



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz

Analyse der Psychiatrie-Zusatzdaten
2000-2002

Lisanne Christen, Stephan Christen

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Gesundheitsobservatorium 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 zu finden auf www.obsan.ch und auf www.nationalegesundheits.ch.

Die Arbeitsdokumente des Obsan sind Fachberichte, welche vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Experten in Auftrag gegeben oder von eigenen Mitarbeitern erarbeitet wurden. Sie sollen Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen. Der Inhalt der Arbeitsdokumente unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autoren und Autorinnen.

Lisane Christen, Stephan Christen
Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz

Arbeitsdokument des Obsan 13
November 2005

Bestellung: obsan.versand@gewa.ch oder
Obsan-Versand, c/o GEWA
Tannholzstrasse 14, CH-3052 Zollikofen
CHF 15.– plus Versandkosten
ISBN-13 978-3-907872-25-3
ISBN-10 3-907872-25-8

© Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Projektleitung Obsan:
Peter C. Meyer

Anschrift der AutorInnen:
Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaft
Gesundheitsforschung Informatik ASGI
Kleindorfstrasse 12 G
8707 Uetikon am See

Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz

Analyse der Psychiatrie-Zusatzdaten 2000-2002

Arbeitsdokument 13

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Lisanne Christen, Stephan Christen

Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaft Gesundheitsforschung Informatik

November 2005

Neuchâtel

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	6
Résumé	10
1 Einleitung	14
2 Stand der Forschung	16
2.1 Historischer Exkurs	16
Die "Medikalisierung der Psychiatrie" und ihre Folgen.....	16
Rechtschutz im Wandel.....	17
2.2 Zwangseinweisungen aus unterschiedlichen Perspektiven	18
Zwangseinweisung aus der Sicht der Betroffenen	18
Zwangseinweisung aus der Sicht der Angehörigen.....	19
Zwangseinweisung aus psychiatrischer Sicht	19
Zwangseinweisung aus rechtlicher Sicht.....	21
Folgen der Rechtsprechung für die psychiatrische Behandlung in der Schweiz.....	21
2.3 Datenbestände über fürsorgerische Freiheitsentziehungen	22
3 Problem- und Fragestellung	23
3.1 Betrachtungsebenen.....	23
3.2 Forschungsfragen	25
4 Methodik.....	27
4.1 Datengrundlage	27
4.2 Stichprobe.....	27
4.3 Fragebögen und Variablen	27
4.4 Datenqualität	28
4.5 Auswertung	29
4.5.1 Grenzen der Routinestatistiken	29
4.5.2 Statistische Verfahren	29
4.5.3 Darstellung.....	30
4.6 Zuordnung der Behandlungsfälle nach Eintrittsart.....	30
4.7 Basisanalysen	30
4.7.1 Entwicklung der Eintritte und Eintrittsarten 2000-2002.....	30
4.7.2 Kantonale Verteilung der Eintritte und Eintrittsarten	31
4.7.3 Standortkantons-Typologie.....	33

5 Resultate.....	35
5.1 Wer wird in der Schweiz unfreiwillig oder zwangsweise psychiatrisch hospitalisiert? Eine Übersicht	35
5.1.1 Zur Rolle von Geschlecht und Eintrittsalter	35
5.1.2 Zur Rolle der psychiatrischen Diagnose.....	36
5.1.3 Zur Rolle der psychiatrischen Klientel	38
5.1.4 Zusatzdiagnose Suizid	39
5.1.5 Zur Rolle der "einweisenden Instanz"	40
5.1.6 Zusammenfassung und kurze Stellungnahme zu Kapitel 5.1	41
5.2 Rolle von soziodemographischen und psychosozialen Merkmalen.....	42
5.2.1 Alter und Geschlecht	42
5.2.2 Risikofaktor niedriger Sozialstatus.....	43
Indikator schlechte Schulbildung	43
Indikator Nicht-Erwerbstätigkeit	44
5.2.3 Risikofaktor soziale Desintegration.....	45
Indikator Zivilstand ledig bzw. geschieden	45
Indikator Wohnsituation vor Eintritt "zu Hause allein wohnend"	46
5.2.4 Zusammenfassung und kurze Stellungnahme zu Kapitel 5.2	47
5.3 Risiken von unfreiwilligen Eintritten und Zwangseinweisungen: Rolle von Diagnose, Geschlecht und Eintrittsalter	49
5.3.1 Psychische Alterserkrankungen.....	50
5.3.2 Suchterkrankungen	50
5.3.3 Psychosen	51
5.3.4 Affektive Störungen.....	53
5.3.5 Neurosen	54
5.3.6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	55
5.3.7 Unfreiwillige und Zwangseintritte: Haupt-F-Diagnosen im Vergleich.....	55
5.4 Synthese: Zusammenhang zwischen soziodemographischen, psychosozialen und diagnostischen Patientenmerkmalen sowie der Standortkantons-Typologie	58
5.4.1 Gesamtmodelle für einzelne Standorttypologien: Risikofaktoren für Zwangseinweisungen	60
5.4.2 Gesamtmodelle für einzelne Standorttypologien: Risikofaktoren für unfreiwillige Eintritte	61
5.4.3 Gesamtmodell – soziodemographische, psychosoziale, medizinische und strukturelle Determinanten	63

6. Diskussion	65
Bedeutung des Klinik-Standortkantons	65
Auswirkung von soziodemographischen und psychosozialen Merkmalen	67
Diagnostische Risikofaktoren	68
Zur künftigen Handhabung von Zwangseinweisungen	69
Rolle der Medizinischen Statistik und Präzisionsbedarf	69
Folgerung	70
7. Literatur	71
8. Glossar	76
9. Anhang	78
Anhang I: Tabellen zu den Resultatekapiteln	78
Tabellenverzeichnis	78
Tabellen Kapitel 4.7	80
Tabellen zu Kapitel 5.1	82
Tabellen zu Kapitel 5.2	85
Tabellen zu Kapitel 5.3	90
Tabellen zu Kapitel 5.4	104
Anhang II: Kantonale Ausführungsbestimmungen zur fürsorgerischen Freiheitsentziehung: Übersicht	109
Anhang III: ICD-10-Diagnosen, Kapitel F: Internationale Klassifikation psychischer Störungen	110
Anhang IV: Informationen aus der Praxis und Liste der Interview-Partner	111
Anhang V: Fragebögen Minimaldaten, Psychiatrie-Zusatzdaten; Données minimales, Données complémentaires (psychiatrie)	114

Management Summary

Gesundheitspolitische Bedeutung des Berichts

Schwere psychische Krankheit, psychiatrische Behandlung und Zwang sind Elemente, deren Zusammentreffen aus juristischer wie auch aus medizinischer Perspektive als unvermeidbar gilt. Psychiatrische Kliniken und Abteilungen stehen hierbei im Brennpunkt. Sie erfüllen eine Doppelfunktion als therapeutische Institutionen für freiwillig Eintretende, für Personen in Krisensituationen und für unfreiwillig Eintretende. Auch bei Unfreiwilligkeit des Eintritts und bei Ablehnung von Behandlung sind psychiatrische Kliniken und Abteilungen zur Aufnahme verpflichtet.

Über Zwangsmassnahmen in der stationären psychiatrischen Behandlung liegen zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten vor. Betroffene und Betreuer, Angehörige und unbeteiligte Laien wurden über Wahrnehmung und Akzeptanz von Zwangsmassnahmen befragt, administrative Daten und Aufzeichnungen hinsichtlich des Zwangs im Aufnahmeverfahren und Behandlungsverlauf analysiert. Die Studien basieren zumeist auf Einweisungen in einzelne psychiatrische Kliniken oder Abteilungen innerhalb eines begrenzten Zeitraums. Das wissenschaftliche Bild von Zwang in der stationären psychiatrischen Versorgung leitet sich somit von ausgewählten Stichproben ab. Welche Menschen unter welchen Umständen freiwillig, unfreiwillig oder unter Zwang eine stationäre psychiatrische Behandlung antreten, ist in der Schweiz unbekannt. Bezüglich Zwangseinweisungen ist überdies bedeutsam, dass trotz bundesgesetzlicher Regelung der fürsorgerischen Freiheitsentziehung in Art. 397a-c ZGB die kantonalen Ausführungsbestimmungen hierzu voneinander abweichen. Unterschiede zwischen Bundesländern, Kliniken und sogar Abteilungen in der Häufigkeit von Zwangseinweisungen fanden auch in den europäischen Nachbarländern Beachtung. In der Schweiz liegt über strukturelle Bedingungen der Zwangseinweisungen keine gesamtheitliche Untersuchung vor.

Ziel und Vorgehensweise

Ziel dieses Berichts ist es, Grundlagen für Public Health-Entscheidungsträger in Fragen der optimalen psychiatrischen Versorgung zu schaffen. Es handelt sich um die erste gesamtschweizerische Analyse von stationären psychiatrischen Behandlungen unter dem Aspekt von fürsorgerischer Freiheitsentziehung (Zwangseinweisung gemäss Art. 397a-c ZGB) oder unfreiwilligem Eintritt (d.h. Eintritt ohne erkennbare Zustimmung der betroffenen Person in die stationäre Behandlung, aber ohne formalen Zwang). Der Schwerpunkt liegt auf der Datenbeschreibung. Aus soziodemographischen, psychosozialen, medizinischen und strukturellen Parametern werden Risikofaktoren bzw. Risikoprofile für Zwangseinweisungen und unfreiwillige Eintritte erarbeitet. Aufgrund der Fachliteratur war zu erwarten, dass männliches Geschlecht, niedrige Sozialschicht, soziale Deprivation, die Diagnose einer Psychose und unklare gesetzliche Regelungen mit einem hohen Risiko für Zwangseinweisung einhergehen.

Individuelle, medizinische und strukturelle Faktoren werden schrittweise zu einem Gesamtmodell zusammengeführt und statistisch analysiert.

Datenbasis

Auswertungsgrundlage sind die stationären Behandlungen der Kalenderjahre 2000-2002 in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen, die in der obligatorischen Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik erfasst sind und die mit den fakultativen Psychiatrie-Zusatzdaten ergänzt waren. Die Psychiatrie-Zusatzdaten sind die vollständigste nationale Informationsquelle über fürsorgerische Freiheitsentziehungen. Ausserdem sind nur hier weitere für die Auswertung bedeutsame Daten wie Freiwilligkeit des Eintritts, Zivilstand, Schulbildung und Erwerbstätigkeit codiert.

Einschlusskriterien waren Behandlungsabschluss bis spätestens 31.12.2002 (Voraussetzung für vollständige Datensätze) und Alter bei Eintritt in die stationäre Behandlung zwischen 20 und 79 Jahre. Von 21 Kantonen mit stationären psychiatrischen Einrichtungen (Standortkantone) waren 18 Kantone mit Psychiatrie-Zusatzdaten vertreten. In die Datenanalyse gingen insgesamt 91'313 Fälle ein, davon waren 62'986 (69%) freiwillige Eintritte, 9'495 (10.4%) unfreiwillige Eintritte und 18'832 (20.6%) Zwangseinweisungen, d.h. mit fürsorgerischer Freiheitsentziehung (FFE).

Die 46'807 Eintritte (51.2% aller Eintritte) von Männern teilen sich auf in 67.7% freiwillige, 10.6% unfreiwillige und 21.7% Zwangseintritte. Die 44'506 Eintritte (48.8% aller Eintritte) von Frauen setzen sich zusammen aus 70.3% freiwilligen, 10.2% unfreiwilligen und 19.5% Zwangseintritten. Sowohl in der Gesamtzahl der Eintritte als auch in der Verteilung der Eintrittsarten sind die Geschlechtsunterschiede also klein. Überwiegt im Eintrittsalter 20-39 Jahre noch die Zahl der Männer, sind in den Eintrittsalter-Gruppen 40-59 Jahre und 60-79 Jahre die Frauen in der Überzahl.

Soziodemographische, psychosoziale und medizinische Risikofaktoren

Risikofaktoren für unfreiwillige Eintritte und Zwangseinweisungen sind männliches Geschlecht, schlechte Schulbildung und Erwerbslosigkeit im Erwerbsalter (als Indikatoren für niedrigen Sozialstatus), Ledigsein bei Männern und Geschiedensein bei Frauen. Leben als Single (zuhaus allein wohnen) hat bei Frauen keinen Einfluss auf Zwangseinweisungen, allein lebende Männer haben ein signifikant reduziertes Risiko für Zwangseinweisungen.

Demenz im Alter und insbesondere Psychosen gehen mit einem hohen Risiko für Zwangseinweisungen und unfreiwilligen Eintritten von Männern und Frauen einher; bei Manien bzw. bipolaren Störungen ist vor allem das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts stark erhöht. Für Störungen durch psychotrope Substanzen, Depression und neurotische Störungen ist das Risiko von unfreiwilligen und Zwangseintritten bei Männern und Frauen stark reduziert.

Bei einigen Haupt-F-Diagnosen muss nach Alter und Geschlecht differenziert werden. So haben beispielsweise nur alkoholranke Frauen ein erhöhtes Risiko für Zwangseinweisungen, nicht

aber Männer. Für schizophrene Männer nimmt das Risiko der Zwangseinweisung mit steigendem Eintrittsalter ab, bei schizophrenen Frauen hingegen zu. Diese Befunde könnten erklären, warum in der Fachliteratur teilweise junges, teilweise höheres Eintrittsalter als Risikofaktor für Zwangseinweisungen gilt.

Strukturelle Unterschiede: Verteilung der Eintrittsarten

Die Verteilung der freiwilligen, unfreiwilligen und Zwangseintritte erlaubt eine Zusammenfassung der 18 Standortkantone (Kantone mit stationären psychiatrischen Einrichtungen) in eine eindeutige Dreier-Typologie.

Besonderes Merkmal der ersten Typologie ist der sehr hohe Anteil an freiwilligen Eintritten – über 75% – bei sehr geringem Anteil unfreiwilliger und kleinem Anteil an Zwangseintritten.

"Typ 1: über 75% freiwillige Eintritte" umfasst die zehn Standortkantone Luzern, Obwalden, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Schaffhausen, Appenzell-Ausserrhodon, St. Gallen, Graubünden, Thurgau und Wallis mit 32.1% aller Eintritte. 81.4% der 29'348 Eintritte in diesen Kantone wurden als freiwillig beurteilt.

Die zweite Typologie fällt durch einen hohen Anteil an Zwangseinweisungen, d.h. an fürsorgerischen Freiheitsentziehungen (FFE) auf. Jeder der sechs Standortkantone Zürich, Bern, Zug, Solothurn, Aargau und Tessin weisen einen Anteil von mindestens 26% Zwangseinweisungen aus. 29.6% aller 48'775 Eintritte in den Kantonen des *"Typ 2: über 25% FFE"* waren Zwangseinweisungen. Die Zahl unfreiwilliger Eintritte ist niedrig, der Anteil freiwilliger Eintritte mit 65.9% (von 48'775) relativ hoch. Diese sechs Standortkantone der zweiten Typologie betreuten 53.4% aller Fälle 2000-2002.

Die dritte Typologie setzt sich zusammen aus dem Kanton Genf, in dem in der Erhebungsperiode in den Psychiatrie-Zusatzdaten überhaupt keine fürsorgerischen Freiheitsentziehungen erfasst wurden, und dem Kanton Neuenburg mit lediglich 32 erfassten fürsorgerischen Freiheitsentziehungen in drei Jahren. Dies steht in deutlicher Abweichung zur Schweizerischen Vormundschaftsstatistik, die für beide Kantone von vormundschaftlichen Behörden angeordnete fürsorgerische Freiheitsentziehungen ausweist. Von den anderen beiden Typologien unterscheiden sich diese Kantone durch ihren überaus hohen Anteil an unfreiwilligen Eintritten gemäss Psychiatrie-Zusatzdaten (46.7%). *"Typ 3: über 25% unfreiwillige Eintritte"* trug 14.4% aller Eintritte in der Erhebungsperiode bei.

Risikofaktor Behandlungsort

Gesamtmodelle, in denen neben soziodemographischen, psychosozialen und diagnostischen Parametern die Standortkantons-Typologie als weitere Determinante für die Eintrittsart eingeht, zeigen, dass *der Standortkanton der bedeutendste Risikofaktor für Zwangseinweisungen und für unfreiwillige Eintritte ist*. Die Gesamtmodelle liefern aber keinen Hinweis zur Begründung dieses Sachverhalts. Zu ähnlich sind die soziodemographischen, psychosozialen und insbesondere die diagnostischen Risikoprofile. Auch die diagnostische Zusammensetzung der

Klientel in den drei Standortkantons-Typologien bietet keine überzeugende Erklärung: Nach diesem Kriterium dürften sich die beiden oben erstgenannten Typologien nicht unterscheiden; in der dritten Typologie würde man besonders viele freiwillige Eintritte erwarten, wo es tatsächlich besonders viele unfreiwillige sind! Unterschiede bezüglich städtischer/ländlicher Einzugsgebiete liegen, soweit sich dies ohne Kenntnis der beteiligten Institutionen abschätzen lässt, ebenfalls nicht vor.

Folgerungen

Diese erste gesamtschweizerische Analyse von Zwangseinweisungen und unfreiwilligen Eintritten in stationäre psychiatrische Institutionen bestätigt bekannte soziodemographische, psychosoziale und diagnostische Risikofaktoren. Unsere Studie zeigt deutlicher als frühere Untersuchungen grosse Unterschiede zwischen den Standortkantonen auf. Die aufgrund der Patienten-Merkmale nicht erklärbare unterschiedliche Verteilung der Eintrittsarten in den einzelnen Standortkantonen ist problematisch und aus dem Bundesgesetz zur fürsorgerischen Freiheitsentziehung nicht ableitbar.

Die Datenerfassung wird insbesondere in Bezug auf den rechtlichen Status der Betroffenen von Kanton zu Kanton unterschiedlich gehandhabt. Die im Zusammenhang mit der Schweizerischen Vormundschaftsstatistik publizierte Beobachtung, dass namentlich bei ärztlich verordneten fürsorgerischen Freiheitsentziehungen die Erfassungsgrundlagen überaus unterschiedlich sind, könnte auch für die Psychiatrie-Zusatzdaten Gültigkeit haben.

Die Medizinische Statistik wie auch die Psychiatrie-Zusatzdaten sind administrative Routine-Statistiken und liefern jährliche Übersichten zur Inanspruchnahme medizinischer Institutionen. Sie wurden nicht primär als Forschungsdatenbank entwickelt. Werden diese Daten zur Beantwortung epidemiologischer Forschungsfragen eingesetzt, müssen methodische Unschärfen in Kauf genommen werden. Als Mangel für unsere Forschungsfrage erwies sich der fehlende Hinweis auf den Kanton, in dem die fürsorgerische Freiheitsentziehung ausgesprochen wurde. Als bedeutendster gesamtschweizerischer Datenbank zu fürsorgerischen Freiheitsentziehungen kommt den Psychiatrie-Zusatzdaten erhebliche epidemiologische Bedeutung zu. Vorteilhaft wäre deshalb, Massnahmen hinsichtlich Harmonisierung der Erfassungsgrundlagen, Datenqualität sowie des Deckungsgrads zu ergreifen, damit diese Daten wirklich vollständig werden.

Résumé

Contribution scientifique au débat politique sur la santé

Maladie mentale grave, traitement psychiatrique et internement forcé sont trois éléments dont la concomitance est inévitable dans certains cas, tant du point de vue juridique que médical. Les cliniques et autres établissements psychiatriques jouent un rôle essentiel dans cette problématique puisqu'ils assument la fonction d'accueil thérapeutique pour les patients volontaires et les personnes en situation de crise, mais aussi lors d'admissions forcées, situation où ces établissements sont obligés d'accepter les patients.

Les admissions forcées en milieu psychiatrique ont fait l'objet de nombreuses études scientifiques, les unes visant à définir la perception et l'acceptance des mesures d'internement par les patients, le personnel traitant, l'entourage des patients et le public non concerné, les autres visant à analyser les données administratives et les relations entre les conditions d'admission et l'issue des traitements. Ces études se fondent en général sur les données collectées auprès d'une clinique ou d'une unité psychiatrique pendant une période donnée. L'analyse scientifique de l'admission forcée en service psychiatrique est alors extrapolée à partir d'échantillons partiels. Actuellement, la Suisse ne dispose d'aucune étude de typologie sur les patients admis pour un traitement psychiatrique stationnaire en Suisse, selon qu'il s'agit d'une admission volontaire, d'une admission involontaire ou d'une admission forcée. Dans ce dernier cas, il faut en outre tenir compte du fait que les législations cantonales diffèrent les unes des autres en dépit du cadre législatif fédéral s'appliquant à la privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA, art. 397a-c CC). La fréquence des admissions forcées varie d'un canton à l'autre, d'un établissement psychiatrique à l'autre. Cette problématique fait également l'objet d'études approfondies chez nos voisins européens. Le constat est donc là: la Suisse ne dispose actuellement d'aucune évaluation globale sur les conditions structurelles liées à l'internement psychiatrique.

Objectif et démarche

La présente étude entend servir de base de réflexion pour les décideurs intervenant dans le domaine de la santé publique. Il s'agit de la première analyse globale des conditions liées aux traitements psychiatriques stationnaires à l'échelon suisse. Elle propose une typologie des risques sous-jacents à l'admission forcée (privation de liberté à des fins d'assistance selon art. 397a-c CC) et à l'admission involontaire (admission sans consentement explicite du patient, mais sans contrainte formelle). Elle définit les facteurs et les profils de risques spécifiques aux admissions forcées et aux admissions involontaires à partir des données descriptives sociodémographiques, psychosociales, médicales et structurelles. Comme la littérature spécialisée le laissait supposer, les paramètres sexe masculin, couche sociale défavorisée, déprivation sociale, psychose diagnostiquée et flou juridique accroissent le risque d'internement.

Les facteurs individuels, médicaux et structurels sont agrégés au fil de l'analyse pour parvenir à un modèle global d'analyse statistique.

Données descriptives

La présente étude se fonde sur le recensement des traitements stationnaires dans les cliniques et autres établissements psychiatriques de 2000 à 2002. Ces traitements figurent obligatoirement dans la Statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique, sous forme de données minimales que chaque établissement peut compléter facultativement par des données complémentaires de psychiatrie. A l'échelon national, ces données complémentaires constituent la meilleure source d'information sur les mesures d'internement à des fins d'assistance. L'analyse inclut par ailleurs certains paramètres pertinents tels que nombre d'admissions volontaires, état civil, formation scolaire et activité professionnelle.

S'agissant des critères d'inclusion, la présente étude prend en compte uniquement les traitements achevés au 31.12.2002 (condition pour avoir des séries de données complètes) et les patients âgés de 20 à 79 ans au moment de l'admission. Sur les 21 cantons disposant d'unités de psychiatrie stationnaire (cantons-sites), 18 disposent de données complémentaires de psychiatrie.

L'analyse concerne 91'313 hospitalisations, dont 62'986 admissions volontaires (69%), 9'495 admissions involontaires (10,4%), et 18'832 admissions forcées (20,6%). Les hommes représentent 51,2% des cas, soit 46'807 admissions, dont 67,7% à titre volontaire, 10,6% à titre involontaire et 21,7% à titre forcé. Les femmes représentent quant à elles 48,8% des cas, soit 44'506 admissions, dont 70,3% à titre volontaire, 10,2% à titre involontaire et 19,5% à titre forcé. Les disparités entre les deux sexes sont donc minimales, tant en chiffres absolus que proportionnels. Par rapport à l'âge d'admission, les hommes sont plus nombreux dans la tranche des 20 à 39 ans, mais les femmes sont majoritaires dans les tranches de 40 à 59 et de 60 à 79 ans.

Facteurs de risques sociodémographiques, psychosociaux et médicaux

S'agissant des admissions involontaires et des admissions forcées, les facteurs de risques sont les suivants: sexe masculin, formation scolaire rudimentaire, chômage (indicateur de statut social défavorisé), célibat chez les hommes, post-divorce chez les femmes. Le fait de vivre seul à la maison n'a pas d'incidence sur le risque d'admission forcée chez les femmes, tandis que chez les hommes, il va de pair avec une réduction significative dudit risque.

La démence sénile et surtout les psychoses induisent un risque élevé d'internement forcé ou d'admission involontaire, tant chez les hommes que chez les femmes; les syndromes de type maniaque ou schizophrénique augmentent surtout le risque d'admission involontaire. En revanche, dans le cas de troubles associés à la consommation de psychotropes, des dépressions et de troubles neurotiques, le risque d'admission forcée ou involontaire est fortement réduit, tant chez les hommes que chez les femmes.

Pour certains diagnostics principaux de la catégorie F, le risque varie selon l'âge et le sexe. Dans le cas de l'alcoolisme par exemple, le risque d'admission forcée est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Dans le cas de la schizophrénie, le risque d'admission forcée diminue avec l'âge chez les hommes, tandis qu'il augmente chez les femmes. Ces résultats pourraient expliquer pourquoi la littérature spécialisée sur les risques d'internement se fonde sur un âge d'admission critique plus ou moins élevé selon les études.

Différences structurelles: répartition des admissions

La répartition des admissions volontaires, des admissions involontaires et des admissions forcées dans les 18 cantons-sites (cantons disposant d'une unité de traitement psychiatrique) permet d'identifier trois groupes de cantons, correspondant à trois profils de répartition.

Le premier profil de répartition se caractérise par une part très élevée (> 75%) d'admissions volontaires, les deux autres types d'admission – involontaire et forcée – étant beaucoup moins représentés. On l'appellera "*Profil 1: > 75% d'admissions volontaires*". 10 cantons-sites se classent dans cette catégorie: Lucerne, Obwald, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Schaffhouse, Appenzell Rhodes extérieures, St-Gall, Grisons, Thurgovie et Valais. Ces cantons totalisent 32,1% de tous les traitements considérés pour la période 2000-2002, soit 29'348 admissions, dont 81,4% sont des admissions volontaires.

Le deuxième profil de répartition se caractérise par une part élevée (min. 26%) de PLAFA. On l'appellera "*Profil 2: > 25% d'admissions forcées*". Les six cantons qui se classent dans cette catégorie - Zurich, Berne, Zoug, Soleure, Argovie et Tessin - totalisent 53,4% de tous les traitements considérés, soit 48'775 admissions, dont 29,6% sont des admissions forcées. Ces cantons affichent par ailleurs un nombre très limité d'admissions involontaires, mais une part relativement élevée d'admissions volontaires (65,9%).

Le troisième profil de répartition ne concerne que deux cantons, Genève et Neuchâtel. Selon les données complémentaires de psychiatrie, Genève n'a enregistré aucun internement à des fins d'assistance et Neuchâtel n'annonce que 32 cas d'admissions forcées pour les trois années considérées. Ces chiffres sont toutefois clairement en contradiction avec la Statistique suisse de la tutelle, laquelle indique que des PLAFA ont bel et bien été prononcées par les autorités tutélaires des deux cantons. Ce troisième profil, qu'on appellera "*Profil 3: > 25% d'admissions involontaires*", se distingue des deux premiers par l'importance prépondérante des admissions involontaires (46,7%) et représente une part de 14,4% à l'ensemble des traitements retenus pendant la période considérée.

Facteur de risque: le lieu de traitement

Les modèles multifactoriels qui intègrent dans l'analyse des risques d'admission non seulement les paramètres sociodémographiques, psychosociaux et diagnostiques, mais aussi la typologie des cantons-sites, aboutissent tous au même résultat: *le canton-site est le facteur de risque le plus significatif dans le cas des admissions forcées et des admissions involontaires*. Toutefois, aucun

de ces modèles ne fournit d'indice expliquant cette situation. Les profils de risques sociodémographiques, psychosociaux et en particulier diagnostiques sont trop similaires. La répartition des patients par type de diagnostic pour les trois groupes de cantons-sites décrits plus haut n'offre pas non plus d'explication satisfaisante: d'après ce critère, les deux premiers profils ne devraient pas se différencier, et pour le troisième profil, on attendrait un nombre particulièrement élevé d'admissions volontaires, alors qu'en réalité, on constate un nombre particulièrement élevé d'admissions involontaires! Il n'y a pas non plus de différence manifeste entre régions urbaines et régions rurales, pour autant qu'on puisse en juger sans connaître les établissements concernés.

Conclusions

La présente étude est la première du genre à l'échelon suisse. Elle s'attache à décrire les facteurs de risque sous-jacents aux admissions forcées et aux admissions involontaires en traitement psychiatrique stationnaire. Elle confirme les facteurs de risques sociodémographiques, psychosociaux et diagnostiques déjà connus. Par rapport aux analyses antérieures, elle met encore davantage en relief les grandes disparités cantonales qui affectent la répartition des patients selon le type d'admission. Cette situation contrastée s'avère problématique dans la mesure où elle ne peut s'expliquer ni par la caractérisation typologique des patients, ni par l'incidence de la loi fédérale sur la privation de liberté à des fins d'assistance. La collecte des données est très variable de canton à canton, surtout en ce qui concerne le statut juridique des patients. On constate en particulier de grandes différences de réglementation en ce qui concerne la collecte des données dans le cas des PLAFA ordonnées par les médecins. Une telle observation a déjà été publiée à propos de la Statistique suisse de la tutelle, et pourrait tout aussi bien s'appliquer aux données complémentaires de psychiatrie.

La Statistique médicale et les données complémentaires de psychiatrie sont des statistiques administratives de routine qui reflètent les prestations fournies par les établissements médicaux. Ces statistiques n'ont pas été développées a priori pour servir à la recherche. Si leurs données sont exploitées pour répondre à des questions épidémiologiques, il faut s'attendre à ce que les résultats obtenus soient entachés d'imprécisions méthodologiques. Par rapport à l'objet de notre étude, elles sont par exemple lacunaires en ce qui concerne l'indication relative au canton dans lequel la PLAFA a été prononcée. Les données complémentaires de psychiatrie constituent toutefois la meilleure base de données dont la Suisse dispose sur les PLAFA. Du point de vue de la recherche épidémiologique, cette collection de données revêt donc une importance considérable. Il serait par conséquent judicieux d'harmoniser les bases réglementaires régissant la collecte des données, leur qualité ainsi que le taux de couverture, afin que ces données soient véritablement complètes.

1 Einleitung

Schwere psychische Krankheit, psychiatrische Behandlung und Zwang sind Elemente, deren Zusammentreffen als unvermeidbar gilt (Borghi 1991, 1995; Cahn 1995; Knuf 2002). Die äusserst umfangreiche Fachliteratur zu dieser Problematik beleuchtet Aspekte wie Zwang an Patienten durch Zwangseinweisung, Zwangsmedikation und physische Beschränkung (z.B. Cahn 1995; Fisher 1994; Lidz et al. 2000; Needham et al. 2002); tätliche Übergriffe von Patienten (Geser 1999; Paro Bachmann 2004; Steinert 2002) oder Einstellungen von Laien und Fachleuten zu Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie (Lauber 2005; Lauber et al. 2000a; Lauber et al. 2001; Lauber et al. 2002; Steinert et al. 2001).

Ziel dieses Arbeitsdokument ist es, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse als Grundlage für gesundheitspolitischen Entscheidungen (Briss 2005) in einem medizinischen Versorgungsbereich zu liefern, der von Betroffenen, Angehörigen und Therapeuten, aber auch vom unbeteiligten Publikum mit Zwiespalt betrachtet wird. Konkret werden mittels Analyse einer nationalen Datenbank soziodemographische, psychosoziale, medizinische und strukturelle Determinanten von Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz aufgezeigt und Folgerungen für die psychiatrische Versorgung zur Diskussion gestellt.

Eine umfassende Analyse der Zwangspsychiatrie war hingegen nicht angestrebt. Hinsichtlich Themen und rezipierter Fachliteratur bleiben wir somit unvollständig. Zu den Problembereichen der Ethik, Gesellschaftspolitik und des Grundrechts im Zusammenhang mit Zwangseinweisungen sei auf entsprechende Veröffentlichungen verwiesen (Geiser 2002; Rössler & Hoff 2005; Waller 1982). Da in jedem Land eigene Rechtsgrundlagen und Definitionen für Zwangseinweisungen bzw. Zwangsmassnahmen gelten, (Eichhorn et al. 2003; Riecher-Rössler & Rössler 1993; Salize & Dreßing 2005; Salize et al. 2002; Zinkler & Priebe 2002), konzentrieren wir uns auf die Lage in der Schweiz.

Bisherige Studien mit Patientendaten basieren zumeist auf Einweisungen in einzelne psychiatrische Kliniken oder Abteilungen innerhalb eines begrenzten Zeitraums. Eine bedeutsame Ausnahme bildet zwar die Studie von Frick und Koautoren (2003) über die Gesamtheit unfreiwilliger Hospitalisierungen im Kanton Zürich von 1995 bis 2001, doch werden die Zwangseinweisungen nicht separat ausgewiesen. Die Besonderheit unserer Arbeit ist daher, dass erstmals die Daten einer unselektionierten Population stationärer Psychiatriepatientinnen und -patienten in der Analyse von Zwangseinweisungen Verwendung finden. Als Datenbasis dient die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS), insbesondere die Psychiatrie-Zusatzdaten der Erhebungsjahre 2000 bis 2002 (*Anhang V*). Die Medizinische Statistik ist eine Vollerhebung aller stationären psychiatrischen Eintritte/Behandlungen pro Kalenderjahr. Die fakultativ erhobenen Psychiatrie-Zusatzdaten sind die umfassendste, wenngleich nicht vollständige schweizerische Informationsquelle zu fürsorglichen Freiheitsentziehungen. Als Routine-Statistik sind Informationen über Eintritt, Behandlung und Austritt erfasst, nicht aber über den Behandlungserfolg oder die Versorgungsqualität.

In Kapitel 2 beschreiben wir nach einer kurzen Übersicht über die Geschichte der Zwangspsychiatrie den Stand der Forschung zu psychiatrischen Zwangseinweisungen aus verschiedenen

Betrachtungsperspektiven, die in Beziehung zueinander stehen: aus Sicht der Betroffenen, der Angehörigen, der Behandelnden und der Justiz. Kapitel 3 gibt eine Übersicht zu Fragen und Hypothesen, in Kapitel 4 finden sich Informationen zur Datengrundlage und zum Auswertungsprozedere. Die Resultate sind in Kapitel 5 dargelegt: In Kapitel 5.1 wird in Häufigkeitsauszählungen gezeigt, wer in der Schweiz unfreiwillig bzw. zwangsweise psychiatrisch hospitalisiert wird. Kapitel 5.2 beschreibt das Risiko für unfreiwillige Eintritte und Zwangseinweisungen unter soziodemographischen und psychosozialen Aspekten. In Kapitel 5.3 gehen wir dem Risiko für unfreiwillige Eintritte und Zwangseinweisungen aufgrund von Diagnose, Geschlecht und Alter bei Klinikeintritt nach. In Kapitel 5.4 beschreiben wir ein Gesamtmodell von Determinanten unfreiwilliger und Zwangseinweisungen unter Berücksichtigung struktureller Aspekte, d.h. des Kantons, in dem sich die stationäre psychiatrische Einrichtung befindet. Die Resultate sind in Kapitel 6 diskutiert. Ein Glossar statistischer Fachbegriffe findet sich in Kapitel 7. Alle in Kapitel 5 beschriebenen Daten sind in Teil I des Anhangs (Kapitel 8) tabellarisch aufgeführt.

Die erste Fassung dieses Arbeitsdokuments wurde von folgenden Experten und Expertinnen in einem Reviewverfahren kritisch bewertet:

- Christoph Abderhalden, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern
- med. pract. Stephanie Christensen, Kantonsärztlicher Dienst Kanton Basel-Stadt
- Dr. med. Gerhard Ebner, Psychiatrische Dienste Schaffhausen
- lic. iur. Jürg Gassmann, Pro Mente Sana, Zürich
- Dr. med. Markus Ledergerber, Schulärztlicher Dienst Basel-Stadt
- PD Dr. med. Thomas J. Müller, Universitätsklinik für Klinische Psychiatrie Waldau
- Andreas Perret, Bundesamt für Statistik Neuenburg
- Dr. med. Carlos Quinto, Institut für Sozial- und Präventivmedizin Basel
- Ulf Tölle, St. Gallen.

Wir danken für die wertvollen Beiträge. Die Verantwortung für die vorliegende Textfassung wird aber von der Autorin und dem Autoren des Berichts getragen, unter anderem deshalb, weil nicht sämtliche Änderungsvorschläge übernommen werden konnten.

2 Stand der Forschung

2.1 Historischer Exkurs

Psychiatrie als medizinische Disziplin, Recht auf freiwilligen Eintritt in eine psychiatrische Institution, Psychiatriegesetze im Interesse der Zwangseingewiesenen erscheinen aus heutiger Sicht selbstverständlich, sind aber nicht "Naturgegebenheiten", sondern vielmehr einzelne Aspekte des Status quo der (institutionalisierten) Psychiatrie im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung in der westlichen Welt. Ziel des Exkurses ist es, einen Einblick in die Entstehung und den Stand der (Zwangs-)Psychiatrie zu gewähren, als Verstehensgrundlage für die aktuelle Position der Schweizer Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen, medizinischen und juristischen Ansprüchen.

Unsere Ausführungen basieren ausschliesslich auf einer Buchpublikation des österreichischen Soziologen Rudolf Forster (1997). Psychiatriegeschichte aus der medizinischen Perspektive ist beispielsweise in Möller et al. (2001, Kap. 1.4) nachzulesen; eine Auseinandersetzung mit der psychiatrischen Zwangseinweisung in Deutschland, Österreich und der Schweiz im 20. Jahrhundert findet sich in Waller (1982). Rössler und Hoff (2005) legen eine Zusammenschau der historischen und medizinischen Perspektive von Psychiatriegeschichte und die Analyse der heterogenen Unterbringungspraxis innerhalb der EU vor.

Die "Medikalisierung der Psychiatrie" und ihre Folgen

Wurden bis Ende des 18. Jahrhunderts so genannt unvernünftige oder unproduktive Personen in geschlossenen und abseits der Gesellschaft liegenden Institutionen verwahrt, so fand zu Beginn des 19. Jahrhunderts eine Differenzierung statt: Die Irren kamen ins Irrenhaus, die Kriminellen ins Gefängnis, die Armen ins Arbeitshaus. Gleichzeitig mussten rechtlich drei Bereiche geregelt werden: die Vertragsfähigkeit der Betroffenen, die Zwangseinweisung und der Umgang mit geisteskranken Straftätern.

Ärzte spielten schon lange vor dem 19. Jahrhundert bei der Behandlung der "Irren" eine wichtige Rolle, auch wenn sie bis dahin über keine spezifische Behandlungskompetenz verfügten. Indem Ärzte die führende Rolle in den neuen Irrenhäusern übernahmen, gewann die Irrenanstalt an Legitimität und transformierte das Irresein zur "Geisteskrankheit". Von der somatischen Medizin unterschied sich die Psychiatrie jedoch in den für die Psychiatrie typischen chronischen Krankheitsverläufen, in der an Anstalten gebundenen Behandlung und im routinemässigen Abweichen vom Prinzip des freiwillig eingegangenen Behandlungskontrakts.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden so genannte neurotische Störungen vornehmlich in höheren Sozialschichten diagnostiziert und ausserhalb von Anstalten psychotherapeutisch behandelt. Psychotische Störungen wurden hingegen häufiger bei Angehörigen der unteren Sozialschichten festgestellt und in Anstalten mit so genannten biologischen Verfahren – z.B. Kältebäder, Lobektomie, Elektroschock – angegangen. "Die Möglichkeit des freiwilligen Eintritts in eine psychiatrische Anstalt [...] wurde nur zögernd eröffnet und genutzt, sodass diese Form der Hospitalisierung bis zur Jahrhundertmitte in den meisten entwickelten Gesellschaften

eine sehr geringe Verbreitung gefunden hatte" (Forster 1997, 23). Behandlungsexperimente mit therapeutischen Gemeinschaften blieben ohne Einfluss auf die Anstaltspsychiatrie.

Die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts durch Psychiater und Soziologen einsetzende Kritik an der Anstaltspsychiatrie führte zu einer nachhaltigen Krise. Die Sozialpsychiatrie bildete sich als Bewegung und neues Behandlungskonzept heraus, und es folgte die Abkehr von der bis dahin praktizierten oftmals lebenslangen Verwahrung psychisch kranker Menschen. Anstelle der riesigen psychiatrischen Kliniken rückte die dezentralisierte Psychiatrie und erreichte mehr Personen. Während die Aufenthaltsdauern sanken, stieg die Zahl der Wiedereintritte. Als Standard setzte sich die medikamentöse Behandlung durch, allenfalls ergänzt durch andere Interventionsformen wie Psychotherapie. Die Klientel entstammte nun eher der Mittelschicht, verfügte über Bildung und ein einigermaßen intaktes soziales Netz und suchte bereits bei leichteren Beeinträchtigungen in früheren Phasen der Krankheit psychiatrische Behandlung auf. Alte und neue chronisch Kranke, mit starker Überrepräsentation der unteren sozialen Schichten, profitierten nur teilweise oder gar nicht von den neuen Betreuungsnetzen.

Rechtschutz im Wandel

Wie die Anstaltspsychiatrie wandelte sich auch der Rechtschutz bei der Zwangseinweisung über die Jahrhunderte. Im 19. Jahrhundert galt die Hauptsorge der irrtümlichen Unterbringung von Geistesgesunden. – War jemand einmal interniert, dann blieb alles Weitere der Anstalt überlassen. In der ersten Hälfte 20. Jahrhunderts bildete sich die rechtliche Möglichkeit des freiwilligen Eintritts aufgrund von ärztlichem Ermessen heraus, wobei unfreiwillig Eingetretene weiterhin in der Mehrzahl waren und als rechtlich inkompetent betrachtet wurden. Um die Mitte des 20. Jahrhunderts rückte die Sorge um zu späte Behandlung der tatsächlich Geisteskranken ins Zentrum. Therapeutisch-fürsorgliche Begründungen standen nun auch bei Zwangseinweisungen im Vordergrund und wurden ggf. über rechtliche Einwände gestellt. Unfreiwillige Eintritte erfolgten aufgrund von ärztlichen Expertisen. Gerichte und andere unabhängige Instanzen konnten zur Kontrolle der Rechtmässigkeit der Zwangseinweisung angerufen werden, doch bedurfte dies der Initiative der betroffenen Patienten.

