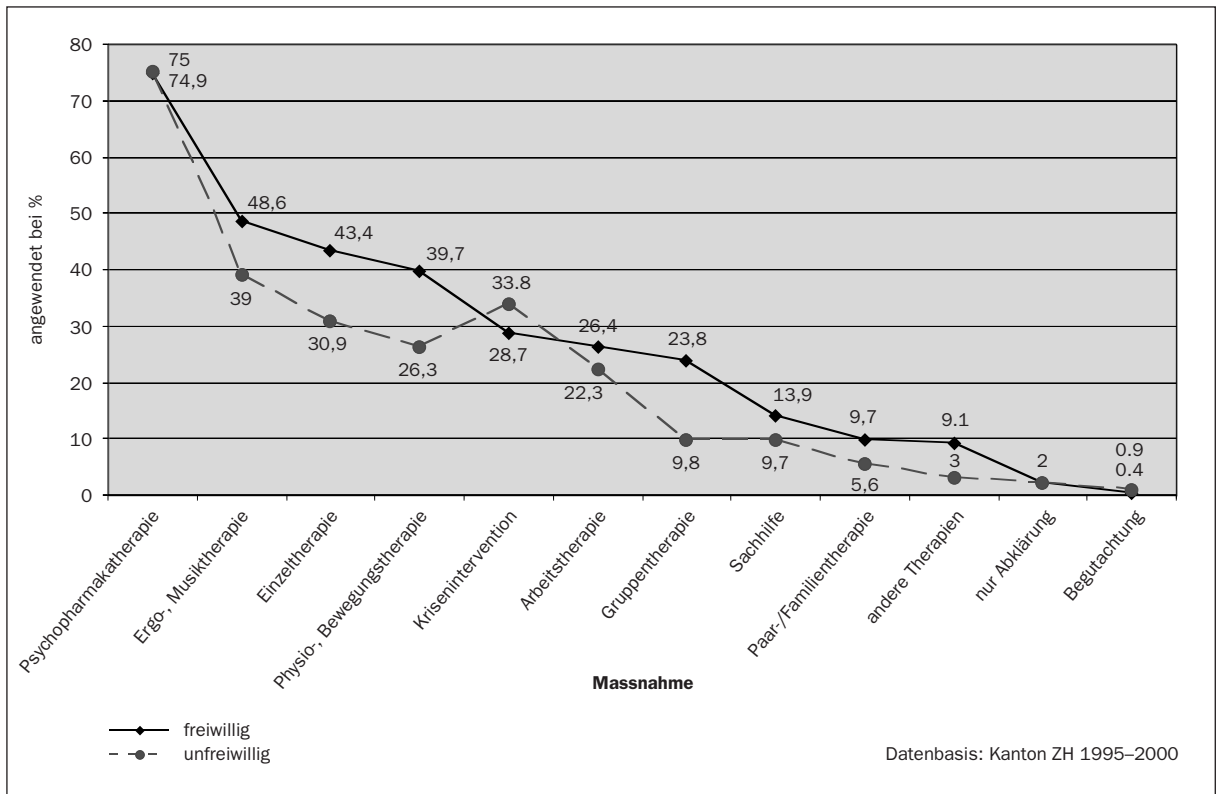


Abbildung 3 Therapieeinsatz nach Freiwilligkeit der Aufnahme.



willigen Aufenthalten jeweils deutlich seltener als bei freiwilligen Aufenthalten zum Einsatz. Die Differenz zuungunsten der unfreiwilligen Aufenthalte beträgt bei Physio- und Bewegungstherapie sowie bei den Einzel- und Gruppentherapien zwischen 12 und 15%. Aus den Daten geht nicht hervor, ob diese Therapien von den Patienten und Patientinnen selbst abgelehnt wurden oder ob sie ihnen seitens der Behandlungsinstitution nicht angeboten wurden.