Die Psychiatriegesetze sind Abbilder der Psychiatriereformen: Nach einer Phase der Anpassung des Rechts an die Gegebenheiten der Psychiatrie folgte international erst im Laufe der späten 1970er-Jahre die Gegenbewegung mit dem Anspruch, dass die Psychiatrie konform mit der Rechtsprechung zu sein habe. Gefordert wurde insbesondere die stärkere rechtliche Regulierung und Kontrolle psychiatrischer Interventionen durch die Kontrolle legitimer psychiatrischer Machtbefugnisse sowie die gesellschaftliche Besserstellung der psychisch Kranken. Aktuelle Psychiatriegesetze fassen auf der neuesten Psychiatriereform. Unangetastet blieben: das medizinische Krankheitsmodell; der ärztliche Führungsanspruch; die Begründungen für die Ausübung von Zwang an Patienten, d.h. die Fürsorge unter der Annahme, die Betroffenen könnten wegen ihrer Krankheit nicht für sich selbst sorgen, sowie der Schutz der öffentlichen Sicherheit (d.h. die Selbst- und die Fremdgefährdung). Die informierte Zustimmung gilt als

Grundvoraussetzung für die psychiatrische Behandlung; sie gewinnt auch bei unfreiwilligen Eintritten an Bedeutung.

2.2 Zwangseinweisungen aus unterschiedlichen Perspektiven

Zwangseinweisung aus der Sicht der Betroffenen

Aktuelle Internet-Beiträge zum Thema "Fürsorgerische Freiheitsentziehung" entfallen in zwei Informationskategorien: juristische Informationen und Hilfe für Betroffene. Letztere Art von Beiträgen zeigt: Zwangseinweisung wird als aggressiver Akt gegen "Unschuldige" und (juristisch unhaltbar) auf der Stufe von Untersuchungshaft, "Knast", Polizeigewahrsam angesiedelt, keinesfalls aber als medizinisch begründeter Eingriff während einer für Betroffene und Umwelt bedrohlichen Ausnahmesituation. Betroffene erinnern sich an ihre Zwangseinweisung(en) als Klinikeinweisung, Haft, Verhaftung, Überfallkommando mit der Zwangsspritze, Haftbefehl 'zum eigenen Schutz' (Oehninger 2002). Meier (2005) weist darauf hin, dass Zwang nicht durch eine Massnahme an sich, sondern durch die Motivation und die Wertung der Massnahme definiert ist.

Nach Oehninger (2002) und Knuf (2002) ist eine fürsorgerische Freiheitsentziehung für die Betroffenen ein Schock, die Reaktion der Betroffenen auf die Zwangseinweisung aber so unterschiedlich wie ihre Lebens- und Krankengeschichten. Das Gefühl, man sei zum Eintritt in eine psychiatrische Klinik gedrängt worden oder habe ungerechte Behandlung erfahren, korreliert hoch mit dem Gefühl der Betroffenen, dass der Eintritt in die psychiatrische Klinik unter Druck oder Zwang erfolgte (Lidz et al. 1995). Auch freiwillig in eine psychiatrische Klinik Eintretende können in hohem Mass Zwang empfinden, z.B. weil die Einweisung wurde durch eine andere Person initiiert wurde, eine alternative Behandlung vorgezogen worden wäre oder sich die Betroffenen bei der Aufnahme herabwürdigend behandelt fühlten (Iversen et al. 2002).

Smolka et al. (1997) verglichen Patienten ohne Zwangsmassnahmen während des stationären Aufenthalts mit Patienten, die zumindest stundenweise Zwangsmassnahmen – Unterbringung gegen Willen, Zwangsmedikation, Fixierung – erlebten. Die Patienten beider Gruppen erlebten sich weder als besonders selbst- noch fremdgefährdend. Zwangsbehandelte Patienten befanden sich generell als weniger krank denn nicht-zwangsbehandelte Patienten. Nicht allen zwangsbehandelten Patienten war klar, dass sie zwangsbehandelt worden waren und welcher Art die Massnahme war. Beide Gruppen waren gleich zufrieden mit der Behandlung während des stationären Aufenthalts. Mit grösserem Abstand zur Behandlung nahm die Ablehnung von Zwangsmassnahmen ebenso zu wie die Zufriedenheit mit der Behandlung. Allerdings herrscht, wie die Autoren diskutieren, in der Fachliteratur Uneinigkeit, ob zeitliche Distanz eher mit positiver oder negativer rückblickender Beurteilung der Behandlung einhergeht.

Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie werden von Menschen mit eigener psychiatrischer Krankheitserfahrung weit gehend genauso akzeptiert wie von der Allgemeinbevölkerung, (Lauber 2005; Lauber et al. 2000a, b). Die Begründungen unterscheiden sich allerdings: Auf Seite der Betroffenen sind es vor allem medizinische Konzepte von psychischer Krankheit, auf

Seite der Allgemeinbevölkerung das Vertrauen in die Möglichkeiten der Psychiatrie, die zur Befürwortung von Zwangsmassnahmen beitragen. Die entsprechenden Untersuchungen in der Schweiz ergaben überdies, dass psychische Störungen, deren Ursache Laien hauptsächlich in der Umwelt lokalisieren, in der Allgemeinbevölkerung Ängste auslösen. Je geringer die Bereitschaft mit einer stigmatisierten Person in Beziehung zu treten ist, d.h. je grösser die soziale Distanz, desto grösser ist die Akzeptanz von Zwangsmassnahmen (Lauber 2005; siehe auch Horwitz 2002).

Zwangseinweisung aus der Sicht der Angehörigen

Umfragen in der Allgemeinbevölkerung zeigen, dass über psychische Erkrankungen zahlreiche unpräzise oder eindeutig falsche Vorstellungen bestehen. Dies betrifft u.a. die Beschreibung spezifischer Krankheitsbilder, die Gefährlichkeit von psychisch Kranken, den Behandlungsnutzen oder die Nebenwirkungen von Psychopharmaka (Althaus & Hegerl 2002; Angermeyer & Matschinger 1996a, b; Finzen et al. 1996; Lauber et al. 2001; Riecher-Rössler & Rössler 1993). Wie die Betroffenen, sind auch ihre Angehörigen durch solche Laienmeinungen stigmatisiert. Dies gilt ebenso für die Frage, wer oder was an psychischer Erkrankung "schuld" ist.

Wie Meyer und Hell (2001, 2004) darlegen, veränderte sich der Stellenwert der Angehörigen psychisch Kranker in den vergangenen Jahrzehnten grundlegend: vom in der sozialpsychiatrischen Bewegung entstandenen Vorwurf, Verursacher psychischen Leidens zu sein hin zur Erkenntnis, dass Angehörige die wichtigste soziale Ressource darstellen, auf die sich die sozialpsychiatrische Betreuung psychisch (Schwer-)Kranker abstützt. Angehörige sind häufig die einzigen Menschen, die sich um psychisch Kranke kümmern; sie sind besonders belastet (Spagnoli 1995). Übermässige Belastung der nächsten Umgebung gilt daher auch vor dem Gesetz als Grund für eine Zwangseinweisung (*Art. 397a Abs. 2 ZGB*).

Familienangehörige, wie auch durch psychische Krankheit selbst Betroffene, lehnen Zwangsbehandlungen nicht häufiger ab als professionelle Betreuer (Lauber 2005; Lauber et al. 2000a; Lauber et al. 2002; Steinert et al. 2001). Ablehnung von Zwangsmassnahmen geht mit Furcht vor Traumatisierung der Betroffenen (Steinert et al. 2001) bzw. mit Versagensgefühlen der Angehörigen einher (Steiner 2002).

In der Medizinischen Statistik des BFS scheinen die Angehörigen nur indirekt auf, etwa in Fragen nach dem Anstoss zur Einweisung ("einweisende Instanz"), zur Lebens- und Wohnsituation, zum Aufenthaltsort der Behandelten vor und nach ihrem stationären Aufenthalt.

Zwangseinweisung aus psychiatrischer Sicht

Stationäre psychiatrische Behandlung ist am wirksamsten, wenn Patientinnen und Patienten kooperationsbereit und motiviert sind. Diese günstige Voraussetzung ist häufig nicht gegeben. Gleichwohl sind stationäre psychiatrische Institutionen verpflichtet, auch uneinsichtige, unkooperative, ja gewaltbereite Personen aufzunehmen (Meyer & Hell 2001, 2004). Schweizer

Psychiater sind jedoch grundsätzlich der Ansicht, dass Zwangseinweisungen psychisch Kranker unter gegebenen Umständen möglich sein sollen (Zogg et al. 2003).

In den Jahren 1998 bis 2000 waren für die ganze Schweiz 30% aller Einweisungen als unfreiwillige Eintritte erfasst, 20% der Einweisungen waren durch fürsorgerische Freiheitsentziehung verfügt (Christen & Christen 2003). Verglichen mit anderen Ländern sind in der Schweiz viele Menschen mit schweren psychischen Problemen von unfreiwilligen Eintritten in psychiatrischen Kliniken bzw. von Einweisungen per FFE betroffen (Riecher-Rössler & Rössler 1993). Der Anteil an unfreiwilligen Eintritten variiert innerhalb der Schweiz jedoch erheblich: Im Jahre 2000 lag er bei 15% in den Kantonen Tessin, Wallis und Obwalden, jedoch zwischen einem Drittel und 51% in den Kantonen Zürich, Bern und Genf (Meyer & Hell 2004; Sturny et al. 2004). Die Vergleichbarkeit von Zwangseinweisungsraten in verschiedenen Ländern wird durch unterschiedliche Erhebungsmethoden und Einschlusskriterien erschwert (Salize & Dreßing 2005; Salize et al. 2002). Von Bedeutung sind auch unterschiedliche Rechtskulturen, was sich unter anderem im Umgang mit straffälligen psychisch Kranken ("mad and bad") zeigt (Forster 1997; Janus 2004; The Lancet 2005).

Faktoren, die eine Zwangseinweisung oder Zwangsbehandlung begünstigen, sind nach der aktuellen Literatur sowohl medizinische als auch soziale. Smolka et al. (1997) fassen zusammen: "zwangseingewiesene Patienten sind gehäuft schizophren, männlich, jünger, alleinlebend, gehören eher der Unterschicht an, sind eher arbeitslos und sozial desintegriert" (S. 888). Eichhorn et al. (2003) ergänzen: "Die Schwere der Erkrankung und das Ausmaß der Selbst- oder Fremdgefährdung erhöhen das Risiko für eine unfreiwillige Einweisung¹. [...] Auch soziologische Faktoren spielen eine wichtige Rolle" (S. 143). Als zusätzlichen Risikofaktor erwähnen die Autoren fehlende ambulante Behandlung.

Meyer et al. (1999) setzten sich mit der Frage auseinander, ob Zwangsmassnahmen oder die Psychose selbst für posttraumatische Belastungsreaktionen verantwortlich seien. Psychotische Patienten waren in dieser finnischen Studie häufiger durch ihre Symptomatik denn durch Zwangsmassnahmen traumatisiert. Diese Erkenntnis findet in der Fachliteratur Zustimmung (z.B. Priebe et al. 1998) und Widerspruch (z.B. McGorry et al. 1991; Nicholson et al. 1996).

In ihrer Arbeit zu offenen psychiatrischen Akutstationen stellen Neuenschwander et al. (2003) fest, dass die "Hauptdiagnosen, die eine erhöhte Komplikationsrate implizieren (Selbst- oder Fremdgefährdung, Fluchtgefahr) und in diesem Zusammenhang Zwangsmassnahmen erforderlich machen" (S. 21), folgende sind: Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen, schizophrene und schizoaffektive Störungen, affektive Störungen mit manischen und/oder psychotischen Komponenten sowie Borderline-Störungen. Diese Hauptdiagnosen, die auch gehäuft mit unfreiwilligen Eintritten² einhergehen (Frick et al. 2003), machen über 60% aller in der

¹ Diese Arbeit bezieht sich auf die aktuelle Situation im Kanton Basel-Stadt. Nach dem am 1.5.1997 in Kraft getretenen Psychiatriegesetz versteht man unter unfreiwilligen Eintritten solche, die durch fürsorgerische Freiheitsentziehung verfügt sind. Dies impliziert auch die Anwendung von Zwangsbehandlungen unter der Voraussetzung, dass die persönliche Freiheit hierdurch weniger eingeschränkt wird als "durch sonst erforderliche Ersatzmassnahmen" (Gesetz über Behandlung und Einweisung psychisch kranker Personen (Psychiatriegesetz), 323.100. Grosser Rat des Kantons Basel-Stadt, 18. September 1996).

² Die Autoren wiesen unfreiwillige Eintritte und Zwangseinweisungen per FFE nicht getrennt aus.

Medizinischen Statistik 1998-2000 verzeichneten stationären Behandlungen aus (Christen & Christen 2003).

Zwangseinweisung aus rechtlicher Sicht

Art. 397a ZGB regelt die Einweisung mittels fürsorgerischer Freiheitsentziehung wie auch die Entlassung. Die in Abs.1 des Gesetzes genannten Gründe lauten: "Eine mündige oder entmündigte Person darf wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht, anderen Suchterkrankungen oder schwerer Verwahrlosung in einer geeigneten Anstalt untergebracht oder zurückbehalten werden, wenn ihr die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann." In der Schweizer Praxis heisst dies: Nur Selbst- und/oder Fremdgefährdung sind Grund, eine Zwangseinweisung zu verfügen. Vormundschaftsbehörden sind gemäss *Art. 397b ZGB* zuständig für den FFE-Entscheid. Bei psychischer Erkrankung verfügen Vormundschaftsbehörden in den seltensten Fällen eine fürsorgerische Freiheitsentziehung; vielmehr erfolgt die Zwangseinweisung mehrheitlich aufgrund von ärztlichem Entscheid (Lopez et al. 1998). Im Kanton Zürich beispielsweise ist dies in rund 90%, im Kanton Bern in rund 70% aller Zwangseinweisungen der Fall. Welchen Sachverhalt aus juristischer Sicht eine Zwangseinweisung mittels FFE darstellt, macht nachfolgender juristischer Kommentar noch einmal klar:

"Das Gesetz beschreibt die Freiheitsentziehung als ein Unterbringen oder Zurückbehalten in einer Anstalt. Der Doppelbegriff ist mangels Oberbegriff gewählt worden. Die beiden Tatbestände unterscheiden sich nur dadurch, dass die Person sich in einem Fall bereits in der Anstalt befindet und im andern erst dorthin verbracht werden soll. Eine Zurückbehaltung oder Unterbringung im Sinne der FFE liegt im Gegensatz zu jedem anderen Anstaltsaufenthalt vor, wenn dieser **gegen** bzw. **ohne den Willen** der betroffenen Person erfolgt. Immer wenn es dieser verwehrt ist, jederzeit die Anstalt zu verlassen, handelt es sich um eine Freiheitsentziehung i.S.v. Art. 397a" (Geiser 2002, Hervorhebung durch den Verfasser).

Jede fürsorgerische Freiheitsentziehung sollte durch ein entsprechendes Formular dokumentiert sein (siehe Beispiel *Anhang II*). Die Realität weicht jedoch in einem beachtlichen Prozentsatz der Fälle von den Vorgaben des Gesetzgebers ab (Lopez et al. 1998; Maier 2001).

Folgen der Rechtsprechung für die psychiatrische Behandlung in der Schweiz

Wenngleich die Praxis von Einweisung und (ordentlicher) Entlassung bei fürsorgerischer Freiheitsentziehung in der Schweiz einheitlich im Zivilgesetzbuch geregelt sind, sind der Vollzug der Zwangseinweisung und die Ausführung von Rekursverfahren den Kantonen überlassen (Kunz 2002; Lopez et al. 1998; Needham et al. 2002). Rechtsprechung und Rechtspraxis wirken sich auf die Betroffenen, ihre Angehörigen und die medizinische Betreuung aus.

In der Zwangseinweisung begegnen sich Gesetz und Medizin. Probleme für die psychiatrische Versorgung können sich stellen, wenn die Betroffenen die ärztlich indizierte Behandlung ablehnen. Die an sich therapeutische Institution muss und kann in solchen Fällen nur verwahren, was ihrer Bestimmung nicht entspricht. Formal-grundrechtliche Überlegungen, konkret das

Fehlen einer klaren gesetzlichen Grundlage im Bundesrecht, haben zur Folge, dass die Entscheidung zur fürsorgerischen Freiheitsentziehung nicht die Erlaubnis zur Zwangsbehandlung einschliesst (BGE 118 II 254 aus dem Jahre 1992 über einen Fall im Kanton Zürich; BGE 127 I 6 aus dem Jahre 2001 über einen Fall im Kanton Zug; Eichhorn et al. 2003).³

Zwangsbehandlung im Rahmen einer fürsorgerischen Freiheitsentziehung ist somit ein weiterer Aspekt, der kantonal unterschiedlich gehandhabt wird. Im Kanton Zürich beispielsweise fehlt eine entsprechende kantonale Gesetzgebung; im Kanton Basel-Stadt ist die Zwangsbehandlung im Psychiatriegesetz von 1997 geregelt.

2.3 Datenbestände über fürsorgerische Freiheitsentziehungen

Kantonsärztliche Dienste und Vormundschaftsbehörden dokumentieren die in ihrem Zuständigkeitsbereich ausgesprochenen fürsorgerischen Freiheitsentziehungen. Die jährlichen Rechenschaftsberichte der Kantons- bzw. Obergerichte halten alle Rekursfälle im Zuständigkeitsbereich fest.

Bis ins Jahr 2000 wurden fürsorgerische Freiheitsentziehungen in der Schweizerischen Vormundschaftsstatistik veröffentlicht. Allerdings ist auch diese Statistik uneinheitlich und unvollständig, indem sie nur durch Vormundschaftsbehörden angeordnete fürsorgerische Freiheitsentziehungen erfasst. Seit dem Jahre 2001 werden diese Daten jedoch nicht mehr publiziert "weil die Erfassungsgrundlagen, namentlich bei den ärztlich verordneten FFE, sehr unterschiedlich sind und deshalb keine Vergleichsgrundlage abgeben" (Zeitschrift für Vormundschaftswesen 2/2003, S. 74).

Die umfassendste Datenquelle für ausgesprochene fürsorgerische Freiheitsentziehungen in der ganzen Schweiz sind somit die Psychiatrie-Zusatzdaten der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (*Anhang V*). Eklatante Abweichungen zwischen der Vormundschaftsstatistik (Zeitschrift für Vormundschaftswesen 3/2002, S. 107-110) und den Psychiatrie-Zusatzdaten werden diskutiert, z.B. im Kommentar zu *Abbildung 4.7.3*, Kapitel 4.7.3.

³ Zwangsbehandlungen sind für *ansteckende Krankheiten* im Epidemiengesetz geregelt. *Zwangsmedikation im Massnahmenvollzug* – bei strafrichterlich angeordneter stationärer Massnahme gemäss Art. 43 Ziff.1 Abs. 1 Strafgesetzbuch – ist laut eines Bundesgerichtsurteils vom 21.6.2004 ohne richterlichen Entscheid gestattet (BGE 127 IV 154 E. 3d).

3 Problem- und Fragestellung

"Evidence-based public health and evidence-based medicine share interests in explicitness and use of the best available evidence to support decision-making. However, public-health interventions and policies are typically more complex and context-dependent than health-care interventions" (Bliss 2005, p. 829).

Die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik ist für evidenzbasierte Medizin wenig geeignet: Veränderungen des psychischen Zustands werden nicht erfasst, und Behandlungserfolge im Sinne von Heilung sind in der Psychiatrie selten. In den Erhebungsjahren 2000-2002 wurde jeweils 1% aller stationär in schweizerischen psychiatrischen Kliniken Behandelten als geheilt bzw. nicht weiter behandlungsbedürftig entlassen (Christen & Christen 2004, 2005 a, b). Überdies sind die Daten pro Behandlungsepisode erfasst. Ein Bezug zwischen verschiedenen Behandlungen derselben Person ist aus den Daten nicht direkt ableitbar⁴.

Für evidenzbasierte Public Health ist hingegen der Nutzen gross. Diese Vollerhebung erlaubt – zumindest auf Ebene der Behandlungsepisode – die Beschreibung aller Menschen, die in der Schweiz freiwillig, unfreiwillig oder gar zwangsweise eine stationäre psychiatrische Behandlung antreten. Mittels epidemiologischer statistischer Verfahren lassen sich ausserdem die Risiken von unfreiwilligen Eintritten und von Zwangseinweisungen hinsichtlich soziodemographischer, psychosozialer, medizinischer und struktureller Voraussetzungen eruieren.

3.1 Betrachtungsebenen

Die Medizinische Statistik (*Anhang V*) ermöglicht, inhaltlich drei Ebenen zu unterscheiden, die eng zusammenhängen: die individuelle, die medizinische und die strukturelle (Eichhorn et al. 2003; Lauber 2005; Neuenschwander et al. 2003; Riecher-Rössler & Rössler 1993). Wie Riecher-Rössler und Rössler zeigen, sind in der Fachliteratur folgende Merkmale als Risikofaktoren für Zwangseinweisung gut, wenngleich nicht eindeutig (vgl. Riecher et al. 1991; Frick et al. 2003), bestätigt:

- **soziale und demographische Merkmale:** niedrige Sozialschicht, Arbeitslosigkeit, soziale Desintegration, männliches Geschlecht, Unverheiratetsein, höheres Alter
- **Diagnose:** Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, psychische Alterserkrankungen, Manie
- **strukturelle Faktoren:** fehlende bzw. wenig restriktive rechtliche Kriterien für Zwangsmassnahmen.

Dieses "Profil" von Risikofaktoren für Zwangseinweisungen stimmt weitgehend mit dem Profil von unfreiwilligen Eintritten – ohne Unterscheidung von Zwangseinweisungen – im Kanton

⁴ Das Bundesamt für Statistik fordert für die Medizinische Statistik Vergabe von anonymen Verbindungscodes (AVC), die eine Zuordnung von Fällen zu (anonymen) Personen ermöglichen. Eine Personenauswertung hätte wegen unvollständiger AVCs die Stichprobe verkleinert und wäre dem Untersuchungsgegenstand nicht angemessen, da es hier um Merkmale des einzelnen Eintritts geht.

Zürich überein (Frick et al. 2003) und stellt die Grundlage für unsere Forschungsfragen dar. In der Auswertung stand jeweils eine Ebene im Vordergrund. Doch sind alle Datenanalysen multivariat und setzen mindestens zwei Ebenen in Beziehung zueinander.

Individuelle Ebene: Auf dieser Ebene werden soziodemographische und psychosoziale Merkmale untersucht, die das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts oder einer Zwangseinweisung erhöhen oder reduzieren. Eine aussergewöhnlich weit reichende Darstellung soziodemographischer und psychosozialer Determinanten von psychiatrischen Zwangsmassnahmen in unterschiedlichen Kulturen findet sich bei Horwitz (2002).

Medizinische Ebene: Auf der medizinischen Ebene wird die Bedeutung der psychiatrischen Diagnose für das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts oder einer Zwangseinweisung untersucht unter Berücksichtigung von Eintrittsalter und Geschlecht.

Die Bestimmung der Determinanten von diagnostisch eher untypischen Zwangseinweisungen oder die Berücksichtigung von psychischer Ko-Morbidität bedarf grösserer Datenbestände von weiteren Erhebungsjahren.

Strukturelle Ebene: Im Zentrum steht der Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Ausführungsbestimmungen zur Zwangseinweisung in den Kantonen (Lopez et al. 1998) und dem Risiko eines unfreiwilligen Eintritts oder einer Zwangseinweisung. Die Medizinische Statistik erlaubt jedoch nur eine Annäherung an diese Fragestellung, da nicht codiert ist, in welchem Kanton und durch wen die Zwangseinweisungen verfügt werden. Als Struktur-Indikator dient uns deshalb der Standortkanton.⁵

Vergleicht man die Verteilung von freiwilligen, unfreiwilligen und Zwangseintritten der einzelnen Standortkantone (Sturny et al. 2004), so lassen sich drei Cluster oder Typologien erkennen, d.h. drei Gruppen von Kantonen mit jeweils ähnlichen Mustern:

- **Typ 1 – Kantone mit über 75% freiwilligen Eintritten:** Die verbleibenden < 25% Eintritte sind mehrheitlich unfreiwillige Eintritte ohne FFE und zu einem sehr kleinen Anteil fürsorgerische Freiheitsentziehungen.
- **Typ 2 – Kantone mit über 25% FFE:** Die verbleibenden < 75% Eintritte sind zum grössten Teil freiwillig, der Anteil an unfreiwilligen Eintritten ohne FFE ist niedrig.
- **Typ 3 – Kantone mit über 25% unfreiwilligen Eintritten:** Die verbleibenden < 75% Eintritte sind zum grössten Teil als unfreiwillig codiert; FFE wird praktisch nicht ausgewiesen.

Dank Typologisierung lassen sich Strukturunterschiede mit genügend grossen Substichproben darstellen (Details hierzu in Kapitel 4.7.3).

⁵ Standortkantone sind Kantone mit stationären psychiatrischen Einrichtungen. In der Medizinischen Statistik sind ebenfalls die Wohnkantone der Patienten und Patientinnen erfasst – also alle Schweizer Kantone und Halbkantone sowie die Rubrik "Ausland".

3.2 Forschungsfragen

Fragen in Kapitel 5.1: Mittels Häufigkeitsauszählungen untersuchen wir die Basisfrage "Wer wird in der Schweiz freiwillig, unfreiwillig (3.3V02) oder zwangsweise (3.3V03) hospitalisiert?"⁶

- Sind mehr Männer als Frauen, bei Eintritt Ältere häufiger als Jüngere von unfreiwilligen Eintritten oder Zwangseinweisungen betroffen?
- Welche Haupt-F-Diagnosen (1.6V01; Dilling et al. 2000) gehen generell gehäuft mit unfreiwilligen Eintritten und mit Zwangseinweisungen einher? Welcher Zusammenhang besteht zwischen Haupt-F-Diagnose und Verteilung der Eintrittsarten (freiwillig, unfreiwillig, Zwangseinweisung)?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Suizid-Nebendiagnose und Eintrittsart?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen der Standortkantons-Typologie und der diagnostischen Zusammensetzung der psychiatrischen Klientel?
- Zur Vervollständigung der Eintrittsdaten beschreiben wir die Einweiser (3.3V01) nach Eintrittsart.

Fragen in Kapitel 5.2: Die Rolle von soziodemographischen und psychosozialen Parametern als mögliche Risikofaktoren für unfreiwillige Eintritte und Zwangseinweisungen steht hier im Zentrum.

- Sind Eintrittsalter (1.1V03) und/oder Geschlecht (1.1V01) Risikofaktoren für unfreiwillige Eintritte und/oder Zwangseinweisungen?
- Gehen niedriger Sozialstatus – Indikatoren: schlechte Schulbildung (3.2V12), Erwerbslosigkeit (nicht 3.2V03 oder 3.2V04) – und soziale Desintegration – Indikatoren: Zivilstände ledig oder geschieden (3.2V01), Wohnen vor Eintritt zuhause allein (3.2V02) – mit erhöhtem Risiko für unfreiwillige Eintritte und/oder Zwangseinweisungen einher? Welchen Einfluss haben die Variablen Eintrittsalter und Geschlecht in diesem Zusammenhang?

Fragen in Kapitel 5.3: In diesem Kapitel steht die Rolle der Haupt-F-Diagnose als Risikofaktor für unfreiwillige Eintritte und Zwangseinweisungen im Mittelpunkt.

- Welches Haupt-F-Diagnosen gehen mit erhöhtem und welche mit reduziertem Risiko eines unfreiwilligen Eintritts oder einer Zwangseinweisung einher?
- Welchen Einfluss haben Eintrittsalter und Geschlecht in diesem Zusammenhang?

⁶ Der Ausdruck in Klammern ist Bezeichnung der jeweiligen Frage im Erhebungsinstrument (*Anhang V*).

Hypothese zu Kapitel 5.4: Individuelle Faktoren wie psychiatrische Diagnose, soziodemographische und psychosoziale Gegebenheiten determinieren die Eintrittsart determinieren die Eintrittsart weniger als die strukturellen Gegebenheiten, d.h. der Kanton der Behandlung (Standortkanton). In Gesamtmodellen wird mittels logistischer Regressionen die Bedeutung von strukturellen, soziodemographischen, psychosozialen und diagnostischen Faktoren für das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts oder einer Zwangseinweisung untersucht.

4 Methodik

4.1 Datengrundlage

Ausgewertet sind Daten der Medizinischen Statistik, Bundesamt für Statistik BFS, der Kalenderjahre 2000, 2001 und 2002. In 18 von 21 Standortkantonen wurden in mindestens einem der drei Jahre die *Psychiatrie-Zusatzdaten* erhoben. Den Psychiatrie-Zusatzdaten kommt als einziger Datenquelle in der Schweiz zur Freiwilligkeit des Eintritts und als vollständigster Datenquelle zur fürsorgerischen Freiheitsentziehung bei Klinikeintritt (FFE) eine zentrale Bedeutung zu. Überdies sind nur hier der Zivilstand, die Beschäftigung vor Eintritt sowie die Schul- und Berufsbildung erfasst.

4.2 Stichprobe

Folgende Merkmale gelten als Einschlusskriterium: Es handelt sich um *stationäre Behandlungen* in auf *Psychiatrie spezialisierten Institutionen* (Codes K211 und K212 gemäss Krankenhaustypologie, Bundesamt für Statistik 2001) bzw. in Institutionen, die ihre Leistungen über Hauptkostenstelle M500 (Psychiatrie und Psychotherapie) abrechnen. In der *Erhebungsperiode 2000-2002* waren die *Psychiatrie-Zusatzdaten* erfasst. Spätestens per 31.12.2002 waren die *Behandlungen abgeschlossen* (Voraussetzung für vollständige Datensätze). Die *Fragen nach fürsorgerischer Freiheitsentziehung und Freiwilligkeit/Unfreiwilligkeit* sind eindeutig beantwortet. Berücksichtigt sind Behandlungsfälle mit *Eintrittsalter zwischen 20 und 79 Jahren*.

91'313 Behandlungen⁷ erfüllen alle Einschlusskriterien: 28'193 Behandlungen im Jahre 2000 (30.9%), 30'043 Behandlungen 2001 (32.9%) und 33'077 Behandlungen 2002 (36.2%).

4.3 Fragebögen und Variablen

Zur Auswertung gelangten die Fragebögen "Minimaldaten" und "Psychiatrie-Zusatzdaten" (*Anhang V*).

Minimaldaten: Verwendet sind die *Betriebsidentifikation*, d.h. der Standort der Klinik (Kanton); *soziodemographische Merkmale* (Geschlecht, Alter, Wohnkanton); *medizinische Merkmale* (Haupt-F-Diagnose bei Austritt, Zusatzdiagnose Suizid).

Psychiatrie-Zusatzdaten: Ausgewertet sind *soziodemographische Variablen* (Zivilstand, Schul- und Berufsbildung, Beschäftigung vor Eintritt, Aufenthaltsort vor Eintritt); Informationen über *Art und Umstände des Eintritts* (einweisende Instanz, Freiwilligkeit des Eintritts, fürsorgerische Freiheitsentziehung; *Abbildung 4.3*).

⁷ Die Daten, die von stationären medizinischen Einrichtungen der Schweiz an die Medizinische Statistik gemeldet werden, sind durch Hauptdiagnose definierte *Behandlungsfälle* eines Kalenderjahres. „Als Behandlungsfall gilt ein Aufenthalt eines Patienten/einer Patientin in einem Spital, unabhängig von der Hospitalisierungsursache“ (Bundesamt für Statistik 2002, S. 25). Jeder Behandlungsfall besteht aus Informationen zu Eintritt, Aufenthalt und Austritt. Der Anschaulichkeit wegen sprechen wir in diesem Text von Eintritten oder Behandlungen – gemeint ist damit aber immer der Behandlungsfall. Hat ein Patient/eine Patientin im Laufe eines Jahres mehrere stationäre Klinikaufenthalte, dann generiert dies jedes Mal einen neuen Behandlungsfall.

3.3.V02	Freiwilligkeit	☐	1 = freiwilliger Eintritt 2 = unfreiwilliger Eintritt 9 = unbekannt
3.3.V03	Fürsorgerischer Freiheitsentzug	☐	1 = ohne FFE 2 = mit FFE

Abb. 4.3: Auszug aus den Psychiatrie-Zusatzdaten – Originalfragen BFS zu Freiwilligkeit des Eintritts und fürsorgerischer Freiheitsentziehung

4.4 Datenqualität

Die Psychiatrie-Zusatzdaten sind die vollständigste Datenquelle über fürsorgerische Freiheitsentziehungen in der Schweiz, enthalten jedoch systematische und unsystematische Fehler:

Unvollständige Reichweite: Die Erhebung ist fakultativ. Im Beobachtungszeitraum 2000-2002 liegen nur von 18 der 21 Kantone mit stationären psychiatrischen Einrichtungen die Psychiatrie-Zusatzdaten vor. Dass in der Schweiz eine "Vielfalt der tatsächlichen praktischen Regelungen [...], die ihresgleichen sucht" herrscht (Lopez et al. 1998, S. 246), muss in Verallgemeinerungen berücksichtigt werden.

Unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllte Fragebögen: Dies beeinträchtigt die Qualität der Medizinischen Statistik ganz allgemein (Bundesamt für Statistik 2004). Soweit diese Fehler unsystematisch auftreten, sind sie für die Interpretation der Resultate relativ unproblematisch.

Nicht-erfasste Zwangseintritte: In den Psychiatrie-Zusatzdaten betreffen die Fragen zu Freiwilligkeit und fürsorgerischer Freiheitsentziehung die *Situation bei Eintritt*. Die Protokollierung von fürsorgerischen Freiheitsentziehungen, die während des Klinikaufenthalts verfügt werden, ist nicht vorgesehen! Somit dürften gemäss Aussagen verschiedener Ober- und Chefärzte/-ärztinnen rund 5% der Behandlungen mit FFE-verfügbarem Klinikverbleib nicht erfasst sein.

Unfreiwillige Freiwilligkeit: Nach Borghi (1991) liegt echte Freiwilligkeit nur in ungefähr 60% der als freiwillig codierten Eintritte vor; rund 40% aller als freiwillig deklarierten Eintritte erfolgen auf mehr oder weniger starken Druck aus dem sozialen Umfeld (z.B. ambulante Behandler, Arbeitgeber, Angehörige) und reflektieren nicht die Einsicht der Betroffenen in die stationäre Behandlungsbedürftigkeit. Abweichungen zwischen Patientenurteilen über die Freiwilligkeit von Eintritt oder Behandlung und Einträgen in Krankengeschichten werden in der Fachliteratur bestätigt (z.B. Smolka et al. 1997).

Unterschiedliche Beurteilende: Hier handelt es sich nicht um eine Fehlerquelle, sondern um einen wichtigen Sachverhalt, der leicht übersehen werden kann: Eine fürsorgerische Freiheits-

entziehung wird – im Normalfall – dort ausgesprochen, wo das Ereignis stattfindet, das eine FFE rechtfertigt. Meistens verfügt ein Arzt, eine Ärztin mit Niederlassung im Kanton die FFE; andernfalls ist es eine Behörde, z.B. die Vormundschaftsbehörde. Ein anderes Fragebogen-Item bezieht sich auf die Beurteilung bzw. die Vorinformation bei Aufnahme, ob eine Person freiwillig oder unfreiwillig zum Klinikaufenthalt antritt.

Den Fragebogeneintragungen zu FFE und Freiwilligkeit liegen also einerseits Beurteilungen unterschiedlicher Fachleute zugrunde. Andererseits besteht zwischen den beiden Ereignissen (FFE, Klinikeintritt) eine zeitliche Verzögerung.

4.5 Auswertung

4.5.1 Grenzen der Routinestatistiken

Die Medizinische Statistik ist als Routine-Statistik auf elementare Informationen über die Eintritts-, Behandlungs- und Austrittsphase eines stationären Spitalaufenthalts beschränkt. Stark limitiert ist auch die Aussagentiefe auf Basis der ausführlicheren Psychiatrie-Zusatzdaten. Teilweise erschweren die Antwortvorgaben das Verfolgen einer epidemiologischen Fragestellung. Schliesslich sind häufig selbst bei einem so grossen Datenbestand die Gruppengrössen für spezifische Fragenstellungen zu klein. Deshalb lassen sich beispielsweise weder die Rolle ambulanter Vorbehandlung als Risiko/Schutz bzgl. Zwangseinweisung untersuchen noch Fragen zum Beitrag des sozialen Umfelds an der Einweisungsart.

4.5.2 Statistische Verfahren

Es handelt sich um eine Vollerhebung. Im Zentrum steht die Daten-Deskription. Alle Auswertungen erfolgten multivariat, d.h. es werden mindestens zwei Variablen zueinander in Beziehung gesetzt, beispielsweise Eintrittsart und Eintrittsalter. Die verwendeten Verfahren sind:

Kapitel 5.1: Häufigkeitsauszählungen und Kreuztabellierungen mit Fall- und Prozentangaben pro Subgruppe.

Kapitel 5.2, 5.3: Odds Ratios und Konfidenzintervalle als Kennzahlen für das *relative Risiko*. – Das relative Risiko beschreibt die Chance, dass ein Ereignis (z.B. Zwangseintritt) bei exponierten Personen (z.B. Patienten mit Schizophrenie-Diagnose) im Vergleich zu nicht-exponierten Personen (alle anderen Patienten, die keine Schizophrenie-Diagnose haben) eintritt.

Kapitel 5.4: Logistische Regressionen. – Dieses Verfahren ermöglicht, mehrere hypothetische Einflussfaktoren so in Beziehungen zueinander zu setzen, dass sie ein dichotomes Ereignis (z.B. fürsorgliche Freiheitsentziehung ja/nein) am besten erklären. Es werden verschiedene statistische Kennzahlen ausgegeben, unter anderem Odds Ratios und Konfidenzintervalle, auf denen die Abbildungen und Tabellen von Kapitel 5.4 beruhen.

Epidemiologische und statistische Fachbegriffe sind ausführlich im Glossar (Kapitel 8) erklärt.

4.5.3 Darstellung

Zu allen Abbildungen im Text liegen in *Anhang I* Tabellen vor. Alle Tabellen weisen die Stichprobengrößen (absolute Häufigkeiten) aus. Abbildungs- und Tabellenummerierungen beziehen sich im Text und im Anhang auf das entsprechende Resultate-Kapitel.

Subgruppen von weniger als 30 Beobachtungen werden nicht interpretiert.

4.6 Zuordnung der Behandlungsfälle nach Eintrittsart

In erster Priorität erfolgte die Gruppenbildung aufgrund der Information "Eintritt ohne FFE/mit FFE". Nachrangig ist die Information "Eintritt freiwillig/unfreiwillig". Mit dieser Zuordnung lassen sich die 91'313 Behandlungsfälle in folgende drei Gruppen gliedern (vgl. Sturny et al. 2004):

- **freiwillige Eintritte:** alle Eintritte ohne FFE, die als freiwillig beurteilt wurden (N = 62'986, 69%)
- **unfreiwillige Eintritte:** alle Eintritte ohne FFE, die als unfreiwillig beurteilt wurden (N = 9'495, 10.4%)
- **Zwangseintritte (FFE):** alle Eintritte mit FFE (auch solche mit Eintrag "Eintritt freiwillig"; N = 18'832, 20.6%).

4.7 Basisanalysen

Dieses Kapitel informiert kurz über die Datenlage der Erfassungsjahre 2000-2002 wie die Entwicklung der Eintrittszahlen (Kapitel 4.7.1) und die Eintrittsart nach Standortkanton (Kapitel 4.7.2). Auf diese Informationen wird später im Bericht nicht mehr eingegangen. Abschliessend folgt die Beschreibung einer weiteren Datenzuordnung, die "Standortkantons-Typologie" (Kapitel 4.7.3). Die Standortkantons-Typologie ist von Bedeutung für einige Auswertungen in Kapitel 5.1 und wesentlicher Bestandteil des statistischen Gesamtmodells in Kapitel 5.4.

4.7.1 Entwicklung der Eintritte und Eintrittsarten 2000-2002

In *Tabelle A4.7.1 (Anhang I)* sind die Eintrittszahlen nach Eintrittsarten für die Jahre 2000-2002 in 18 Standortkantonen dargestellt. Die Eintrittszahlen sind unter Anderem abhängig von der Zahl der beteiligten Institutionen, über die keine Informationen vorliegen. In der Mehrheit der Kantone stiegen die Eintrittszahlen unterschiedlich stark – sehr wenig beispielsweise in den Kantonen Basel-Landschaft und St. Gallen, sehr stark in den Kantonen Zürich und Bern. Die Anteile an Zwangseintritten korrelieren auf dem Niveau der einzelnen Standortkantone nicht mit den Eintrittszahlen.

4.7.2 Kantonale Verteilung der Eintritte und Eintrittsarten

Problem: In den Psychiatrie-Zusatzdaten wird nicht erhoben, in welchem Kanton eine fürsorgliche Freiheitsentziehung ärztlich oder behördlich verfügt wurde. Codiert wird hingegen der Wohnkanton. Die Erfassung eines Eintritts per FFE und die Beurteilung der Freiwilligkeit des Eintritts erfolgen nur im Standortkanton der betreffenden psychiatrischen Institution.

Fragestellung: Ist der Standortkanton ein angemessenes Unterscheidungskriterium für die Untersuchung struktureller Unterschiede von Klinikeintritten in der Schweiz?

Tabelle 4.7.2 zeigt die Auszählung der Behandlungsfälle nach *Wohnkanton* und den Anteil der im Wohnkanton erfolgten Hospitalisationen. Berücksichtigt sind 18 Kantone mit stationären psychiatrischen Einrichtungen.

Tabelle 4.7.2: Stationäre psychiatrische Behandlungen von Patientinnen und Patienten in ihrem Wohnkanton; Psychiatrie-Zusatzdaten vorliegend

Kanton	Anzahl der im Wohnkanton hospitalisierten Patienten	Anteile der im Wohnkanton erfolgten Hospitalisationen
Zürich	21945	97%
Bern	13115	97%
Luzern	266	44%
Obwalden	234	70%
Zug	509	68%
Solothurn	2317	82%
Basel-Stadt	5783	96%
Basel-Landschaft	2837	81%
Schaffhausen	384	61%
Appenzell-Ausserrhodan	603	80%
St. Gallen	5245	87%
Graubünden	2313	90%
Aargau	1398	66%
Thurgau	3422	94%
Tessin	4462	98%
Wallis	3752	98%
Neuenburg	1969	98%
Genf	10162	100%

Kommentar zu Tabelle 4.7.2: Mit Ausnahme von drei Kantonen, erfolgten mindestens 80% der Eintritte im Wohnkanton der Betroffenen. Die verbleibenden Anteile an Behandlungen sind zumeist über mehrere Standortkantone verstreut. Es handelt sich hierbei um 10'597 ausser-kantonale Behandlungsfälle, u.a. aus Wohnkantonen ohne stationäre psychiatrische Einrich-

tungen (12% von 91'313 Behandlungsfällen). Eine prozentual nennenswerte Verzerrung ergibt sich nur für den Kanton Zug mit seinen überproportional hohen Anteil an ausserkantonalen Behandlungen: 47% der Zuger Behandlungsfälle (N = 617) wohnen in den Kantonen Uri und Schwyz.