Von einer Zwangsmedikation betroffen sind deutlich häufiger (Rel. Risiko = 6,02) unfreiwillige (7,2% aller Behandlungen) als freiwillige Aufenthalte (1,2%; Datenbasis Subsample 2). Zwangsmassnahmen (Isolierungen oder Fixationen) sind ebenfalls bei unfreiwillig aufgenommenen Patienten und Patientinnen deutlich (um den Faktor 5,63) häufiger registriert worden. Betroffen sind von solchen Massnahmen nach der PSYREC-Dokumentation 11,2 versus 2,0% aller Aufenthalte (Teilpopulation 2). Die Verweildauern der unfreiwilligen Aufenthalte unterschieden sich im Durchschnitt der Jahre 1995 bis 2000 fast nicht von denjenigen der freiwilligen Aufenthalte. Für unfreiwillige Aufenthalte lag das arithmetische Mittel bei 50,07 Tagen (SD = 103,6), für freiwillige Aufenthalte bei 51,03 Tagen (SD = 84,8).

Patienten und Patientinnen mit freiwilligem stationärem Aufenthalt werden häufiger in ein

Zuhause entlassen, das mit anderen Personen geteilt wird (38% verglichen zu 31% bei unfreiwilligen Aufenthalten) (Tab. 3). Die kausale Richtung dieses Zusammenhangs verläuft vermutlich aber so, dass Patientinnen und Patienten mit häuslichem Lebenspartner eher freiwillig hospitalisiert werden. Medizinische Institutionen, wie eine andere psychiatrische Klinik, ein Kranken-/Pflegeheim oder eine somatische Klinik, sind als Anschlussaufenthalt bei unfreiwilligen Aufnahmen leicht überrepräsentiert. Deutlich häufiger (4,7% verglichen zu 0,4%) werden unfreiwillige Aufnahmen nach ihrer Entlassung in Justizanstalten untergebracht. Hinsichtlich der Beurteilung einer Veränderung des Zustandes des Patienten / der Patientin unterscheiden sich freiwillige und unfreiwillige Aufenthalte kaum. 53,3% der freiwilligen Aufenthalte werden bei der Entlassung als deutlich gebessert eingestuft, und sogar 54,9% der unfreiwilligen Aufenthalte.

Diskussion

Steigende Absolutzahlen unfreiwilliger Aufnahmen können bei falscher Interpretation eine inadäquate Perzeption in der Öffentlichkeit erfahren. Die auf alle Behandlungsfälle bezogene Quote unfreiwilliger Aufnahmen in der stationären

Tabelle 3 Entlassungsort und Erfolg nach Aufnahmezustand.

Aufenthalt nach dem Austritt in Prozent	Aufnahmestatus			n
	freiwillig	unklar/ unbekannt	unfreiwillig	
zuhaus, mit anderen	37,8	22,2	30,9	Subsample 3 n = 24 607
zuhaus, allein	29,4	20,7	27,6	
Wohnheim	7,1	8,3	7,8	
Altersheim, sozialmedizinische Institution	5,7	3,4	4,4	
unbekannt	4,0	8,6	5,0	
anderes	3,7	3,4	4,2	
psychiatrische Klinik	3,1	3,4	5,0	
Kranken-, Pflegeheim	2,8	14,2	4,6	
somatisches Spital	2,5	7,7	3,3	
ohne festen Wohnsitz	2,1	1,9	1,4	
Rehabilitation	1,4	1,5	1,1	
Strafvollzug	0,4	4,6	4,7	
Erfolgsbeurteilung in Prozent				
nicht beurteilbar ^a	0,8	2,9	0,8	Subsample 2 n = 40 991
sehr viel besser	13,5	16,0	13,8	
viel besser	39,8	35,1	41,1	
nur wenig besser	27,4	23,2	28,0	
unverändert	13,2	14,0	10,6	
etwas schlechter	0,9	1,2	0,7	
viel schlechter	0,5	2,0	0,4	
sehr viel schlechter	0,2	0,5	0,2	

^a pro Spalte auf 100% fehlende Werte = missing value

Psychiatrie des Kantons Zürich hat sich tatsächlich im zeitlichen Verlauf kaum bewegt. Lediglich im Jahr 1998 war ein Absinken der Unfreiwilligkeitsquote zu registrieren, die dann mehr oder weniger konstant weiter verlief. Gleichzeitig ist im selben Jahr eine sprunghafte Ausweitung der gesamten in der PSYREC-Statistik registrierten Behandlungsfälle zu verzeichnen gewesen. Die Erklärung für das schlagartige Absinken der Unfreiwilligkeitsquote liegt also vermutlich in der 1998 mit dem neuen Dokumentationssystem erfolgten Ausweitung der statistischen Erfassung auf Institutionen, die offensichtlich seltener mit unfreiwilligen Aufnahmen konfrontiert sind, als es die schon vor 1998 dokumentierenden Behandlungseinrichtungen betrifft.

Eine Quote von rund 28% unfreiwilliger Hospitalisierungen ist im Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen in Industrieländern [18, 30], oder verglichen zu den Zahlen für die verschiedenen deutschen Bundesländer [20], eine Zahl im oberen Mittelfeld. Verglichen zu den oft sehr unsicheren und mit methodischen Fehlern behafteten

Erfassungsmethoden [31] sind die via PSYREC ermittelten Quoten als sehr viel verlässlicher zu bezeichnen. Die beobachtete Konstanz in der Unterbringungsquote über die 1990er Jahre hinweg korrespondiert gut mit den für diverse EU-Länder berichteten Zahlen [30].

Die bevölkerungsbezogene Rate von 160 bis 200 unfreiwillige Hospitalisierungen pro 100 000 Einwohner liegt im Vergleich zu den von Lopez et al. berichteten Zahlen [6] von durchschnittlich 115 FFE-Fällen auf 100 000 Einwohner in 7 Kantonen der Ostschweiz und der Nordwestschweiz deutlich höher, rangiert aber noch unter dem Maximum im Kanton Schaffhausen (590 pro 100 000 Einwohner). Im internationalen Vergleich sind die Zürcher Zahlen sehr hoch: Nur Österreich und Deutschland mit 175 Zwangsunterbringungen pro 100 000 Einwohner liegen in einer vergleichbaren Größenordnung, Finnland mit 218 pro 100 000 Einwohner noch etwas höher [30, 32]. Alle übrigen EU-Länder liegen deutlich niedriger als der Kanton Zürich, bis um den Faktor 33 (Portugal: 6 pro 100 000). Es gilt aber zu beachten, dass Zwangs-

einweisungen entscheidend von der gesetzlichen Situation im jeweiligen Land beeinflusst werden [33, 34] und dass die dokumentierte Fallzahl von der geübten Praxis zum Teil sehr drastisch abweichen kann. Für Schweden in den 1980er Jahren beispielsweise wurden von Riecher-Rössler und Rössler [18] noch 248 pro 100 000 Einwohner berichtet. In jüngeren Arbeiten [30] wird für Schweden aber nur noch eine Rate von 114 Zwangsunterbringungen pro 100 000 Einwohner ausgewiesen, eine offensichtliche Folge einer Gesetzesreform [35]. Schliesslich beeinflusst der Trend zu kürzeren Verweildauern bei steigenden Hospitalisierungszahlen in der Psychiatrie natürlich auch die Rate der Zwangseinweisungen: Sie steigt unter solchen Umständen, auch wenn die Zahl der betroffenen Personen gleich bleibt. Jüngste Übersichtsarbeiten bestätigen einen vergleichbaren Anstieg der bevölkerungsbezogenen Raten von Zwangseinweisungen in England und Österreich [32].

Die im internationalen Vergleich hohe Rate von unfreiwilligen Hospitalisierungen hat einen sehr breiten Indikationsbegriff zur rechtlichen Grundlage. Es gibt im Gesetzestext (Art. 397a, Abs. 1, ZGB) keinen Rekurs auf das in vielen Ländern notwendige Kriterium einer Selbst- oder Fremdgefährlichkeit. Allerdings wird in der Rechtspraxis dann doch in der Ostschweiz in bis zu 88%, in der Nordwestschweiz sogar in bis zu 93% aller Massnahmen unter dem Verfahrenstitel «Gefahr im Verzug» die Gefährdungslage psychisch Kranker wieder als handlungsleitend eingeführt [6].

Die Subsumierung freiheitsbeschränkender Massnahmen unter den Begriff der «Fürsorge» muss auch vor dem gesellschaftlichen Hintergrund interpretiert werden, mit dem in der Schweiz eine Zwangseinweisung in die Psychiatrie wahrgenommen wird. Lauber et al. [14] berichten von über 70% Zustimmung in der Schweizer Bevölkerung zu Zwangshospitalisierungen, wobei diese nicht primär als Freiheitsbeschränkungen, sondern als der Beginn therapeutischer Hilfsangebote erlebt werden. Andere Massnahmen wie Führerscheinentzug oder Entzug des Wahlrechts bei psychisch Kranken finden weit weniger Zustimmung [36].