Fazit: Wo eine FFE ausgesprochen wurde, ist unbekannt. 88% aller Behandlungen erfolgen im Wohnkanton. Die Beurteilung der Freiwilligkeit des Eintritts findet im Standortkanton statt. Der Standortkanton ist somit ein pragmatischer Indikator für die Untersuchung struktureller Unterschiede von unfreiwilligen und Zwangseinweisungen in der Schweiz.

Abbildung 4.7.2 zeigt die Verteilung der Eintrittsarten nach Standortkantonen; die zugehörigen Daten befinden sich in *Tabelle A4.7.1 (Anhang I)*. Aus den Standortkantonen Freiburg, Jura und Waadt lagen 2000-2002 keine Psychiatrie-Zusatzdaten vor. Die Kantone Luzern und Schaffhausen lieferten nur im Jahre 2000 die Psychiatrie-Zusatzdaten; der Kanton Aargau ist mit Daten des Kalenderjahres 2002 beteiligt.

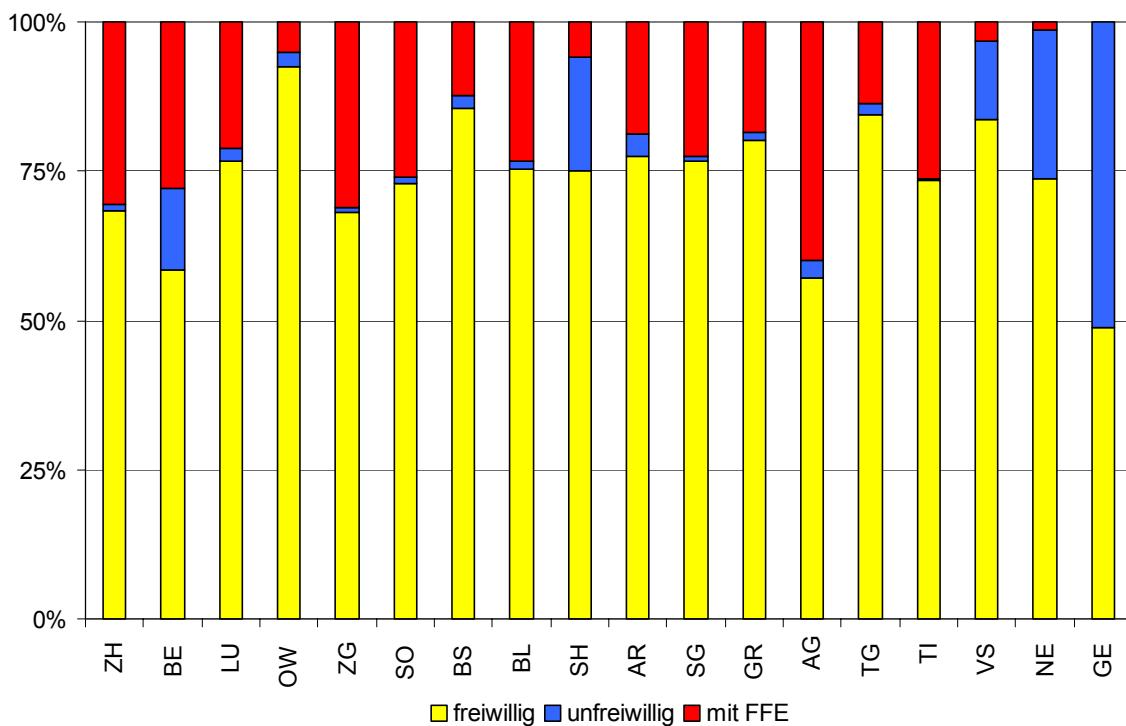


Abb. 4.7.2 Eintrittsart nach Standortkanton (2000-2002), 20-79-Jährige, abgeschlossene Behandlungen, N=91'313

4.7.3 Standortkantons-Typologie

Für die Zusammenfassung der 18 Standortkantone in "Standortkantons-Typologien" sprechen die Übersichtlichkeit der Resultate und Fallzahlen, die eine Interpretation der statistischen Ergebnisse rechtfertigen.

In *Abbildung 4.7.3* sind die 18 Standortkantone aufgrund der Anteile an freiwilligen, unfreiwilligen und Zwangseintritten zu drei eindeutigen Gruppen zusammengefasst. Die zugehörigen Daten befinden sich in *Tabelle A4.7.3 (Anhang I)*. Vom linken zum rechten Balken hin zeigt sich eine Zunahme an unfreiwilligen und Zwangseintritten bei gleichzeitiger Abnahme des Anteils freiwilliger Eintritte:

Mindestens 75% freiwillige Eintritte und tiefe Anteile an unfreiwilligen Eintritten haben die Kantone Appenzell-Ausserrhodens, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Graubünden, Luzern, Obwalden, Schaffhausen, Thurgau und Wallis. Den zweithöchsten Anteil an freiwilligen Eintritten, aber auch mindestens 25% Zwangseintritte sind in den Kantonen Aargau, Bern, Solothurn, Tessin, Zug und Zürich verzeichnet. Die höchsten Anteile an unfreiwilligen Eintritten und gleichzeitig niedrigsten Anteile an freiwilligen Eintritten finden wir für die Kantone Genf und Neuenburg.

Wie *Tabelle 5.1.2a* (Kapitel 5.1.2) zeigt, besteht die Standortkantons-Typologie auch auf Ebene der Haupt-F-Diagnose.

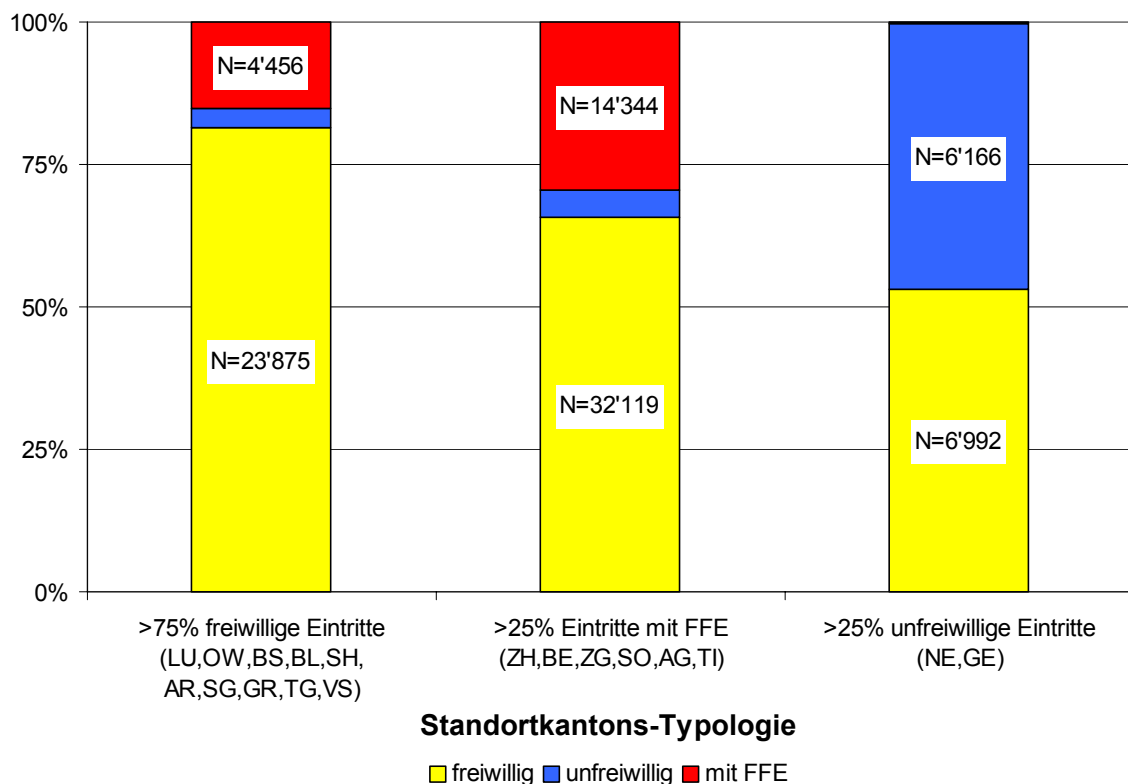


Abb. 4.7.3 Eintrittsart nach Standortkantons-Typologie

Kommentar zu Abbildung 4.7.3: Die Psychiatrie-Zusatzdaten des Kantons Neuenburg verzeichnen wenige Fälle von FFE, die des Kantons Genf überhaupt keine. Der Kanton Neuenburg verfügt, wie beispielsweise auch Basel-Landschaft, Obwalden oder Zürich, über keine kantonalen Ausführungsbestimmungen zum Bundesgesetz. Im Kanton Genf befand sich ein umfassendes Gesetzesprojekt, in dem auch Ausführungsbestimmungen zur fürsorgerischen Freiheitsentziehung definiert sind, in Entwicklung (siehe auch *Anhang II*).

Die Vormundschaftsstatistik (Zeitschrift für Vormundschaftswesen 3/2002, S. 107-110) enthält drastische Abweichungen von den Psychiatrie-Zusatzdaten (*Tabelle A4.7.1, Anhang I*): Beispielsweise verzeichnete die Vormundschaftsstatistik des Jahres 2000 für den Kanton Neuenburg 343 "neuangeordnete Massnahmen (Erwachsene)" gemäss Art. 397a, für den Kanton Genf immerhin 6 fürsorgerische Freiheitsentziehungen – notabene nur behördlich angeordnete Massnahmen. Unter "bestehende Massnahmen 31.12.2000 (Erwachsene)" sind für den Kanton Neuenburg 31 Fälle gemäss Art. 397a verzeichnet, für den Kanton Genf 9 derartige Fälle. Nach Auskünften von Kantonsarzt Dr. M. Blaise wurde im Kanton Genf auch Art. 43 StGB ("Massnahmen an geistig Abnormen") angewandt, was weder aus den Psychiatrie-Zusatzdaten noch aus der Vormundschaftsstatistik erkennbar ist.

Fraglich ist, ob die französische Übersetzung von fürsorgerischer Freiheitsentziehung als "internement préventif" (Données complémentaires (psychiatrie), Frage 3.3V03, *Anhang V*) den Sachverhalt genügend präzise umschreibt. Usanz ist in der französischsprachigen juristischen Literatur der Schweiz "privation de liberté à des fins d'assistance".

Für die nachfolgenden Ausführungen muss zur Kenntnis genommen werden, dass sie sich auf Originaldaten des Bundesamtes für Statistik beziehen und dass die beiden Kantone Genf und Neuenburg eine deutlich höhere Zahl an unfreiwilligen Eintritten codierten als alle anderen Kantone, was ungeachtet allfälliger Fehlcodierungen von Zwangseinweisungen die gesonderte Behandlung rechtfertigt.

5 Resultate

5.1 Wer wird in der Schweiz unfreiwillig oder zwangsweise psychiatrisch hospitalisiert? Eine Übersicht

In diesem Kapitel beschreiben wir die Häufigkeitsverteilungen der freiwilligen, unfreiwilligen und Zwangseintritte 2000-2002 nach folgenden Merkmalen: soziodemographische (Lebensphase⁸, Geschlecht), medizinische (Haupt-F-Diagnose), strukturelle (Standortkantons-Typologie). Das Kapitel liefert Basisinformationen zur Frage, wen es in der Schweiz mit unfreiwilligen oder gar Zwangshospitalisationen vor allem "trifft".

5.1.1 Zur Rolle von Geschlecht und Eintrittsalter

Abbildung 5.1.1 zeigt die Merkmale Geschlecht, Lebensphase und Eintrittsart im Zusammenhang (Daten zur Abbildung: *Tabelle A5.1.1a, Anhang I*). Die Stichprobenverteilung nach Lebensphase, Eintrittsart und Standortkantons-Typologie pro Geschlecht ist in *Tabelle A5.1.1b (Anhang I)* zu finden.

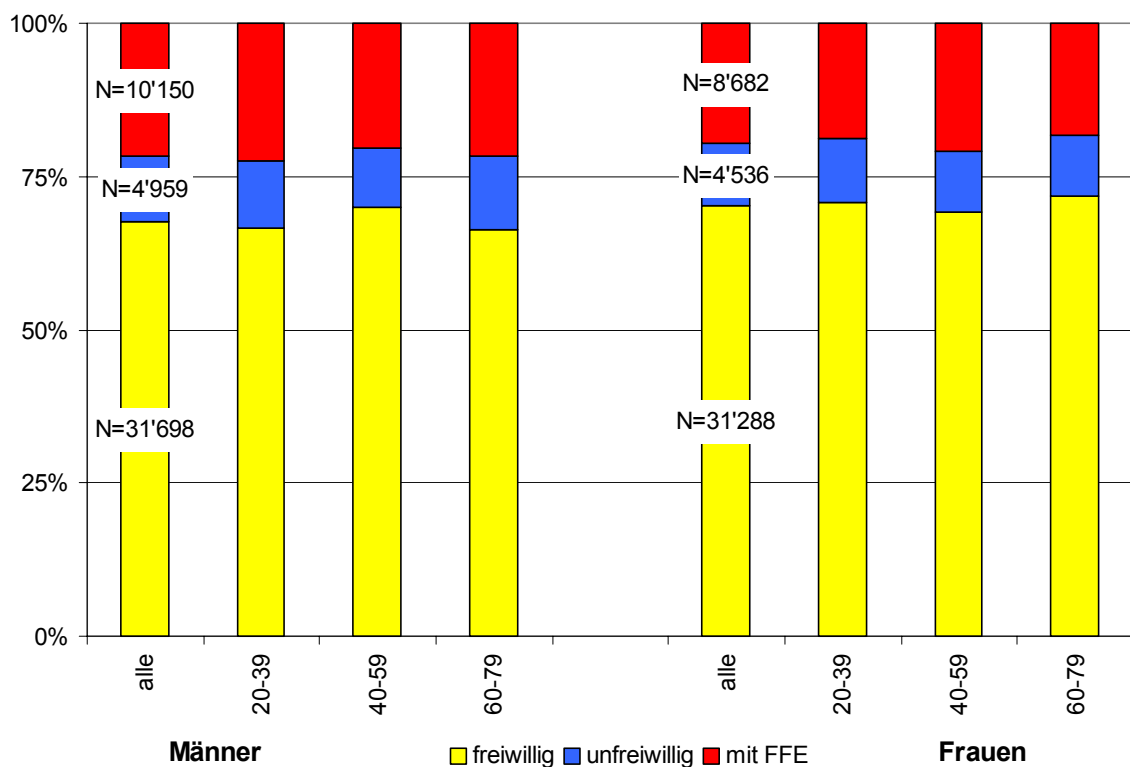


Abb. 5.1.1 Eintrittsart nach Geschlecht und Lebensphasen

⁸ "Lebensphase" bezieht sich auf das Alter bei Eintritt in die psychiatrische Institution: 20-39 Jahre, 40-59 Jahre, 60-79 Jahre, vgl. Kapitel 4.2 Stichprobe.

Kommentar zu Abbildung 5.1.1: Freiwillig oder unfreiwillig treten fast gleich viele Männer wie Frauen ein. Bei den Zwangseintritten überwiegt die Zahl der Männer. Mit fortschreitendem Alter nimmt die Zahl der Eintritte ab, während der Anteil der Frauen-Eintritte bei allen Eintrittsarten steigt (*Tabelle A5.1.1a, Anhang I*).

In der Lebensphase 20-39 Jahre ist der Anteil der Zwangseintritte an allen Eintritten bei den Männern am höchsten (22.8%), in der Lebensphase 60-79 Jahre allerdings ähnlich gross (21.8%). In der Lebensphase 20-39 Jahre haben Frauen einen um 4.4 Prozentpunkte höheren Anteil an freiwilligen Eintritten und einen um 3.7 Prozentpunkte niedrigeren Anteil an Zwangseintritten als Männer. In der Lebensphase 40-59 Jahre haben Frauen einen um 5.3 Prozentpunkte höheren Anteil an freiwilligen Eintritten und einen um 3.5 Prozentpunkte niedrigeren Anteil an Zwangseintritten als Männer. In der mittleren Lebensphase von 40-59 Jahre sind hingegen die Anteile von freiwilligen, unfreiwilligen und Zwangseinweisungen bei Männern und Frauen gleich hoch (*Tabelle A5.1.1a, Anhang I*).

Die Geschlechtsunterschiede bilden sich noch etwas deutlicher für die Standortkantons-Typologie der fünf Kantone mit > 25% FFE-Eintritten ab (*Tabelle A5.1.1b, Anhang I*).

Übereinstimmend mit der Fachliteratur zeigt diese Schweizer Vollerhebung der psychiatrischen Eintritte 2000-2002, dass absolut und anteilmässig mehr Männer als Frauen per FFE zwangseingewiesen werden. Sowohl in jungem als auch in höherem Alter ist ein etwas grösserer Anteil an stationär behandelten Männern von Zwangseinweisungen betroffen als im mittleren Lebensabschnitt. Verschiedene Studien hatten hingegen bislang *entweder junges oder höheres* Alter als Risikofaktor für Zwangseinweisung identifiziert (Riecher-Rössler & Rössler 1993; Smolka et al. 1997). In unserer Studie variieren allerdings die Anteile der Zwangseintritte an allen Eintritten sehr wenig: um 2.2 Prozentpunkte zwischen den Geschlechtern (alle Altersstufen zusammen), um < 1 Prozentpunkt zwischen den Lebensphasen (Männer und Frauen zusammen)!

5.1.2 Zur Rolle der psychiatrischen Diagnose

Untersucht werden die Eintrittsarten nach Standortkantons-Typologie und Haupt-F-Diagnosen (ICD-10, Kapitel V: F-Diagnosen; Dilling et al. 2000; Kurzbeschreibung siehe *Anhang III*). Die Daten sind in *Tabelle 5.1.2* dargestellt.

Kommentar zu Tabelle 5.1.2: Bei Psychosen (F2-Diagnosen) erfolgten 33% aller Eintritte per FFE und waren 13% unfreiwillig. Bei Demenzen (F0) sind 29% aller Eintritte Zwangseinweisungen und 15% unfreiwillig. Sehr hohe Anteile an freiwilligen Eintritten finden sich hingegen für Depression (F32/F33) oder Neurosen (F4-Diagnosen). Noch deutlicher als die Diagnose kommt aber die Standortkantons-Typologie in Bezug auf die Eintrittsart zum Tragen: In Kantonen mit generell hohem Anteil an freiwilligen Eintritten ist der Anteil an freiwilligen Eintritten bei *allen* Haupt-F-Diagnosen wesentlich höher als in Kantonen mit allgemein tieferen Anteilen an freiwilligen Eintritten. Bei akuten psychotischen Störungen (F23) sind beispielsweise die Unterschiede zwischen den Standortkantons-Typen mit höchstem und tiefsten Freiwilligen-Anteil besonders gross: 65% vs. 15% freiwillige Eintritte.

Tabelle 5.1.2: Eintrittsarten nach Diagnose und Standortkantons-Typologie

		>75% freiwillige Eintritte (LU,OW,BS,BL,SH, AR,SG,GR,TG,VS)		>25% Eintritte mit FFE (ZH,BE,ZG, SO,AG, TI)		>25% unfreiwillige Eintritte (NE,GE)		Total
		N	col %	N	col %	N	col %	N
F00-F03 Demenzen (inkl. G30, Alzheimer)	freiwillig	405	77%	507	55%	65	28%	977
	unfreiwillig	14	3%	88	10%	166	72%	268
	mit FFE	107	20%	330	36%	1	0%	438
F04-F09 Schädigung/Funktions- störung des Gehirns	freiwillig	337	69%	402	49%	64	33%	803
	unfreiwillig	19	4%	74	9%	131	67%	224
	mit FFE	131	27%	345	42%	1	1%	477
F10 Störung durch Alkohol	freiwillig	3245	79%	4595	62%	1151	57%	8991
	unfreiwillig	127	3%	359	5%	860	43%	1346
	mit FFE	710	17%	2506	34%	6	0%	3222
F11-F19 Störung durch psychotrope Substanzen	freiwillig	2683	89%	4575	77%	1285	77%	8543
	unfreiwillig	98	3%	137	2%	373	22%	608
	mit FFE	248	8%	1234	21%	1	0%	1483
F20 Schizophrenie	freiwillig	2939	70%	3362	50%	435	34%	6736
	unfreiwillig	160	4%	380	6%	848	66%	1388
	mit FFE	1120	27%	2927	44%	4	0%	4051
F21,F22,F24,F28,F29 schizotype/ wahnhaftige Störung	freiwillig	247	67%	365	50%	75	22%	687
	unfreiwillig	32	9%	27	4%	266	78%	325
	mit FFE	88	24%	337	46%			425
F23 akute psychotische Störung	freiwillig	460	65%	730	42%	56	15%	1246
	unfreiwillig	58	8%	99	6%	312	85%	469
	mit FFE	190	27%	915	52%			1105
F25 schizoaffektive Störung	freiwillig	809	75%	1404	59%	209	38%	2422
	unfreiwillig	40	4%	111	5%	338	62%	489
	mit FFE	226	21%	849	36%	1	0%	1076
F30,F31 Manie, bipolare Störung freiw.	freiwillig	907	75%	1301	63%	499	40%	2707
	unfreiwillig	57	5%	84	4%	747	60%	888
	mit FFE	247	20%	689	33%	2	0%	938
F32,F33 Depression	freiwillig	4902	92%	7485	81%	1891	62%	14278
	unfreiwillig	96	2%	361	4%	1154	38%	1611
	mit FFE	307	6%	1450	16%	4	0%	1761
F34-F39 div. affektive Störungen freiw.	freiwillig	127	93%	165	80%	18	53%	310
	unfreiwillig	2	1%	7	3%	15	44%	24
	mit FFE	7	5%	33	16%	1	3%	41
F40-F42,F44-F48 diverse neurotische Störungen	freiwillig	835	96%	1515	88%	267	79%	2617
	unfreiwillig	7	1%	49	3%	67	20%	123
	mit FFE	28	3%	158	9%	2	1%	188
F43 Belastungsreaktion/ Anpassungsstörung	freiwillig	2110	84%	3001	66%	175	46%	5286
	unfreiwillig	97	4%	227	5%	197	52%	521
	mit FFE	305	12%	1291	29%	7	2%	1603
F5 Verhaltensauffälligkeit (Essstörung)	freiwillig	190	96%	390	90%	25	66%	605
	unfreiwillig	1	1%	3	1%	13	34%	17
	mit FFE	7	4%	38	9%			45
F6 Persönlichkeitsstörung	freiwillig	1594	79%	1895	61%	444	51%	3933
	unfreiwillig	102	5%	218	7%	430	49%	750
	mit FFE	326	16%	1018	33%			1344
F7 Intelligenzminderung	freiwillig	186	78%	184	53%	24	20%	394
	unfreiwillig	10	4%	61	18%	97	80%	168
	mit FFE	43	18%	102	29%			145
F8,F9,F99 Störung mit Beginn in Kindheit; sonstige	freiwillig	85	83%	100	62%	24	48%	209
	unfreiwillig	5	5%	3	2%	26	52%	34
	mit FFE	12	12%	59	36%			71
Total		27088	100%	48545	100%	12777	100%	88410

Prozentuierung: Anteil freiwillige/unfreiwillige/Eintritte mit FFE pro Diagnosengruppe

5.1.3 Zur Rolle der psychiatrischen Klientel

Unterschiedliche Raten freiwilliger und forciert er Eintritte bis auf die Ebene der einzelnen Institution bzw. Abteilung sind in der Literatur gut dokumentiert (z.B. Bauer 1982). Informationen über einzelne Institutionen waren nicht verfügbar, weshalb sich das "Angebot" (Art und Grösse der Institution, Infrastruktur, Behandlungskonzept etc.) nicht in Bezug zur "Nachfrage" (z.B. Anteil an Zwangseintritten) setzen lässt. Untersuchbar ist hingegen die Hypothese, dass die unterschiedlichen Standortkantons-Typologien verschiedene diagnostische Profile der Klientel reflektieren. Die Verteilung der am häufigsten gestellten Haupt-F-Diagnosen nach Standortkantons-Typologie ist in *Abbildung 5.1.3* illustriert.

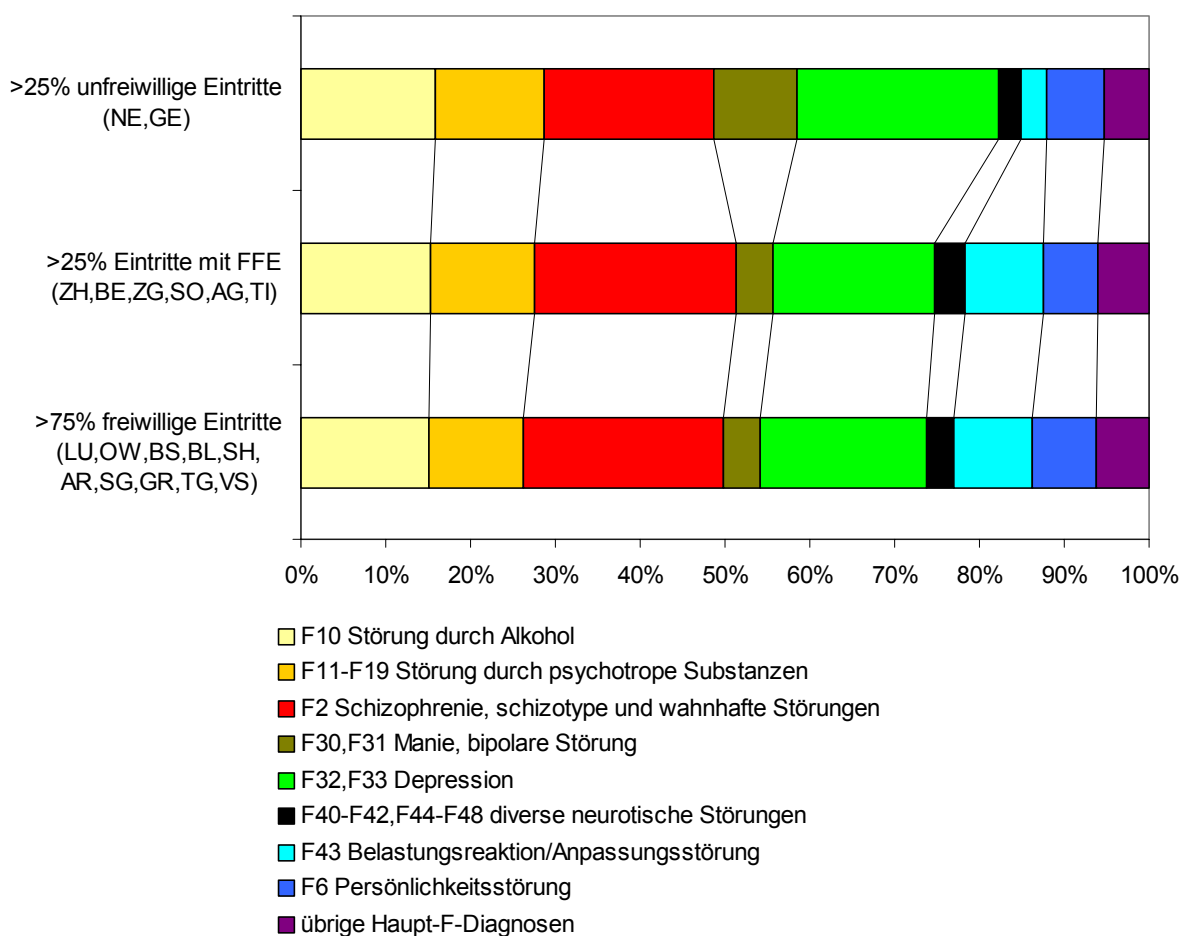


Abb. 5.1.3 Verteilung der Haupt-F-Diagnosen nach Standortkantons-Typologie

Kommentar zu Abbildung 5.1.3: Schizophrenie bzw. akuten Psychosen (F2-Diagnosen), Persönlichkeitsstörung (F6) und Manie (F30, F31) sind Beispiele für Haupt-F-Diagnosen, die gehäuft mit Zwangseinweisungen einhergehen, während Depression (F32, F33) selten, allenfalls im Zusammenhang mit Suizidversuch, zur Zwangseinweisung führt (Frick et al. 2003; Neuen-schwander et al. 2003; Riecher et al. 1991; Riecher-Rössler & Rössler 1993). Die diagnostische Zusammensetzung der Klientel trägt kaum bei, die Standortkantons-Typologien zu erklären: Die

Unterschiede zwischen Kantonen mit > 25% FFE-Eintritten und Kantonen mit > 75% freiwilligen Eintritten sind minim. In den Kantonen Genf und Neuenburg werden im Vergleich zu den beiden erstgenannten Typologien seltener Schizophrenie bzw. Belastungsreaktion/Anpassungsstörung, aber häufiger Affektpsychosen (Manie/bipolare Störung, Depression) behandelt. – Wären bei diesem Klientenprofil nicht eher besonders hohe Anteile an freiwilligen Eintritten zu erwarten?

5.1.4 Zusatzdiagnose Suizid

Suizidgedanken oder -versuche stellen Formen der Selbstgefährdung dar. Sie sind gemäss gängiger Auslegung von Art. 397a ZBG bei mangelnder Kooperation der Betroffenen eine Indikation für Zwangseinweisung. Suiziddiagnosen gehen gemäss Fachliteratur (Möller et al. 2001; Schöpf 2003) häufig mit Suchtdiagnosen (F1), Schizophrenie (F20), Depression (F32/F33), Belastungsreaktionen (F43) und einzelnen Formen der Persönlichkeitsstörung (F6) einher. Für diese Haupt-F-Diagnosen liegen 1350 Suizid-Zusatzdiagnosen vor; weitere 289 Suizid-Zusatzdiagnosen wurden im Zusammenhang mit allen anderen Haupt-F-Diagnosen gestellt. Suizid-Zusatzdiagnosen liegen somit in knapp 2% der Eintritte 2000-2002 vor. *Tabelle 5.1.4* zeigt für die relevanten Haupt-F-Diagnosen die Verteilung der Suizid-Zusatzdiagnosen nach Eintrittsart.

Tabelle 5.1.4: Auszählung der Suizid-Zusatzdiagnosen nach Eintrittsart und ausgewählten Haupt-F-Diagnosen: Anzahl Fälle, %-Anteil an allen Eintritten pro Haupt-F-Diagnose

Haupt-F-Diagnose	Eintrittsart			alle Eintritte 100%
	freiwillig	unfreiwillig	FFE	
F10, Störungen durch Alkohol	45 33%	51 38%	39 39%	135
F11-F19, Störungen durch psychotrope Substanzen	45 47%	19 (20%)	31 33%	95
F20, Schizophrenie	38 56%	6 *	24 (35%)	68
F32/F33, Depression	322 58%	113 20%	119 22%	554
F43, "Belastungsreaktion"	145 45%	23 (7%)	154 48%	322
F6, Persönlichkeitsstörungen	146 54%	54 20%	71 26%	271

* ohne Prozentangabe: unter 10 Fälle; Zahlen in Klammern: unter 30 Fälle, beschränkte Aussagekraft

Kommentar zu Tabelle 5.1.4: Über die Hälfte der Suizid-Zusatzdiagnosen entfällt auf die Gruppe der freiwilligen Eintritte, nur ein Drittel auf die Gruppe der Zwangseintritte. Fazit: Auch bei offenkundiger Selbstgefährdung ist der freiwillige Eintritt die Norm.

5.1.5 Zur Rolle der "einweisenden Instanz"

Am Anfang der Einweisung steht die "einweisende Instanz" (*Abbildung 5.1.5, Daten: Tabelle A5.1.5, Anhang I*). Dies ist bei Zwangseinweisungen ein im Kanton (in dem das zur Zwangseinweisung führende Ereignis stattfand) niedergelassener Arzt oder Psychiater, andernfalls eine Behörde. Keiner dieser Einweiser hat notwendigerweise im Vorfeld der Zwangseinweisung die betroffene Person ambulant betreut.

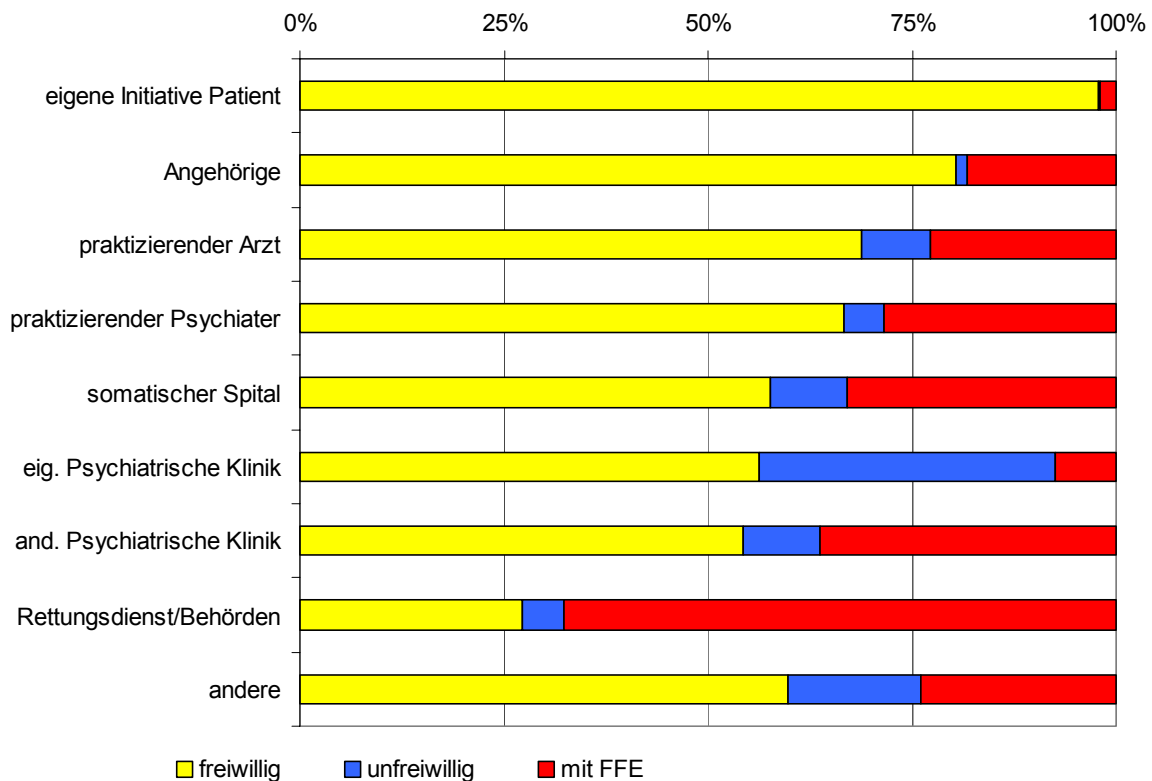


Abb. 5.1.5 Eintrittsart nach Einweiser

Kommentar zu Abbildung 5.1.5: *Patienten*, die sich per FFE einweisen, sind ein Widerspruch. Ob Fehlcodierung oder Abbild einer zwischen FFE-Verfügung und Klinikeintritt stark veränderten Situation, lässt sich nicht eruieren. *Angehörige* stehen in dieser Statistik mehrheitlich hinter freiwilligen Eintritten; in der Praxis von unfreiwilligen und Zwangseintritten dürfte vielfach im Vordergrund ein Arzt als Einweiser erscheinen, wenn tatsächlich die Initiative von Angehörigen ausgeht.⁹ Einweisungen durch *praktizierende Psychiater* erfolgen in einem höheren Anteil per FFE als Einweisungen durch praktizierende Ärzte anderer Fachrichtung. Stationäre Eintritte auf Initiative des *eigenen psychiatrischen Ambulatoriums oder teilstationären Dienstes* sind in 36% der Fälle unfreiwillig und in 8% Zwangseinweisungen. Stationäre Eintritte auf Initiative eines *anderen psychiatrischen Ambulatoriums oder teilstationären Dienstes* sind hingegen in 36% der Fälle Zwangseinweisungen und in 10% unfreiwillig.

⁹ Aussage Dr. med. Witold Tür, Psychiater in Privatpraxis und Gefängnispsychiater, Zürich

5.1.6 Zusammenfassung und kurze Stellungnahme zu Kapitel 5.1

In einem ersten Schritt beschrieben wir die stationären Behandlungen in schweizerischen psychiatrischen Kliniken und Abteilungen der Jahre 2000-2002 unter dem Aspekt der Freiwilligkeit, Unfreiwilligkeit bzw. des Eintritts per FFE. Die Hauptresultate in Kürze:

Geschlecht und Alter bei Eintritt: Frauen und Männer werden zu nahezu gleichen Anteilen freiwillig und unfreiwillig stationär psychiatrisch hospitalisiert. Der Anteil der Zwangseinweisungen an der Gesamtzahl aller Einweisungen liegt bei Männern um rund 2 Prozentpunkte höher als bei Frauen. Im Eintrittsalter von 20-39 Jahre bzw. 60-79 Jahre sind zwar mehr Männer als Frauen von Zwangseinweisung betroffen; ohne Unterscheidung nach Geschlecht verschwindet allerdings der Unterschied zwischen den Altersgruppen.

Einweisende Instanz: Der Anteil der Zwangseinweisungen an allen stationären Eintritten ist etwas höher, wenn die FFE durch einen niedergelassenen Psychiater im Vergleich zu niedergelassenen Ärzten anderer Fachdisziplinen verfügt wird. Der Anteil ist viermal höher (36%), wenn es sich um eine Überweisung aus dem Ambulatorium oder dem teilstationären Dienst einer anderen psychiatrischen Klinik handelt im Vergleich zum eigenen Ambulatorium oder teilstationären Dienst. Mehrheitlich Zwangseinweisungen (68%), verfügen nur Behörden/Rettungsdienste.

Rolle des Standortkantons: In zehn Kantonen erfolgen gut drei Viertel aller Eintritte freiwillig, in zwei weiteren Kantonen ist fast die Hälfte aller Eintritte unfreiwillig, in den verbleibenden fünf Kantonen erfolgen über 25% der Eintritte per FFE, der Anteil der freiwilligen Eintritte liegt deutlich über 60%. Diese Typologie durchdringt ein Raster von 17 verschiedenen Haupt-F-Diagnosen bzw. Haupt-F-Diagnosegruppen. Die diagnostische Zusammensetzung der psychiatrischen Klientel erklärt den Unterschied zwischen den Standortkantons-Typen nicht.

Beobachtungen zu strukturell bedingten Unterschieden der Anteile an Zwangshospitalisationen, wenngleich älteren Datums, liegen auch aus Deutschland vor, wo die Situation wegen der den Ländern überlassenen Ausführungsbestimmungen mit der Schweiz vergleichbar ist. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern führten zum Schluss, dass "die Höhe der ZE-Raten¹⁰ zum wenigsten abhängig ist von der spezifischen Psychopathologie..." (Bauer 1982, S.12). Solche Erkenntnisse führten einerseits zu Analysen der Versorgungssituation auf Institutionsebene (Bosch 1974, zitiert in Bauer 1982; siehe auch Link et al. 1992). Andererseits sind sie Gegenstand einer Vielzahl soziologischer Erklärungsansätze anstelle des medizinischen Krankheitsmodells (Waller 1982, Kapitel 3; Horwitz 2002).

Für diesen Bericht gilt zu beachten, dass nur Freiwilligkeit/Unfreiwilligkeit in der Klinik, d.h. im Standortkanton, codiert werden (Frick et al. 2003) und dass Informationen auf Institutionsebene nicht verfügbar sind.

¹⁰ ZE = Zwangseinweisung

5.2 Rolle von soziodemographischen und psychosozialen Merkmalen

Soziodemographische und psychosoziale Merkmale als Risiko- oder Schutzfaktoren für unfreiwillige oder Zwangseintritte stehen im Zentrum dieses Kapitels. Umfassendes Material zu sozialen Risikofaktoren für psychiatrische Zwangsbehandlung und Zwangseinweisung trug Horwitz (2002) zusammen. Doch lassen sich nur wenige der von Horwitz besprochenen Risikofaktoren mit unserem Datenbestand überprüfen. Die Auswertungsmöglichkeiten sind überdies durch den Umfang der Substichproben limitiert. Die Fragen im Einzelnen:

Fragestellung

1. Ist das Risiko von unfreiwilligem oder Zwangseintritt durch höheres Eintrittsalter und männliches Geschlecht erhöht?
2. Ist das Risiko von unfreiwilligem oder Zwangseintritt durch niedrigen Sozialstatus erhöht? Die Indikatoren für niedrigen Sozialstatus sind: keine/obligatorische Schulbildung und Nicht-Erwerbstätigkeit.
3. Ist das Risiko von unfreiwilligem oder Zwangseintritt durch soziale Desintegration erhöht? Die Indikatoren für soziale Desintegration sind: Unverheiratetsein, d.h. Zivilstände ledig bzw. geschieden; Wohnsituation vor Eintritt zuhause allein wohnend.

Die Untersuchungsstichproben sind nach Lebensphase (Alter bei Eintritt) gegliedert: 20-39 Jahre, 40-59 Jahre, 60-79 Jahre. Fragen 2 und 3 sind auch nach Geschlecht analysiert.

Als Mass für das relative Risiko dient das Odds Ratio OR (Erläuterungen in Kapitel 6: Glossar). Die Streuung der Messwerte – das 95%-Konfidenzintervall – wird in den Abbildungen durch die vertikalen feinen Linien angezeigt. Bedeutsame Unterschiede zwischen Subgruppen – beispielsweise zwischen Altersgruppen – sind daran erkennbar, dass sich die entsprechenden Streubereiche nicht überschneiden. Alle statistischen Kennzahlen sind in *Tabelle A5.2 (Anhang I)* aufgeführt.

5.2.1 Alter und Geschlecht

Männer sind etwas zahlreicher als Frauen von Zwangseinweisungen betroffen; am deutlichsten ist der Geschlechtsunterschied in den Lebensphasen 20-29 Jahre und 60-79 Jahre (Kapitel 5.1). Die Daten in *Tabelle 5.2.1* geben Antwort auf die Frage, ob männliches Geschlecht, ggf. in Abhängigkeit vom Alter beim Eintritt in eine stationäre Behandlung, das Risiko von Zwangseinweisungen und unfreiwilligen Eintritten erhöht.

Kommentar zu Tabelle 5.2.1: Männliches Geschlecht geht mit einem wenig, aber signifikant erhöhten Risiko einer Zwangseinweisung bzw. eines unfreiwilligen Eintritts einher. Die Altersgruppen unterscheiden sich hingegen nicht.