Das anderenorts (z.B. in Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Luxemburg und den Niederlanden) als essentiell für eine Zwangshospitalisierung bewertete Kriterium einer Selbst- oder Fremdgefährlichkeit [30] spiegelt sich nur sehr bedingt in der klinischen Praxis des Kantons Zürich wider. Nicht für Patienten und Patientinnen mit Manie (die hier zu den am häufigsten gegen ihren Willen hospitalisierten Patientinnen und Patienten gehören), sondern für Alkoholerkrankte

(die im vorliegenden Datensatz durchschnittlich häufig unfreiwillig hospitalisiert wurden) bzw. bei Komorbidität mit Alkohol (hier nicht ausgewiesen) ist in der Literatur das höchste Risiko für Gewalthandlungen in der Gemeinde bekannt [37]. Bedeutsam erhöht ist das Gewaltrisiko weiterhin bei schizophrenen Erkrankungen (vgl. auch [38]) und bei Intelligenzminderungen. Zumindest erstere werden auch im Kanton Zürich überdurchschnittlich häufig gegen ihren Willen stationär aufgenommen.

Die hier vorgelegten Daten zum Outcome der Zürcher unfreiwilligen Patienten und Patientinnen sind in mehrfacher Hinsicht mit Vorsicht zu behandeln: Zum ersten ist noch wenig darüber bekannt, inwieweit das subjektive Erleben, unter Zwang gestellt worden zu sein, mit der Experteneinschätzung aus ärztlicher Sicht, wie sie in der PSYREC-Statistik zum Einsatz gelangt, übereinstimmt [39]. Möglicherweise ist ja der sehr ähnliche Outcome von freiwilligen und unfreiwilligen Patientinnen und Patienten die Folge einer wenig reliablen Experteneinschätzung [3]. Potentiell bestehende Unterschiede wären dann von Messfehlern überlagert worden. Ein tatsächlich gleicher Therapieerfolg von unfreiwillig hospitalisierten Patienten und Patientinnen, trotzdem sie weniger therapeutische Angebote in Anspruch genommen haben, bei ansonsten vergleichbarer Dauer der Hospitalisierung und vergleichbarem Einsatz von Psychopharmaka, könnte bedeuten, dass wohl vor allem diesen beiden letzteren Faktoren die entscheidende Rolle für eine Zustandsbesserung zugeschrieben werden könnte. Für Suchtpatienten und -patientinnen in der Schweiz haben jüngst Grichting et al. [40] ähnliche Ergebnisse berichtet: Im Vergleich zu freiwilligen Patientinnen und Patienten wiesen über gerichtliche Auflagen eingewiesene stationäre Patienten und Patientinnen bis zur Entlassung kaum Unterschiede auf, insbesondere waren ihre Dropout-Raten (als proxy-Variable für den Therapieerfolg) vergleichbar. Hinsichtlich der von Gerichten ausgesprochenen Verurteilungen unterschieden sich beide Gruppen allerdings deutlich.

Es darf nicht vergessen werden, dass in der hier vorgelegten Studie die Ärzte/-innen, die den Erfolg einer Hospitalisierung in der PSYREC-Statistik einschätzen und dokumentieren, dem Rechtsstatus eines Patienten / einer Patientin gegenüber nicht «blinded» sind. Bewusste wie unbewusste Einflüsse dieses Wissens auf die Beurteilung des Massnahmenerfolges können damit nicht ausgeschlossen werden. Für künftige Studien wäre zudem anzuregen, das Ausmass des von den Patienten und Patientinnen erlebten Zwanges mithilfe der inter-

national verfügbaren Messinstrumente geeignet zu erheben (z.B. [41]).