Tabelle 5.2.1: Risikofaktor "männliches Geschlecht": Odds Ratios (OR) und 95%-Konfidenzintervalle (CI) für Zwangseinweisungen per FFE und für unfreiwillige Eintritte nach Alter bei Eintritt

	Eintritte mit FFE	unfreiwillige Eintritte ohne FFE
20-39 Jahre	1.273 (1.215, 1.334)	1.130 (1.063, 1.201)
40-59 Jahre	[0.968 (0.918, 1.021)]	[0.944 (0.878, 1.015)]
60-79 Jahre	1.288 (1.176, 1.410)	1.280 (1.139, 1.438)
alle	1.154 (1.117, 1.192)	1.079 (1.034, 1.127)

* [OR (CI)] – Odds Ratios und Konfidenzintervalle in eckigen Klammern: Konfidenzintervalle kreuzen die "Nulllinie" – die Altersgruppe hat weder erhöhtes noch vermindertes Risiko eines unfreiwilligen Eintritts mit/ohne FFE.

5.2.2 Risikofaktor niedriger Sozialstatus

Indikator schlechte Schulbildung

Abbildung 5.2.2-1 zeigt, in welchem Ausmass "keine bzw. nur obligatorische Volksschule" ein Risiko für Zwangseinweisungen oder unfreiwillige Eintritte darstellt.

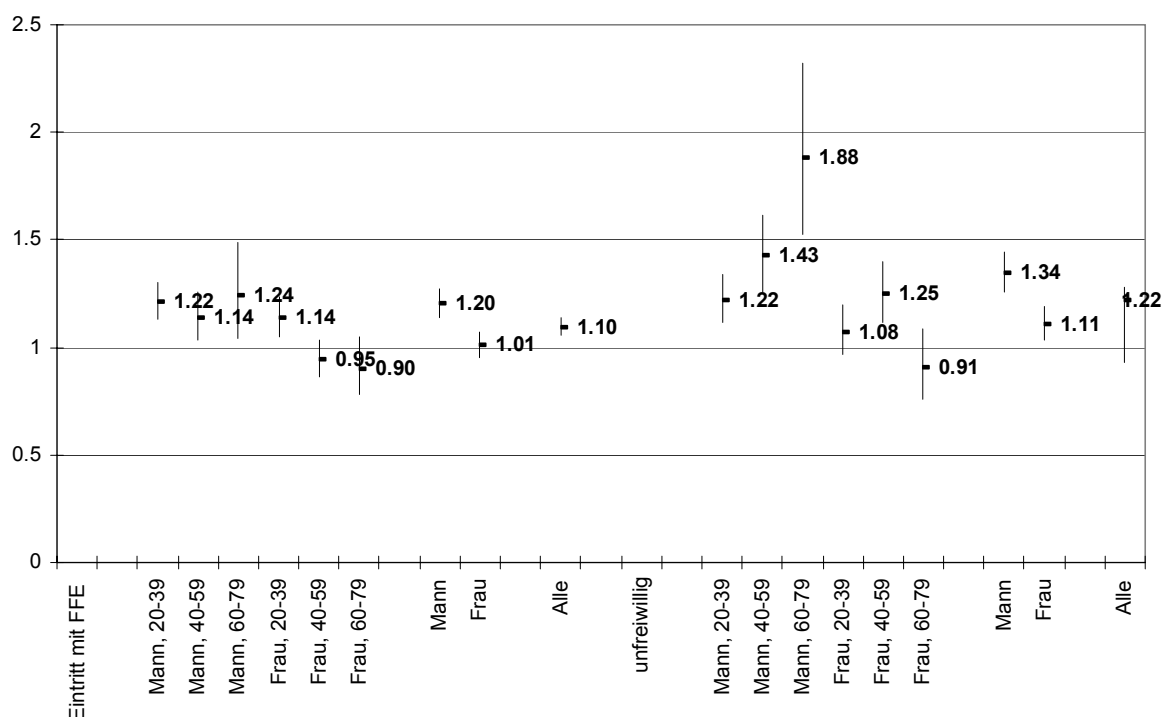


Abb. 5.2.2-1 Keine bzw. nur obligatorische Volksschule versus alle höheren Schul- und Berufsbildungen

Kommentar zu Abbildung 5.2.2-1: Keine bzw. eine schlechte Schulbildung geht mit erhöhtem Risiko einer Zwangseinweisung einher. Allerdings besteht eine Interaktion¹¹ mit dem Geschlecht: Dieses Risiko ist nur für die Männer signifikant erhöht, dies unabhängig vom Eintrittsalter. Junge Frauen mit schlechter Schulbildung haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko von Zwangseinweisung.

Keine bzw. eine schlechte Schulbildung erhöht auch das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts. Es besteht eine Interaktion mit dem Geschlecht: Männer mit schlechter Schulbildung haben ein deutlich höheres Risiko eines unfreiwilligen Eintritts als Frauen, und es nimmt bei Männern kontinuierlich mit dem Eintrittsalter zu.

Indikator Nicht-Erwerbstätigkeit

Abbildung 5.2.2-2 zeigt, wie stark Nicht-Erwerbstätigkeit das Risiko für Zwangseinweisungen oder unfreiwillige Eintritte erhöht. Analysiert sind die Daten von Patientinnen und Patienten im Erwerbsalter (20-59 Jahre).

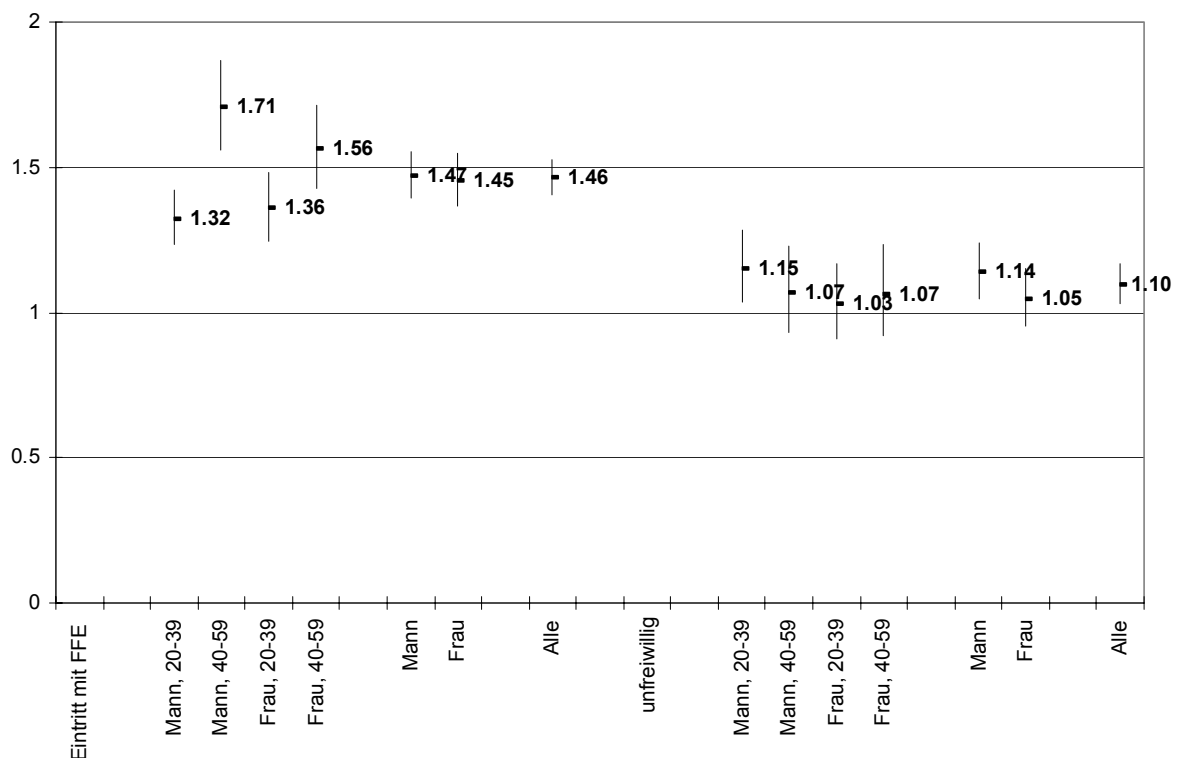


Abb. 5.2.2-2 Nicht-Erwerbstätige versus Teil- oder Vollzeit Erwerbstätige

¹¹ Erläuterung: Kapitel 6, Glossar, Stichwort "Zusammenhänge und ihre Interpretation".

Kommentar zu Abbildung 5.2.2-2: Erwerbslose haben insgesamt ein erhöhtes Risiko einer Zwangseinweisung. Bei Männern wird der Effekt durch das Eintrittsalter verstärkt: Männer im Eintrittsalter 40-59 Jahre haben ein signifikant höheres Risiko von Zwangseinweisung als Männer im Eintrittsalter 20-39 Jahre.

Erwerbslosigkeit erhöht das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts hingegen nur wenig – am ausgeprägtesten bei den erwerbslosen Männern im Eintrittsalter 20-39 Jahre.

Zusammenfassung zur Bedeutung des Sozialstatus: Schlechte Schulbildung erhöht die Risiken von unfreiwilligen und Zwangseinweisungen bei Männern, Erwerbslosigkeit erhöht vor allem das Risiko für Zwangseinweisungen unabhängig vom Geschlecht.

5.2.3 Risikofaktor soziale Desintegration

Indikator Zivilstand ledig bzw. geschieden

Die *Abbildungen 5.2.3-1 und 5.2.3-2* beschreiben das Risiko von Ledigsein (vs. alle anderen Zivilstände) sowie von Geschiedensein (vs. alle anderen Zivilstände) für Zwangseinweisung und unfreiwillige Eintritte.

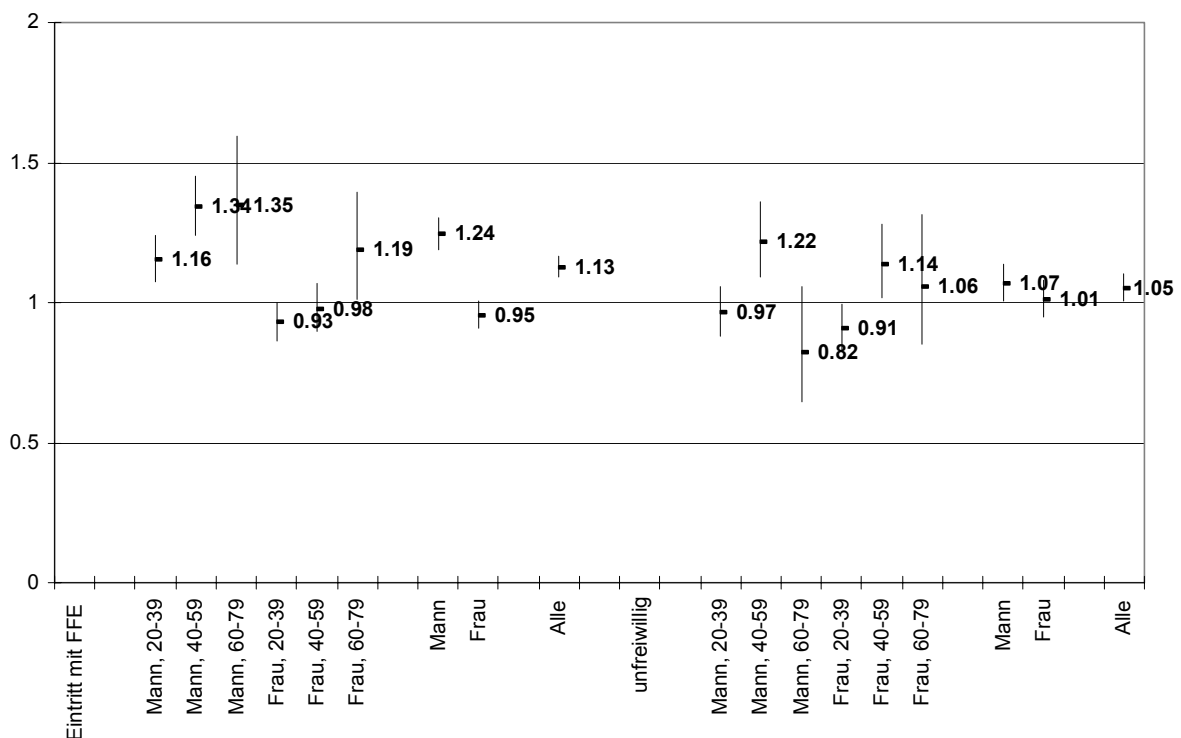


Abb. 5.2.3-1 Ledige versus nicht Ledige

Kommentar zu Abbildung 5.2.3-1: Ledigsein wirkt sich nicht signifikant auf unfreiwillige Eintritte aus, erhöht leicht aber das Gesamtrisiko einer Zwangseinweisung. Geschlecht ist eine

deutlich effektmodifizierende Variable: Nur ledige Männer haben ein signifikant erhöhtes Risiko einer Zwangseinweisung; es steigt überdies mit zunehmendem Eintrittsalter.

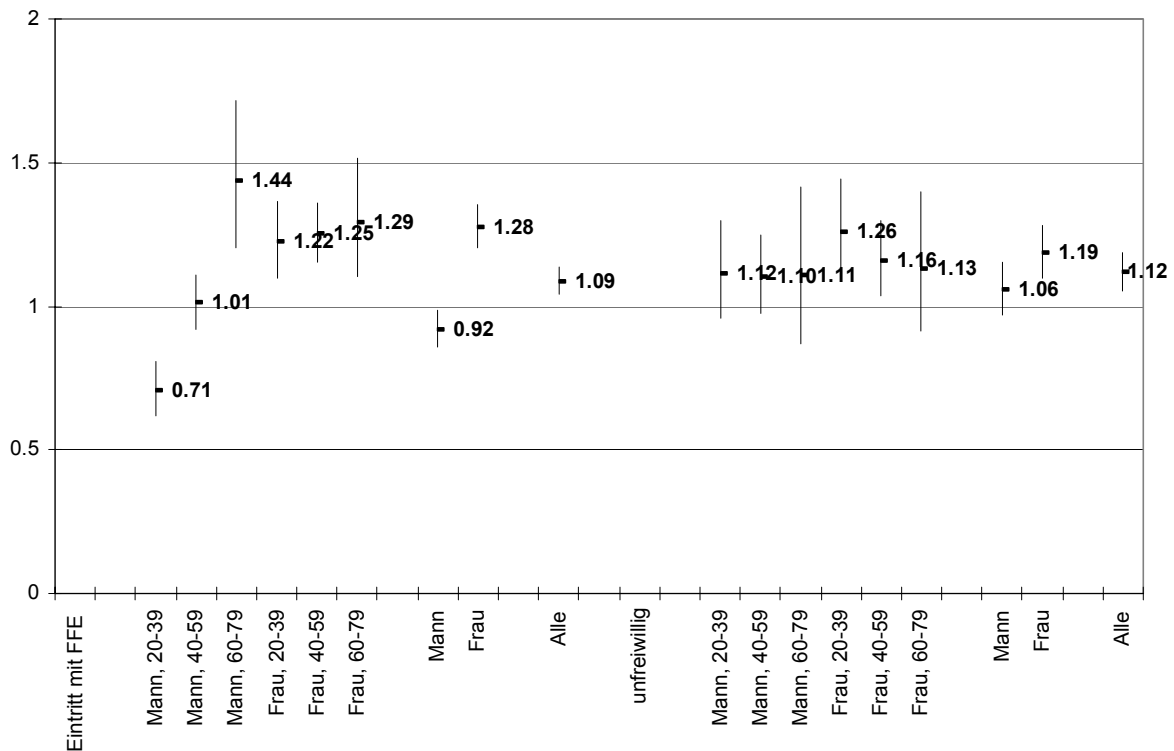


Abb. 5.2.3-2 Geschiedene versus nicht Geschiedene

Kommentar zu Abbildung 5.2.3-2: Geschiedensein geht mit wenig erhöhtem Risiko einer Zwangseinweisung einher. Die Unterscheidung nach Geschlecht zeigt, dass geschiedene Frauen, unabhängig von ihrem Eintrittsalter, ein deutlich erhöhtes Risiko von Zwangseinweisungen haben. Bei den Männern hingegen kommt es auf das Eintrittsalter an: geschiedene Männer im Eintrittsalter 20-39 Jahre haben ein signifikant reduziertes Risiko von Zwangseinweisungen, geschiedene Männer im Eintrittsalter 60-79 Jahre hingegen ein stark erhöhtes Risiko. Das Risiko unfreiwilliger Eintritte ist vor allem bei den geschiedenen Frauen im Eintrittsalter 20-39 Jahre deutlich erhöht.

Indikator Wohnsituation vor Eintritt "zu Hause allein wohnend"

Die Psychiatrie-Zusatzdaten erlauben keine präzisen Rückschlüsse auf die Wohnumstände aller Patienten und Patientinnen, da die Antwortvorgaben auch psychiatrische und somatische Kliniken als "Aufenthaltsort vor Eintritt" vorsehen, die keinen Rückschluss auf die übliche Wohnsituation zulassen. Hier wird unterschieden zwischen den Eintritten von Patienten, die zu Hause allein wohnten und allen anderen Wohnformen.

In *Tabelle A5.2.3-3* sind die Risiken von Zwangseinweisungen und unfreiwilligen Eintritten zuhause allein Wohnenden zusammengefasst: Zuhause allein Wohnende haben ein reduziertes Risiko unfreiwilliger Eintritte ($OR = 0.948$), unabhängig vom Geschlecht und vom Eintrittsalter. Bei Zwangseinweisungen liegt eine Interaktion mit dem Geschlecht vor: Zuhause allein wohnende Männer haben ein signifikant reduziertes Risiko für Zwangseinweisungen ($OR = 0.0.875$). Für die Gesamtheit der Frauen ist das Risiko einer Zwangseinweisung weder erhöht noch reduziert, doch zeigt sich in der Differenzierung nach Altersgruppen: Bei Eintrittsalter 20-39 Jahre ist das Risiko der Zwangseinweisung signifikant reduziert ($OR = 0.87$), in höherem Eintrittsalter hingegen signifikant erhöht, insbesondere für Frauen im Eintrittsalter 60-79 Jahre ($OR = 1.203$).

5.2.4 Zusammenfassung und kurze Stellungnahme zu Kapitel 5.2

Alter und Geschlecht: Männliches Geschlecht erhöht das Risiko von unfreiwilligen und Zwangseintritten, unabhängig vom Lebensalter.

Niedriger Sozialstatus: Niedriger Sozialstatus – erfasst mit den Indikatoren schlechte Schulbildung und Erwerbslosigkeit im Erwerbsalter – erhöht das Risiko von unfreiwilligen und Zwangseintritten. Vor allem männliche Patienten mit schlechter Schulbildung werden bzw. fühlen sich gegen ihren Willen von Anderen zur stationären psychiatrischen Behandlung gedrängt oder sie erleben Zwangseinweisungen. Nicht erwerbstätige Männer und Frauen sind hingegen in gleichem Ausmass dem Risiko von Zwangseinweisung ausgesetzt; weniger bedeutsam ist die gemässigte Variante des unfreiwilligen Eintritts.

Soziale Desintegration: Wegen begrenzter Analysemöglichkeiten wurde das Konstrukt der sozialen Desintegration in die Indikatoren "Zivilstand ledig", "Zivilstand geschieden" und "Wohnsituation vor Eintritt: zuhause allein wohnend" umgesetzt.

Ledigsein stellt für Männer, Geschiedensein hingegen für Frauen aller Eintrittsalter ein Risiko für Zwangseinweisungen dar. In jungem Eintrittsalter sind geschiedene Männern einem reduzierten Risiko für Zwangseinweisung, in fortgeschrittenem Eintrittsalter hingegen einem hohen Risiko ausgesetzt. Vor Eintritt zuhause allein zu wohnen geht bei Männern mit reduziertem Risiko für Zwangseinweisung einher, während alleinlebende Frauen mit Ausnahme jener im Eintrittsalter 20-39 Jahre, ein erhöhtes Risiko für Zwangseinweisungen haben.

Ledig- oder Geschiedensein stellt generell nur ein geringfügig erhöhtes Risiko für unfreiwillige Eintritte dar, zuhause allein zu leben reduziert das Risiko unfreiwilliger Eintritte.

Reduzierte Risiken für unfreiwillige Eintritte und Zwangseinweisungen unter Lebensumständen, die auf ein eingeschränktes soziales Netz hinweisen, könnten auf verminderten sozialen Druck zurückzuführen sein. Vernachlässigung ist eine andere Interpretationsvariante. Doch ist zu bedenken, dass die Alternative zur Zwangseinweisung oder zum unfreiwilligen Eintritt nicht die unterlassene stationäre Behandlung, sondern der freiwillige Eintritt in eine psychiatrische Institution ist.

Folgerung: Insgesamt bestätigen die Analysen dieser Schweizer Vollerhebung 2000-2002 das in zahlreichen anderen Untersuchungen erarbeitete "Profil" von psychosozialen und soziodemographischen Risikofaktoren für Zwangseinweisung (Riecher-Rössler & Rössler 1993). Die Resultate weisen darauf hin, dass schlechte Schulbildung und Ledigsein vor allem bei Männern, Erwerbslosigkeit hingegen für alle Betroffenen mit erhöhtem Risiko einer Zwangseinweisung verbunden sind.

Zu Fragen regt die Betrachtung des Einweisungsgeschehens nach den Lebensphasen, in die der stationäre Eintritt fällt, an: Warum ist das Risiko unfreiwilliger Eintritte bei geschiedenen Frauen im Eintrittsalter 20-39 Jahre höher bei gleichaltrigen nicht geschiedenen Frauen? Welche Umstände führen dazu dass alleinlebende Frauen über dem Eintrittsalter 20-39 Jahre, nicht aber Männer, ein erhöhtes Risiko von Zwangseinweisung haben? Unterscheidet sich das "soziodemographisch-psychosoziale Profil" des unfreiwilligen Eintritts grundlegend oder nur graduell von jenem der Zwangseinweisung? In einem beschränkten Ausmass – limitiert durch die Möglichkeiten einer Routine-Statistik, aber auch durch die Grösse von Substichproben – gibt das Gesamtmodell in Kapitel 5.4 Aufschluss.

5.3 Risiken von unfreiwilligen Eintritten und Zwangseinweisungen: Rolle von Diagnose, Geschlecht und Eintrittsalter

Wissenschaftliche Untersuchungen und Aussagen aus der klinischen Praxis stimmen darin überein, dass gewisse Krankheitsbilder – insbesondere solche, die mit gestörtem Denken und gestörter Wahrnehmung verbunden sind – das Risiko einer Zwangseinweisung oder eines unfreiwilligen Eintritts erhöhen. Zustandsbilder mit hohem Leidensdruck, aber ohne psychotische Symptomatik führen hingegen praktisch ausschliesslich zu freiwilligen Eintritten. Abgesehen vom objektiven Krankheitsbild spielt auch die dominante Behandlungsphilosophie eine wichtige Rolle: Bei Störungen durch Alkohol setzte man in der Schweiz in der Erhebungsperiode auf Zwang, bei Störungen durch psychotrope Substanzen hingegen auf Freiwilligkeit. (Frick et al. 2003; Neuenschwander et al. 2003; Riecher et al. 1991; Riecher-Rössler & Rössler 1993; Aussagen von Experten und Expertinnen aus dem Fachbereich Psychiatrie, Liste der Interview-Partner: *Anhang IV*).

Praxisnahe Erläuterungen der Krankheitsbilder sind beispielsweise im Diagnostik-Leitfaden von Müssigbrodt et al. (2000) nachzulesen.

Fragestellung

1. Ist das Risiko von unfreiwilligem und insbesondere Zwangseintritt erhöht bei den Haupt-F-Diagnosen Alterserkrankungen (Demenz), Störungen durch Alkohol, Schizophrenie bzw. Psychosen allgemein, Manie, Persönlichkeitsstörung?
2. Ist das Risiko von unfreiwilligem oder Zwangseintritt reduziert bei den Haupt-F-Diagnosen Depression und neurotische Störungen?

Die Untersuchungsstichproben sind nach Geschlecht und nach Lebensphase (Alter bei Eintritt) gegliedert: 20-39 Jahre, 40-59 Jahre, 60-79 Jahre.

Darstellung

Im Text wird auf die Haupt-F-Diagnosen gemäss obiger Fragestellung eingegangen. In den *Tabellen A5.3.1 bis A5.3.6 (Anhang I)* sind die statistischen Kennzahlen zu 14 häufig vorkommenden Haupt-F-Diagnosen bzw. Diagnosen-Gruppen (zwei- und dreistellige F-Diagnosen) aufgeführt. Die Diagnose-Gruppen sind entsprechend klinischer Zustandsbilder zusammengefasst (siehe auch Kurzbeschreibung der Haupt-F-Diagnosen, *Anhang III*).¹²

Als Kennzahl dient das Odds Ratio OR (Erläuterungen in Kapitel 6: Glossar). Die Streuung der Messwerte wird durch die vertikalen feinen Linien angezeigt.

¹² Aus diesem Grund sind beispielsweise die affektiven Psychosen nicht zweistellig (F3) untersucht, sondern es werden manische/bipolare (F30/F31) von depressiven Störungen (F32/F33) differenziert und weitere affektive Störungen wegen ihrer Heterogenität nicht berücksichtigt.

5.3.1 Psychische Alterserkrankungen

Psychische Erkrankungen im Alter manifestieren sich in einer Vielzahl klinischer Bilder. Als psychische Alterserkrankung im engeren Sinn sind vor allem Depressionen und Demenzen zu nennen (Jacoby & Oppenheimer 2002; Radebold et al. 1997). Wegen demenzieller Störungen werden stationär psychiatrisch vor allem Menschen im Eintrittsalter 60-79 Jahre betreut.

Demenzen (Hauptdiagnose F00-F03) sind mit erhöhtem Risiko für Zwangseinweisungen ($OR = 1.71$) bzw. von unfreiwilligen Eintritten ohne FFE verbunden ($OR = 1.98$). Demente Frauen tragen ein höheres Risiko unfreiwilliger und Zwangseintritte als demente Männer.

(Tabelle A5.3.1, Anhang I)

5.3.2 Suchterkrankungen

Die Abbildungen 5.3.2-1 und 5.3.2-2 (Tabellen A5.3.2-1 im A.-3.2-2, Anhang I) zeigen die relativen Risiken für die Hauptdiagnosen (Störungen durch Alkohol) und F11-19 (Störungen durch psychotrope Substanzen).

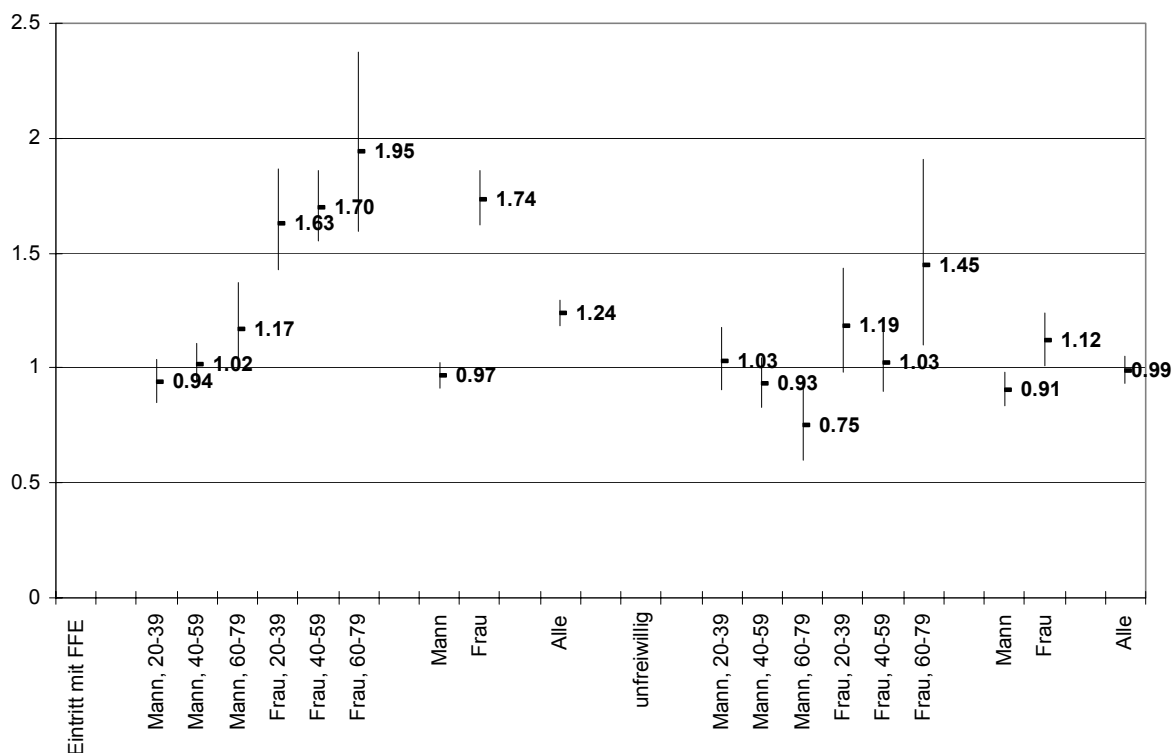


Abb. 5.3.2-1 Hauptdiagnose F10, Störungen durch Alkohol

Kommentar zu Abbildung 5.3.2-1: Alkoholkranke haben insgesamt ein erhöhtes Risiko von Zwangseinweisungen; 23.8% aller Eintritte mit F10-Hauptdiagnose sind davon betroffen. Es haben jedoch nur Frauen ein deutlich erhöhtes Risiko für Zwangseinweisung. Das Risiko einer Zwangseinweisung nimmt aber generell mit steigendem Eintrittsalter zu.

Unfreiwillige Eintritte spielen eine untergeordnete Rolle; 9.9% aller Eintritte mit F10-Hauptdiagnose fallen in diese Kategorie. Dies bedeutet: Erfolgt bei Störungen durch Alkohol ein Eintritt nicht freiwillig, dann erfolgt er vornehmlich durch Zwang.

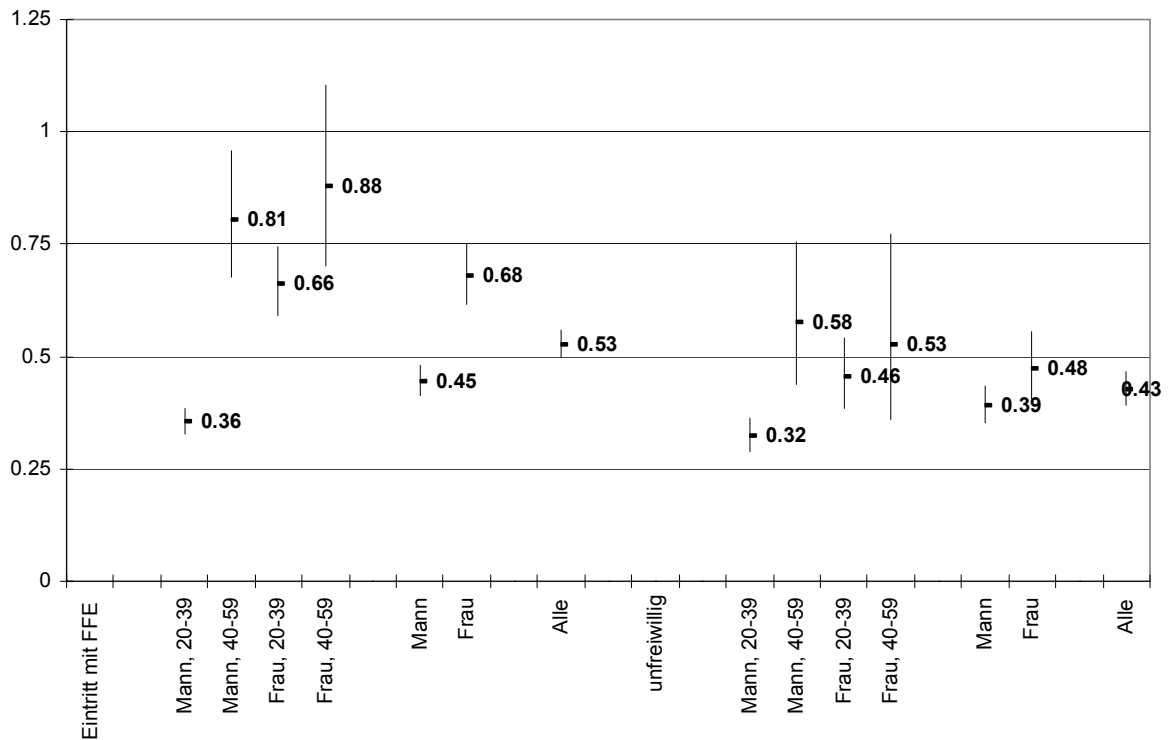


Abb. 5.3.2-2 Hauptdiagnose F11 bis F19, Störungen durch psychotrope Substanzen

Kommentar zu Abbildung 5.3.2-2: Berücksichtigt ist das Eintrittsalter 20-59, da in der stationären Psychiatrie Störungen durch psychotrope Substanzen im Alter selten behandelt werden. Das Risiko einer Zwangseinweisung ist deutlich reduziert. Männer haben ein stärker reduziertes Risiko als Frauen bzw. als die Gesamtgruppe. Am tiefsten ist das Risiko der Zwangseinweisung für Männer im Eintrittsalter 20-39 Jahre ($OR = 0.36$).

Für unfreiwillige Eintritte gilt ähnliches wie für Zwangseinweisungen: das Risiko ist, besonders für junge Männer, deutlich reduziert. Der Geschlechtsunterschied ist geringer.

Zusammenfassung zu den Suchterkrankungen: Die zum Erhebungszeitpunkt auf Freiwilligkeit ausgerichtete Behandlungsdoktrin bei Störungen durch psychotrope Substanzen wird bestätigt. Störungen durch Alkohol hingegen bergen nicht generell ein hohes Risiko der Zwangseinweisung, sondern ausschliesslich alkoholranke Frauen haben ein hohes FFE-Risiko.

5.3.3 Psychosen

Psychosen (Hauptdiagnose F2; *Tabelle 5.3.3-1, Anhang I*) sind generell mit deutlich erhöhtem Risiko einer Zwangseinweisung ($OR = 2.558$) oder eines unfreiwilligen Eintritts ($OR = 1.831$)

verbunden. Mit zunehmendem Eintrittsalter sinken das Risiko einer Zwangseinweisung von Männern und das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts für Frauen und Männer gleichermassen. Nach häufigen klinischen Zustandsbildern unterschieden, ergibt sich folgendes Resultat:

Hauptdiagnose F20, Schizophrenie: Schizophrenie erhöht deutlich das Risiko einer Zwangseinweisung (33% aller Eintritte mit F20-Hauptdiagnose; OR = 2.289). Mit steigendem Eintrittsalter sinkt für Männer das Risiko der Zwangseinweisung (Eintrittsalter 20-39 Jahre: OR = 2.388; Eintrittsalter 60-79 Jahre: OR = 1.433). Bei Frauen dagegen ist im Eintrittsalter 60-79 Jahre das Risiko eines Zwangseintritts besonders hoch (OR = 2.821). (*Tabelle A5.3.3-2, Anhang I*)

Schizophrenie-Kranke weisen insgesamt ein leicht erhöhtes Risiko für unfreiwillige Eintritte auf (11% aller Eintritte mit F20-Hauptdiagnose; OR = 1.43). Geschlecht wirkt effektmodifizierend: Männer tragen ein signifikant höheres Risiko für unfreiwillige Eintritte (OR = 1.625) als Frauen (OR = 1.168). Für Frauen sinkt das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts mit zunehmendem Eintrittsalter, möglicherweise weil gegenüber älteren Frauen eher Zwangsmassnahmen erfolgen.

Hauptdiagnose F21, F22, F24, F28, F29, verschiedene Psychoseformen: Diese Gruppe der Psychosen geht mit hohem Risiko für Zwangseinweisungen (OR = 2.094) und sehr hohem Risiko für unfreiwillige Eintritte (OR = 3.214) einher. Die relativen Risiken der Frauen für unfreiwillige und Zwangseintritte sind tendenziell höher als die der Männer. Männer im Eintrittsalter 20-39 Jahre haben ein signifikant tieferes Risiko für Zwangseinweisungen (OR = 1.573) als Männer im Eintrittsalter 40-59 Jahre (OR = 3.064). (*Tabelle A5.3.3-3, Anhang I*)

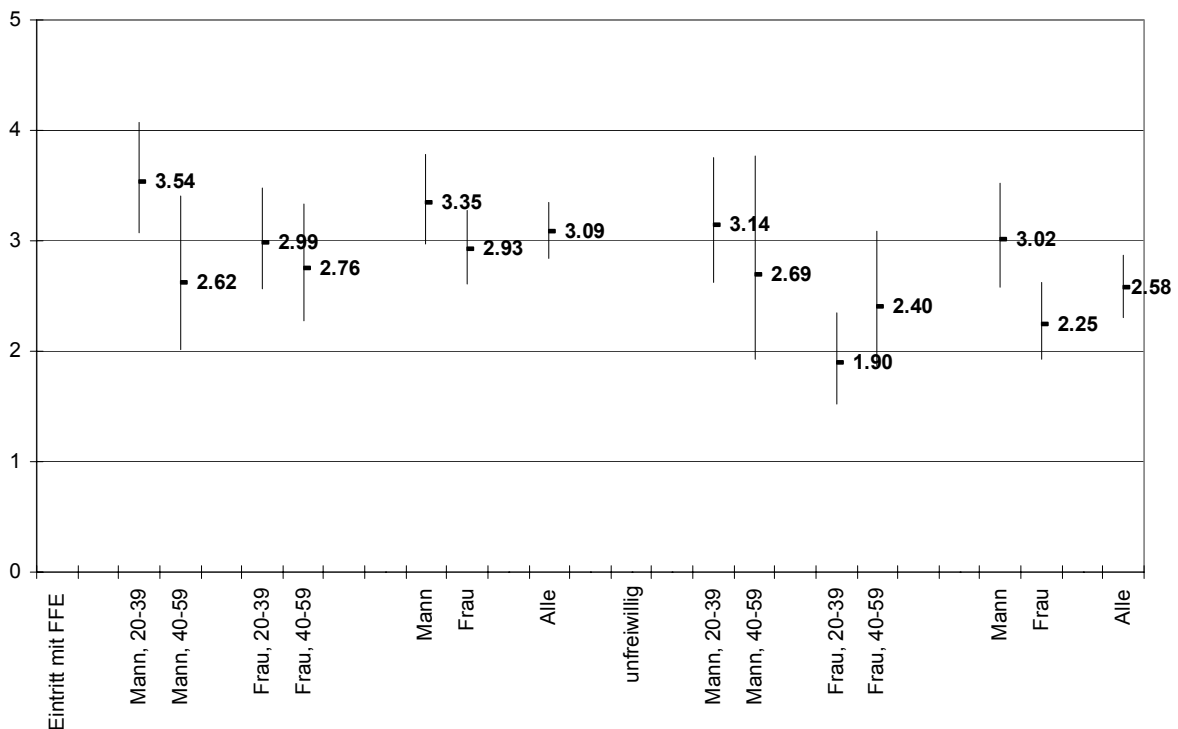


Abb. 5.3.3 Hauptdiagnose F23, akute vorübergehende psychotische Störungen

Hauptdiagnose F23, akute vorübergehende psychotische Störungen (*Abbildung 5.3.3, Tabelle A5.3.3-4, Anhang I*): Akute vorübergehende psychotische Störungen gehen, im Vergleich zu allen anderen untersuchten psychiatrischen Erkrankungen, mit dem höchsten Risiko einer Zwangseinweisung (39% aller Eintritte mit F23-Hauptdiagnose; OR = 3.089) und einem ebenfalls hohen Risiko unfreiwilliger Eintritte (16% aller Eintritte mit F23-Hauptdiagnose; OR = 2.575), unabhängig von Geschlecht und Eintrittsalter. Eintritte von 60- bis 79-Jährigen mit F23-Hauptdiagnose sind selten, weshalb diese Altersgruppe hier nicht dargestellt ist.

Hauptdiagnose F25, schizoaffektive Störungen: Bei schizoaffektiven Störungen ist im Vergleich zu anderen psychotischen Störungen das Risiko einer Zwangseinweisung (OR = 1.515) oder eines unfreiwilligen Eintritts (OR = 1.358) deutlich weniger erhöht. Das Eintrittsalter spielt eine untergeordnete Rolle. (*Tabelle A5.3.3-5, Anhang I*)

Zusammenfassung zu den Psychosen: Psychotische Erkrankungen gehen mit erhöhtem Risiko für Zwangseinweisungen und unfreiwillige Eintritten einher. Am deutlichsten zeigt sich dies bei akuten Psychosen. Geschlechtsunterschiede sind eher gering; sie manifestieren sich allenfalls auf Ebene des Eintrittsalters (bzw. der Lebensphase, in die der Eintritt fiel) und bei jedem klinischen Bild etwas anders, sodass sich hieraus keine Regel ableiten lässt.

5.3.4 Affektive Störungen

Hauptdiagnose F30/F31, manische Episode, bipolare affektive Störung: Das Risiko einer Zwangseinweisung ist leicht (20.7% aller Eintritte mit F30/F31-Hauptdiagnose; OR = 1.167), das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts hingegen deutlich erhöht (19.6% aller Eintritte mit F30/F31-Hauptdiagnose; OR = 2.297). (*Tabelle A5.3.4-1, Anhang I*)

Hauptdiagnose F32/F33, depressive Episode, rezidivierende depressive Störungen: Zwangseinweisungen kommen in 10% und unfreiwillige Eintritte in 9% aller stationären Behandlungen von depressiven Störungen vor. Das Risiko einer Zwangseinweisung ist überaus deutlich reduziert (OR = 0.352), das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts etwas weniger (OR = 0.697). Die Risiken für beide Eintrittsarten nehmen mit zunehmendem Eintrittsalter ab. (*Tabelle A5.3.4-2, Anhang I*)

Zusammenfassung zu den affektiven Störungen: Manische Störungen gehen mit einem leicht erhöhten Risiko für Zwangseinweisungen und einem hohen Risiko für unfreiwillige Eintritte einher. Offensichtlich stellt Uneinsichtigkeit das Hauptproblem bei der Einweisung dar, nicht aber die Selbst- oder Fremdgefährdung. Zwangseinweisungen kommen bei depressiven Störungen durchaus vor, wenngleich wesentlich seltener als bei anderen klinischen Bildern. Die grosse Mehrheit depressiver Patientinnen und Patienten sucht freiwillig stationäre psychiatrische Betreuung auf. So ist auch das Risiko von unfreiwilligen und Zwangseintritten bei Depression überaus deutlich reduziert.

5.3.5 Neurosen

Neurotische Störungen (Hauptdiagnose F4) gehen allgemein mit reduziertem Risiko für Zwangseinweisungen ($OR = 0.733$) und unfreiwillige Eintritte ($OR = 0.507$) einher (*Tabelle A5.3.5-1, Anhang I*). Geschlecht wirkt schwach effektmodifizierend: Frauen haben ein geringeres Risiko für Zwangseinweisungen und unfreiwillige Eintritte als Männer. Bei Frauen nimmt das Risiko der Zwangseinweisung mit steigendem Eintrittsalter immer deutlicher ab. Nach klinischen Bildern differenziert:

Hauptdiagnose F40-F42, F44-F48, phobische, Angst-, Zwangs-, dissoziative, somatoforme und sonstige neurotische Störungen: Es handelt sich hier um eine Gruppe von psychiatrischen Diagnosen, für die das Risiko einer Zwangseinweisung ($OR = 0.254$) oder eines unfreiwilligen Eintritts ($OR = 0.332$) überaus stark reduziert ist. (*Tabelle A5.3.5-2, Anhang I*)

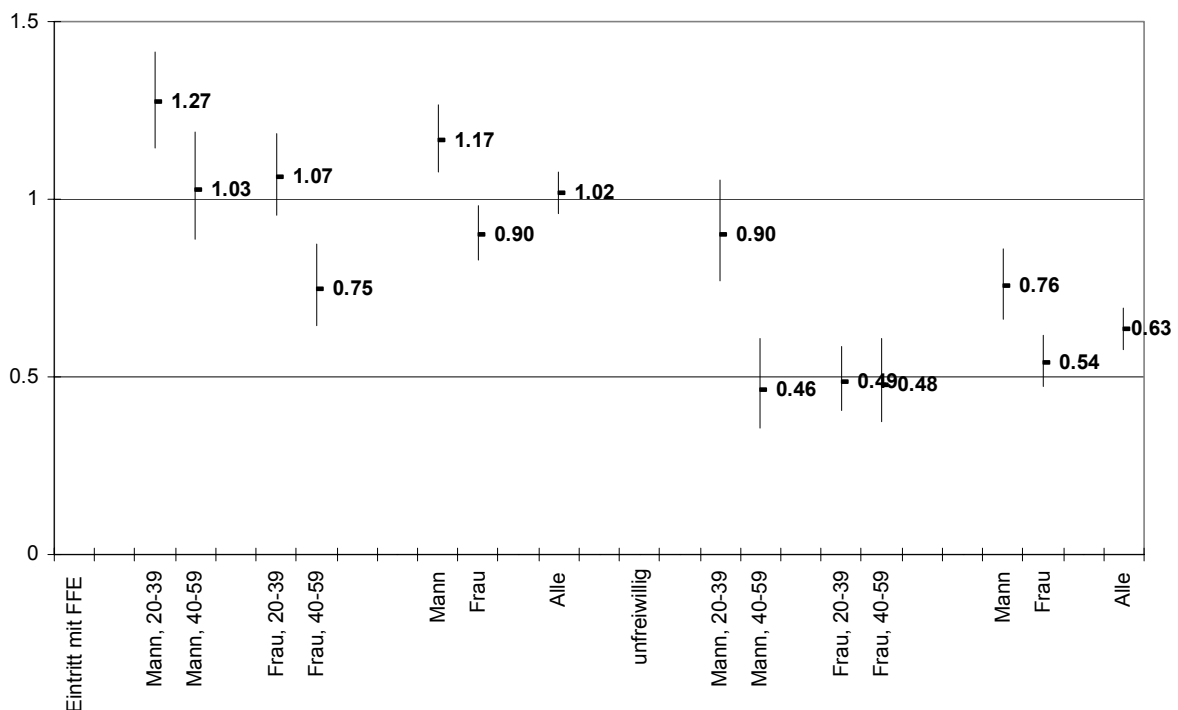


Abb. 5.3.5 Hauptdiagnose F43, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Hauptdiagnose F43, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen: Es besteht kein generell erhöhtes Risiko einer Zwangseinweisung. Frauen haben ein leicht, aber signifikant reduziertes Risiko für Zwangseinweisungen ($OR = 0.901$), Männer hingegen ein leicht, aber ebenfalls signifikant erhöhtes Risiko ($OR = 1.168$). Mit steigendem Eintrittsalter sinkt das Risiko für Zwangseinweisungen bei Männern und Frauen. Das Risiko unfreiwilliger Eintritte ist generell reduziert ($OR = 0.634$) und nimmt mit steigendem Eintrittsalter ab. Unfreiwillige und Zwangseintritte von 60- bis 79-Jährigen mit F43-Hauptdiagnose sind selten, weshalb diese Altersgruppe in *Abbildung 5.3.5 (Tabelle A5.3.5-3, Anhang I)* nicht dargestellt ist.

5.3.6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Bei Hauptdiagnose F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) ist das Risiko einer Zwangseinweisung nur für Männer signifikant erhöht (OR = 1.42) und steigt mit dem Alter bei Eintritt. Anders als Männer haben Frauen mit F6-Hauptdiagnose ein signifikant erhöhtes Risiko für unfreiwillige Eintritte (OR = 1.459); am grössten ist dieses Risiko für Frauen im Eintrittsalter 20-39 Jahre (OR = 1.703). (*Tabelle A5.3.6, Anhang I*)

5.3.7 Unfreiwillige und Zwangseintritte: Haupt-F-Diagnosen im Vergleich

Dieses Kapitel ist der Übersicht und tabellarischen Zusammenfassung der wichtigsten bisher besprochenen Resultate gewidmet. Es werden keine neuen Daten präsentiert. Vielmehr zeigen die *Tabellen 5.3.7-1 und 5.3.7-2* die Odds Ratios (OR) für Männer, Frauen bzw. alle Eintritte bei acht Haupt-F-Diagnose(gruppen), die mit erhöhten Risiken einer Zwangseinweisung oder eines unfreiwilligen Eintritts einhergehen, sowie bei eine Haupt-F-Diagnosegruppe mit reduziertem Risiko für Zwangseinweisung oder unfreiwilligen Eintritt. Auf Darstellung der Konfidenzintervalle als Signifikanzmass wird zugunsten der Übersichtlichkeit verzichtet. Nicht signifikante Resultate sind durch Odds Ratios in Klammern gekennzeichnet. Alle Datendetails sind in den *Tabellen A5.3.1 bis A5.3.6 (Anhang I)* aufgeführt. Die Diagnose mit dem grössten Odds Ratio für alle Eintritte – d.h. die Diagnose mit dem höchsten Risiko eines unfreiwilligen Eintritts oder einer Zwangseinweisung – steht auf Platz 1. Die Diagnose mit dem tiefsten Risiko erhält Platz 9. Odds Ratios unter 1 bedeuten reduziertes Risiko von (= Schutz vor) Zwangseinweisungen und unfreiwilligen Eintritten.

Tabelle 5.3.7-1: Odds Ratios (OR) und deren Rangposition für Zwangseinweisungen – wichtige Haupt-F-Diagnosen(gruppen)

	Männer		Frauen		alle Eintritte	
	OR	Rang	OR	Rang	OR	Rang
F23, akute vorübergehende psychotische Störungen	3.350	1	2.930	1	3.089	1
F20, Schizophrenie	2.194	2	2.378	2	2.289	2
F21, F22, F24, F28, F29, verschiedene anderweitig nicht genannte Psychoseformen	1.973	3	2.236	3	2.094	3
F25, Schizoaffective Störungen	1.591	4	1.492	4	1.408	4
F10, Störungen durch Alkohol	(0.968)	8	1.737	5	1.240	5
F30/F31, manische Episode, bipolare affektive Störung	1.261	6	(1.110)	6	1.167	6
F6, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1.420	5	(1.016)	7	1.154	7
F43, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1.168	7	0.901	8	(1.016)	8
F32/F33, depressive Episode, rezidivierende depressive Störungen	0.395	9	0.328	9	0.352	9

* (OR) – Odds Ratios in Klammern: Konfidenzintervalle kreuzen die "Nulllinie" – die Subgruppe hat weder signifikant erhöhtes noch vermindertes Risiko einer Zwangseinweisung. **Fett gedruckt:** Gleiche Ränge für alle Eintritte, Männer und Frauen.

Tabelle 5.3.7-2: Odds Ratios (OR) und deren Rangposition für unfreiwillige Eintritte – wichtige Haupt-F-Diagnosen(gruppen)

	Männer		Frauen		alle Eintritte	
	OR	Rang	OR	Rang	OR	Rang
F21, F22, F24, F28, F29, verschiedene anderweitig nicht genannte Psychoseformen	2.727	2	3.738	1	3.214	1
F23, akute vorübergehende psychotische Störungen	3.019	1	2.245	3	2.575	2
F30/F31, manische Episode, bipolare affektive Störung	2.154	3	2.452	2	2.297	3
F20, Schizophrenie	1.625	4	1.168	6	1.430	4
F25, Schizoaffektive Störungen	1.520	5	1.251	5	1.358	5
F6, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	(1.074)	6	1.459	4	1.288	6
F10, Störungen durch Alkohol	0.906	7	1.120	7	(0.992)	7
F32/F33, depressive Episode, rezidivierende depressive Störungen	0.727	9	0.684	8	0.697	8
F43, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0.755	8	0.540	9	0.634	9

* (OR) – Odds Ratios in Klammern: Konfidenzintervalle kreuzen die "Nulllinie" – die Subgruppe hat weder signifikant erhöhtes noch vermindertes Risiko eines unfreiwilligen Eintritts. **Fett** gedruckt: Gleiche Ränge für alle Eintritte, Männer und Frauen.

Kommentar zu den Tabellen 5.3.7-1 und 5.3.7-2

Zwischen Zwangseinweisungen und unfreiwilligen Eintritten bestehen Unterschiede, für die es mehrere Erklärungsansätze gibt:

Zu einem bedeutenden Anteil dürften die Differenzen zwischen den Eintrittsarten durch Hergang und Sachverhalte erklärbar sein, die zum Eintrag "Eintritt mit fürsorgerischer Freiheitsentziehung", d.h. dem Vorliegen einer Zwangseinweisung bei Eintritt, bzw. zum Eintrag "Eintritt unfreiwillig" führen (vgl. Kapitel 4.4).

Zu berücksichtigen ist auch, dass die Kantone Genf und Neuenburg 14% aller Behandlungsfälle, aber 65% aller unfreiwilligen Eintritte beitrugen (*Tabelle A4.7.3, Anhang I*). In diesen beiden Kantonen ist der Anteil an Psychose-Diagnosen kleiner, der Anteil an diagnostizierten affektiven Störungen – Manien und Depressionen – höher als in den anderen 16 Standortkantonen (*Abbildung 5.1.3*). In dieser grossen Mehrheit der Standortkantone liegen bei Psychosen und Manien die Anteile an Zwangseinweisungen um ein Vielfaches über den Anteilen an unfreiwilligen Eintritten (vgl. *Tabelle 5.1.2: Vergleich der Standortkantons-Typologien nach Haupt-F-Diagnosen*).

Ist die Eintrittsart ein Indikator für den klinischen Sachverhalt der Krankheitseinsicht (vgl. Möller et al. 2001), die, wie der Schweregrad der Krankheit überhaupt, in der Medizinischen Statistik bzw. den Psychiatrie-Zusatzdaten nicht erfasst wird? Akute Psychosen, die gemäss Link

et al. (1992)¹³ auch gehäuft mit gewalttätigem Verhalten einhergehen, sind wesentlich stärker als andere Hauptdiagnosen aus dem Kapitel F2 (Psychosen) mit Zwangseinweisungen, aber auch mit unfreiwilligen Eintritten ohne formale Zwangsmassnahme assoziiert. Nur 46% aller Eintritte mit F23-Hauptdiagnose sind als freiwillige Eintritte erfasst.

Andere Haupt-F-Diagnosen wie manische Affektstörung (F30/F31), Reaktionen auf schwere Belastungen (F43) oder Persönlichkeitsstörungen (F6) werden, wie eingangs von Kapitel 5.3 beschrieben, mit Zwangseintritten in Zusammenhang gebracht. Sie gehen in dieser Vollerhebung mit geringfügig erhöhten Risiken von Zwangseinweisung einher und, mit Ausnahme der manischen Affektstörung, auch mit eher geringfügig erhöhten Risiken eines unfreiwilligen Eintritts.

In sechs von neun Haupt-F-Diagnosen(gruppen) nimmt das Risiko einer Zwangseinweisung bei Männern und Frauen den gleichen Rang ein. Bei unfreiwilligen Eintritten findet sich diese Übereinstimmung gerade noch in zwei der neun Haupt-F-Diagnosen(gruppen). Der einfache Vergleich der Eintrittsarten gibt zur Frage Anlass, wodurch es überhaupt zu Geschlechtsunterschieden sowohl bei Zwangseinweisungen als auch bei der Einschätzung von Unfreiwilligkeit kommt. Durch unterschiedliche Bedeutung der Codierungen "mit FFE" und "Freiwilligkeit ja/nein", verschiedene Beurteiler und Beurteilungszeitpunkte oder mit der Standortkantons-Typologie lässt sich die Differenz zwischen den Geschlechtern nicht erklären. Gebärden sich Frauen anders als Männer oder werden unterschiedliche Massstäbe angelegt?

Aus der Medizinischen Statistik erhält man keine Antwort auf diese Frage. Interviews im Umfeld der Deutschschweizer stationären psychiatrischen Versorgung (Liste der Interview-Partner: *Anhang IV*) ergaben: Akut psychotische oder alkoholisierte Männer verhalten sich im Allgemeinen bedrohlicher für ihre Umgebung als akut psychotische oder alkoholisierte Frauen. Männer werden aber sozial besser getragen als Frauen, und abweichendes Verhalten wird bei Frauen sozial schlechter toleriert als bei Männern.

¹³ Verglichen wurden psychiatrisch nie behandelte Bürgerinnen und Bürger, Patienten mit aktuell erstmaliger bzw. Patienten mit wiederholter (ambulanter und stationärer) psychiatrischer Behandlung und Personen, die länger als ein Jahr ohne psychiatrische Behandlung gewesen waren.

5.4 Synthese: Gesamtmodell der soziodemographischen, psychosozialen und diagnostischen Patientenmerkmale sowie der Standortkantons-Typologie

Die in den voranstehenden Kapiteln beschriebenen Analysen der Vollerhebung psychiatrischer stationärer Behandlungen 2000-2002 ergaben, dass das Risiko von unfreiwilligen Eintritten und Zwangseinweisungen erhöht ist durch: männliches Geschlecht, Erwerbslosigkeit und Haupt-F-Diagnose einer Psychose oder einer Demenz im Alter. Weniger griffig lässt sich die Funktion anderer Diagnosen, des Eintrittsalters, der Schulbildung, der Zivilstände ledig bzw. geschieden erfassen: Aufgrund von Störungen durch Alkohol und durch höheres Eintrittsalter sind vor allem Frauen vom erhöhten Risiko für unfreiwillige und Zwangseintritte betroffen; schlechte Schulbildung und Ledigsein sind Risikofaktoren für Männer, Geschiedensein für Frauen.

Die Anteile an unfreiwilligen Eintritten und Zwangseinweisungen unterscheiden sich auf struktureller Ebene, d.h. innerhalb welcher Standortkantons-Typologie (*Tabelle 5.4* sowie *Abbildung 4.7.3* und *Tabelle A4.7.3, Anhang I*) die Behandlung stattfindet.¹⁴ Die diagnostische Zusammensetzung der Klientel (*Abbildung 5.1.3*) wie auch unterschiedliche rechtliche Ausführungsbestimmungen – sie sind in *Anhang II* zusammengefasst – vermögen allenfalls den Unterschied der Kantone Genf und Neuenburg mit ihrem überproportional hohen Anteil an unfreiwilligen Eintritten und dem Rest der Schweiz zu begründen. Sie erklären aber nicht den Unterschied zwischen den 10 Kantonen mit hohen Raten an freiwilligen Eintritten bei gleichzeitig tiefen FFE-Raten (Typ 1) und 6 Kantonen mit hohen Anteilen an Zwangseinweisungen (Typ 2). Beide Standortkantons-Typologien weisen aus diagnostischer Sicht eine sehr ähnliche psychiatrische Klientel auf; in je einem Kanton (Basel-Stadt und Tessin) war in der Erhebungsperiode ein Psychiatriegesetz in Kraft.

Aus dieser Situation ergibt sich das Ziel für den letzten Teil der Analysen. Faktoren, die in den bisherigen Auswertungen als Determinanten für signifikant erhöhtes oder reduziertes Risiko von unfreiwilligen Eintritten und Zwangseinweisungen erschienen, werden in einem Modell zusammengeführt. Ein geeignetes statistisches Verfahren ist die *logistische Regression*. Hierin werden mögliche Einflussfaktoren, so genannte Determinanten, derart in Beziehung zueinander gesetzt, dass sie ein dichotomes Ergebnis oder Outcome am besten erklären (Kapitel 8: Glossar).

Wie bei allen komplexen multivariaten Verfahren gibt es auch für logistische Regressionen keine ausschliesslich objektiven Vorgaben und ist nicht ein einziges Modell gültig. Welche Parameter berücksichtigt werden, ist wesentlich durch Vorwissen und Interessenlage begründet. Objektive Grenzen setzen die Subgruppengrößen, selbst bei einem Datensatz von über 91'000 Fällen, weshalb nur Parameter mit hoher Auftretenshäufigkeit berücksichtigt sind. Datensätze aus mehr als drei Erhebungsjahren werden hingegen weiter führende Regressionsanalysen erlauben.

¹⁴ Der Verständlichkeit wegen beschreiben wir die fürsorgerischen Freiheitsentziehungen als Eigenschaft des Standortkantons. Korrekt wäre hingegen, von der Codierung der FFE im Standortkanton zu sprechen, da keine Informationen vorliegen, in welchem Kanton die FFE ausgesprochen wurde. Der Standortkanton bietet lediglich die beste Annäherung an den tatsächlichen Sachverhalt.

Ergebnisse (Outcomes): Alle Daten stammen von stationären Behandlungsfällen. Der freiwillige Eintritt ist der Normalfall mit einem relativen Risiko (Odds Ratio) von 1. Unfreiwillige Eintritte und Zwangseinweisungen sind hingegen die Ergebnisse, deren relative Risiken es zu bestimmen gilt. Die relativen Risiken für unfreiwillige Eintritte lassen sich für alle drei Standortkantons-Typologien eruieren. Die relativen Risiken für Zwangseinweisungen lassen sich nur für zwei der drei Standortkantons-Typologien ermitteln; die dritte Typologie, bestehend aus den Kantonen Genf und Neuenburg fällt weg mangels Erfassung von fürsorglicher Freiheitsentziehung in den Psychiatrie-Zusatzdaten.

Risikofaktoren (Determinanten): Ob die berücksichtigten Faktoren Determinanten sind, indem sie das Risiko erhöhen (Odds Ratio > 1) oder senken (Odds Ratio < 1), zeigen die Resultate. Folgende Parameter wurden für die Auswertungen ausgewählt:

Soziodemographische Determinanten: Junges Eintrittsalter (d.h. 20-39 Jahre gegenüber Eintrittsalter 40-79 Jahre), männliches Geschlecht, schlechte Schulbildung (kein oder nur obligatorischer Schulabschluss gegenüber allen höheren Schul- und Berufsbildungen), Erwerbslosigkeit (keine Erwerbstätigkeit versus Teilzeit- oder Vollzeiterwerbstätigkeit).

Psychosoziale Determinanten: Ledige (gegenüber allen anderen Zivilständen), Singles (d.h. zuhause allein leben gegenüber allen anderen Formen des Wohnens vor Eintritt).

Medizinische Determinanten: F10-Hauptdiagnose (Störungen durch Alkohol), F2-Hauptdiagnose (Psychose), F32-/F33-Hauptdiagnose (Depression) jeweils in Gegenüberstellung mit allen anderen Diagnosen.

Strukturelle Determinanten: In Kapitel 5.4.1 sind alle oben aufgeführten Determinanten pro Standortkantons-Typologie analysiert. In Kapitel 5.4.2 sind die Typologien Bestandteil des Gesamtmodells.

Tabelle 5.4 Kurzbeschreibung der Standortkantons-Typologien

Typ 1 – Kantone mit über 75% freiwilligen Eintritten: 10 Standortkantone mit dem höchsten Anteil an freiwilligen Eintritten weisen sehr kleine Anteile an unfreiwilligen Eintritten aus und weniger als 25% Zwangseinweisungen – LU, OW, BS, BL, SH, AR, SG, GR, TG, VS.

Typ 2 – Kantone mit über 25% FFE: 6 Standortkantone – ZH, BE, ZG, SO, AG, TI – weisen einen Anteil von mindestens 25% Zwangseinweisungen aus. Die verbleibenden < 75% Eintritte sind zum grössten Teil freiwillig, der Anteil an unfreiwilligen Eintritten ohne FFE ist niedrig.

Typ 3 – Kantone mit über 25% unfreiwilligen Eintritten: Der Anteil der freiwilligen Eintritte liegt in 2 Standortkantonen – GE, NE – im Durchschnitt knapp über 50%. FFE wird in den Psychiatrie-Zusatzdaten praktisch nicht ausgewiesen (vgl. Kommentar zu Abbildung 4.7.3).

5.4.1 Gesamtmodelle für einzelne Standorttypologien: Risikofaktoren für Zwangseinweisungen

Abbildung 5.4.1 illustriert das Gesamtmodell für die Standortkantone "Typ 2: > 25% FFE". Analysiert ist das relative Risiko einer fürsorgerischen Freiheitsentziehung im Vergleich zum freiwilligen stationären Eintritt.

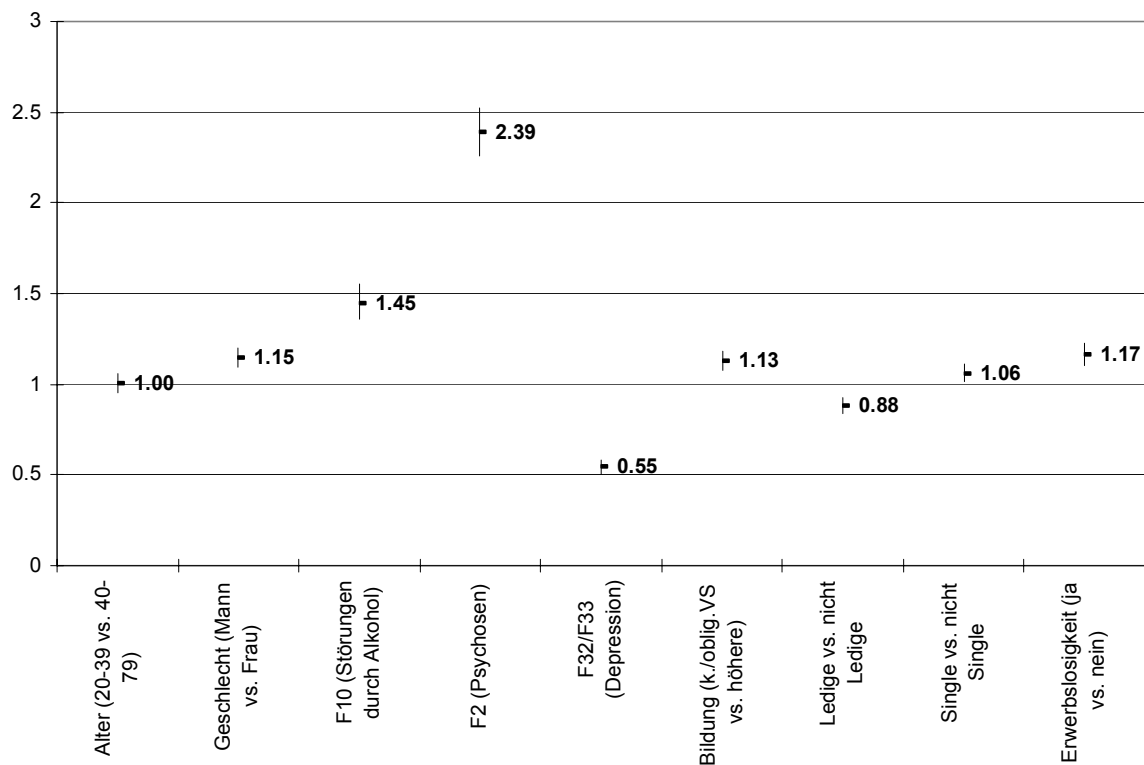


Abb. 5.4.1 Gesamtmodell für Typologie >25% FFE (N=38'572): FFE versus freiwilliger Eintritt

Kommentar zu Abbildungen 5.4.1: In diesem Gesamtmodell aus soziodemographischen, psychosozialen und medizinischen Parametern für die Standortkantone "Typ 2: > 25% FFE" erhöhen männliches Geschlecht, Hauptdiagnose F10 (Störungen durch Alkohol), Hauptdiagnose F2 (Psychosen), schlechte Schulbildung, Singlesein (allein leben) und Erwerbslosigkeit signifikant das Risiko einer Zwangseinweisung per FFE, während Hauptdiagnose F32-/F33 (Depression) und Ledigsein es signifikant reduzieren. Junges Eintrittsalter hat keinen Einfluss auf das FFE-Risiko (*Tabelle A5.4.1, Anhang I*).

Die logistische Regression für Standortkantone "Typ 1: > 75% freiwillige Eintritte" weicht nur in drei der neun untersuchten Parametern ab (*Tabelle A5.4.1, Anhang I*): männliches Geschlecht und Ledigsein haben keinen Einfluss auf das FFE-Risiko; schlechte Schulbildung stellt innerhalb dieser Standortkantons-Typologie einen Schutzfaktor dar.

Im Gesamtmodell wird das Risiko der Zwangsweisung am stärksten durch diagnostische Kriterien erklärt. Erwerbslosigkeit trägt wesentlich schwächer zur Erklärung bei.

Fazit: Das in Kapitel 3.1 beschriebene Risikoprofil für Zwangseinweisungen wird auch durch unser Gesamtmodell weit gehend bestätigt. Die grosse Ähnlichkeit der Risikoprofile der Standortkantone "Typ 1: > 75% freiwillige Eintritte" und "Typ 2: > 25% FFE" könnte auf die eingangs von Kapitel 5.4 erwähnten ähnlichen diagnostischen Profile der Klientel und ähnlichen rechtlichen Ausgangslagen in den kantonalen Ausführungsbestimmungen zu fürsorgerischen Freiheitsentziehungen zurückzuführen sein. Es fallen aber auch die soziodemographischen und psychosozialen Faktoren auf, an denen sich die Standortkantons-Typologien unterscheiden. Möglicherweise manifestiert sich hierin ein fehlender Konsens im Umgang mit psychosozial problematischen oder Grenz-Fällen.

5.4.2 Gesamtmodelle für einzelne Standorttypologien: Risikofaktoren für unfreiwillige Eintritte

Abbildung 5.4.2-1 beschreibt das Gesamtmodell aus soziodemographischen, psychosozialen und medizinischen Parametern für die Standortkantone "Typ 2: > 25% FFE", Abbildung 5.4.2-2 dagegen für die Standortkantone "Typ 3: > 25% unfreiwillige Eintritte". Gegenstand der Analysen ist jeweils das relative Risiko unfreiwilliger Eintritte, die in den Psychiatrie-Zusatzdaten aller drei Standortkantons-Typologien erfasst sind. Die zugehörigen Daten befinden sich in den Tabelle A5.4.2 (Anhang I).

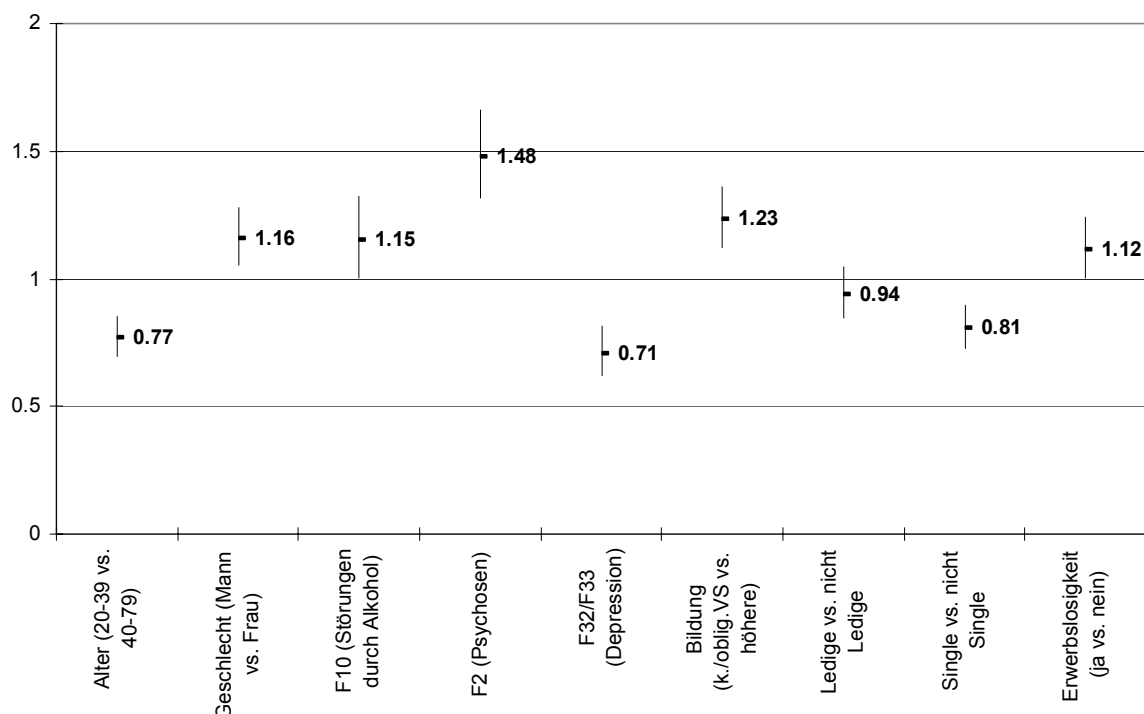


Abb. 5.4.2-1 Gesamtmodell für Typologie >25% FFE (N=29'555): unfreiwilliger versus freiwilliger Eintritt

Kommentar zu Abbildungen 5.4.2-1: In diesem Gesamtmodell über die Standortkantone "Typ 2: > 25% FFE" erhöhen männliches Geschlecht, Hauptdiagnose F10 (Störungen durch Alkohol), Hauptdiagnose F2 (Psychosen), schlechte Schulbildung und Erwerbslosigkeit signifikant das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts. Junges Eintrittsalter, Hauptdiagnose F32-/F33 (Depression) und Singlesein (allein leben) reduzieren das Risiko signifikant. Ledigsein hat keinen Einfluss auf das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts (*Tabelle A5.4.2, Anhang I*). Die logistische Regression für Standortkantone "Typ 1: > 75% freiwillige Eintritte" weicht in drei von neun untersuchten Parametern ab (*Tabelle A5.4.2, Anhang I*): Hauptdiagnose F10 (Störungen durch Alkohol) und schlechte Schulbildung beeinflussen das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts nicht; jüngeres Eintrittsalter geht innerhalb dieser Standortkantons-Typologie mit reduziertem Risiko eines unfreiwilligen Eintrittes einher. In den Gesamtmodellen der Standortkantone "Typ 1: > 75% freiwillige Eintritte" und "Typ 2: > 25% FFE" wird das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts am stärksten durch die Hauptdiagnose einer Psychose (F2) erklärt. Schlechte Schulbildung trägt in etwas geringerem Ausmass ebenfalls zur Erklärung bei.

Fazit: Der Vergleich der Risikoprofile für unfreiwillige Eintritte und für Zwangseinweisungen (*Abbildung 5.4.1*) zeigt, dass Psychosen und Störungen durch Alkohol mit höherem Risiko einer Zwangseinweisung denn eines unfreiwilligen Eintritts ohne FFE einhergehen. Auch demographische und psychosoziale Risikofaktoren wie junges Eintrittsalter, Singlesein und Erwerbslosigkeit erhöhen das FFE-Risiko mehr als das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts ohne FFE.

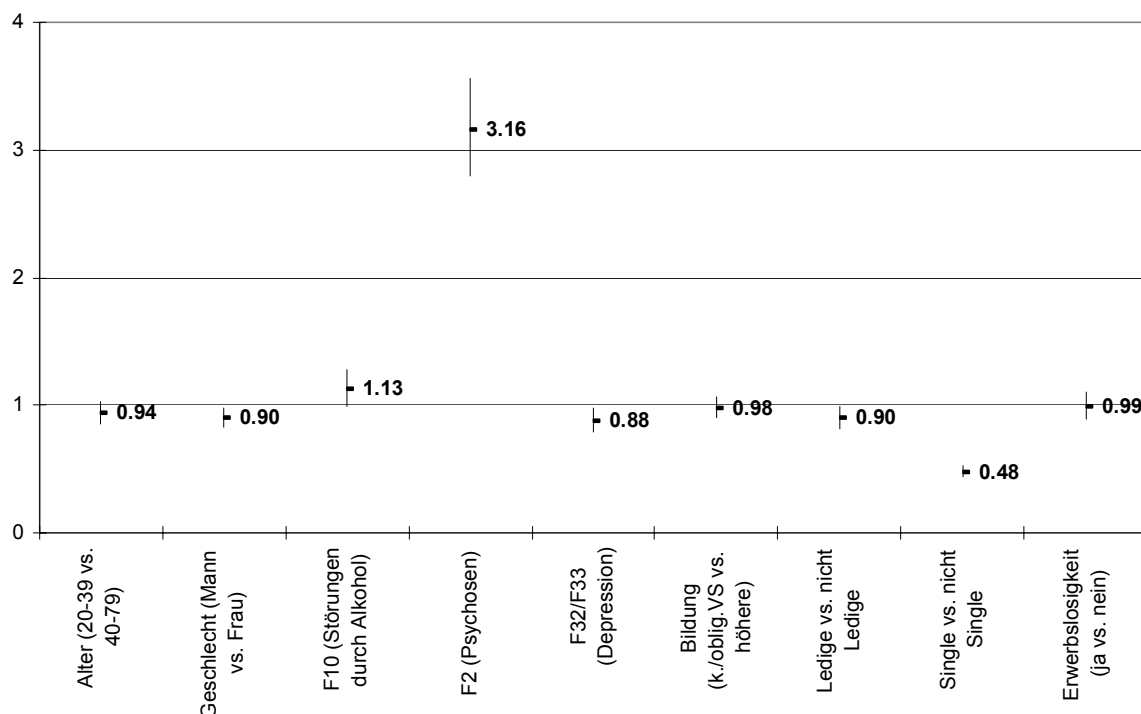


Abb. 5.4.2-2 Gesamtmodell für Typologie >25% unfreiwillige Eintritte (N=9'609): unfreiwilliger versus freiwilliger Eintritt

Kommentar zu Abbildungen 5.4.2-2: Das Gesamtmodell über die Standortkantone "Typ 3 > 25% unfreiwillige Eintritte" weicht überaus deutlich von den Gesamtmodellen der Standortkantons-Typologien 1 und 2 ab. Im Kanton Genf wurden in den Psychiatrie-Zusatzdaten keine, im Kanton Neuenburg nur vereinzelte fürsorgerische Freiheitsentziehungen erfasst (*Tabelle A4.7.1, Anhang 1*, vgl. Kommentar zu *Abbildung 4.7.3*). Diese beiden Kantone verzeichneten andererseits 6166 von 9495 unfreiwilligen Eintritten – 65% der als "unfreiwillig" erfassten Eintritte in den Jahren 2000-2002 (*Tabelle A4.7.3*).

Es gibt nur einen, allerdings ausgesprochen hohen, Risikofaktor für unfreiwillige Eintritte: Hauptdiagnose F2 (Psychosen). Männliches Geschlecht, Ledigsein und Singlesein (allein leben) reduzieren das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts signifikant. Hauptdiagnose F32-/F33 (Depression) geht ebenfalls mit einem reduzierten Risiko für unfreiwillige Eintritte einher, aber weitaus weniger ausgeprägt als innerhalb der anderen beiden Standortkantons-Typologien! Junges Eintrittsalter, Hauptdiagnose F10 (Störungen durch Alkohol), schlechte Schulbildung und Erwerbslosigkeit haben keinen Einfluss auf das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts (*Tabelle A5.4.2, Anhang I*).

Fazit: In den Standortkantonen "Typ 3 > 25% unfreiwillige Eintritte" ist der Anteil an Behandlungen von Depression (F32/F33) höher, der Anteil an Behandlungen von Psychosen (F2) kleiner (*Abbildung 5.1.3*) und die Risiken eines unfreiwilligen Eintritts für beide Haupt-F-Diagnosegruppen ungleich höher als innerhalb der anderen beiden Standortkantons-Typologien. Für die Unterschiede zwischen diesen beiden Westschweizer Kantonen und den Standortkantonen der beiden anderen Typologien könnten soziale, kulturelle und ökonomische Faktoren¹⁵, aber auch verschiedene psychiatrische Behandlungsgrundsätze verantwortlich sein.

5.4.3 Gesamtmodell – soziodemographische, psychosoziale, medizinische und strukturelle Determinanten

Die Daten zu diesem Kapitel sind in den *Tabellen A5.4.3-1 bis A5.4.3-3 (Anhang I)* ausgeführt. Gegenüber den zuvor besprochenen Modellen ist das letzte Gesamtmodell um die Determinante "Standortkantons-Typologie" erweitert.

Zwangseinweisungen: Das Modell (*Tabelle A5.4.3-1*) berücksichtigt die Standortkantone "Typ 1: > 75% freiwillige Eintritte" und "Typ 2 > 25% FFE". Erwartungsgemäss stellt die Standortkantons-Typologie einen Risikofaktor dar. Eintritte in einem Standortkanton Typ 2 gehen mit einem fast 60-fachen FFE-Risiko einher (OR = 59.942), Eintritte in einem Standortkanton Typ 1 mit einem mehr als 20-fachen Risiko (OR = 22.543).

Was die Bedeutung der soziodemographischen, psychosozialen und medizinischen Parameter betrifft, so folgt dieses Modell exakt dem in *Abbildung 5.4.1* dargestellten. Die sechs Standortkantone Typ 2, die rund 53% aller Behandlungsfälle beitrugen (*Tabelle A4.7.3*), dominieren:

¹⁵ Bundesamt für Statistik: Statistisches Jahrbuch der Schweiz, Bevölkerung – Tabellen nach Kantonen. Erscheint jährlich.

Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/gesundheit.html>

Signifikant erhöhtes Risiko einer Zwangseinweisung liegt bei männlichem Geschlecht (OR = 1.118), Hauptdiagnose F10 (Störungen durch Alkohol, OR = 1.421), Hauptdiagnose F2 (Psychosen, OR = 2.433), schlechte Schulbildung (OR = 1.066), Singlesein (OR = 1.047) und Erwerbslosigkeit (OR = 1.159) vor. Hauptdiagnose F32-/F33 (Depression, OR = 0.516) und Ledigsein (OR = 0.906) gehen mit signifikant reduziertem Risiko einer Zwangseinweisung einher. Junges Eintrittsalter hat keinen Einfluss auf das Risiko einer Zwangseinweisung.

Unfreiwillige Eintritte: Die Modelle berücksichtigen die Standortkantone "Typ 1: > 75% freiwillige Eintritte" und "Typ 2: > 25% FFE" (*Tabelle A5.4.3-2*), bzw. die Standortkantone "Typ 2: > 25% FFE" und "Typ 3: > 25% unfreiwillige Eintritte" (*Tabelle A5.4.3-3*). Die Odds Ratios der soziodemographischen, psychosozialen und medizinischen Parameter sind in beiden Tabellen identisch. Das Modell wird durch die fallmässig überproportional vertretenen Standortkantone "Typ 2: > 25% FFE" dominiert (vgl. *Abbildung 5.4.2-2* und *Tabelle A5.4.2*). Ausnahme ist der Faktor Erwerbslosigkeit, die hier im Modell mit keinem erhöhten Risiko für unfreiwillige Eintritte einhergeht.

Bedeutsam sind in beiden Tabellen die Odds Ratios zu den Standortkantons-Typologien. In Standortkantonen "Typ 1: > 75% freiwillige Eintritte" ist das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts stärker reduziert (OR = 0.041) als in Standortkantonen "Typ 2: > 25% FFE" (OR = 0.071; *Tabelle A5.4.3-2*). Betrachtet man allerdings die Odds Ratios für Zwangseinweisungen, so liegt der Schluss nahe, dass in den betreffenden Kantonen bei Widerstand gegen eine stationäre psychiatrische Behandlung – der faktische Normalfall bei Zwangseinweisung (Christen & Christen 2003) – vorzugsweise zum Mittel der fürsorgerischen Freiheitsentziehung gegriffen wird.

In den Standortkantonen "Typ 3: > 25% unfreiwillige Eintritte" ist das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts um fast das 25-fache erhöht (OR = 24.190), in Standortkantone "Typ 2: > 25% FFE" im gleichen Modell weniger als das Zweifache (OR = 1.717).

Fazit: Strukturelle Unterschiede in Bezug auf unfreiwillige Eintritte und Zwangseinweisungen sind klar vorhanden. Eine einfache Erklärung bietet sich nicht an. In den 16 Standortkantonen, in denen fürsorgerische Freiheitsentziehungen in nennenswerter Zahl ausgesprochen wurden, erfolgen nicht-freiwillige Eintritte überwiegend mit FFE. Dass die Standortkantons-Typologien auf Ebene von soziodemographischen und psychosozialen Risikofaktoren voneinander abweichen, nicht aber in Bezug auf die (hier im Gesamtmodell untersuchten) Diagnosen bestehen, deutet auf unterschiedliche Gewichtung soziodemographischer und psychosozialer Parameter hin. Die Differenzen zwischen den Kantonen Genf/Neuenburg und der übrigen Schweiz könnten demographisch oder kulturell erklärbar sein bzw. dadurch, dass das Mittel der fürsorgerischen Freiheitsentziehung möglicherweise vergleichsweise zurückhaltend zum Einsatz gelangt (*Zeitschrift für Vormundchaftswesen* 3/2002, S. 107-110).

6 Diskussion

In diesem Bericht werden erstmals in der Schweiz Zwangseinweisungen und unfreiwillige Eintritte in psychiatrische Kliniken und Abteilungen auf der Basis einer nationalen Gesundheitsdatenbank, der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik und insbesondere der Psychiatrie-Zusatzdaten, beschrieben. Die Auswertung bezieht sich auf die Erhebungsjahre 2000 bis 2002 und umfasst 91'313 abgeschlossene Behandlungsfälle. In 18 Standortkantonen, d.h. Kantonen mit stationären psychiatrischen Institutionen, wurden mindestens während eines Jahres in der Erhebungsperiode Psychiatrie-Zusatzdaten erfasst. Die Psychiatrie-Zusatzdaten stellen die umfassendste nationale Informationsquelle zu fürsorgerischen Freiheitsentziehungen gemäss Art. 397a-c ZGB und zur Freiwilligkeit des Eintritts dar.