Aus dem Blickwinkel der Qualitätssicherung psychiatrischer Behandlung wäre für die Zukunft zu wünschen, dass ein kontinuierliches Monitoring unfreiwilliger Hospitalisierungen aufgebaut wird, welches auch den Verlauf mehrerer Behandlungsepisoden beim selben Patienten unter diesem Gesichtspunkt zu analysieren vermag. Dadurch wäre es möglich, die patientenseitigen Risikofaktoren für Zwangsmassnahmen von den organisationsbedingten Faktoren zu trennen (zur Methodik vgl. [42]). Erst dann können auch Fragen nach geeigneten organisatorischen Massnahmen [43–45] zur Minimierung «invasiv-psychiatrischer Therapie» sinnvoll bearbeitet werden. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie immer ein ethisches Problem bleiben werden, für das eine Tabuisierung oder eine Nicht-zur-Kennntnisnahme von Fakten nur problemverschärfend wirken würde. Daher kann bei gestiegener Sensibilisierung der Gesellschaft auch mit einer intensivierten Auseinandersetzung mit der ärztlichen Tätigkeit in diesem Feld gerechnet werden. Nur eine penible Darstellung dessen, was ist, kann einen Diskurs zum Thema befördern und ideologische Grabenkämpfe vermeiden helfen.

Literatur

- 1 Waller H, Hrsg. Zwangseinweisung in der Psychiatrie. Bern: Hans Huber; 1982.
- 2 Szasz T. Justifying coercion through religion and psychiatry. *Journal of Humanistic Psychology* 1987;27:158–74.
- 3 Monahan J, Hoge SK, Lidz C, Roth LH, Bennett N, Gardner W, et al. Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry* 1995;18:249–63.
- 4 Finzen A, Haug H-J, Beck A, Lüthy D. Hilfe wider Willen – Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1993.
- 5 Haug H-J. Zwangsmedikation in der Psychiatrie. In: Eink M, Hrsg. Gewalttätige Psychiatrie – Ein Streitbuch. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1997. S. 87–98.
- 6 Lopez R, Jakob O, Hoffmann-Richter U, Finzen A. Fürsorgerische Freiheitsentziehung. Ordentliches Verfahren und Gefahr im Verzug. *Psychiatr Prax* 1998;25:246–7.
- 7 Maier T. Die Praxis der Fürsorgerischen Freiheitsentziehung. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2001;90:1575–81.
- 8 Huonker T. Anstaltseinweisungen, Kindswegnahmen, Eheverbote, Sterilisationen, Kastrationen. Fürsorge, Zwangsmassnahmen, «Eugenik» und Psychiatrie in Zürich zwischen 1890 und 1970. Zürich: Sozialdepartement; 2002.
- 9 Wottreng W. Hirnriss: Wie die Irrenärzte August Forel und Eugen Bleuler das Menschengeschlecht retten wollten. Zürich: Weltwoche ABC-Verlag; 1999.
- 10 Smolka M, Klinitz H, Scheuring B, Fahndrich E. Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie aus der Sicht der Patienten – Eine prospektive Untersuchung. *Nervenarzt* 1997;68:888–95.
- 11 Eaton WW. *The Sociology of Mental Disorders*. Westport CC: Praeger; 2001.
- 12 Steinert T, Hinueber W, Arenz D, Roettgers HR, Biller N, Gebhardt RP. Ethische Konflikte bei der Zwangsbehandlung schizophrener Patienten. Entscheidungsverhalten und Einflussfaktoren an drei prototypischen Fallbeispielen. *Der Nervenarzt* 2001;72:700–8.
- 13 Pirella A, Hrsg. *Sozialisation der Ausgeschlossenen*. Hamburg: Rowohlt; 1975.
- 14 Lauber C, Nordt C, Falcató L, Rössler W. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:385–9.
- 15 Kjellin L, Nilstun T. Medical and social paternalism. Regulation of and attitudes towards compulsory psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:415–9.
- 16 McLachlan AJ, Mulder RT. Criteria for involuntary hospitalisation. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33:729–33.
- 17 Angermeyer MC, Schulze B. Psychisch Kranke – eine Gefahr? *Psychiatr Prax* 1998;25:211–20.
- 18 Riecher-Rössler A, Rössler W. Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:231–6.
- 19 Poitras S, Bertolote JM. Mental health legislation: International trends. In: Henn F SN, Helmchen H, Lauter H, editors. *Contemporary Psychiatry: Foundations of psychiatry. Part 2: General psychiatry*. Berlin: Springer; 2001. p. 269–86.
- 20 Riecher-Rössler A, Rössler W. Die Zwangseinweisung psychiatrischer Patienten im nationalen und internationalen Vergleich – Häufigkeiten und Einflussfaktoren. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1992;60:375–82.
- 21 Bastiaan P, Debus S, Haltenhof H. Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie. Fixierungen auf den psychiatrischen Stationen der Medizinischen Hochschule Hannover. *Psychiatr Prax* 1998;25:231–4.
- 22 Crisanti AS, Love EJ. Characteristics of psychiatric inpatients detained under civil commitment legislation: a Canadian study. *Int J Law Psychiatry* 2001;24:399–410.
- 23 Durst R, Teitelbaum A, Bar-EI Y, Shlafman M, Ginath Y. Evaluation of compulsory ambulatory treatment in Israel. *Psychiatr Serv* 1999;50:698–700.
- 24 Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Aijala A, Helenius H. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:343–52.
- 25 Nicholson RA, Ekenstam C, Norwood S. Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *Int J Law Psychiatry* 1996;19:201–17.
- 26 Needham I, Abderhalden C, Dassen T, Haug HJ, Fischer JE. Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry. *Swiss Med Wkly* 2002;132:253–8.
- 27 Rothman KJ, Greenland S. Measures of disease frequency. In: Rothman KJ, Greenland S, editors. *Modern Epidemiology*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998. p. 29–46.
- 28 Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C. The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources. World Health Organization 2001 (revised), Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 36. Geneva: WHO; 2001.