Häufigkeitsauszählungen nach Kantonen lassen die grosse Bandbreite der Anteile an freiwilligen, unfreiwilligen und Zwangseintritten in der Erhebungsperiode 2000-2002 erkennen. Ein Hinweis auf "die immense Schwankungsbreite der Einweisungshäufigkeit" mittels fürsorgerischer Freiheitsentziehung und "fehlende Rechtssicherheit – für die Betroffenen und wie für die Öffentlichkeit" findet sich bereits in einer Studie in sieben Kantonen der Ost- und Nordostschweiz (Lopez et al. 1998, S. 247). Wir fassen die 18 Standortkantone aufgrund der Anteile an freiwilligen, unfreiwilligen und Zwangseintritten in drei eindeutige Gruppen (Standortkantons-Typologie) zusammen. Schrittweise analysieren wir demographische, psychosoziale und medizinische Determinanten von Zwangseinweisungen und unfreiwilligen Eintritten. In Gesamtmodellen werden anschliessend die wichtigsten demographischen, psychosozialen und medizinischen Determinanten pro Standortkantons-Typologie untersucht. Im Schlussmodell ist die Standortkantons-Typologie ebenfalls eine Determinante.

Die *Resultate* dieser Analyse nationaler Daten sind einerseits *Erkenntnisse*: Es lassen sich die demographischen, psychosozialen, medizinischen und strukturellen Risikofaktoren für Zwangseinweisung und unfreiwilligen Eintritt in der Population der gesamtschweizerisch in den Jahren 2000-2002 stationär behandelten Psychiatriepatienten und -patientinnen benennen und beziffern. Andererseits bestehen die Resultate aus *Fragen*, die sich aufgrund der Analysen aufdrängen, die aber mit Daten der verwendeten administrativen Routine-Statistik nicht beantwortbar sind. Es dürften vor allem die Fragen von Bedeutung für die Entscheidungsarbeit der Gesundheitsverantwortlichen sein, denn die Erkenntnisse bestätigen in erster Linie die Risikofaktoren, die in der Fachliteratur zu unfreiwilligen Eintritten und Zwangseinweisungen beschrieben sind (z.B. Frick et al. 2003; Riecher et al. 1991; Riecher-Rössler & Rössler 1993).

Bedeutung des Klinik-Standortkantons

Auffallend sind, wie oben angesprochen, die verschiedenen Verteilungen der Eintrittsarten – freiwillig, unfreiwillig, Zwangseinweisung – in den 18 beteiligten Standortkantonen. In allen drei Standortkantons-Typologien sind städtische und ländliche Einzugsgebiete eingeschlossen (Sundquist et al. 2004). Sowohl in Standortkantonen "Typ 1: > 75% freiwillige Eintritte" als auch in Standortkantonen "Typ 2: > 25% FFE" finden sich je ein Kanton mit Psychiatriegesetz (*Anhang II*).

Die diagnostische Zusammensetzung der Klientel dieser beiden Typologien ist nahezu identisch. Sie weicht aber in einigen Haupt-F-Diagnosen von Standortkantonen "Typ 3: > 25% unfreiwillige Eintritte" ab: In den betreffenden Kantonen Genf und Neuenburg werden deutlich weniger Psychosen und Belastungsreaktionen/Anpassungsstörungen, aber mehr affektive Störungen behandelt. Nach dem aktuellen Stand des Wissens (z.B. Frick et al. 2003; Neuenchwander et al. 2003; Riecher-Rössler & Rössler 1993) wäre bei diesem Diagnosemix der höchste Anteil an freiwilligen Eintritten zu erwarten. Tatsächlich weisen die beiden Westschweizer Kantone den niedrigsten Anteil an freiwilligen Eintritten aus.

Die Typologien bilden sich innerhalb aller 17 von uns untersuchten zwei- und dreistelligen Haupt-F-Diagnosen(gruppen) ab. – Ist dies ein Hinweis, dass andere als diagnostische Kriterien die Eintrittsart determinieren? Die Gesamtmodelle aus demographischen, psychosozialen und medizinischen Determinanten pro Standortkantons-Typologie bzw. mit Standortkantons-Typologie als weiterer Determinante legen eine solche Interpretation nahe:

Die Risikoprofile für Zwangseinweisungen in den Standortkantonen "Typ 1: > 75% freiwillige Eintritte" und "Typ 2: > 25% FFE" unterscheiden sich in drei demographischen bzw. psychosozialen Parametern. In Standortkantonen "Typ 1: > 75% freiwillige Eintritte" haben männliches Geschlecht und Ledigsein keine Auswirkung auf das FFE-Risiko, schlechte Schulbildung geht sogar mit reduziertem FFE-Risiko einher. In Standortkantonen "Typ 2: > 25% FFE" stellen alle drei Parameter hingegen Risikofaktoren für fürsorgliche Freiheitsentziehungen dar.

In Standortkantonen "Typ 1: > 75% freiwillige Eintritte" haben Störungen durch Alkohol und schlechte Schulbildung keine Auswirkung auf das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts, und jüngeres Eintrittsalter geht mit reduziertem Risiko eines unfreiwilligen Eintritts einher. In Standortkantonen "Typ 2: > 25% FFE" sind diese drei Parameter auch Risikofaktoren für unfreiwillige Eintritte.

In der Schweiz lässt sich folglich von diagnostischen, soziodemographischen und psychosozialen Parametern allein nicht auf die Eintrittsart schliessen. Die Diagnose einer Psychose geht generell mit hohem Risiko für Zwangseinweisung und mit nahezu gleich hohem Risiko eines unfreiwilligen Eintritts einher. Werden in den Psychiatrie-Zusatzdaten keine fürsorglichen Freiheitsentziehungen registriert, wie etwa in der Erhebungsperiode im Kanton Genf, dann ist der Anteil bzw. die Wahrscheinlichkeit unfreiwilliger Eintritte bei Psychose äusserst hoch. Dass männliches Geschlecht, junges Eintrittsalter, Ledigsein, Singlesein und schlechte Schulbildung je nach Standortkanton Risikofaktoren darstellen oder auch nicht, lässt sich nicht erklären. Die juristische Ausführungsvielfalt (Lopez et al. 1998) sollte sich grundsätzlich nur bei der fürsorglichen Freiheitsentziehung niederschlagen, nicht aber in der Beurteilung des Aufnahmearztes, ob der Eintritt freiwillig oder unfreiwillig erfolgte. Die föderalistische Vielfalt gesetzlicher Regelungen dürfte durch terminologische Unschärfen und unterschiedliche Beurteilungspraxis in den datenliefernden Institutionen verstärkt werden.

Um zu erkennen, ob eines der "Modelle" Vorbildcharakter hat, bedürfte es weiterer Informationen, z.B. über den langfristigen Behandlungserfolg. Die Medizinische Statistik bietet zur Erfolgsbeurteilung allerdings wenige Möglichkeiten. Als Indikatoren lassen sich die Häufigkeit der Wiedereintritte sowie die Zeiten zwischen Klinikeintritten (time in community) in rekon-

struierten anonymen Personendaten (Christen & Christen 2003) verwenden. Hierfür sind jedoch grössere Datensätze und längere Erhebungszeiträume vorteilhaft.

Auswirkung von soziodemographischen und psychosozialen Merkmalen

Allein die Rolle von Geschlecht und Eintrittsalter sind nicht griffig und einfach zu beschreiben, weil diese Faktoren häufig effektmodifizierende Variablen sind – indem beispielsweise das Risiko für die Frauen erhöht, für die Männer aber reduziert ist. Die Uneinigkeit, die in der Fachliteratur über die Risikofaktoren von Zwangseinweisungen besteht, wie beispielsweise von Riecher-Rössler und Rössler (1993) eindrücklich ausgeführt, könnte also methodisch – durch Nichtberücksichtigen von Confounding, Bias und Interaktion¹⁶ – erklärbar sein.

In unserer Vollerhebung geht männliches Geschlecht mit einem wenig, aber signifikant erhöhten Risiko für Zwangseinweisungen und unfreiwillige Eintritte einher. Das Eintrittsalter, hier in drei Lebensphasen eingeteilt, beeinflusst das Risiko von Zwangseinweisungen und unfreiwilligen Eintritten nicht. Niedriger Sozialstatus ist mit erhöhtem Risiko für Zwangseinweisungen und unfreiwilligen Eintritte assoziiert: Erwerbslosigkeit wirkt sich ungünstig für alle betroffenen Männer und Frauen gleichermassen aus, schlechte Schulbildung hauptsächlich für alle betroffenen Männer.

Möglicherweise sind diese Resultate auf Faktoren zurückzuführen, die hier nicht untersucht werden können, beispielsweise Krankheitsverlauf bzw. Wiedereintrittshäufigkeit: Wie in einer mehrjährigen Verlaufsstudie im Kanton Zürich gezeigt, steht psychisch Kranken die Alternative zwischen Erwerbstätigkeit im kompetitiven Arbeitsmarkt und Erwerbslosigkeit zur Verfügung, wobei Krankheitsverlauf, Wiedereintrittshäufigkeit und schulisch-berufliche Karriere wichtige Prädiktoren der Beschäftigungschancen sind (Rüesch et al. 2002).

Soziale Desintegration – gemessen an den Zivilständen ledig oder geschieden und an der (zivilstands-unabhängigen) "Wohnsituation vor Eintritt: zuhause allein wohnend" – wirkt sich für Männer und Frauen unterschiedlich aus. Ledige Männer und geschiedene Frauen aller Eintrittsalter sowie geschiedene alte Männer haben erhöhtes Risiko für Zwangseinweisungen. Vor Eintritt zuhause allein wohnende Männer haben ein reduziertes FFE-Risiko, allein wohnende Frauen hingegen ein erhöhtes FFE-Risiko.

Reduziertes Risiko für Zwangseinweisungen im Zusammenhang mit einem lückenhaften sozialen Netz könnte durch verminderten sozialen Druck auf die Betroffenen erklärt werden, wenn es um die Entscheidung für eine stationäre psychiatrische Behandlung geht. Die Geschlechtsdifferenzen legen aber nahe, dass Männer und Frauen unter gleichen Voraussetzungen – von Laien im sozialen Umfeld wie auch von medizinischen Fachpersonen – verschieden beurteilt und behandelt werden.

Eichhorn und Koautoren (2003) stellten in ihrer Analyse von Entscheiden der Psychiatrierekurskommission des Kantons Basel-Stadt fest, dass wie bei Zwangseinweisungen auch bei den

¹⁶ Confounding: ein festgestellter Zusammenhang ist nicht echt, sondern durch einen weiteren Faktor erklärbar. Bias: systematische Fehler in der Datenerhebung, Messung, Interpretation. Interaktion: eine Realität und kein Fehler, indem die Wirkung eines Risikofaktors sich je nach Anwesenheit eines oder mehrerer weiterer Risikofaktoren unterschiedlich ist.

Rekursen Männer und Schizophreniekranken in der Überzahl sind. Es wird jedoch den Rekursen von überproportional vielen Frauen stattgegeben, und die Aufenthaltsdauern wider Willen sind bei Frauen kürzer als bei Männern. Die Autoren stellen die gegensätzliche Interpretation in den Raum, "dass man den Frauen den Zugang zu einer adäquaten Behandlung erschwert oder die Männer aus Ordnungsgründen länger hospitalisiert". Schliesslich halten die Autoren fest: "Soziologische Faktoren scheinen insgesamt wichtiger zu sein als die einfach zu erfassenden psychiatrischen Indikatoren" (S. 144).

Maio (2005) formuliert Anspruch an den angemessenen Umgang mit psychisch Kranken aus ethischer Sicht: "...dass die Zwangsbehandlung nicht aus der Andersartigkeit des Denkens, Fühlen und Handelns des Kranken rechtfertigen lässt, auch nicht aus der Andersartigkeit seines Lebens, und auch nicht einfach aus der Tatsache der aus unserer Sicht unvernünftigen Ablehnung" (S. 159f). Die bisherigen Ausführungen legen allerdings nahe, dass nicht systematische ethische Verstösse, sondern in ihrer Systematik für Aussenstehende schwierig erkennbare Entscheidungsgrundlagen das Kernproblem von Zwangseinweisungen und unfreiwilligen Eintritten sind.

Diagnostische Risikofaktoren

Auch die Haupt-F-Diagnose determiniert nicht grundsätzlich, ob ein erhöhtes Risiko für Zwangseinweisung oder unfreiwilligen Eintritt besteht – es kommt vielfach auf das Geschlecht, gelegentlich auch auf das Eintrittsalter an. Altersdemente oder alkoholranke Frauen haben beispielweise ein höheres FFE-Risiko als Männer mit denselben Haupt-F-Diagnosen. Bei alkoholkranken und bei schizophrenen Frauen nimmt das Risiko einer Zwangseinweisung mit steigendem Eintrittsalter kontinuierlich zu.

Bedeutet dies, dass Frauen, vor allem in fortgeschrittenem Alter, kränker, uneinsichtiger oder aggressiver als Männer sind (Eichhorn et al. 2003; Link et al. 1992; Steinert 2002)? Die Auskünfte von erfahrenden Psychiatern und Psychiaterinnen in der stationären Versorgung (*Anhang IV*) ergaben, dass psychisch kranke Frauen allenfalls autoaggressiv sind oder Sachbeschädigung verursachen, während Angriffe auf Personen fast ausschliesslich durch Männer erfolgen.

Zwischen Suizid-Nebendiagnose und Eintrittsart fanden wir keinen Zusammenhang; tätlicher Angriff (Codes X85-Y09, WHO/DIMDI 1994, 1999) wurde nur in 33 von 91'313 Fällen codiert, und die Schwere der Krankheit ist überhaupt nicht erfasst.

Einige Krankheitsbilder gehen unabhängig von Geschlecht und Eintrittsalter mit erhöhtem Risiko für Zwangseinweisung und für unfreiwillige Eintritte einher, insbesondere akute Psychosen, schizoaffektive Störungen und manische Episoden/bipolare affektive Störungen. Das Risiko von Zwangseinweisungen und unfreiwilligen Eintritten bei Depression ist generell stark reduziert und nimmt mit zunehmendem Eintrittsalter immer weiter ab.

Insgesamt bestätigen unsere Resultate die bekannten diagnostischen Risikofaktoren für unfreiwillige Eintritte und Zwangseinweisungen (Frick et al. 2003; Riecher-Rössler & Rössler 1993). Eine Erklärung für die beschriebenen Geschlechtsunterschiede kann nicht geboten

werden. Es liegt aber die Vermutung nahe, dass sowohl Frauen als auch Männern – aus unterschiedlichen Gründen – der Zugang zu adäquater Versorgung versagt sein kann.

Zur künftigen Handhabung von Zwangseinweisungen

"Die Kritik an der Psychiatrie resultiert aus einer Kritik an dem Potential der Repression der Psychiatrie. Diese Kritik wird dadurch genährt, dass nicht nur in der Vergangenheit, sondern auch heute in manchen Staaten der Welt die Psychiatrie als Disziplinierungsinstanz missbraucht wird" (Maio 2005, S. 160).

Soviel ist aber doch festzuhalten: In Selbstdarstellungen, die allerdings nicht den Anspruch auf Repräsentativität erheben, sprechen Männer und Frauen mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen selbst erlebte fürsorgerische Freiheitsentziehungen überaus sachlich an (pro mente sana aktuell 1/05). Lauber (2005) stellt aufgrund wissenschaftlich abgesicherter, systematischer Untersuchungen fest: "Es scheint eine generelle Einschätzung zu sein, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung innerhalb des Gesundheitssystems wenn nötig mit Zwang untergebracht, teilweise auch behandelt werden können. Diese Haltung wird von vielen Involvierten, seien dies Direktbetroffene, deren Angehörigen oder Therapeuten, aber auch von der Allgemeinbevölkerung geteilt" (S. 115). Wie eine Bestätigung unserer Ausführungen nimmt sich die Einschätzung aus, "... dass es über die verschiedenen gesetzlichen Grundlagen hinaus große regionale und lokale Unterschiede in der Handhabung der fürsorgerischen Freiheitsentziehungen gibt, die allerdings schwierig zu untersuchen sind" (Lauber 2005, S. 116).

Die Herausforderungen an das Gesundheitswesen auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit und Gesundheitsversorgung psychisch Kranker sind also gross. Unsere Analysen haben gezeigt, dass es nicht nur schwierig ist, die Unterschiede in der Handhabung fürsorgerischer Freiheitsentziehungen wegen der Vielfalt an juristischen Ausführungsbestimmungen zu untersuchen. Schwierig wird auch sein, an der Schnittstelle zwischen niedergelassenen Ärzten bzw. Behörden und der psychiatrischen stationären Versorgung sowie innerhalb derselben auf die Harmonisierung der Entscheidungsgrundlagen und Entscheidungswege hinzuarbeiten. Die Notwendigkeit hierzu, das zeigen die vielen offenen Fragen, liegt vor.

Rolle der Medizinischen Statistik und Präzisierungsbedarf

Die Medizinische Statistik bietet noch weitere Vertiefungsmöglichkeiten, um Fragestellungen und Entscheidungsgrundlagen im Themenschwerpunkt psychische Gesundheit und Versorgung zu präzisieren. Gewisse qualitative Verbesserungen wären allerdings vorteilhaft:

Weder kantonale noch auf Bundesebene werden vollständige Statistiken über ärztlich und behördlich beantragte bzw. angeordnete fürsorgerische Freiheitsentziehungen geführt (Maier 2001). Wegen des freiwilligen Erhebungsmodus der Psychiatrie-Zusatzdaten ist selbst diese umfassendste schweizerische Erhebung fürsorgerischer Freiheitsentziehungen unvollständig. Auch fehlt, da es sich um keine psychiatrische Information handelt, die Angabe, in welchem

Kanton eine FFE ausgesprochen wurde¹⁷ und ob dies ärztlich oder behördlich geschah. Für vertiefte und gut abgesicherte Analysen struktureller Unterschiede wären vollständige und mit weiteren FFE-spezifischen Fragen ergänzte Psychiatrie-Zusatzdaten Voraussetzung.

Eine weitere Einschränkung für die Interpretation struktureller Unterschiede, besteht darin, dass das Bundesamt für Statistik aus Datenschutzgründen keine Informationen über Kliniken und Abteilungen zur Verfügung stellt. Deshalb liess sich nicht ermitteln, ob die verschiedenen Standortkantons-Typologien für unterschiedliche stationäre Behandlungsangebote stehen.

Ausgangspunkt jeder guten Datenanalyse sind gute Daten. Die Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten in der stationären psychiatrischen Versorgung in der Schweiz (*Anhang IV*) lassen Verbesserungsbedarf erkennen: Informationen zum Eintritt, wozu auch die Einweisung per FFE gehört, werden irgendwann zwischen Ein- und Austritt in die Fragebögen der Medizinischen Statistik eingetragen. Unfreiwilligkeit des Eintritts ohne FFE kann unseren Gesprächen zufolge sowohl ein korrekter als auch ein fehlerhafter Fragebogeneintrag sein. Die vielfältigen kantonalen Ausführungsbestimmungen und die Unkenntnis des Kantons, in dem eine Zwangseinweisung verfügt wurde, erlauben keine nachträgliche Datenkorrektur. Freiwilligkeit bedeutet häufig das Vorliegen eines unterzeichneten Freiwilligenscheins (vgl. Borghi 1991, 1995; Maier 2001). Kontinuierliche ärztliche Fortbildung und regelmässige Konsultation der schriftlichen Ausführungen zur Medizinischen Statistik erscheinen deshalb angebracht.

Folgerung

Anhand der Vollerhebung mit einer nationalen Schweizer Datenbank werden frühere, auf weniger vollständigen Daten beruhende Erkenntnisse vollumfänglich bestätigt: Ob Eintritte freiwillig, unfreiwillig oder per fürsorgerische Freiheitsentziehung erfolgen, lässt sich in der Schweiz nicht eindeutig auf diagnostische, soziodemographische und psychosoziale Faktoren der betroffenen Patientinnen und Patienten zurückführen. Strukturelle Faktoren, d.h. der Kanton, in dem die stationäre Versorgung erfolgt (grundsätzlich aber der Kanton, in dem eine FFE verfügt wird), möglicherweise aber jeder einzelne Entscheidungsträger in der Ereigniskette, die zu unfreiwilligen Eintritten oder Zwangseinweisungen führt, determinieren die Eintrittsart. Eine strukturelle Determinante ist weder auf Ebene des Bundesgesetzes in Art. 397a-c ZGB, noch auf Ebene kantonaler Psychiatriegesetze oder Ausführungsbestimmungen zu fürsorgerischen Freiheitsentziehungen vorgesehen und indiziert dringendes gesundheitspolitisches Handeln.

¹⁷ Ausserkantonale Patienten, die per FFE aufgenommen wurden, sind aus finanziellen Gründen gemäss Krankenversicherungsgesetz KVG möglichst rasch in eine Klinik ihres Wohnkantons zu überweisen. Dort findet eine Beurteilung der Verhältnismässigkeit der FFE statt, die zu einer neuen Entscheidung führen kann.

7 Literatur

- Althaus D, Hegerl U (2002). Das Kompetenznetz "Depression, Suizidalität" am Beispiel des Nürnberger Bündnisses gegen Depression. Tagungsbericht Nationale Gesundheitspolitik Schweiz 12. und 13. September 2002, MuttENZ/BL: 24-32
- Angermeyer MC, Matschinger H (1996a). Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 94: 326-336
- Angermeyer MC, Matchinger H (1996b). Soziale Distanz der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken. *Gesundheitswesen* 58, Sonderheft: 18-24
- Bauer M (1982). Zwangseinweisungen in der Psychiatrie – rechtliche und praktische Gegebenheiten, Bundesrepublik Deutschland. In: Waller H (Hg) (1982). *Zwangseinweisung in der Psychiatrie*. Verlag Hans Huber, Bern
- Borghi M (1991). Evaluation de l'efficacité de la législation sur la privation de liberté à des fins d'assistance. *Pro Mente Sana*
- Borghi M (1995). Plädoyer für eine psychiatrische Versorgung, die ethischen Prinzipien gehorcht. *pro mente sana aktuell* 4: 21-25
- Briss PA (2005). Evidence-based: US read and public-health side of the street. *Lancet* 365, 2005: 828-829
- Bundesamt für Statistik (2001). *Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens – Krankenhaustypologie*. Neuenburg
- Bundesamt für Statistik (Hg) (2002). *Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierungsrichtlinien Version 1.0*. Neuenburg, S. 25
- Bundesamt für Statistik (2003a). *Tabellen der Gesundheitsstatistik, Medizinische Statistik Resultate 1999 (Standardtabellen), E.1. Anzahl Fälle, nach Kapitel ICD10, nach Alter und Geschlecht, 1999*
- Bundesamt für Statistik (2003b). *Tabellen der Gesundheitsstatistik, Medizinische Statistik Resultate 2000 (Standardtabellen), E.1. Anzahl Fälle, nach Kapitel ICD10, nach Alter und Geschlecht, 2000*
- Bundesamt für Statistik, Walliser Gesundheitsobservatorium (Hg) (2004). *Beurteilung der Datenqualität in der Medizinischen Statistik 1998-2001*. *StatSanté* 1/2004, Neuchâtel
- Cahn T (1995). Gewalt – Element des psychiatrischen Berufes. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 146: 109-114
- Christen S, Christen L (2003). *Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen in der Schweiz 1998 bis 2000*. Arbeitsdokument 1/03 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuenburg

- Christen S, Christen L (2004). Basisdaten Psychiatrie 2000 – Beschreibung der stationären Behandlungen psychischer Störungen in der Schweiz. Webpublikation des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums
- Christen S, Christen L (2005a). Basisdaten Psychiatrie 2001 – Beschreibung der stationären Behandlungen psychischer Störungen in der Schweiz. Webdokument 1/05, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Christen S, Christen L (2005b). Basisdaten Psychiatrie 2002 – Beschreibung der stationären Behandlungen psychischer Störungen in der Schweiz. Webdokument 2/05, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hg) (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern
- Eichhorn M, Zimmermann R, Kräuchi K, Finzen A (2003). Entscheide der Psychiatrierekurskommission des Kantons Basel-Stadt im Jahr 2000. Rekursverfahren bei fürsorgerischen Freiheitsentziehungen in einem Schweizer Kanton. Psychiatr Prax 30: 139-144
- Finzen A, Alder B, Hoffmann-Richter U (1996). Meinungen zur Schizophrenie: Eine Befragung von Journalistinnen und Journalisten. Psychiatr Prax 23: 294-295
- Fisher WA (1994). Restraint and seclusion: a review of the literature. Am J Psychiatry 151: 1584-1591
- Forster R (1997). Psychiatrische Macht und rechtliche Kontrolle. Döcker Verlag, Wien
- Frick U, Rüesch P, Neuenschwander M, Rössler W (2003). Unfreiwillige psychiatrische Hospitalisierungen im Kanton Zürich 1995 bis 2001: Wieviel? Wer? Wie? Mit welchem Ergebnis? Schweiz Arch Neurol Psychiatr 154: 116-126
- Geiser T (2002). 10. Titel: Die allgemeine Ordnung der Vormundschaft, 6. Abschnitt: Die fürsorgerische Freiheitsentziehung, III Rechtsfolge. In: Honsell H, Vogt NP, Geiser T (Hg) Basler Kommentar ZGB I (Art. 1-456)
- Geser AM (1999). Aggressionen von hospitalisierten psychisch Kranken: Eine systematische Evaluation von knapp 2000 Aggressionsfällen. Inauguraldissertation, Medizinische Fakultät Universität Zürich
- Horwitz AV (2002). The social control of mental illness, 2nd ed. Percheron Press, New York
- Iversen KI, Høyer G, Sexton H, Grønli OK (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. Nord J Psychiatry 56: 433-439
- Jacoby R, Oppenheimer C (eds) (2002). Psychiatry in the elderly, 3rd edition. Oxford Medical Publications, Oxford
- Janus ES (2004). Sexually violent predator laws: psychiatry in service to a morally dubious enterprise. In: Medicine, Crime, and Punishment. The Lancet Special Issue 2004, 50-51
- Knuf A (2002). "In diese Klinik kriegt mich keiner mehr." – Traumaerfahrungen durch psychiatrische Behandlung und Krisenerleben. pro mente sana aktuell 4: 10-12

- Kunz R (2002). So kann ich mich wehren... pro mente sana aktuell 4: 21-23
- The Lancet (2005). "The feeble-minded criminal" – 100 years on. Editorial: 359-360
- Lauber C (2005). Zwang und Autonomie bei psychischer Krankheit – Ein Dilemma für die Betroffenen und die Gesellschaft. In: Rössler W, Hoff P (Hg) Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Springer Medizin Verlag, Heidelberg: 101-118
- Lauber C, Falcato L, Rössler W (2000a). Attitudes to compulsory admission in psychiatry. Lancet 355: 2080
- Lauber C, Nordt C, Sartorius N, Falcato L, Rössler W (2000b). Public acceptance of restrictions on mentally ill people. Acta Psychiatr Scand 102, Suppl 407: 26-32
- Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W (2001). Lay recommendations on how to treat mental disorders. Soc Psychiatry Epidemiol 36: 553-556
- Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W (2002). Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. Acta Psychiatr Scand 105: 385-389
- Link BG, Andrews H, Cullen FT (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. Am Sociol Rev 57: 275-292
- Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SP, Kirsch BL, Monahan J, Bennett NS, Eisenberg M, Gardner W, Roth LH (2000). Sources of coercive behaviours in psychiatric admissions. Acta Psychiatr Scand 101: 73-79
- Lopez R, Jakob O, Hoffmann-Richter U, Finzen A (1998). Fürsorgerische Freiheitsentziehung. – Ordentliches Verfahren und Gefahr im Verzug. Psychiatr Prax 25: 246-247
- McGorry PD, Chaneen A, McCarthy E, van Riel R, McKenzie D, Singh BS (1991). Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis: an unrecognized postpsychotic syndrome. J Nerv Ment Dis 179: 253-258
- Maier T (2001). Die Praxis der Fürsorgerischen Freiheitsentziehung. Praxis 90: 1575-1581
- Maio G (2005). Ethische Reflexionen zum Zwang in der Psychiatrie. In: Rössler W, Hoff P (Hg) Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Springer Medizin Verlag, Heidelberg: 145-164
- Meier M (2005). Zwang und Autonomie in der psychiatrischen Anstalt – Theoretische Überlegungen und empirische Befunde aus historischer Sicht. In: Rössler W, Hoff P (Hg) Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Springer Medizin Verlag, Heidelberg: 67-87
- Meyer PC, Hell D (2001). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In: Kocher G, Oggier W (Hg) Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002. Konkordat der Schweizer Krankenversicherer
- Meyer PC, Hell D (2004). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In: Kocher G, Oggier W (Hg) Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Verlag Hans Huber, Bern: 242-253
- Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Aijala A, Helenius H (1999). Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. J Nerv Ment Dis 187: 343-352

- Möller H-J, Laux G, Deister A (2001). *Psychiatrie und Psychotherapie*, 2. Aufl. Thieme Verlag, Stuttgart
- Müssigbrodt H, Kleinschmidt S, Schürmann A, Freyberger HJ, Dilling H (2000). *Psychische Störungen in der Praxis. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der primären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung nach dem Kapitel V (F) der ISC-10 (PHC)*, 2. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern
- Needham I, Abderhalten C, Dassen T, Haug HJ, Fischer JE (2002). Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry. *Swiss Med Wkly* 132: 253-258
- Neuenschwander M, Meyer PC, Hell D (2003). Verlauf und Einflussfaktoren der Öffnungszeiten von teiloffen geführten psychiatrischen Akutstationen. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 154: 20-27
- Nicholson RA, Ekenstam C, Norwood S (1996). Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *Int J Law Psychiat* 19: 201-217
- Oehninger S (2002). "Ich hatte doch nichts verbrochen". *pro mente sana aktuell* 4: 6-8
- Paro Bachman S (2004). Analyse des Einflusses psychopharmakologischer, Umgebungsbezogener und individueller Variablen auf das Gewaltverhalten psychiatrischer Patienten: eine retrospektive Studie. Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Bern
- Priebe S, Bröker M, Gunkel S (1998). Involuntary admission and posttraumatic stress disorder symptoms in schizophrenia patients. *Compr Psychiatry* 39: 220-224
- Pro Mente Sana (Hg) (2004). Angehörige: hilflos und stark. Informationen aus der Psychiatrieszene Schweiz 4/04
- Radebold H, Hirsch RD, Kipp J, Kortus R, Stoppe G, Struwe B, Wächtler C (Hg) (1997). *Depressionen im Alter*. Steinkopff, Darmstadt
- Riecher A, Rössler W, Löffler W, Fatkenheuer B (1991). Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychol Med* 21: 197-208
- Riecher-Rössler A, Rössler W (1993). Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. *Acta Psychiatr Scand* 87: 231-236
- Rüesch P, Meyer PC, Graf J, Hell D (2002). Beschäftigungslage von Schizophrenie- und Affektkranken. *Psychiatr Prax* 29: 68-75
- Rössler W, Hoff P (Hg) (2005). *Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Salize HJ, Dreßing H (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiat* 184: 163-168
- Salize HJ, Dreßing H, Peitz M (2002). Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients – legislation and practice in EU-member states. Final report. European commission – Health & Consumer Protection Directorate-General

- Schöpf J (2003). Psychiatrie für die Praxis, 2. Aufl. Springer-Verlag, Berlin
- Smolka M, Klinitz H, Scheuring B, Fähndrich E (1997). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie aus der Sicht der Patienten. – Eine prospektive Untersuchung. Nervenarzt 68: 888-895
- Spagnoli A (1995). Wünsche der Angehörigen – Rechte der Patienten. pro mente sana aktuell 4: 20
- Steiner I (2002). "Es war sehr schwierig, Hilfe zu bekommen". pro mente sana aktuell 4: 9
- Steinert T (2002). Gewalttätiges Verhalten von Patienten in Institutionen. – Vorhersagen und ihre Grenzen. Psychiatr Prax 29: 61-67
- Steinert T, Hinüber W, Arenz D, Röttgers HR, Biller N, Gebhardt RP (2001). Ethische Konflikte bei der Zwangsbehandlung schizophrener Patienten. – Entscheidungsverhalten und Einflussfaktoren an drei prototypischen Fallbeispielen. Nervenarzt 72: 700-708
- Sturny I, Cerboni S, Christen S, Meyer PC (2004). Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz. Arbeitsdokument 4/03 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Obsan Verlag, Neuchâtel
- Sundquist K, Frank G, Sundquist J (2004). Urbanisation and incidence of psychosis and depression. Br J Psychiatr 84: 293-298
- Waller H (Hg) (1982). Zwangseinweisung in der Psychiatrie. Verlag Hans Huber, Bern
- WHO/DIMDI: www.dimdi.de [ICD-10-Klassifikation online]
- Zinkler M, Priebe S (2002). Detention of the mentally ill in Europe – a review. Acta Psychiatr Scand 106: 3-8
- Zogg H, Lauber C, Ajdacic-Gross V, Rössler W (2003). Einstellung von Experten und Laien gegenüber negativen Sanktionen bei psychisch Kranken. Psychiatr Prax 30: 379-383

8 Glossar

Epidemiologie

"Epidemiologie befasst sich mit der Frage, wie Erkrankungen in Bevölkerungen verteilt sind und untersucht Faktoren, die diese Verteilungsmuster beeinflussen oder bestimmen. [...] Der Epidemiologie liegt die Annahme zugrunde, dass Krankheiten nicht zufällig in einer Bevölkerung verteilt sind." (Gordis 2001, S. 3). Die wichtigen Aufgaben der Epidemiologie sind: (1) Erkennen der Krankheitsursachen bzw. Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten; (2) Bestimmung der Krankheitslast in der Bevölkerung; (3) Untersuchung des natürlichen Verlaufs und der Prognose von Krankheiten; (4) Bewertung/Evaluation von präventiven oder therapeutischen Massnahmen; (5) Schaffung von Grundlagen für die Gesundheitspolitik.

Logistische Regression

Die logistische Regression ist ein statistisches Verfahren, in dem mehrere mögliche Einflussfaktoren (Determinanten, unabhängige Variablen) so in Beziehung zueinander gesetzt werden, dass sie ein dichotomes Ergebnis (Outcome, abhängige Variable) am besten erklären. In unserer Studie sind die Ergebniswerte freiwilliger Eintritt und Zwangseinweisung per FFE, bzw. freiwilliger Eintritt und unfreiwilliger Eintritt ohne FFE. Die möglichen Determinanten sind Geschlecht, Altersgruppe, Diagnose, Standortkantons-Typologie etc. Diese Determinanten können jede für sich Einfluss darauf haben, ob ein Eintritt freiwillig oder unfreiwillig erfolgt. Sie können aber auch untereinander zusammenhängen. Diese möglichen Zusammenhänge zwischen Determinanten werden in der logistischen Regression berücksichtigt.

Relative Risiken

Generell beschreibt das relative Risiko die Chance, mit der ein Ereignis bei exponierten Personen im Vergleich zu nicht-exponierten Personen eintreten wird. Expositionen können das Risiko des Ereigniseintritts erhöhen – ein Hundebiss erhöht das Risiko einer Tetanusinfektion. Expositionen können das Risiko auch reduzieren – von Impfungen erwartet man dies. In unserer Studie besteht die *Exposition* aus einer bestimmten F-Hauptdiagnose, z.B. F20 Schizophrenie. – Nicht-Exponierte sind alle Fälle, die keine F20-Diagnose haben. Die *Ereignisse/Outcomes* sind entweder unfreiwillige Eintritte ohne fürsorgliche Freiheitsentziehung oder Zwangseinweisungen per FFE. "Nicht-Ereignis" ist jeder freiwillige Eintritt in eine psychiatrische Institution.

Odds: Odds oder Chancen beschreiben das Verhältnis aus der Zahl der Möglichkeiten für das Eintreten eines Ereignisses zur Zahl der Möglichkeiten für sein Ausbleiben. In unserer Studie fragen wir beispielsweise, wie hoch die Chance eines Schizophreniekranken (Diagnose F20) für eine Zwangseinweisung gegenüber der Chance für einen freiwilligen Eintritt ist [Odds_{F20}]. Des Weiteren fragen wir, wie hoch die Chance eines Nicht-Schizophreniekranken (alle anderen Diagnosen) für eine Zwangseinweisung gegenüber der Chance für einen freiwilligen Eintritt ist [$\text{Odds}_{\text{Nicht-F20}}$].

Odds Ratio: In der epidemiologischen Forschung ist das Odds-Ratio ein gebräuchliches Mass, um die Höhe des Risikos auszudrücken, mit dem ein Ereignis – in unserer Studie das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts oder gar einer Zwangseinweisung – eintreten wird. Das Odds Ratio ist der Quotient aus den Odds der Schizophreniekranken und den Odds der Nicht-Schizophreniekranken $\text{Odds}_{F20} : \text{Odds}_{\text{Nicht-F20}}$.

Ein Odds Ratio [Abkürzung OR] von 1 bedeutet, dass die Diagnose – z.B. Schizophrenie – das Risiko eines unfreiwilligen Eintritts oder einer Zwangseinweisung weder erhöht noch vermindert; dieser Wert ist neutral. Ein OR zwischen 1 und 0 bedeutet ein vermindertes Risiko – je näher gegen 0, desto stärker vermindert. OR über 1 steht für ein erhöhtes Risiko – je grösser das OR, desto grösser das Ereignis-Risiko. $\text{OR} = 0.5$ bedeutet, das Risiko einer Zwangseinweisung ist für Schizophrene halb so hoch wie für Nicht-Schizophrene; $\text{OR} = 3.0$ bedeutet, das Risiko einer Zwangseinweisung ist für Schizophrene dreimal so hoch wie für Nicht-Schizophrene. Zu beachten ist, dass verminderte Risiken sich nur in Werten zwischen 0 und 1, erhöhte Risiken aber zwischen 1 und ∞ (unendlich) bewegen können.

Die Odds Ratios der Resultate-Kapitel 3.2 und 3.3 basieren auf Kreuztabellen, in Kapitel 3.4 sind multivariate Odds Ratios aus logistischen Regressionen dargestellt.

Konfidenzintervall: Zusammen mit den Relativen Risiken gibt man das sogenannte Konfidenzintervall [Abkürzung CI] an, das die Streuung der einzelnen Messwerte zum Ausdruck bringt.

Interpretation von Grafiken: Die grafische Darstellung von OR und CI ist sehr anschaulich: Wenn OR und CI gänzlich über 1 liegen, dann kann man von einem bedeutsam erhöhten Risiko sprechen, wenn RR und CI vollständig unter 1 liegen, dann ist das Risiko bedeutsam reduziert. Überquert das Konfidenzintervall die 1, dann besteht kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen Exposition und Ereignis – hier: zwischen einer bestimmten Erkrankung und dem unfreiwilligen bzw. Zwangseintritt.

Zusammenhänge und ihre Interpretation

Wenn man einen Zusammenhang feststellt – beispielsweise, dass mehr Männer als Frauen per FFE eingewiesen werden – dann ist zu fragen, ob dieser Zusammenhang real oder scheinbar ist.

Kausaler Zusammenhang: Dies ist die Bezeichnung für einen realen Zusammenhang. Um Kausalität festzustellen, bedarf es zahlreicher Voraussetzungen, die durch die Erhebungsart der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser nicht erfüllt sind.

Confounding: Ein festgestellter Zusammenhang ist nicht echt, sondern ist erklärbar durch einen weiteren Faktor, der mit den beiden ersten Faktoren in Beziehung steht. Confounding ist kein Fehler in der Untersuchung, muss aber erkannt und bei der Interpretation von Resultaten berücksichtigt werden.

Effektmodifikation oder Interaktion: Hiermit ist gemeint, dass sich eine Wirkung in Gegenwart von zwei oder mehreren Risikofaktoren von der einzelnen Wirkung eines jeden Risikofaktors unterscheidet, d.h. grösser oder kleiner ist. Interaktionen sind Realität und somit Erkenntnisse, die kommuniziert werden müssen.

Anhang I: Tabellen zu den Resultatekapiteln

Tabellenverzeichnis

Tabelle A4.7.1	Eintrittsart nach Jahr und Standortkanton
Tabelle A4.7.3	Eintrittsart nach Standortkantons-Typologie
Tabelle A5.1.1a	Eintrittsart nach Geschlecht und Lebensphasen
Tabelle A5.1.1b	Eintrittsart nach Standortkantons-Typologie, Geschlecht und Lebensphasen
Tabelle A5.1.5	Eintrittsart nach Einweiser
Tabelle A5.2	Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für unfreiwillige Eintritte ohne und mit FFE – soziodemographische und psychosoziale Faktoren
Tabelle A5.2.2-1	Höchster Schulabschluss: keine Schulbildung oder nur obligatorische Volksschule versus alle höheren Schul- und Berufsbildungen
Tabelle A5.2.2-2	Nicht-Erwerbstätige versus Teil- oder Vollzeit Erwerbstätige, Eintrittsalter 20-59 Jahre
Tabelle A5.2.3-1	Ledige versus nicht Ledige
Tabelle A5.2.3-2	Geschiedene versus nicht Geschiedene
Tabelle A5.2.3-3	Zu Hause allein Wohnende versus alle anderen Aufenthaltsorte vor Eintritt
Tabelle A5.3	Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für unfreiwillige Eintritte ohne und mit FFE – Haupt-F-Diagnosen, Geschlecht und Lebensphasen
Tabelle A5.3.1	F00-F03, organische einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen, Alter 60 bis 79 Jahre
Tabelle A5.3.2-1	F10, Störungen durch Alkohol
Tabelle A5.3.2-2	F11-F19, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ohne Alkohol), Alter 20 bis 59 Jahre
Tabelle A5.3.3-1	F2, Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
Tabelle A5.3.3-2	F20, Schizophrenie
Tabelle A5.3.3-3	F21, F22, F24, F28, F29, verschiedene anderweitig nicht aufgeführte Psychoseformen
Tabelle A5.3.3-4	F23, Akute vorübergehende psychotische Störungen
Tabelle A5.3.3-5	F25, Schizoaffective Störungen
Tabelle A5.3.4-1	F30/F31, manische Episode, bipolare affektive Störung
Tabelle A5.3.4-2	F32/F33, depressive Episode, rezidivierende depressive Störungen

Tabelle A5.3.5-1	F4, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
Tabelle A5.3.5-2	F40 phobische Störungen, Alter 20 bis 59 Jahre
Tabelle A5.3.5-3	F43, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
Tabelle A5.3.6	F6, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
Tabelle A5.4.1	Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für fürsorgliche Freiheitsentziehungen (FFE) versus freiwillige Eintritte für zwei Standortkantons-Typologien
Tabelle A5.4.2	Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für unfreiwillige Eintritte ohne FFE versus freiwillige Eintritte für drei Standortkantons-Typologien
Tabelle A5.4.3-1	Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für fürsorgliche Freiheitsentziehungen (FFE) versus freiwillige Eintritte – Gesamtmodell einschliesslich der Standortkantone Typ 1 (> 75% freiwillige Eintritte) und Typ 2 (> 25% FFE), N = 65'010
Tabelle A5.4.3-2	Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für unfreiwillige Eintritte versus freiwillige Eintritte – Gesamtmodell einschliesslich der Standortkantone Typ 1 (> 75% freiwillige Eintritte) und Typ 2 (> 25% FFE), N = 58'466
Tabelle A5.4.3-3	Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für unfreiwillige Eintritte versus freiwillige Eintritte – Gesamtmodell einschliesslich der Standortkantone Typ 2 (> 25% FFE) und Typ 3 (> 25% unfreiwillige Eintritte ohne FFE), N = 58'466

Tabelle A4.7.1 Eintrittsart nach Jahr und Standortkanton

	2000			2001			2002					
	freiwillig	unfreiwillig	mit FFE	freiwillig	unfreiwillig	mit FFE	freiwillig	unfreiwillig	mit FFE	freiwillig	unfreiwillig	mit FFE
ZH	4852	91	2418	5487	109	2455	6004	72	2449	16343	272	7322
Zeilen-%	65.9%	1.2%	32.8%	68.2%	1.4%	30.5%	70.4%	.8%	28.7%	68.3%	1.1%	30.6%
BE	2605	785	1324	2689	685	1303	3137	482	1390	8431	1952	4017
Zeilen-%	55.3%	16.7%	28.1%	57.5%	14.6%	27.9%	62.6%	9.6%	27.8%	58.5%	13.6%	27.9%
LU	211	6	58							211	6	58
Zeilen-%	76.7%	2.2%	21.1%							76.7%	2.2%	21.1%
OW	136	4	9	131	2	3	124	4	10	391	10	22
Zeilen-%	91.3%	2.7%	6.0%	96.3%	1.5%	2.2%	89.9%	2.9%	7.2%	92.4%	2.4%	5.2%
ZG	460	5	182	420	5	222	11		2	891	10	406
Zeilen-%	71.1%	.8%	28.1%	64.9%	.8%	34.3%	84.6%		15.4%	68.2%	.8%	31.1%
SO	629	10	213	557	7	211	604	12	212	1790	29	636
Zeilen-%	73.8%	1.2%	25.0%	71.9%	.9%	27.2%	72.9%	1.4%	25.6%	72.9%	1.2%	25.9%
BS	1266		270	2113	67	328	2678	89	280	6057	156	878
Zeilen-%	82.4%		17.6%	84.3%	2.7%	13.1%	87.9%	2.9%	9.2%	85.4%	2.2%	12.4%
BL	746	11	236	776	11	241	855	25	259	2377	47	736
Zeilen-%	75.1%	1.1%	23.8%	75.5%	1.1%	23.4%	75.1%	2.2%	22.7%	75.2%	1.5%	23.3%
SH	304	77	24							304	77	24
Zeilen-%	75.1%	19.0%	5.9%							75.1%	19.0%	5.9%
AR	243	8	64	260	9	79	272	19	46	775	36	189
Zeilen-%	77.1%	2.5%	20.3%	74.7%	2.6%	22.7%	80.7%	5.6%	13.6%	77.5%	3.6%	18.9%
SG	1417	34	413	1425	5	424	1500	8	445	4342	47	1282
Zeilen-%	76.0%	1.8%	22.2%	76.9%	.3%	22.9%	76.8%	.4%	22.8%	76.6%	.8%	22.6%
GR	778	16	170	332	4	92	915	18	205	2025	38	467
Zeilen-%	80.7%	1.7%	17.6%	77.6%	.9%	21.5%	80.4%	1.6%	18.0%	80.0%	1.5%	18.5%
AG							845	44	594	845	44	594
Zeilen-%							57.0%	3.0%	40.1%	57.0%	3.0%	40.1%
TG	1114	31	178	1502	26	225	1546	30	276	4162	87	679
Zeilen-%	84.2%	2.3%	13.5%	85.7%	1.5%	12.8%	83.5%	1.6%	14.9%	84.5%	1.8%	13.8%
TI	876		20	1404	3	637	1539	2	712	3819	5	1369
Zeilen-%	97.8%		2.2%	68.7%	.1%	31.2%	68.3%	.1%	31.6%	73.5%	.1%	26.4%
VS	1082	165	28	1191	183	26	958	165	67	3231	513	121
Zeilen-%	84.9%	12.9%	2.2%	85.1%	13.1%	1.9%	80.5%	13.9%	5.6%	83.6%	13.3%	3.1%
NE	523	211	16	421	117	12	668	214	4	1612	542	32
Zeilen-%	69.7%	28.1%	2.1%	76.5%	21.3%	2.2%	75.4%	24.2%	.5%	73.7%	24.8%	1.5%
GE	1999	1875		1892	1952		1489	1797		5380	5624	
Zeilen-%	51.6%	48.4%		49.2%	50.8%		45.3%	54.7%		48.9%	51.1%	
Total	19241	3329	5623	20600	3185	6258	23145	2981	6951	62986	9495	18832
Zeilen-%	68.2%	11.8%	19.9%	68.6%	10.6%	20.8%	70.0%	9.0%	21.0%	69.0%	10.4%	20.6%

Tabelle A4.7.3 Eintrittsart nach Standortkantons-Typologie

	freiwillig	unfreiwillig	mit FFE	Total
>75% freiwillige Eintritte (LU,OW,BS,BL,SH,AR,SG,GR,TG,VS)	23875	1017	4456	29348
Zeilen-%	81.4%	3.5%	15.2%	100.0%
>25% Eintritte mit FFE (ZH,BE,ZG,SO,AG,TI)	32119	2312	14344	48775
Zeilen-%	65.9%	4.7%	29.4%	100.0%
>25% unfreiwillige Eintritte (NE,GE)	6992	6166	32	13190
Zeilen-%	53.0%	46.7%	.2%	100.0%
Total	62986	9495	18832	91313
Zeilen-%	69.0%	10.4%	20.6%	100.0%

Tabelle A5.1.1a Eintrittsart nach Geschlecht und Lebensphasen

	20-39			40-59			60-79		
	freiwillig	unfreiwillig	mit FFE	freiwillig	unfreiwillig	mit FFE	freiwillig	unfreiwillig	mit FFE
Mann	16816	2762	5695	11544	1600	3360	3338	597	1095
Zeilen-% (Geschlecht)	36%	6%	12%	25%	3%	7%	7%	1%	2%
Frau	14054	2043	3739	12025	1765	3616	5209	728	1327
Zeilen-% (Geschlecht)	32%	5%	8%	27%	4%	8%	12%	2%	3%
Total	30870	4805	9434	23569	3365	6976	8547	1325	2422
Zeilen-% (Geschlecht)	34%	5%	10%	26%	4%	8%	9%	1%	3%
Zeilen-% (Alter)	68%	11%	21%	70%	10%	21%	70%	11%	20%

Tabelle A5.1.1b Eintrittsart nach Standortkantons-Typologie, Geschlecht und Lebensphasen

Männer

	20-39				40-59				60-79				Total
	freiwillig	unfreiwillig	mit FFE		freiwillig	unfreiwillig	mit FFE		freiwillig	unfreiwillig	mit FFE		
>75% freiwillige Eintritte (LU,OW,BS,BL,SH,AR,SG,GR,TG,VS)	6206	397	1275		4687	173	771		1401	60	300		15270
Zeilen-%	78.8%	5.0%	16.2%		83.2%	3.1%	13.7%		79.6%	3.4%	17.0%		100.0%
>25% Eintritte mit FFE (ZH,BE,ZG,SO,AG,TI)	8775	674	4403		5560	434	2581		1589	135	794		24945
Zeilen-%	63.3%	4.9%	31.8%		64.8%	5.1%	30.1%		63.1%	5.4%	31.5%		100.0%
>25% unfreiwillige Eintritte (NE,GE)	1835	1691	17		1297	993	8		348	402	1		6592
Zeilen-%	51.8%	47.7%	.5%		56.4%	43.2%	.3%		46.3%	53.5%	.1%		100.0%
Total	16816	2762	5695		11544	1600	3360		3338	597	1095		46807
Zeilen-%	66.5%	10.9%	22.5%		69.9%	9.7%	20.4%		66.4%	11.9%	21.8%		100.0%

Frauen

	20-39				40-59				60-79				Total
	freiwillig	unfreiwillig	mit FFE		freiwillig	unfreiwillig	mit FFE		freiwillig	unfreiwillig	mit FFE		
>75% freiwillige Eintritte (LU,OW,BS,BL,SH,AR,SG,GR,TG,VS)	4980	174	789		4667	166	962		1934	47	359		14078
Zeilen-%	83.8%	2.9%	13.3%		80.5%	2.9%	16.6%		82.6%	2.0%	15.3%		100.0%
>25% Eintritte mit FFE (ZH,BE,ZG,SO,AG,TI)	7379	445	2948		6087	435	2652		2729	189	966		23830
Zeilen-%	68.5%	4.1%	27.4%		66.4%	4.7%	28.9%		70.3%	4.9%	24.9%		100.0%
>25% unfreiwillige Eintritte (NE,GE)	1695	1424	2		1271	1164	2		546	492	2		6598
Zeilen-%	54.3%	45.6%	.1%		52.2%	47.8%	.1%		52.5%	47.3%	.2%		100.0%
Total	14054	2043	3739		12025	1765	3616		5209	728	1327		44506
Zeilen-%	70.9%	10.3%	18.8%		69.1%	10.1%	20.8%		71.7%	10.0%	18.3%		100.0%

Tabelle A5.1.5 Eintrittsart nach Einweiser

	Freiwillig	Unfreiwillig	mit FFE	Total (Kol.-%)
Patient	16285	17	325	16627
Zeilen-%	97.9	.1	2.0	18.2
Angehörige	2777	48	631	3456
Zeilen-%	80.4	1.4	18.3	3.8
praktizierender Arzt	16294	1952	5390	23636
Zeilen-%	68.9	8.3	22.8	25.9
praktizierender Psychiater	8685	646	3704	13035
Zeilen-%	66.6	5.0	28.4	14.3
somatisches Spital	5999	973	3432	10404
Zeilen-%	57.7	9.4	33.0	11.4
eig. psychiatrische Klinik	7240	4680	966	12886
Zeilen-%	56.2	36.3	7.5	14.1
andere psychiatrische Klinik	3226	562	2154	5942
Zeilen-%	54.3	9.5	36.3	6.5
Rettungsdienst/Behörden	588	110	1464	2162
Zeilen-%	27.2	5.1	67.7	2.4
andere	1805	494	723	3022
Zeile-n%	59.7	16.3	23.9	3.3
Total	62899	9482	18789	91170
Zeilen-%	69	10.4	20.6	100.0

Fehlende Angaben: 143

Tabellen A5.2 Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für Zwangseinweisungen (mit FFE) und unfreiwillige Eintritte – soziodemographische und psychosoziale Faktoren

Tabelle A5.2.2-1 Höchster Schulabschluss: keine Schule oder nur obligatorische Volksschule versus alle höheren Schul- und Berufsbildungen

		keine/oblig. Volksschule, Eintritt...	keine/oblig. Volksschule, Eintritt freiwillig	Lehre bis Hochschule, Eintritt...	Lehre bis Hochschule, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	Mann, 20-39	1836	5416	2482	8899	1.215	1.134	1.302
	Mann, 40-59	745	2513	1790	6878	1.139	1.034	1.255
	Mann, 60-79	222	627	574	2016	1.244	1.040	1.487
	Frau, 20-39	1200	4669	1632	7235	1.139	1.049	1.238
	Frau, 40-59	907	3399	1708	6049	.945	.863	1.035
	Frau, 60-79	382	1810	470	2011	.903	.778	1.048
	Mann	2803	8556	4846	17793	1.203	1.141	1.269
	Frau	2489	9878	3810	15295	1.012	.956	1.070
	Alle	5292	18434	8656	33088	1.097	1.056	1.141
	Mann, 20-39	932	5416	1254	8899	1.221	1.115	1.338
...unfreiwillig	Mann, 40-59	432	2513	830	6878	1.425	1.257	1.614
	Mann, 60-79	171	627	292	2016	1.883	1.528	2.320
	Frau, 20-39	656	4669	946	7235	1.075	.966	1.195
	Frau, 40-59	565	3399	805	6049	1.249	1.113	1.402
	Frau, 60-79	251	1810	307	2011	.908	.760	1.086
	Mann	1535	8556	2376	17793	1.344	1.254	1.440
	Frau	1472	9878	2058	15295	1.107	1.031	1.190
	Alle	3007	18434	4434	33088	1.217	1.158	1.279

Tabelle A5.2.2-2 Nicht-Erwerbstätige versus Teil- oder Vollzeit Erwerbstätige, Eintrittsalter 20-59 Jahre

		nicht Erwerbs- tätige, Eintritt...	nicht Erwerbs- tätige, Eintritt freiwillig	Erwerbs- tätige, Eintritt...	Erwerbs- tätige, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	Mann, 20-39	3114	8006	1486	5059	1.324	1.233	1.422
	Mann, 40-59	1665	4186	979	4199	1.706	1.559	1.866
	Frau, 20-39	1866	5661	1032	4254	1.359	1.247	1.480
	Frau, 40-59	1801	4415	872	3343	1.564	1.426	1.715
	Mann	4779	12192	2465	9258	1.472	1.393	1.556
	Frau	3667	10076	1904	7597	1.452	1.364	1.546
	Alle	8446	22268	4369	16855	1.463	1.404	1.525
	Mann, 20-39	1057	8006	580	5059	1.152	1.034	1.282
	Mann, 40-59	451	4186	423	4199	1.070	.930	1.229
	Frau, 20-39	640	5661	466	4254	1.032	.910	1.170
...unfrei- willig	Frau, 40-59	487	4415	346	3343	1.066	.922	1.232
	Mann	1508	12192	1003	9258	1.142	1.049	1.242
	Frau	1127	10076	812	7597	1.046	.952	1.151
	Alle	2635	22268	1815	16855	1.099	1.032	1.170

Tabelle A5.2.3-1 Ledige versus nicht Ledige

		Ledige, Eintritt...	Ledige, Eintritt freiwillig	übrige, Eintritt...	übrige, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	Mann, 20-39	4255	12274	1326	4419	1.155	1.077	1.240
	Mann, 40-59	1284	3679	2009	7722	1.341	1.238	1.454
	Mann, 60-79	243	582	836	2702	1.349	1.140	1.597
	Frau, 20-39	2047	8006	1633	5945	.931	.865	1.001
	Frau, 40-59	825	2813	2724	9085	.978	.895	1.069
	Frau, 60-79	235	798	1070	4326	1.191	1.014	1.397
	Mann	5782	16535	4171	14843	1.244	1.189	1.302
	Frau	3107	11617	5427	19356	.954	.908	1.003
	Alle	8889	28152	9598	34199	1.125	1.089	1.163
	Mann, 20-39	1966	12274	732	4419	.967	.882	1.060
...unfreiwillig	Mann, 40-59	573	3679	989	7722	1.216	1.089	1.358
	Mann, 60-79	85	582	479	2702	.824	.643	1.055
	Frau, 20-39	1112	8006	910	5945	.907	.826	.997
	Frau, 40-59	455	2813	1290	9085	1.139	1.015	1.278
	Frau, 60-79	110	798	564	4326	1.057	.850	1.315
	Mann	2624	16535	2200	14843	1.071	1.007	1.138
	Frau	1677	11617	2764	19356	1.011	.947	1.079
	Alle	4301	28152	4964	34199	1.053	1.007	1.100
	Mann, 20-39	1966	12274	732	4419	.967	.882	1.060
	Mann, 40-59	573	3679	989	7722	1.216	1.089	1.358

Tabelle A5.2.3-2 Geschiedene versus nicht Geschiedene

		Geschiedene, Eintritt...	Geschiedene, Eintritt freiwillig	übrige, Eintritt...	übrige, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	Mann, 20-39	284	1175	5297	15518	.708	.620	.809
	Mann, 40-59	734	2518	2559	8883	1.012	.922	1.111
	Mann, 60-79	215	485	864	2799	1.436	1.202	1.716
	Frau, 20-39	488	1550	3192	12401	1.223	1.097	1.364
	Frau, 40-59	1082	3087	2467	8811	1.252	1.153	1.359
	Frau, 60-79	249	790	1056	4334	1.294	1.105	1.514
	Mann	1233	4178	8720	27200	.921	.860	.985
	Frau	1819	5427	6715	25546	1.275	1.201	1.353
	Alle	3052	9605	15435	52746	1.086	1.039	1.135
...unfrei- willig	Mann, 20-39	210	1175	2488	15518	1.115	.957	1.299
	Mann, 40-59	372	2518	1190	8883	1.103	.974	1.249
	Mann, 60-79	91	485	473	2799	1.110	.870	1.417
	Frau, 20-39	275	1550	1747	12401	1.259	1.097	1.445
	Frau, 40-59	504	3087	1241	8811	1.159	1.037	1.296
	Frau, 60-79	115	790	559	4334	1.129	.911	1.399
	Mann	673	4178	4151	27200	1.056	.967	1.152
	Frau	894	5427	3547	25546	1.186	1.096	1.284
	Alle	1567	9605	7698	52746	1.118	1.054	1.185

Tabelle A5.2.3-3 Zu Hause allein Wohnende versus alle anderen Aufenthaltsorte vor Eintritt

		zu Hause allein wohnend, Eintritt...	zu Hause allein wohnend, Eintritt freiwillig	übrige, Eintritt...	übrige, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	Mann, 20-39	1860	6248	3835	10568	.820	.770	.874
	Mann, 40-59	1229	4441	2131	7103	.922	.852	.999
	Mann, 60-79	290	823	805	2515	1.101	.942	1.286
	Frau, 20-39	1073	4444	2666	9610	.870	.804	.942
	Frau, 40-59	1356	4141	2260	7884	1.142	1.058	1.234
	Frau, 60-79	559	1964	768	3245	1.203	1.064	1.359
	Mann	3379	11512	6771	20186	.875	.835	.917
	Frau	2988	10549	5694	20739	1.032	.981	1.085
	Alle	6367	22061	12465	40925	.948	.916	.981
...unfrei- willig	Mann, 20-39	807	6248	1955	10568	.698	.640	.762
	Mann, 40-59	549	4441	1051	7103	.835	.749	.932
	Mann, 60-79	141	823	456	2515	.945	.770	1.159
	Frau, 20-39	535	4444	1508	9610	.767	.691	.852
	Frau, 40-59	547	4141	1218	7884	.855	.768	.952
	Frau, 60-79	240	1964	488	3245	.813	.689	.958
	Mann	1497	11512	3462	20186	.758	.711	.809
	Frau	1322	10549	3214	20739	.809	.755	.866
	Alle	2819	22061	6676	40925	.783	.747	.821

Tabellen A5.3 Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für Zwangseinweisungen (mit FFE) – Haupt-F-Diagnosen, Geschlecht und Lebensphasen

Tabelle A5.3.1 F00-F03, organische einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen, Alter 60 bis 79 Jahre

		F00-F03, Eintritt...	F00-F03, Eintritt freiwillig	übrige Diagnosen, Eintritt...	übrige Diagnosen, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	Mann, 60-79	187	426	908	2912	1.408	1.167	1.698
	Frau, 60-79	225	491	1102	4718	1.962	1.654	2.327
	Alle	412	917	2010	7630	1.706	1.503	1.935
...unfreiwillig	Mann, 60-79	118	426	479	2912	1.684	1.344	2.110
	Frau, 60-79	137	491	591	4718	2.227	1.810	2.742
	Alle	255	917	1070	7630	1.983	1.702	2.310

Tabelle A5.3.2-1 F10, Störungen durch Alkohol

	F10, Eintritt...	F10, Eintritt freiwillig	übrige Diagnosen, Eintritt...	übrige Diagnosen, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)	
...mit FFE	Mann, 20-39	573	1787	5122	15029	.941	.852	1.039
	Mann, 40-59	1021	3459	2339	8085	1.020	.938	1.109
	Mann, 60-79	263	710	832	2628	1.170	.996	1.375
	Frau, 20-39	334	797	3405	13257	1.632	1.428	1.864
	Frau, 40-59	874	1902	2742	10123	1.696	1.550	1.857
	Frau, 60-79	157	336	1170	4873	1.946	1.593	2.377
	Mann	1857	5956	8293	25742	.968	.914	1.025
	Frau	1365	3035	7317	28253	1.737	1.621	1.860
...unfreiwillig	Alle	3222	8991	15610	53995	1.240	1.186	1.295
	Mann, 20-39	302	1787	2460	15029	1.032	.907	1.175
	Mann, 40-59	456	3459	1144	8085	.932	.830	1.046
	Mann, 60-79	101	710	496	2628	.754	.599	.948
	Frau, 20-39	136	797	1907	13257	1.186	.983	1.432
	Frau, 40-59	285	1902	1480	10123	1.025	.895	1.174
	Frau, 60-79	66	336	662	4873	1.446	1.097	1.906
	Mann	859	5956	4100	25742	.906	.837	.980
Frau	487	3035	4049	28253	1.120	1.012	1.239	
Alle	1346	8991	8149	53995	.992	.932	1.055	

**Tabelle A5.3.2-2 F11-F19, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ohne Alkohol),
Alter 20 bis 59 Jahre**

		F11-F19, Eintritt...	F11-F19, freiwillig	übrige Diagnosen, Eintritt...	übrige Diagnosen, freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	Mann, 20-39	802	5308	4893	11508	.355	.328	.386
	Mann, 40-59	168	708	3192	10836	.806	.678	.957
	Frau, 20-39	379	2043	3360	12011	.663	.590	.745
	Frau, 40-59	98	369	3518	11656	.880	.702	1.103
	Mann	970	6016	8085	22344	.446	.414	.479
	Frau	477	2412	6878	23667	.680	.615	.753
	Alle	1447	8428	14963	46011	.528	.498	.560
	Mann, 20-39	359	5308	2403	11508	.324	.289	.364
...unfrei- willig	Mann, 40-59	58	708	1542	10836	.576	.438	.756
	Frau, 20-39	147	2043	1896	12011	.456	.383	.543
	Frau, 40-59 *	29	369	1736	11656	.528	.360	.773
	Mann	417	6016	3945	22344	.393	.354	.436
	Frau	176	2412	3632	23667	.475	.406	.556
	Alle	593	8428	7577	46011	.427	.392	.466
	Mann, 20-39	359	5308	2403	11508	.324	.289	.364
	Mann, 40-59	58	708	1542	10836	.576	.438	.756

* Dateninterpretation bei kleiner Zellbesetzung: Das Bundesamt für Statistik eine untere Zellbesetzung von mindestens 31 an. Zellbesetzungen von 0-10 werden nicht interpretiert; Interpretationen bei Zellbesetzungen von 11-30 haben beschränkte Aussagekraft.

Tabelle A5.3.3-1 F2, Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

	F2, Eintritt...	F2, Eintritt freiwillig	übrige Diagnosen, Eintritt...	übrige Diagnosen, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)	
...mit FFE	Mann, 20-39	2459	3612	3236	13204	2.778	2.605	2.962
	Mann, 40-59	965	1746	2395	9798	2.261	2.066	2.475
	Mann, 60-79	171	310	924	3028	1.808	1.479	2.209
	Frau, 20-39	1268	2266	2471	11788	2.669	2.461	2.896
	Frau, 40-59	1362	2371	2254	9654	2.460	2.269	2.668
	Frau, 60-79	432	786	895	4423	2.716	2.367	3.117
	Mann	3595	5668	6555	26030	2.519	2.396	2.647
	Frau	3062	5423	5620	25865	2.599	2.465	2.740
	Alle	6657	11091	12175	51895	2.558	2.467	2.653
		1026	3612	1736	13204	2.161	1.983	2.353
...unfreiwillig	Mann, 20-39	405	1746	1195	9798	1.902	1.681	2.152
	Mann, 40-59	86	310	511	3028	1.644	1.272	2.125
	Frau, 20-39	521	2266	1522	11788	1.781	1.597	1.986
	Frau, 40-59	484	2371	1281	9654	1.538	1.373	1.724
	Frau, 60-79	149	786	579	4423	1.448	1.191	1.761
	Mann	1517	5668	3442	26030	2.024	1.893	2.164
	Frau	1154	5423	3382	25865	1.627	1.513	1.751
	Alle	2671	11091	6824	51895	1.831	1.743	1.924

Tabelle A5.3.3-2 F20, Schizophrenie

		F20, Eintritt...	F20, Eintritt freiwillig	nicht F20, Eintritt...	nicht F20, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	Mann, 20-39	1632	2421	4063	14395	2.388	2.223	2.566
	Mann, 40-59	605	1164	2755	10380	1.958	1.760	2.179
	Mann, 60-79	97	212	998	3126	1.433	1.115	1.841
	Frau, 20-39	690	1238	3049	12816	2.343	2.117	2.592
	Frau, 40-59	782	1314	2834	10711	2.249	2.040	2.480
	Frau, 60-79	245	387	1082	4822	2.821	2.373	3.354
	Mann	2334	3797	7816	27901	2.194	2.072	2.324
	Frau	1717	2939	6965	28349	2.378	2.228	2.538
	Alle	4051	6736	14781	56250	2.289	2.192	2.389
	Mann, 20-39	600	2421	2162	14395	1.650	1.493	1.824
...unfreiwillig	Mann, 40-59	258	1164	1342	10380	1.714	1.481	1.985
	Mann, 60-79	40	212	557	3126	1.059	.746	1.502
	Frau, 20-39	234	1238	1809	12816	1.339	1.155	1.553
	Frau, 40-59	205	1314	1560	10711	1.071	.916	1.253
	Frau, 60-79	51	387	677	4822	.939	.693	1.271
	Mann	898	3797	4061	27901	1.625	1.500	1.760
	Frau	490	2939	4046	28349	1.168	1.056	1.293
	Alle	1388	6736	8107	56250	1.430	1.343	1.522

Tabelle A5.3.3-3 F21, F22, F24, F28, F29, verschiedene anderweitig nicht aufgeführte Psychoseformen

		F21,F22,F24, F28,F29, Eintritt...	F21,F22,F24, F28,F29, freiwillig	übrige Diagnosen, Eintritt...	übrige Diagnosen, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	Mann, 20-39	120	227	5575	16589	1.573	1.258	1.967
	Mann, 40-59	79	90	3281	11454	3.064	2.260	4.156
	Mann, 60-79	13	22	1082	3316	1.811	.909	3.607
	Frau, 20-39	68	109	3671	13945	2.370	1.747	3.215
	Frau, 40-59	89	148	3527	11877	2.025	1.553	2.641
	Frau, 60-79	56	91	1271	5118	2.478	1.766	3.476
	Mann	212	339	9938	31359	1.973	1.660	2.346
	Frau	213	348	8469	30940	2.236	1.882	2.656
	Alle	425	687	18407	62299	2.094	1.853	2.366
...unfreiwillig	Mann, 20-39	81	227	2681	16589	2.208	1.708	2.855
	Mann, 40-59	42	90	1558	11454	3.431	2.370	4.967
	Mann, 60-79	19	22	578	3316	4.955	2.665	9.212
	Frau, 20-39	52	109	1991	13945	3.341	2.393	4.665
	Frau, 40-59	85	148	1680	11877	4.060	3.095	5.327
	Frau, 60-79	46	91	682	5118	3.793	2.637	5.456
	Mann	142	339	4817	31359	2.727	2.237	3.325
	Frau	183	348	4353	30940	3.738	3.116	4.483
	Alle	325	687	9170	62299	3.214	2.812	3.674

Tabelle A5.3.3-4 F23, akute vorübergehende psychotische Störungen

	F23, Eintritt...	F23, Eintritt freiwillig	übrige Diagnosen, Eintritt...	übrige Diagnosen, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	Mann, 20-39	433	382	16434	3.540	3.074	4.076
	Mann, 40-59	98	131	11413	2.617	2.009	3.410
	Mann, 60-79 *	18	19	3319	2.920	1.527	5.583
	Frau, 20-39	305	406	13648	2.986	2.562	3.480
	Frau, 40-59	196	245	11780	2.756	2.275	3.338
	Frau, 60-79	55	63	5146	3.532	2.447	5.097
	Mann	549	532	31166	3.350	2.967	3.782
	Frau	556	714	30574	2.930	2.615	3.282
	Alle	1105	1246	61740	3.089	2.844	3.355
...unfreiwillig	Mann, 20-39	188	382	16434	3.142	2.626	3.760
	Mann, 40-59	48	131	11413	2.694	1.928	3.766
	Mann, 60-79 *	7	19	3319	2.073	.867	4.952
	Frau, 20-39	109	406	13648	1.895	1.525	2.353
	Frau, 40-59	84	245	11780	2.403	1.866	3.094
	Frau, 60-79	33	63	5146	3.878	2.527	5.954
	Mann	243	532	31166	3.019	2.586	3.524
	Frau	226	714	30574	2.245	1.927	2.616
	Alle	469	1246	61740	2.575	2.310	2.870

* Dateninterpretation bei kleiner Zellbesetzung: Das Bundesamt für Statistik eine untere Zellbesetzung von mindestens 31 an. Zellbesetzungen von 0-10 werden nicht interpretiert; Interpretationen bei Zellbesetzungen von 11-30 haben beschränkte Aussagekraft.

Tabelle A5.3.3-5 F25, schizoaffektive Störungen

	F25, Eintritt...	F25, Eintritt freiwillig	übrige Diagnosen, Eintritt...	übrige Diagnosen, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	Mann, 20-39	274	582	5421	16234	1.410	1.217
	Mann, 40-59	183	361	3177	11183	1.784	1.487
	Mann, 60-79	43	57	1052	3281	2.353	1.574
	Frau, 20-39	205	513	3534	13541	1.531	1.297
	Frau, 40-59	295	664	3321	11361	1.520	1.318
	Frau, 60-79	76	245	1251	4964	1.231	.945
	Mann	500	1000	9650	30698	1.591	1.425
	Frau	576	1422	8106	29866	1.492	1.351
	Alle	1076	2422	17756	60564	1.515	1.408
							1.631
...unfreiwillig	Mann, 20-39	157	582	2605	16234	1.681	1.403
	Mann, 40-59	57	361	1543	11183	1.144	.861
	Mann, 60-79 *	20	57	577	3281	1.995	1.190
	Frau, 20-39	126	513	1917	13541	1.735	1.420
	Frau, 40-59	110	664	1655	11361	1.137	.923
	Frau, 60-79 *	19	245	709	4964	.543	.338
	Mann	234	1000	4725	30698	1.520	1.314
	Frau	255	1422	4281	29866	1.251	1.091
	Alle	489	2422	9006	60564	1.358	1.229
							1.500

* Dateninterpretation bei kleiner Zellbesetzung: Das Bundesamt für Statistik eine untere Zellbesetzung von mindestens 31 an. Zellbesetzungen von 0-10 werden nicht interpretiert; Interpretationen bei Zellbesetzungen von 11-30 haben beschränkte Aussagekraft.

Tabelle A5.3.4-1 F30/F31, manische Episode, bipolare affektive Störung

		F30/F31, Eintritt...	F30/F31, Eintritt freiwillig	übrige Diagnosen, Eintritt...	übrige Diagnosen, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	Mann, 20-39	220	417	5475	16399	1.580	1.338	1.866
	Mann, 40-59	178	524	3182	11020	1.176	.988	1.401
	Mann, 60-79	66	219	1029	3119	.913	.688	1.214
	Frau, 20-39	151	480	3588	13574	1.190	.988	1.434
	Frau, 40-59	237	661	3379	11364	1.206	1.034	1.406
	Frau, 60-79	86	406	1241	4803	.820	.644	1.043
	Mann	464	1160	9686	30538	1.261	1.130	1.408
	Frau	474	1547	8208	29741	1.110	.999	1.234
	Alle	938	2707	17894	60279	1.167	1.082	1.260
...unfreiwillig	Mann, 20-39	175	417	2587	16399	2.660	2.219	3.189
	Mann, 40-59	148	524	1452	11020	2.144	1.772	2.593
	Mann, 60-79	52	219	545	3119	1.359	.991	1.863
	Frau, 20-39	205	480	1838	13574	3.154	2.659	3.741
	Frau, 40-59	228	661	1537	11364	2.550	2.174	2.992
	Frau, 60-79	80	406	648	4803	1.460	1.134	1.882
	Mann	375	1160	4584	30538	2.154	1.909	2.429
	Frau	513	1547	4023	29741	2.452	2.207	2.723
	Alle	888	2707	8607	60279	2.297	2.123	2.486

Tabelle A5.3.4-2 F32/F33, depressive Episode, rezidivierende depressive Störungen

		F32/F33, Eintritt...	F32/F33, Eintritt freiwillig	übrige Diagnosen, Eintritt...	übrige Diagnosen, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	Mann, 20-39	336	1927	5359	14889	.484	.430	.546
	Mann, 40-59	290	2550	3070	8994	.333	.293	.379
	Mann, 60-79	138	936	957	2402	.370	.305	.449
	Frau, 20-39	394	3179	3345	10875	.403	.360	.451
	Frau, 40-59	390	3712	3226	8313	.271	.242	.303
	Frau, 60-79	213	1974	1114	3235	.313	.268	.367
	Mann	764	5413	9386	26285	.395	.365	.428
	Frau	997	8865	7685	22423	.328	.306	.352
	Alle	1761	14278	17071	48708	.352	.334	.371
...unfrei- willig	Mann, 20-39	279	1927	2483	14889	.868	.760	.991
	Mann, 40-59	272	2550	1328	8994	.722	.630	.829
	Mann, 60-79	95	936	502	2402	.486	.385	.612
	Frau, 20-39	367	3179	1676	10875	.749	.665	.844
	Frau, 40-59	452	3712	1313	8313	.771	.688	.864
	Frau, 60-79	146	1974	582	3235	.411	.340	.497
	Mann	646	5413	4313	26285	.727	.666	.794
	Frau	965	8865	3571	22423	.684	.634	.737
	Alle	1611	14278	7884	48708	.697	.659	.738

Tabelle A5.3.5-1 F4, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

	F4, Eintritt...	F4, Eintritt freiwillig	übrige Diagnosen, Eintritt...	übrige Diagnosen, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)	
...mit FFE	Mann, 20-39	591	1813	5104	15003	.958	.869	1.057
	Mann, 40-59	283	1286	3077	10258	.734	.641	.840
	Mann, 60-79	56	234	1039	3104	.715	.530	.965
	Frau, 20-39	547	2364	3192	11690	.847	.766	.937
	Frau, 40-59	265	1570	3351	10455	.527	.460	.603
	Frau, 60-79	49	636	1278	4573	.276	.205	.371
	Mann	930	3333	9220	28365	.858	.795	.927
	Frau	861	4570	7821	26718	.644	.596	.695
	Alle	1791	7903	17041	55083	.733	.694	.773
...unfreiwillig	Mann, 20-39	226	1813	2536	15003	.737	.638	.852
	Mann, 40-59	87	1286	1513	10258	.459	.367	.574
	Mann, 60-79	33	234	564	3104	.776	.533	1.130
	Frau, 20-39	165	2364	1878	11690	.434	.368	.512
	Frau, 40-59	86	1570	1679	10455	.341	.273	.426
	Frau, 60-79	47	636	681	4573	.496	.365	.675
	Mann	346	3333	4613	28365	.638	.569	.716
	Frau	298	4570	4238	26718	.411	.364	.464
	Alle	644	7903	8851	55083	.507	.467	.551

Tabelle A5.3.5-2 F40-F42, F44-F48 phobische Störungen, Alter 20 bis 59 Jahre

	F40-F42, F44-F48, Eintritt...	F40-F42, F44-F48, freiwillig	übrige Diagnosen, Eintritt...	übrige Diagnosen, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	48	527	5647	16289	.263	.195	.354
Mann, 20-39							
Mann, 40-59	25	421	3335	11123	.198	.132	.297
Frau, 20-39	57	621	3682	13433	.335	.255	.440
Frau, 40-59	41	597	3575	11428	.220	.160	.302
Mann	73	948	8982	27412	.235	.185	.299
Frau	98	1218	7257	24861	.276	.224	.339
Alle	171	2166	16239	52273	.254	.217	.297
...unfreiwillig							
Mann, 20-39	34	527	2728	16289	.385	.272	.546
Mann, 40-59 *	29	421	1571	11123	.488	.334	.713
Frau, 20-39	33	621	2010	13433	.355	.249	.506
Frau, 40-59 *	15	597	1750	11428	.164	.098	.275
Mann	63	948	4299	27412	.424	.328	.548
Frau	48	1218	3760	24861	.261	.195	.348
Alle	111	2166	8059	52273	.332	.274	.403

* Dateninterpretation bei kleiner Zellbesetzung: Das Bundesamt für Statistik eine untere Zellbesetzung von mindestens 31 an. Zellbesetzungen von 0-10 werden nicht interpretiert; Interpretationen bei Zellbesetzungen von 11-30 haben beschränkte Aussagekraft.

Tabelle A5.3.5-3 F43, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

	F43, Eintritt...	F43, Eintritt freiwillig	übrige Diagnosen, Eintritt...	übrige Diagnosen, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
...mit FFE	Mann, 20-39	543	1286	5152	15530	1.273	1.414
	Mann, 40-59	258	865	3102	10679	1.027	1.187
	Mann, 60-79	47	144	1048	3194	.995	1.393
	Frau, 20-39	490	1743	3249	12311	1.065	1.186
	Frau, 40-59	224	973	3392	11052	.750	.872
	Frau, 60-79	41	275	1286	4934	.572	.799
	Mann	848	2295	9302	29403	1.168	1.268
	Frau	755	2991	7927	28297	.901	.980
	Alle	1603	5286	17229	57700	1.016	1.077
...unfreiwillig	Mann, 20-39	192	1286	2570	15530	.902	1.056
	Mann, 40-59	58	865	1542	10679	.464	.609
	Mann, 60-79 *	26	144	571	3194	1.010	1.548
	Frau, 20-39	132	1743	1911	12311	.488	.586
	Frau, 40-59	71	973	1694	11052	.476	.609
	Frau, 60-79	42	275	686	4934	1.098	1.535
	Mann	276	2295	4683	29403	.755	.859
	Frau	245	2991	4291	28297	.540	.618
	Alle	521	5286	8974	57700	.634	.695

* Dateninterpretation bei kleiner Zellbesetzung: Das Bundesamt für Statistik eine untere Zellbesetzung von mindestens 31 an. Zellbesetzungen von 0-10 werden nicht interpretiert; Interpretationen bei Zellbesetzungen von 11-30 haben beschränkte Aussagekraft.