- 29 Neuenschwander M, Prandini D, Frick U. PSYREC Bericht 2001: Stationäre Behandlungen psychiatrischer Institutionen des Kantons Zürich. Forschungsbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik; 2002 Juni. Report No.: vol. 7 No. 1.
- 30 Dreßing H. Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker. Gesetzgebung und Praxis in den Mitgliedsländern der Europäischen Union [Habilitationsschrift]. Heidelberg: Ruprechts-Karls-Universität; 2002.
- 31 Spengler A. Sofortige zwangsweise Unterbringung in der Bundesrepublik Deutschland, 1991–1992: Erste Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 1994;21:118–20.
- 32 Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe – a review. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:3–8.
- 33 Bischof HL, Pielmeier B. Auswirkungen des Betreuungsgesetzes auf die Unterbringungsmodalitäten im Psychiatrischen Krankenhaus. *Krankenhauspsychiatrie* 2001;12:18–23.
- 34 Fahndrich E, Eichler G. Zwangseinweisung und Gemeindepsychiatrie. *Psychiatr Prax* 1995;22:150–3.
- 35 Kjellin L. Compulsory psychiatric care in Sweden 1979–1993. Prevalence of committed patients, discharge rates and area variation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:90–6.
- 36 Lauber C, Nordt C, Sartorius N, Falcato L, Rössler W. Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(Suppl 407):26–32.
- 37 Steinert T. Gewalttätiges Verhalten von Patienten in Institutionen. *Psychiatr Prax* 2002;29:61–7.
- 38 Haller R, Kemmler G, Kocsis E, Maetzler W, Prunlechner R, Hinterhuber H. Schizophrenie und Gewalttätigkeit. Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland. *Nervenarzt* 2001;72:859–66.
- 39 Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Bennett NS, et al. Sources of coercive behaviours in psychiatric admissions. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:73–9.
- 40 Grichting E, Uchtenhagen A, Rehm J. Modes and impact of coercive inpatient treatment for drug-related conditions in Switzerland. *Eur Addict Res* 2002;8:78–83.
- 41 McKenna BG, Simpson AIF, Laidlaw TM. Patient perception of coercion on admission to acute psychiatric services. The New Zealand experience. *Int J Law Psychiatry* 1999;22:143–53.
- 42 Frick U, Rehm J, Krischker S, Cording C. Length of stay in a German psychiatric hospital as a function of patient and organizational characteristics – a multilevel analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1999;8:146–61.
- 43 Gebhardt RP, Steinert T. Should severely disturbed psychiatric patients be distributed or concentrated in specialized wards? An empirical study on the effects of hospital organization on ward atmosphere, aggressive behavior, and sexual molestation. *Eur Psychiatry* 1999;14:291–7.
- 44 Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry* 1999;156:1968–75.
- 45 Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tyrer P, et al. Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *Br Med J* 2001;323:1093–6.