Tabelle A5.3.6 F6, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

	F6, Eintritt...	F6, Eintritt freiwillig	übrige Diagnosen, Eintritt...	übrige Diagnosen, Eintritt freiwillig	OR	uCI(95%)	oCI(95%)	
...mit FFE	Mann, 20-39	402	957	5293	15859	1.259	1.116	1.420
	Mann, 40-59	203	420	3157	11124	1.703	1.434	2.023
	Mann, 60-79	37	62	1058	3276	1.848	1.223	2.793
	Frau, 20-39	470	1758	3269	12296	1.006	.902	1.121
	Frau, 40-59	199	632	3417	11393	1.050	.891	1.237
	Frau, 60-79	33	104	1294	5105	1.252	.842	1.861
	Mann	642	1439	9508	30259	1.420	1.290	1.563
	Frau	702	2494	7980	28794	1.016	.931	1.108
...unfreiwillig	Alle	1344	3933	17488	59053	1.154	1.082	1.230
	Mann, 20-39	171	957	2591	15859	1.094	.925	1.294
	Mann, 40-59	63	420	1537	11124	1.086	.829	1.422
	Mann, 60-79 *	7	62	590	3276	.627	.286	1.376
	Frau, 20-39	400	1758	1643	12296	1.703	1.510	1.920
	Frau, 40-59	98	632	1667	11393	1.060	.851	1.319
	Frau, 60-79 *	11	104	717	5105	.753	.403	1.409
	Mann	241	1439	4718	30259	1.074	.934	1.235
Frau	509	2494	4027	28794	1.459	1.319	1.614	
Alle	750	3933	8745	59053	1.288	1.187	1.397	

* Dateninterpretation bei kleiner Zellbesetzung: Das Bundesamt für Statistik eine untere Zellbesetzung von mindestens 31 an. Zellbesetzungen von 0-10 werden nicht interpretiert; Interpretationen bei Zellbesetzungen von 11-30 haben beschränkte Aussagekraft

Tabelle A5.4.1 Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für fürsorgische Freiheitsentziehungen (FFE) versus freiwillige Eintritte für zwei Standortkantonstypologien

	>75% freiwillige Eintritte			>25% FFE		
	OR	uCI(95%)	oCI(95%)	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
Alter (20-39 vs. 40-79)	.936	.854	1.026	1.004	.954	1.058
Geschlecht (Mann vs. Frau)	1.007	.926	1.095	1.147	1.095	1.202
F10 (Störungen durch Alkohol)	1.350	1.194	1.526	1.451	1.356	1.553
F2 (Psychosen)	2.582	2.348	2.840	2.387	2.257	2.525
F32/F33 (Depression)	.412	.353	.480	.545	.507	.586
Bildung (k./oblig. VS vs. höhere)	.898	.824	.979	1.126	1.073	1.182
Ledige vs. nicht Ledige	1.002	.913	1.099	.879	.834	.927
Single vs. nicht Single	1.131	1.038	1.232	1.061	1.011	1.114
Erwerbslosigkeit (ja vs. nein)	1.132	1.032	1.242	1.166	1.107	1.229

Tabelle A5.4.2 Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für unfreiwillige Eintritte versus freiwillige Eintritte für drei Standortkantonstypologien

	>75% freiwillige Eintritte			>25% FFE			>25% unfreiwillige Eintritte		
	OR	uCI(95%)	oCI(95%)	OR	uCI(95%)	oCI(95%)	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
Alter (20-39 vs. 40-79)	1.343	1.138	1.585	.770	.693	.855	.935	.853	1.025
Geschlecht (Mann vs. Frau)	1.544	1.323	1.801	1.161	1.056	1.277	.898	.824	.978
F10 (Störungen durch Alkohol)	.997	.789	1.259	1.151	1.001	1.323	1.125	.990	1.277
F2 (Psychosen)	1.652	1.388	1.966	1.479	1.314	1.664	3.160	2.801	3.565
F32/F33 (Depression)	.545	.425	.697	.709	.619	.813	.882	.791	.984
Bildung (k./oblig. VS vs. höhere)	1.161	.999	1.348	1.234	1.120	1.360	.979	.897	1.068
Ledige vs. nicht Ledige	.910	.770	1.075	.942	.846	1.048	.901	.819	.991
Single vs. nicht Single	.532	.444	.636	.808	.729	.896	.481	.442	.524
Erwerbslosigkeit (ja vs. nein)	1.241	1.048	1.470	1.115	1.003	1.240	.990	.892	1.099

**Tabelle A5.4.3-1 Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für fürsorgersiche
Freiheitsentziehungen (FFE) versus freiwillige Eintritte – Gesamtmodell
einschliesslich der Standortkantone Typ 1 (> 75% freiwillige Eintritte)
und Typ 2 (> 25% FFE), N = 65'010**

	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
Alter (20-39 vs. 40-79)	.991	.947	1.036
Geschlecht (Mann vs. Frau)	1.118	1.073	1.165
F10 (Störungen durch Alkohol)	1.421	1.339	1.507
F2 (Psychosen)	2.433	2.318	2.553
F32/F33 (Depression)	.516	.483	.551
Bildung (k./oblig. VS vs. höhere)	1.066	1.022	1.112
Ledige vs. nicht Ledige	.906	.866	.948
Single vs. nicht Single	1.074	1.029	1.120
Erwerbslosigkeit (ja vs. nein)	1.159	1.108	1.213
>75% freiwillige Eintritte (LU, OW, BS, BL, SH, AR, SG, GR, TG, VS)	22.543	15.881	32.001
>25% Eintritte mit FFE (ZH, BE, ZG, SO, AG, TI)	59.642	42.082	84.529

Tabelle A5.4.3-2 Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für unfreiwillige Eintritte versus freiwillige Eintritte – Gesamtmodell einschliesslich der Standortkantone Typ 1 (> 75% freiwillige Eintritte) und Typ 2 (> 25% FFE), N = 58'466

	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
Alter (20-39 vs. 40-79)	.918	.861	.977
Geschlecht (Mann vs. Frau)	1.073	1.012	1.137
F10 (Störungen durch Alkohol)	1.115	1.020	1.218
F2 (Psychosen)	2.052	1.907	2.208
F32/F33 (Depression)	.774	.715	.838
Bildung (k./oblig. VS vs. höhere)	1.071	1.010	1.136
Ledige vs. nicht Ledige	.940	.881	1.003
Single vs. nicht Single	.579	.544	.616
Erwerbslosigkeit (ja vs. nein)	1.062	.993	1.136
>75% freiwillige Eintritte (LU, OW, BS, BL, SH, AR, SG, GR, TG, VS)	.041	.038	.045
>25% Eintritte mit FFE (ZH, BE, ZG, SO, AG, TI)	.071	.067	.076

Tabelle A5.4.3-3 Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) für unfreiwillige Eintritte versus freiwillige Eintritte – Gesamtmodell einschliesslich der Standortkantone Typ 2 (> 25% FFE) und Typ 3 (> 25% unfreiwillige Eintritte), N = 58'466

	OR	uCI(95%)	oCI(95%)
Alter (20-39 vs. 40-79)	.918	.861	.977
Geschlecht (Mann vs. Frau)	1.073	1.012	1.137
F10 (Störungen durch Alkohol)	1.115	1.020	1.218
F2 (Psychosen)	2.052	1.907	2.208
F32/F33 (Depression)	.774	.715	.838
Bildung (k./oblig. VS vs. höhere)	1.071	1.010	1.136
Ledige vs. nicht Ledige	.940	.881	1.003
Single vs. nicht Single	.579	.544	.616
Erwerbslosigkeit (ja vs. nein)	1.062	.993	1.136
>25% Eintritte mit FFE (ZH,BE,ZG,SO,AG,TI)	1.717	1.576	1.870
>25% unfreiwillige Eintritte ohne FFE (NE,GE)	24.190	22.233	26.318

Anhang II

Kantonale Ausführungsbestimmungen zur fürsorgerischen Freiheitsentziehung: Übersicht

Die Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Standortkantone wurden per E-Mail um Informationen zu den rechtlichen Grundlagen von Zwangseinweisungen (kantonale Ausführungsbestimmungen) gebeten. Teilweise leiteten sie die Anfrage an juristischen Fachpersonen weiter. Ihnen allen sei für die raschen und umfassenden Rückmeldungen herzlich gedankt.

Eine ausführliche Würdigung des kantonsrechtlichen Aspekts von Vollzügen fürsorgerischer Freiheitsentziehungen würde den Rahmen dieses Berichts sprengen. Alle Kantone verfügen über Bestimmungen, die Zuständigkeit und das Verfahren bei fürsorgerischer Freiheitsentziehung FFE regeln. Im Bereich der Zwangsbehandlungen/Zwangsmassnahmen – die nicht Gegenstand dieses Berichts sind – haben nicht alle Kantone legiferiert; die formale Vielfalt der Regelungen ist in diesem Bereich ausserordentlich gross.

Aus den Rückmeldungen der einzelnen Kantone ergibt sich kurz zusammengefasst für die Erhebungsperiode 2000-2002 folgendes Bild:

- Zwei Kantone, Basel-Stadt und Tessin, hatten bereits ein gültiges Psychiatriegesetz.
- Einige Kantone verfügen über keinen speziellen kantonalen Gesetzespassus für unfreiwillige Einweisungen mit FFE, beispielsweise Basel-Landschaft, Neuenburg Obwalden, Zürich.
- Ein Teil der Standortkantone verfügt über gesetzliche Regelungen, beispielsweise: im Kanton St. Gallen Art. 71c des Einführungsgesetzes zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch; §67a-s des Aargauischen Einführungsgesetzes zum ZGB; Kapitel VI des Gesetzes über das Gesundheitswesen im Kanton Zug; das Gesundheitsgesetz des Kantons Bern, Art. 41 ff und Ausführungsbestimmungen in Art. 7 ff der Patientenrechtsverordnung.
- In anderen Kantonen, beispielsweise Luzern, traten entsprechende gesetzliche Regelungen nach 2002 in Kraft.
- Im Kanton Genf befand sich die kantonale Gesundheitsgesetzgebung – z.B. zur Überwachung der Gesundheitsberufe und Patientenrechte oder zur fürsorgerischen Freiheitsentziehung – in der Erhebungsperiode in Entwicklung.

Anhang III

ICD-10-Diagnosen, Kapitel F: Internationale Klassifikation psychischer Störungen

F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F00-F03	Organische Störungen: Demenz bei Alzheimer-Krankheit; vaskuläre Demenz; Demenzen bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten; nicht näher bezeichnete Demenz
F04-F09	Organische Störungen: organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt; Delir, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt; sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit; Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns; nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische Störung
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F10	Störungen durch Alkohol
F11-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: Störungen durch Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, sonstige Stimulantien einschliesslich Koffein, Halluzinogene, Tabak, flüchtige Lösungsmittel, multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F20	Schizophrenie
F21/F22/F24/ F28/F29	schizotype Störung; anhaltende wahnhaftige Störungen, induzierte wahnhaftige Störungen; sonstige nichtorganische psychotische Störungen; nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose
F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F25	Schizoaffektive Störungen
F3	Affektive Störungen
F30/F31	Manische Episode; bipolare affektive Störung
F32/F33	Depressive Episode; rezidivierende depressive Störungen
F34/F38/F39	Anhaltende affektive Störungen; sonstige affektive Störungen; nicht näher bezeichnete affektive Störungen
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F40-F42/F44-F48	Phobische Störung; sonstige Angststörungen; Zwangsstörung; dissoziative Störungen (Konversionsstörungen); somatoforme Störungen; sonstige neurotische Störungen
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen. (Dilling et al. 2000)

Anhang IV

Informationen aus der Praxis und Liste der Interview-Partner

Vorbemerkung

Aufgabe des Obsan ist die Sekundäranalyse vorhandener Datenbestände, nicht die Primärdatenerhebung. Die Gespräche mit Praktikerinnen und Praktikern in der stationären psychiatrischen Versorgung, in kantonsärztlichen Diensten und in der Rechtsprechung fanden vor allem in der Startphase der Berichtsarbeiten statt. Sie dienten der Autorin als Einstieg in die fremde Thematik, als Orientierungshilfe für die Interpretation sowohl der erhobenen Daten als auch der Auswertungsergebnisse nach einer ersten Sichtung von Häufigkeitsauszählungen nach Kantonen. Angesprochen wurden Klinikleitungen in allen Landesteilen mit der Bitte, einen Oberarzt oder eine Oberärztin als Gesprächspartner zu benennen; teilweise antworteten die Chefärzte selbst. Die Autorin führte so viele Gespräche, wie zur theoretischen Sättigung¹ notwendig waren.

Wann werden die "Psychiatrie-Zusatzdaten" erfasst?

Die Antworten zu gleichen Anteilen: bei Eintritt, innerhalb von 2-3 Tagen, in der ersten Woche nach Eintritt, in den ersten 2-3 Wochen nach Eintritt, bei Austritt.

Kommentar: Sieben Fragen der Psychiatrie-Zusatzdaten beziehen sich auf die Situation bei Eintritt, beispielsweise die Fragen nach Freiwilligkeit des Eintritts und Vorliegen einer FFE. Je drei Fragen beziehen sich auf Behandlung/Verlauf bzw. Austritt. Die Antworten zeigen jedoch, dass die Eintrittssituation häufig retrospektiv erfasst wird.

Vereinzelte finden sich sowohl der Eintrag "freiwilliger Eintritt" als auch "Eintritt mit fürsorglicher Freiheitsentziehung". Welche Bedeutung kommt dieser an sich widersprüchlichen Codierung zu?

Es kann sich um Fehlcodierungen handeln, um fehlerhafte Verfügungen mangels Kenntnis der Rechtsgrundlagen oder in der fälschlichen Annahme des Arztes oder Patienten, mit FFE liesse sich eine stationäre Aufnahme erzwingen.

Ausserdem besteht verschiedentlich die Praxis, auch bei Zwangseinweisung einen "Freiwilligenschein" zu unterbreiten. Auch kann der psychische Zustand die Verfügung einer FFE gerechtfertigt haben, bei der Aufnahme aber Einsicht in den Behandlungsbedarf bestehen. Schliesslich wird fürsorgliche Freiheitsentziehung v.a. bei Suchtdiagnosen als "Motivation" zur stationären Behandlung eingesetzt.

¹ Die "theoretische Sättigung" ist ein Begriff aus der qualitativen Sozialforschung und hat folgende Bedeutung: Die Stichprobengrösse wird nicht a priori festgelegt; das Einbeziehen weiterer Fälle (hier Interviewpartner) wird beendet, wenn keine weiteren Aussagen oder Fälle gefunden werden, durch die ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn über den Untersuchungsgegenstand entsteht (Glaser BG, Strauss AL: The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research. Aldine, Chicago 1967).

Kommentar: In der Auswertung wurden alle Fälle von Zwangseinweisung zu einer Gruppe zusammengefasst.

Welche Bedeutung haben unfreiwillige Eintritte ohne FFE?

Die Antworten zu dieser Frage fielen sehr unterschiedlich aus. In Kantonen mit kantonalen gesetzlichen Ausführungsbestimmungen gilt ein unfreiwilliger Eintritt ohne fürsorgerische Freiheitsentziehung als Widerspruch oder ungesetzliche Form der Freiheitsberaubung; oder es handelt sich um korrekt codierte strafrechtliche Einweisungen (Forensik-Eintritte)². Genannt wird auch mangelhafte Qualitätskontrolle, d.h. fehlerhaftes Aufnahmeverfahren bzw. Fehlen des FFE-Formulars. Zahlreiche ärztliche Gesprächspartner erwähnten, dass Patienten vielfach nur unter Druck von Arzt, Angehörigen oder Arbeitgeber eintreten, ohne dass eine Zwangseinweisung indiziert ist.

Wie unterscheiden sich unfreiwilligen Eintritte und Zwangseinweisungen?

Die Eintritte unterscheiden sich *klinisch und therapeutisch* nicht. In beiden Fällen handelt es sich um dieselben gemischten Diagnosebilder und mangelnde Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit. Die Verfügung einer FFE hängt häufig von der äusseren Situation ab, d.h. wo und unter welchen Umständen jemand auffällig wird. *Zwangsbehandlungen* sind in Kantonen mit Psychiatriegesetz eindeutig geregelt; sie werden aber bei aggressiven Patienten (mit und ohne FFE) auch in Kantonen ohne klare gesetzliche Regelung angewandt.

Unfreiwillige Eintritte und Zwangseinweisungen unterscheiden sich allerdings *juristisch*: Bei FFE sind als dritte Partei die Behörden im Spiel, und die FFE ist aufzuheben, sobald es der klinische Zustand des Patienten nahe legt. Patienten können gegen den ärztlichen Willen nur mittels Rekurs die Aufhebung der FFE erwirken. Entwichene Patienten mit FFE werden polizeilich ausgeschrieben, entwichene Patienten ohne FFE hingegen nur bei vermuteter Selbst- oder Fremdgefährdung.

Zusammenfassung

Trotz bundesgesetzlicher Regelung (Art. 397a-c ZGB) und zahlreicher kantonomer Ausführungsbestimmungen (*Anhang II*) ist die Unterscheidung zwischen freiwilligen, unfreiwilligen und Zwangseintritten in der Praxis alles andere als klar. Insbesondere unfreiwillige Eintritte ohne formale Massnahme (FFE) legen das Bild eines Eintopfes mit heterogenen Zutaten nahe – nicht nur auf nationaler Ebene, sondern bereits auf Ebene der einzelnen Institution. Kontinuierliche Schulung wäre hilfreich, eine allzu freie Interpretation von Fragen und Antwortvorgaben der Medizinischen Statistik zugunsten der Datenqualität begrenzen.

² Zu fürsorgerischen Freiheitsentziehungen in Haftanstalten siehe: Bundesamt für Statistik, Rechtspflege. Privation de liberté et détention préventive: effectifs au jour de relevé, de 1991 à 2002; Freiheitsentzug und Untersuchungshaft: Insassenbestände am Stichtag, 1991-2002. BFS aktuell, November 2002.

Besonderer Dank gilt allen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern, für die Interviews und die hilfreichen schriftlichen Dokumentationen. Die Gespräche fanden mehrheitlich zwischen Frühjahr 2003 und Sommer 2004 statt. Die aufgeführten Funktionen beziehen sich auf den Gesprächszeitpunkt.

Fachbereich Rechtsprechung

Prof. Dr. iur. Peter Breitschmid, Rechtswissenschaftliches Institut, Universität Zürich

lic. iur. Jürg Gassmann, Rechtsanwalt, Zentralsekretär Pro Mente Sana

lic. iur. Georg Merkli, Richter, Bezirksgericht Andelfingen

Fachbereich Medizin/Psychiatrie

Dr. med. Charles Battegay, Stv. Chefarzt Kantonale Psychiatrische Dienste, Liestal

lic. phil. Renate Bernhardsgrütter, Qualitätsbeauftragte/Psychologin, Kantonale Psychiatrische Klinik Wil SG

Dr. med. Daniel Bielinski, Chearzt der Psychiatrischen Dienste, Solothurn

Dr. med. Romano Draguet, Clinica psichiatrica cantonale (CPC), Mendrisio (bis März 2003)

Dr. med. Martin Eichhorn, Psychiatrische Universitätsklinik Basel

Prof. Dr. med. François Ferrero, Chef du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève, Directeur du département de psychiatrie de la Faculté de Médecine de Genève

Dr. med. Urs Fromm, Chefarzt Externer Psychiatrischer Dienst des Kantons Aargau, Aarau

Dr. med. Joseph Hättenschwiler, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Dr. med. Graziella Giacometti Bickel, Chefärztin Kantonales Psychiatrisches Spital, Marsens

Dr. med. Christian Lauber, Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische Dienste/Kriseninterventionszentrum Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Dr. med. Annalis Marty, Kantonsärztin, Kanton Luzern

Dr. med. Achim Möbes, Chefarzt Psychiatriezentrum Oberwallis PZO, Brig

Dr. med. Thomas J. Müller, Universitätsklinik für klinische Psychiatrie (PUK Bern), Waldau

Dr. med. Jörg Püschel, Chefarzt Psychiatrie Obwalden/Nidwalden, Sarnen

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Wulf Rössler, Vorsteher des Medizinischen Direktoriums und Klinischer Direktor, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich

Dr. med. Dominik Schorr, Kantonsarzt, Kanton Basel-Landschaft

Dr. phil. Eric Zbinden, Département de Psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève

Anhang V

Fragebogen Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Detailkonzept 1997. Bearbeitung: Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit

(http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/02.html)

Questionnaire Statistique médicale des hôpitaux

Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros), Statistique médicale des hôpitaux, Conception détaillée 1997. Réalisation: Office fédéral de la statistique, Section de la santé

(http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/02.html)

0. Allgemeine Angaben

0.1 Betriebsidentifikation (Nicht durch den Betrieb auszufüllen)

0.1.V01 Rekordart

MB

0.1.V02 Betriebsnummer (BUR-Satellit Gesundheit)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0.1.V03 Kode der NOGA

--	--	--	--	--	--	--

0.1.V04 Kanton

--	--

0.2 Identifikation

0.2.V01 Anonymer Verbindungscode

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0.2.V02 Kennzeichnung des Statistikfalls

--

A = normaler Minimaldatensatz (Ein- und Austrittsdatum innerhalb 1.1.JJ und 31.12.JJ)
B = administrative Meldung mit reduziertem Datensatz (Eintritt ab 1.1.JJ, über 31.12.JJ fortdauernde Behandlung)
C = adm. Meldung mit vollständigem Minimaldatensatz (Eintritt vor 1.1.JJ, über 31.12.JJ fortdauernde Behandlung)

0.3 Zusatzdatensätze

0.3.V01 Neugeborenen-Zusatzdaten

(ja)
☐

0.3.V02 Psychiatrie-Zusatzdaten

☐

0.3.V03 Fallkosten-Zusatzdaten

☐

0.3.V04 kantonale Zusatzdaten

☐

1. **Minimaldaten**

1.1.

Soziodemographische Angaben

Auszufüllen bei Statistikfall A, B, C (0.2V02)

1.1.V01

Geschlecht

1 = Mann
2 = Frau

1.1.V04

Wohnort

BFS-Kode der Wohnregion

1.1.V02

Geburtsdatum

Jahr - Monat - Tag

1.1.V05

Nationalität

BFS-Kode des Herkunftslandes

1.1.V03

Alter bei Eintritt

in erfüllten Altersjahren

1.2.

Eintritts-Merkmale

Auszufüllen bei Statistikfall A, B, C (0.2V02)

1.1.V01

Eintrittsdatum-Stunde

Jahr - Monat - Tag - Stunde

1.1.V04

Einweisende Instanz

1 = selbst, Angehörige
 2 = Rettungsdienst (Ambulanz, Polizei)
 3 = Arzt
 4 = nichtmedizinischer Therapeut
 5 = sozialmedizinischer Dienst
 6 = Justizbehörden
 8 = andere
 9 = unbekannt

1.1.V02

Aufenthaltssort vor dem Eintritt

1 = Zuhause
 2 = Zuhause mit SPITEX-Versorgung
 3 = Krankenhaus, Pflegeheim
 4 = Altersheim, andere sozialmed. Instit.
 5 = Psychiatrische Klinik
 6 = anderes Krankenhaus
 7 = Anstalt des Strafvollzugs
 8 = andere
 9 = unbekannt

1.1.V03

Eintrittsart

1 = Notfall
 2 = angemeldet, geplant
 3 = Geburt (Kind in dieser Klinik geboren)
 4 = Wechsel der Hauptdiagnose
 8 = andere
 9 = unbekannt

1.3.

Aufenthaltsmerkmale

Auszufüllen bei Statistikfall A, B, C (0.2V02)

1.3.V01

Behandlungsart

1 = ambulant
 2 = teilstationär
 3 = stationär
 9 = unbekannt

1.3.V03

Aufenthalt in Intensivmedizin

Anzahl Stunden

1.3.V02

Klasse

1 = allgemein
 2 = halbprivat
 3 = privat
 9 = unbekannt

1.1.V04

Administrativer Urlaub & Ferien

Anzahl Stunden

1.4.

Betriebswirtschaftliche Angaben

Auszufüllen bei Statistikfall A, B, C (0.2V02)

1.4.V01

Hauptkostenstelle

M

1.4.V02

Hauptkostenträger f. Grundversicherungsleistungen

1 = Krankenversicherung
 2 = Invalidenversicherung
 3 = Militärversicherung
 4 = Unfallversicherung
 5 = Selbstzahler
 8 = andere
 9 = unbekannt

1.5.

Austritts-Merkmale

Lediglich auszufüllen bei Statistikfall A (0.2V02)

1.5.V01

Austrittsdatum -Stunde

Jahr - Monat - Tag - Stunde

1.5.V04

Behandlung nach Austritt

1 = geheilt/kein Behandlungsbedarf
 2 = ambulante Behandlung
 3 = ambulante Pflege (z.B. SPITEX)
 4 = stationäre Behandlung oder Pflege
 5 = Rehabilitation
 8 = anderes
 9 = unbekannt

1.5.V02

Entscheid für Austritt

1 = auf Initiative des Behandelnden
 2 = auf Initiative des Patienten
 3 = auf Initiative einer Drittperson
 4 = Wechsel der Hauptdiagnose
 5 = gestorben
 8 = anderes
 9 = unbekannt

1.5.V03

Aufenthalt nach Austritt

1 = Zuhause
 2 = Krankenhaus, Pflegeheim
 3 = Altersheim, andere sozialmed. Inst.
 4 = Psychiatrische Klinik
 5 = Rehabilitationsklinik
 6 = anderes Krankenhaus
 7 = Anstalt des Strafvollzugs und andere
 8 = andere
 9 = unbekannt

Medizinische Statistik der Krankhäuser

Fragebogen

30.06.97 ANHANG I / Seite 2

1.6.

Diagnosen

Auszufüllen bei Statistikfall A, C (0.2V02)

1.6.V01

Hauptdiagnose

--	--	--	--

.

--

1.6.V02

Zusatz zu Hauptdiagnose

--	--	--	--

.

--

1.6.V03

1. Nebendiagnose

--	--	--	--

.

--

1.6.V04

2. Nebendiagnose

--	--	--	--

.

--

1.6.V05

3. Nebendiagnose

--	--	--	--

.

--

1.6.V06

4. Nebendiagnose

--	--	--	--

.

--

1.6.V07

5. Nebendiagnose

--	--	--	--

.

--

1.6.V08

6. Nebendiagnose

--	--	--	--

.

--

1.6.V09

7. Nebendiagnose

--	--	--	--

.

--

1.6.V10

8. Nebendiagnose

--	--	--	--

.

--

1.7.

Behandlungen

Auszufüllen bei Statistikfall A, C (0.2V02)

1.7.V02

Behandl.datum,
Stunde

Jahr - Monat - Tag - Stunde

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.7.V01

Hauptbehandlung

--	--

.

--	--

1.7.V03

1. weitere Behandlung

--	--

.

--	--

1.7.V04

2. weitere Behandlung

--	--

.

--	--

1.7.V05

3. weitere Behandlung

--	--

.

--	--

1.7.V06

4. weitere Behandlung

--	--

.

--	--

1.7.V07

5. weitere Behandlung

--	--

.

--	--

1.7.V08

6. weitere Behandlung

--	--

.

--	--

1.7.V09

7. weitere Behandlung

--	--

.

--	--

1.7.V10

8. weitere Behandlung

--	--

.

--	--

1.7.V11

9. weitere Behandlung

--	--

.

--	--

3. **Psychiatrie-Zusatzdaten**
(unterstehen nicht der Auskunftspflicht)

3.1. Allgemeine Angaben			
3.1.V01	Rekordart MP	MP = Psychiatrie Zusatzdaten	
3.2. Daten zur Person Auszufüllen bei Statistikfall A, B, C (0.2V02)			
3.2.V01	Zivilstand 	1 = ledig 2 = verheiratet, zusammenlebend 3 = verheiratet, getrennt lebend 4 = verwitwet 5 = geschieden 9 = unbekannt	Beschäftigung vor Eintritt (Mehrfachantworten zulässig)
		3.2.V03	teilzeit erwerbstätig 0 = nein, 1 = ja
3.2.V02	Aufenthaltsort vor dem Eintritt (Psychiatrie) 	11 = Zuhause, alleine 12 = Zuhause, mit anderen 21 = Zuhause, alleine, mit Spitex 22 = Zuhause, mit anderen, mit Spitex 30 = Krankenhaus, Pflegeheim 40 = Altersheim, andere sozialmed. Instit. 41 = Wohnheim 50 = Psychiatrische Klinik 60 = anderes Krankenhaus, (Akutspital) 70 = Strafvollzugsanstalt 81 = andere 82 = ohne festen Wohnsitz 90 = unbekannt	3.2.V04 voll erwerbstätig 3.2.V05 nicht erwerbstätig oder arbeitslos 3.2.V06 Hausarbeit in eigenem Haushalt 3.2.V07 in Ausbildung (Schule, Lehre, Studium)
3.2.V12	Höchste abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung 	1 = keine abgeschlossene Schulbildung 2 = obligatorische Volksschule 3 = Berufslehre oder Vollzeitberufsschule 4 = Maturitätsschule 5 = Höhere Fach- oder Berufsschule 6 = Universität, Hochschule 9 = unbekannt	3.2.V08 Rehabilitationsprogramm 3.2.V09 IV, AHV oder andere Rente 3.2.V10 Arbeit in geschütztem Rahmen 3.2.V11 unbekannt
3.3. Daten zum Eintritt			
3.3.V01	Einweisende Instanz (Psychiatrie) 	11 = Patient kommt auf eigene Initiative 12 = Angehörige, Bezugsperson, Laien 20 = Rettungsdienst 31 = praktizierender Arzt 32 = praktizierender Psychiater/innen 33 = Allgemeinspital, somatisches Spital 34 = Psychiatrie eigene Instit. ambulant 35 = Psychiatrie eigene Instit. teilstationär 36 = Psychiatrie eigene Instit. stationär 37 = Psychiatrie andere Instit. ambulant 38 = Psychiatrie andere Instit. teilstationär 39 = Psychiatrie andere Instit. stationär 40 = nicht ärztliche Therapeut/innen 50 = Beratungsstelle, soziale Institution 60 = strafrechtlich, Justizbehörden 81 = Behörden: Vormundschaft, Fürsorge, zivill. 82 = Militär 83 = Versicherungen, IV, SUVA 84 = andere 90 = unbekannt	3.3.V02 Freiwilligkeit 1 = freiwilliger Eintritt 2 = unfreiw. Eintritt 9 = unbekannt 3.3.V03 Fürsorgerischer Freiheitsentzug 1 = ohne FFE 2 = mit FFE

3.4. Daten zu Behandlung/Verlauf

3.4.V01 Anzahl Tage / Konsultationen

stationär: Anzahl Behandlungstage
teilstationär: Anz. Behandlungstage
ambulant: Anzahl Konsultationen

3.4.V02 Behandlung

1 = Krisenintervention
2 = Beratung
3 = Psychotherapie (einzeln)
4 = Psychotherapie (Paar oder Familie)
5 = Psychotherapie (Gruppe)
6 = integrierte psychiatrische Behandlung
7 = Sozialpsych. Behandlung/Betreuung
8 = Konsilium, Liaisondienst
9 = Sachhilfe
10 = Abklärung (nur)
11 = Begutachtung
12 = andere

Psychopharmakotherapie
(Mehrfachantworten zulässig)

3.4.V03 Neuroleptika 0 = nein, 1 = ja

3.4.V09 Lithium 0 = nein, 1 = ja

3.4.V04 Depotneuroleptika

3.4.V10 Suchtsubstitutionsmittel (z.B. Methadon)

3.4.V05 Antidepressiva

3.4.V11 Suchtaversionsmittel (z.B. Antabus, Nemexin)

3.4.V06 Tranquilizer

3.4.V12 Antiparkinsonmittel

3.4.V07 Hypnotika

3.4.V13 andere

3.4.V08 Antiepileptika

3.4.V14 Medikamente zur Behandl. körperl. Leiden

3.5. Daten zum Austritt

3.5.V01 Entscheid für Austritt (Psychiatrie)

Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variablen 1.5.V02 'Entscheid für Austritt' aus dem Minimaldatensatz dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.5.V02 des allgemeinen Minimaldatensatzes übereinstimmen.

11 = in gegenseitigem Einvernehmen
12 = auf Initiative der Behandelnden
20 = auf Initiative des/r Patienten/in
30 = auf Initiative Dritter
40 = Wechsel der Hauptdiagnose
51 = Patient hat sich suizidiert
52 = Patient ist gestorben (ausser Suizid)
80 = anderes
90 = unbekannt

3.5.V02 Aufenthalt nach Austritt

Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variablen 1.5.V03 'Aufenthalt nach Austritt' aus dem Minimaldatensatz dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.5.V03 des allgemeinen Minimaldatensatzes übereinstimmen.

11 = Zuhause, alleine
12 = Zuhause, mit anderen
20 = Krankenhaus, Pflegeheim
32 = Altersh., and. sozialm. Inst.
31 = Wohnheim
40 = Psychiatrische Klinik
50 = Rehabilitationsklinik
60 = and. Krankenhaus (Akut)
70 = Strafvollzugsanstalt
81 = ohne festen Wohnsitz
82 = andere
90 = unbekannt
00 = gestorben

3.5.V03 Behandlung nach Austritt

Diese Angabe stellt eine detailliertere Form der Variablen 1.5.V04 'Behandlung nach Austritt' aus dem Minimaldatensatz dar. Die erste Stelle dieser Angabe muss mit 1.5.V04 des allgemeinen Minimaldatensatzes übereinstimmen.

10 = geheilt / kein Behandlungsbedarf
21 = Bezugsperson, freiw. Mitarb., Laien
22 = Beratungsstelle, soziale Institution, Sozialdienst, etc.
23 = praktizierender Arzt/in
24 = praktizierender Psychiater/in
25 = nicht ärztlicher Psychotherapeut/in
26 = Psychiatrie, eigene Instit., ambulant
27 = Psychiatrie, andere Instit., ambulant
28 = keine, wäre aber notwendig gewesen
30 = Pflegepersonal, Spitex, etc.
41 = Allgemeinspital, somatisches Spital
42 = Psychiatrie, eigene Instit., stationär
43 = Psychiatrie, andere Instit., stationär
51 = Rehabilitation (ambulant oder stationär)
52 = Psychiatrie, eigene Inst., teilstationär
53 = Psychiatrie, andere Inst., teilstationär
81 = Behörden
82 = andere
90 = unbekannt
00 = gestorben

0. **Données générales**

0.1 **Etablissement** (Ne doit pas être rempli par l'établissement)

0.1.V01 Type de relevé

MB

0.1.V02 N° de l'établissement (satellite santé du REE)

--	--	--	--	--	--	--	--

0.1.V03 Code NOGA

--	--	--	--	--	--

0.1.V04 Canton

--	--

0.2 **Identification**

0.2.V01 Code de liaison anonyme

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0.2.V02 Définition du cas

--

A = données minimales (dates d'entrée et de sortie comprise entre le 1.1 et le 31.12)
B = annonce administrative réduite (date d'entrée à partir du 1.1, traitement se poursuivant au-delà du 31.12)
C = annonce administrative minimale (date d'entrée avant le 1.1, traitement se poursuivant au-delà du 31.12)

0.3 **Données supplémentaires**

0.3.V01 Questionnaire nouveau-nés

(oui)
☐

0.3.V02 Questionnaire psychiatrique

☐

0.3.V03 Questionnaire des coûts par cas

☐

0.3.V04 Questionnaire cantonal

☐

1. Données minimales

1.1. Données sociodémographiques A remplir pour les cas statistiques A, B, C (0.2V02)			
1.1.V01	Sexe 1 = masculin 2 = féminin	1.1.V04	Région de domicile Code OFS des régions
1.1.V02	Date de naissance Année - mois - jour	1.1.V05	Nationalité Code OFS des nationalités
1.1.V03	Age à l'admission En années révolues		

1.2. Variables d'admission A remplir pour les cas statistiques A, B, C (0.2V02)			
1.1.V02	Séjour avant l'admission 1 = domicile 2 = id. avec soins à domicile 3 = établ. de santé non hospit. médicalisé 4 = id. non médicalisé 5 = hôpital psychiatrique 6 = autre institution hospitalière 7 = institution d'exécution des peines 8 = autre 9 = inconnu	1.1.V01	Date (heure) d'admission Année - mois - jour - heure
1.1.V03	Mode d'admission 1 = urgence 2 = annoncé, planifié 3 = naissance (enfant né intra-muros) 4 = changement de diagnostic principal 8 = autre 9 = inconnu	1.1.V04	Décision d'envoi 1 = initiative propre, proches 2 = service de sauvetage (ambulance, police) 3 = médecin 4 = thérapeute non médecin 5 = services sociaux 6 = autorités judiciaires 8 = autre 9 = inconnu

1.3. Variables de séjour A remplir pour les cas statistiques A, B, C (0.2V02)			
1.3.V01	Type de prise en charge 1 = ambulatoire 2 = semi-hospitalisation 3 = hospitalisation 9 = inconnu	1.3.V03	Séjour en soins intensifs Nombre d'heures
1.3.V02	Classe 1 = chambre commune 2 = semi-privé 3 = privé 9 = inconnu	1.1.V04	Vacances, congés administratifs Nombre d'heures

1.4. Données économiques A remplir pour les cas statistiques A,B, C (0.2V02)			
1.4.V01	Centre de prise en charge des coûts M	1.4.V02	Prise en charge des soins de base 1 = assurance-maladie 2 = assurance-invalidité 3 = assurance-militaire 4 = assurance-accident 5 = autopayeur 8 = autre 9 = inconnu

1.5. Variables de sortie Ne remplir que pour le cas statistique A (0.2V02)			
1.5.V02	Décision de sortie 1 = sur l'initiative du traitant 2 = sur l'initiative du patient 3 = sur l'initiative d'un tiers 4 = changement de diagnostic principal 5 = décédé 8 = autre 9 = inconnu	1.5.V01	Date et heure de sortie Année - mois - jour - heure
1.5.V03	Séjour après la sortie 1 = domicile 2 = établ. de santé non hospit. médicalisé 3 = id. non médicalisé 4 = institution psychiatrique 5 = institution de réadaptation 6 = autre institution hospitalière 7 = institution d'exécution des peines 8 = autre 9 = inconnu	1.5.V04	Prise en charge après la sortie 1 = guéri, aucun besoin de suivi 2 = soins ou traitement ambulatoires 3 = soins à domicile 4 = soins ou traitement intra-muros 5 = réadaptation 8 = autre 9 = inconnu

1.6.

Diagnostics

Ne remplir que pour les cas statistiques A, C (0.2V02)

1.6.V01	Diagnostic principal					.	
1.6.V02	Complément au diagnostic principal					.	
1.6.V03	1er diagnostic supplémentaire					.	
1.6.V04	2e diagnostic supplémentaire					.	
1.6.V05	3e diagnostic supplémentaire					.	
1.6.V06	4e diagnostic supplémentaire					.	
1.6.V07	5e diagnostic supplémentaire					.	
1.6.V08	6e diagnostic supplémentaire					.	
1.6.V09	7e diagnostic supplémentaire					.	
1.6.V10	8e diagnostic supplémentaire					.	

1.7.

Traitements

Ne remplir que pour les cas statistiques A, C (0.2V02)

1.7.V02

Date, heure du traitement

Année - mois - jour - heure

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1.7.V01	Traitement principal			.		
1.7.V03	1er traitement supplémentaire			.		
1.7.V04	2e traitement supplémentaire			.		
1.7.V05	3e traitement supplémentaire			.		
1.7.V06	4e traitement supplémentaire			.		
1.7.V07	5e traitement supplémentaire			.		
1.7.V08	6e traitement supplémentaire			.		
1.7.V09	7e traitement supplémentaire			.		
1.7.V10	8e traitement supplémentaire			.		
1.7.V11	9e traitement supplémentaire			.		

3. **Données complémentaires (psychiatrie)**
(non soumises à l'obligation de déclarer)

3.1.

Données générales

3.1.V01

Type de relevé

MP

MP = données complémentaires sur la psychiatrie

3.2.

Données individuelles

A remplir pour les cas statistiques A, B, C (0.2V02)

3.2.V01

Etat civil

1 = célibataire

2 = marié(e), vivant en couple

3 = marié(e), vivant séparément

4 = veuf/veuve

5 = divorcé(e)

9 = inconnu

Occupation avant l'admission (plusieurs réponses possibles)

3.2.V03

travail à temps partiel

0 = non, 1 = oui

3.2.V02

Séjour avant l'admission (psychiatrie)

11 = à la maison, seul(e)

12 = à la maison, avec d'autres personnes

21 = à la maison, seul(e), soins à domicile

22 = à la maison, avec d'autres, soins à domicile

30 = home médicalisé

40 = foyer pour pers. âgées, instit. médico-sociale

41 = logement dans un foyer

50 = clinique psychiatrique

60 = autre hôpital (soins aigus)

70 = établissement d'exécution des peines

81 = autre

82 = sans domicile fixe

90 = inconnu

3.2.V04

travail à plein temps

3.2.V05

non occupé(e) ou au chômage

3.2.V06

travail ménager à son domicile

3.2.V07

en formation (école, apprentissage, études)

3.2.V12

Formation scolaire ou professionnelle la plus élevée

1 = n'a pas achevé de formation scolaire

2 = scolarité obligatoire

3 = apprent. prof. ou école prof. à plein temps

4 = école menant à la maturité

5 = haute école spécialisée/école prof. supérieure

6 = université, haute école

9 = inconnu

3.2.V08

programme de réadaptation

3.2.V09

AI, AVS ou autre rente

3.2.V10

travail dans un cadre protégé

3.2.V11

inconnu

3.3.

Variables d'entrée

3.3.V01

Décision d'envoi (psychiatrie)

11 = propre initiative

12 = proches, parents

20 = service de sauvetage

31 = médecin pratiquant

32 = psychiatre pratiquant

33 = hôpital

34 = clinique psych. de l'établ., trait. ambulatoire

35 = clin. psych. de l'établ., trait. semi-ambulatoire

36 = clinique psych. de l'établ., trait. intra-muros

37 = clinique psych. externe, trait. ambulatoire

38 = clinique psych. ext., trait. semi-ambulatoire

39 = clinique psych. externe, trait. intra-muros

40 = thérapeute non médecin

50 = centre de consultation, service social

60 = institution pénale, autorités judiciaires

81 = autorité: de tutelle, civile, assistance publique

82 = autorités militaires

83 = assurances, AI, CNA

84 = autre

90 = inconnu

3.3.V02

Entrée volontaire ou non?

1 = oui

2 = non

9 = inconnu

3.3.V03

Internement préventif

1 = sans

2 = avec

Statistique médicale des hôpitaux

Questionnaire données psychiatriques

20.9.97 / page 1

3.4.

Variables concernant le traitement

3.4.V01

Nombre de jours / de consultations

intra-muros: nombre de jours

semi-ambulatoire: nombre de jours

ambulatoire: nombre de consultations

3.4.V02

Traitement

1 = intervention d'urgence

2 = consultation

3 = psychothérapie individuelle

4 = psychothérapie de couple ou en famille

5 = psychothérapie de groupe

6 = traitement psychiatrique intégré

7 = traitement/assistance sociopsychologique

8 = conseil de médecins

9 = assistance technique

10 = diagnostic (uniquement)

11 = expertise

12 = autre

Psychopharmacothérapie

(plusieurs réponses possibles)

3.4.V03

Neuroleptiques

0 = non, 1 = oui

3.4.V09

Lithium

0 = non, 1 = oui

3.4.V04

Neuroleptiques-dépôt

3.4.V10

Thérapie de substitution (méthadone, etc.)

3.4.V05

Antidépresseurs

3.4.V11

Usage d'antagonistes (antabuse, némexine, etc.)

3.4.V06

Tranquillisants

3.4.V12

Antiparkinsoniens

3.4.V07

Hypnotiques

3.4.V13

Autres

3.4.V08

Antiépileptiques

3.4.V14

Médicaments non-psychofarmacotiques

3.5.

Variables de sortie

3.5.V01

Décision de sortie (psychiatrie)

Ces données sont plus détaillées que les variables 1.5.V02 'Décision de sortie' telles qu'elles figurent parmi les données minimales. La première position doit correspondre à celle indiquée sous 1.5.V02.

3.5.V02

Séjour après la sortie

Ces données sont plus détaillées que les variables 1.5.V03 'Séjour après la sortie' telles qu'elles figurent parmi les données minimales. La première position doit correspondre à celle indiquée sous 1.5.V03.

3.5.V03

Prise en charge après la sortie

Ces données sont plus détaillées que les variables 1.5.V04 'Séjour après la sortie' telles qu'elles figurent parmi les données minimales. La première position doit correspondre à celle indiquée sous 1.5.V04.

11 = d'un commun accord

12 = à la demande du traitant

20 = à la demande du patient

30 = à la demande d'une tierce personne

40 = changement de diagnostic principal

51 = le patient s'est suicidé

52 = le patient est décédé (suicide excepté)

80 = autre

90 = inconnu

10 = guéri, aucun besoin de suivi

21 = personne de confiance, volontaire, proche

22 = centre de consultation, service social, etc.

23 = médecin pratiquant

24 = psychiatre pratiquant

25 = psychothérapeute non médecin

26 = clinique psych. de l'établ., trait. ambulatoire

27 = clinique psych. externe, trait. ambulatoire

28 = aucune, mais serait nécessaire

30 = personnel soignant, soins à domicile, etc.

41 = hôpital

42 = clinique psych. de l'établ., trait. intra-muros

43 = clinique psych. externe, trait. intra-muros

51 = réadaptation (ambulatoire ou intra-muros)

52 = clinique psych. de l'établ., semi-ambulatoire

53 = clinique psych. externe, semi-ambulatoire

81 = autorités

82 = autre

90 = inconnu

00 = décédé

11 = à la maison, seul(e)

12 = à la maison, avec d'autres

20 = foyer, home médicalisé

32 = foyer pour pers. âgées, autre institution médico-sociale

31 = logement dans un foyer

40 = clinique psychiatrique

50 = clinique de réadaptation

60 = hôpital

70 = établ. d'exéc. des peines

81 = sans domicile fixe

82 = autre

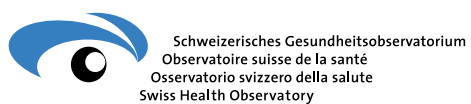
90 = inconnu

00 = décédé

Statistique médicale des hôpitaux

Questionnaire données psychiatriques

20.9.97 / page 2



Office fédéral de la statistique
Bundesamt für Statistik
Ufficio federale di statistica
Uffizi federal da statistica
Swiss Federal Statistical Office

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique.