

# Regionale Varianz der Raten Fürsorgerischer Unterbringungen in der Schweiz

## Regional Variance of Rates of Involuntary Admission in Switzerland

Autorinnen/Autoren

Matthias Jäger<sup>1,2</sup>, Alexandre Tuch<sup>3</sup>, Anastasia Theodoridou<sup>1,2</sup> , Urs Hepp<sup>4,5</sup>, Niklaus Stulz<sup>6</sup>

### Institute

- 1 Erwachsenenpsychiatrie, Psychiatrie Baselland, Liestal, Schweiz
- 2 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Schweiz
- 3 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel, Schweiz
- 4 hepp-health, Zürich, Schweiz
- 5 Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, Universitätsspital Zürich, Schweiz
- 6 Ärztliche Direktion, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Winterthur, Schweiz

### Schlüsselwörter

Prävention von Zwang, Inanspruchnahme, Epidemiologie

### Keywords

prevention of coercion, service use, epidemiology

eingereicht 27.03.2024

akzeptiert 11.07.2024

Artikel online veröffentlicht 2024

### Bibliografie

Psychiatr Prax

DOI 10.1055/a-2364-9182

ISSN 0303-4259

© 2024. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Prof. Matthias Jäger

Erwachsenenpsychiatrie der Psychiatrie Baselland

Bienentalstrasse 7

4410 Liestal

Schweiz

matthias.jaeger@pbl.ch

### ZUSAMMENFASSUNG

**Ziel der Studie** Identifikation von Prädiktoren, die zur Erklärung regionaler Varianz von Fürsorgerischen Unterbringungen (FU) in der Schweiz beitragen.

**Methodik** Multiple Regressionsanalyse unter Einschluss potentieller Prädiktoren und regionaler FU-Raten auf Ebene der nutzungsbasierten Versorgungsregionen.

**Ergebnisse** Anordnungsbefugnis, Beistandschaften, Rate ambulanter Konsultation in psychiatrischen Praxen, Hospitalisierungsrate und Urbanisierung hängen signifikant mit der regionalen Variation der FU-Raten zusammen.

**Schlussfolgerung** Eine restriktive Regelung der Anordnungsbefugnis sowie freiwillige ambulante psychosoziale und administrative Unterstützungsmassnahmen können zur Reduktion der FU-Raten beitragen.

### ABSTRACT

**Objective** Identification of predictors that contribute to explaining regional variance of involuntary admission (IA) in Switzerland.

**Methods** Multiple regression analysis including potential predictors and regional rates of IA at the level of utilisation-based care regions.

**Results** Authorisation to issue involuntary admission, assistance/guardianship, outpatient consultation rate in psychiatric practices, hospitalisation rate and urbanisation are significantly related to regional variation in IA rates.

**Conclusion** Restrictive regulation of the authority to issue IA and voluntary outpatient psychosocial and administrative support measures can contribute to a reduction in the rates of IA.

## Einleitung

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Analysen zur Varianz der Raten fürsorgischer Unterbringungen (FU) in der Schweiz durchgeführt und publiziert, z. B. [1–5]. Fokus der Publikationen waren deskriptive Aspekte wie Merkmale der betroffenen Patientinnen und Patienten sowie kantonale Unterschiede bzgl. der Häufigkeit [4]. Als Desiderat für zukünftige Analysen der Schweizer Daten wurde genannt, langfristige Trends hinsichtlich der Häufigkeit von FU sowie die Gründe für die kantonalen Unterschiede zu prüfen [4]. Dies nimmt die vorliegende Publikation auf und geht mit einem neuen Ansatz der Frage nach, welche Faktoren die kantonal unterschiedlichen FU-Raten erklären.

Gemäss Schweizerischem Zivilgesetzbuch (ZGB, Art. 426) darf «eine Person, die an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann. Die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten sind zu berücksichtigen». «Die Kantone können Ärzte und Ärztinnen bezeichnen, die neben der Erwachsenenschutzbehörde eine Unterbringung während einer vom kantonalen Recht festgelegten Dauer anordnen dürfen. Die Dauer darf höchstens sechs Wochen betragen» (ZGB, Art. 429). «Die Ärztin oder der Arzt untersucht persönlich die betroffene Person und hört sie an. Der Unterbringungsentscheid enthält mindestens folgende Angaben: 1. Ort und Datum der Untersuchung; 2. Name der Ärztin oder des Arztes; 3. Befund, Gründe und Zweck der Unterbringung; 4. die Rechtsmittelbelehrung» (ZGB, Art. 430). Die Auslegung der Bundesgesetzgebung inkl. der Definition von Abläufen, Fristen und Zuständigkeiten obliegt den 26 Kantonen, die dies in den jeweiligen Einführungsgesetzen ausführen. Auf dieser Ebene ist eine erhebliche Variabilität festzustellen [6], die sich auch in den kantonalen FU-Raten sowie den Charakteristika der betroffenen und involvierten Personen widerspiegelt [7, 8].

Die bevölkerungsbezogenen Raten der FU bewegen sich zwischen 0,8 bis 2,7 pro 1000 Einwohner und Jahr [9]. Große regionale Unterschiede können auf Qualitätsprobleme in der Gesundheitsversorgung hinweisen [10]. Es ist daher wichtig, die Gründe für diese Unterschiede zu verstehen. Für die FU ist dies bisher nur unzureichend geschehen. Die unterschiedliche kantonale Gesetzgebung, d. h. vor allem die Zuständigkeiten für Anordnungen von FU, sind ein möglicher erklärender Faktor [1]. In früheren Analysen konnte hierzu jedoch kein statistisch signifikanter Einfluss gefunden werden [4]. Zudem bestand eine Tendenz, dass in Kantonen mit höherem Urbanisierungsgrad die FU-Raten höher sind. Es konnten keine relevanten Einflussfaktoren identifiziert werden. Als mögliche Gründe für die kantonal unterschiedlichen FU-Raten wurden die Vielfältigkeit der kantonalen Versorgungs- und Behandlungsstrukturen, die Erfahrung und Aus- und Weiterbildung der Anordnenden, Differenzen hinsichtlich institutioneller Rahmenbedingungen sowie der unterschiedliche Umgang mit Menschen mit einer psychischen Krankheit diskutiert [1].

In der internationalen Literatur finden sich noch größere Unterschiede der Unterbringungsraten, variierend um den Faktor 36, Spannbereite 0,06 bis 2,2 pro 1000 Einwohner [11]. Als Gründe für die große Varianz werden unter anderem Unterschiede folgender Aspekte in den Versorgungsregionen genannt: Gesetzgebung und deren Umsetzung, psychiatrische Hospitalisierungsraten, geogra-

fische Gegebenheiten, soziodemographische Faktoren der Bevölkerungsstruktur, kulturelle Differenzen, Versorgungs- und Behandlungsstrukturen, institutionelle Rahmenbedingungen, Umgang mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung [11].

Um regionale Unterschiede untersuchen zu können, müssen in einem ersten Schritt die maßgebenden Analyse-Regionen definiert werden. Neben den üblichen Analysen nach Kanton wurden in der vorliegenden Publikation die regionalen Unterschiede bei der FU anhand sogenannter Hospital Service Areas (HSA) untersucht [12]. HSA sind geographische Einheiten, die auf Bewegungsmustern der Patientinnen und Patienten zwischen den Wohn- und Behandlungs-orten beruhen und so das Nutzungsverhalten räumlich besser abbilden als geopolitisch definierte Regionen. Es werden also Analyse-Regionen gebildet, in denen Leistungserbringer (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien, psychiatrisch-psychotherapeutische Praxen) mit Patientinnen und Patienten zusammengeführt werden, so dass die Inanspruchnahme von Leistungen innerhalb dieser Region mit den dort ansässigen Leistungserbringern zusammenhängt. Dies mit der Hypothese, dass damit die o. g. regionalen Struktur- und Versorgungsmerkmale kleinräumiger und damit besser abgebildet und mit der regionalen bevölkerungsbezogenen FU-Rate in Beziehung gesetzt werden können. In die Varianzanalyse der vorliegenden Untersuchung wurden schweizweit verfügbare Variablen zur Umsetzung der FU sowie zur psychiatrischen Inanspruchnahme in den Regionen eingeschlossen, mit der Fragestellung, welche Variablen die interregionalen Unterschiede in den FU-Raten in relevantem Maß erklären. Einige Variablen wie die kantonale Gesetzgebung sind allerdings nicht auf HSA-Ebene differenzierbar, was eine Limitation der Methodik darstellt (s. u.).

## Methoden

### Mental Health Service Areas (HSA-PSY)

HSA-PSY wurden unter Verwendung von Small Area Analysis (SAA; [12]) auf der Grundlage der realen Nutzungsbewegungen zwischen den Wohnorten der Patientinnen und Patienten und den Standorten der ambulanten psychiatrischen Angebote (Spitalambulatorien und niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater) in der Schweiz gebildet. Die daraus resultierenden 68 HSA-PSY Regionen variieren erheblich in ihrer Größe (Fläche und Bevölkerung), stellen aber funktional relevante Regionen für die umfassende Analyse des Angebots und der Inanspruchnahme von stationären und ambulanten psychiatrischen Diensten dar [12]. In dieser Untersuchung wurde HSA-PSY als Grundlage für eine differenzierte Analyse von Einflussfaktoren auf die FU-Rate verwendet.

### Variablen

Folgende Variablen wurden im Modell eingeschlossen, um die regionalen Differenzen der FU-Raten zu analysieren. Die Auswahl der Variablen richtete sich nach inhaltlichen Aspekten basierend auf Hinweisen aus der Literatur zu relevanten Einflussfaktoren auf die Variabilität der FU-Raten sowie nach der Verfügbarkeit auf nationalem Level in der Schweiz.

- Anordnungsbefugnis (anordnende Instanz): je nach kantonaler Gesetzgebung und Praxis kann ausschließlich die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) oder zusätzlich ein

vom Kanton enger oder weiter definierter Ärztekreis (z.B. Amtsärztinnen und -ärzte oder Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Ärztinnen und Ärzte (aller Fachrichtungen) des kantonalen FU-Bereitschaftsdiensts) oder auch alle im Kanton oder alle in der Schweiz praktizierenden Ärztinnen und Ärzte eine Unterbringung anordnen. Für diese Analysen wurde die Regelung in zwei Gruppen unterteilt: Restriktive Regelung (nur Behörden und bestimmte Ärzte: Aargau (nur Amtsärztinnen und -ärzte), Basel Landschaft (nur KESB), Basel Stadt (Kantonaler medizinischer Dienst), St. Gallen (nur Amtsärztinnen und -ärzte), Zug (nur Facharztpersonen Psychiatrie) und alle Ärztinnen und Ärzte mit schweizweiter bzw. kantonaler Berufsausübungsbewilligung (andere Kantone).

- Beistandschaften: Anzahl Beistandschaften («maßgeschneiderte» und umfassende sowie Verfahrens-Beistandschaften) und andere Schutzmaßnahmen (temporäre weniger eingreifende Maßnahmen wie Beauftragung von Drittpersonen für einzelne Aufgaben) pro 1000 Einwohner (KOKES-Statistik; Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz): als Indikator für den «behördlichen Aktivitätsgrad» im Kanton.
- Zwingende Involvierung der KESB innerhalb einer Woche: Basel Landschaft, Solothurn, St. Gallen: als Regelung, die eine zwingende behördliche Prüfung (persönlich) beinhaltet, im Unterschied zu den übrigen Regelungen, die Anordnungs- und Entlassungskompetenz ausschließlich Ärztinnen und Ärzten zuordnen (erste Instanz bei abgelehntem Entlassungsantrag: Beschwerde bei Gericht).
- Ambulante Konsultationen in psychiatrischen Praxen (alters- und geschlechtsstandardisierte Rate): als Indikator für Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung.
- Ambulante Konsultationen in Klinikambulatorien (alters- und geschlechtsstandardisierte Rate): als Indikator für Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung.
- Hospitalisierungen (alters- und geschlechtsstandardisierte Rate): Hospitalisierungen mit FU als Eintrittsgrund wurden ausgeschlossen, als Indikator für Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung.
- Urbanisierungsgrad: Anteil der Bevölkerung in «städtischen Kernräumen» pro HSA-PSY; dies entspricht der Kategorie «Städtisch» der Stadt/Land-Typologie 2012 des BFS [13].

## Statistische Analysen

### Regionale Variation

Um regionale Unterschiede in den FU-Raten zu untersuchen, muss in einem ersten Schritt geprüft werden, ob die regionalen Unterschiede statistisch signifikant sind. Zu diesem Zweck wurden Kennzahlen zur regionalen Variation berechnet, die auch im Schweizer Versorgungsatlas zur Anwendung kommen: Systematic component of variation (SCV), Empirical Bayes (EB) und Quintile Ratio (QR). Eine detaillierte Beschreibung dieser Indikatoren findet sich im Methodenbericht zum Versorgungsatlas [14].

### Regressionsmodell

Die Zusammenhänge zwischen den Prädiktoren und den FU-Raten wurden mit Hilfe einer multiplen Regression auf Ebene der HSA-PSY analysiert. Zusätzlich zu den oben aufgeführten Variablen wurde das

Erhebungsjahr als Prädiktor in das Modell aufgenommen, um die Konsistenz der Ergebnisse über die Jahre zu überprüfen. Für die Analysen wurden die Jahre 2019 bis 2021 berücksichtigt.

Die Stabilität der Regressionsanalysen wurde mittels multipler Testung in unterschiedlichen Modellen geprüft. In einem ersten Schritt wurden alle Prädiktoren gleichzeitig in das Modell aufgenommen (Modell 1). Anschließend wurden sowohl die einzelnen Prädiktoren als auch das gesamte Modell auf Signifikanz getestet. In einem zweiten Schritt wurden die Prädiktoren nacheinander einmal mittels *Forward Selection* und einmal mittels *Backward Selection* in das Modell integriert. Die am Ende verbleibenden (d. h. signifikanten) Prädiktoren waren bei beiden Vorgehensweisen dieselben und entsprachen auch den signifikanten Prädiktoren aus Modell 1. Die in den vorangegangenen Schritten identifizierten Prädiktoren wurden in das vorläufig finale Modell integriert. Um die Stabilität dieses Modells zu überprüfen, wurden in einem letzten Schritt auf Basis der Cook-Distanz die für das Modell einflussreichen Fälle identifiziert ( $D \geq 4/n$ ) und bei einer erneuten Berechnung des Modells ausgeschlossen. Diese hatten keinen Einfluss auf das Modell oder die Prädiktoren. Die Zusammenhänge wurden statistisch signifikanter und die erklärte Varianz des Modells höher (Adj.  $R^2$ : 30,5 % vs. 42,6 %).

## Ergebnisse

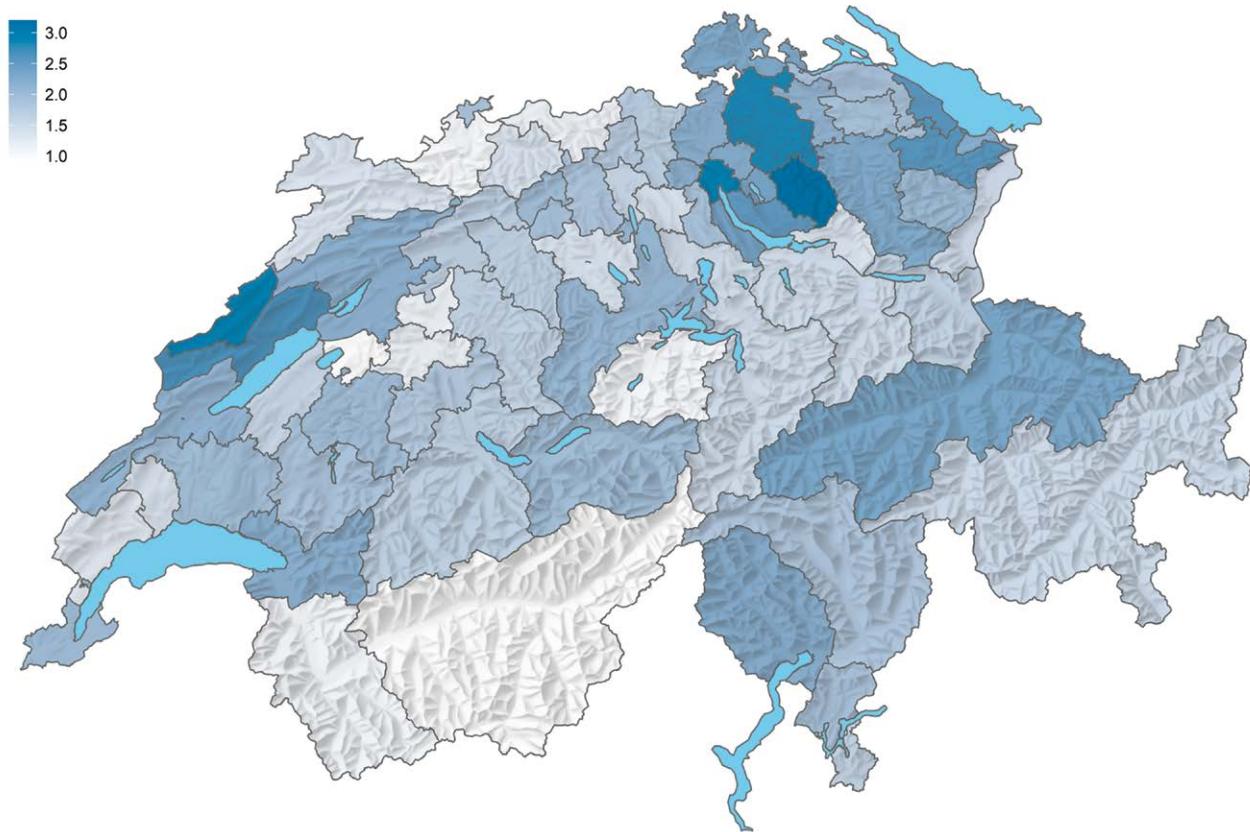
### Regionale Variation der FU-Rate

Gemäss den Kennzahlen zur regionalen Variation, variiert die FU-Rate moderat bis hoch auf kantonaler Ebene und hoch auf HSA-PSY Ebene. Für die HSA-PSY liegen die Werte für die *systematische Komponente der Variation* je nach Jahr zwischen 5,7 und 7,6, wobei Werte ab 5,4 auf eine hohe Variation hinweisen. Die Werte für *Empirical Bayes* lagen zwischen 6,6 und 7,1 (Werte ab 5 sprechen für eine hohe Variation) und die Werte für *Quintile Ratio* zwischen 1,4 und 1,6 (Werte ab 1.55 sprechen für eine hohe Variation) [14, 15]. Dies bedeutet, dass es sich bei den Unterschieden zwischen den Kantonen und zwischen den HSA-PSY mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht um zufällige Differenzen handelt. ► **Abb. 1** zeigt die FU-Raten in den HSA-PSY.

### Zusammenhänge zwischen Prädiktoren und der FU-Rate

► **Tab. 1** zeigt die einfachen linearen Korrelationen zwischen den verwendeten Prädiktoren und der FU-Rate. Bis auf die Variablen «Zwingende Involvierung der KESB innerhalb einer Woche» und «Ambulante Konsultationsrate in Klinikambulatorien» korrelieren alle Prädiktoren signifikant mit der Zielvariable.

Die Regressionsanalysen ergaben, dass die folgenden Prädiktoren signifikant mit der regionalen Variation der FU-Raten zusammenhängen (siehe ► **Tab. 2**): Anordnungsbefugnis (Kantone mit restriktiveren Regelungen haben weniger FU), Beistandschaften (je mehr Beistandschaften, desto weniger FU), Rate ambulanter Konsultation in Praxen (mehr FU bei mehr ambulanten Konsultationen), Hospitalisierungsrate (mehr FU bei höheren Hospitalisierungsraten), Urbanisierung (mehr FU in urbaneren Regionen). Keinen Einfluss im Modell hatten: Involvierung der KESB innerhalb 1 Woche (ärztlicher FU-Antrag wird geprüft und gutgeheissen nach



► **Abb. 1** Rate fürsorglicher Unterbringungen pro 1000 Einwohnende nach psychiatrischen Versorgungsregionen, HSA-PSY, 2021. Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) & Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

► **Tab. 1** Lineare Korrelationen zwischen den Prädiktoren und der FU-Rate.

| Prädiktor   | Std. Beta-Koeffizient | Standardfehler | t-Wert | p-Wert  |
|---|-----------------------|----------------|--------|---------|
| Restriktive Anordnungsbefugnis  | -0,18                 | 0,08           | -2,67  | 0,0083  |
| Beistandschaften und andere Schutzmassnahmen (rohe Rate)              | -0,16                 | 0,01           | -2,40  | 0,0175  |
| Zwingende Involvierung der KESB innerhalb einer Woche                 | 0,10                  | 0,10           | 1,46   | 0,1462  |
| Ambulante Konsultationen in Praxen (standardisierte Rate)             | 0,30                  | 0,00           | 4,57   | <0,0001 |
| Ambulante Konsultationen in Klinikambulatorien (standardisierte Rate) | 0,12                  | 0,00           | 1,68   | 0,0944  |
| Hospitalisierungen (standardisierte Rate)                             | 0,18                  | 0,02           | 2,70   | 0,0075  |
| Urbanisierungsgrad  | 0,30                  | 0,15           | 4,60   | <0,0001 |

provisorischer Gutheißung ohne persönliche Untersuchung), Konsultationsrate in Klinikambulatorien. Das Model erklärt 30,5% der Varianz.

## Diskussion

Basierend auf nutzungsbezogenen Versorgungsregionen konnten mittels «Small Area Analysis» Prädiktoren für erhöhte FU-Raten identifiziert werden, die einen substantiellen Anteil der Varianz er-

klären. Es handelt sich dabei um eine weit gefasste Anordnungsbefugnis (alle Ärztinnen und Ärzte, unabhängig von der Fachrichtung), geringer behördlicher Aktivitätsgrad (insb. Anordnung von Beistandschaften), hohe ambulante Inanspruchnahme in Praxen, hohe Hospitalisierungsrate und hoher Urbanisierungsgrad.

Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen [4] wurde die Anordnungsbefugnis in dieser Analyse dichotom kodiert und es wurden nur Kantone mit restriktiver Regelung in die entsprechende Gruppe aufgenommen. Es wurde keine Unterscheidung bezüglich der Be-

► **Tab. 2** Regressionsmodell zum Zusammenhang zwischen den Prädiktoren und der standardisierten FU-Rate.

| Effekt  | Beta-Koeffizient | Std. Beta-Koeffizient | Std.-fehler | t-Wert | p-Wert  |
|---|------------------|-----------------------|-------------|--------|---------|
| (Konstante)   | 1,66             | 0,00                  | 0,21        | 7,77   | <0,0001 |
| Behandlungsjahr 2019 (Referenzjahr 2021)                  | -0,26            | -0,24                 | 0,08        | -3,51  | 0,0005  |
| Behandlungsjahr 2020 (Referenzjahr 2021)                  | -0,09            | -0,09                 | 0,08        | -1,23  | 0,2185  |
| Restriktive Anordnungsbefugnis                            | -0,34            | -0,29                 | 0,08        | -4,39  | <0,0001 |
| Beistandschaften und andere Schutzmaßnahmen (rohe Rate)   | -0,05            | -0,29                 | 0,01        | -4,46  | <0,0001 |
| Ambulante Konsultationen in Praxen (standardisierte Rate) | 0,00             | 0,25                  | 0,00        | 3,55   | 0,0005  |
| Hospitalisierungen (standardisierte Rate)                 | 0,05             | 0,17                  | 0,02        | 2,69   | 0,0078  |
| Urbanisierungsgrad  | 0,48             | 0,21                  | 0,15        | 3,24   | 0,0014  |

rufsausübungsbewilligung gemacht und auch keine Kantone in die restriktive Gruppe aufgenommen, in denen bei Gefahr in Verzug alle Ärztinnen und Ärzte die Anordnung übernehmen können. Die vorliegende Untersuchung lässt darauf schließen, dass eine Beschränkung des Personenkreises auf spezialisierte Fachpersonen zur Beurteilung der psychiatrischen Notfallsituation sowie eine prozedural erhöhte Schwelle für die FU-Anordnung durch Einbezug einer Behörde bzw. einer zweiten Instanz gegenüber einer direkten Anordnung durch alle Ärztinnen und Ärzte nach Einzelbeurteilung zu geringeren FU-Raten führt. Demzufolge ist die FU-Rate geringer in Kantonen, in denen nur die KESB (basierend auf ärztlicher Beurteilung und Antrag), Amtsärztinnen und Amtsärzte bzw. ein spezifischer ärztlicher Dienst oder nur Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie zur Anordnung einer FU befugt sind. Als Argument für eine restriktivere Handhabung der Zuweisungsbefugnis unter Einbezug von behördlichen resp. nicht-medizinischen Kompetenzen kann angeführt werden, dass es sich bei dieser Aufgabe um eine spezialisierte Vorhalteleistung (Notfälle können nicht geplant werden) an der Schnittstelle Gesellschaft und Medizin (Psychiatrie) handelt. Bei der Beurteilung der Situation müssen medizinisch-psychiatrische von sozialen Aspekten unterschieden werden, was eine medizinische Kompetenz erfordert, die Eingrenzung von Freiheitsrechten hingegen nicht. Als Argument gegen eine restriktivere Umsetzung, insbesondere die Beschränkung der Befugnis zur FU-Anordnung auf Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, werden häufig die praktischen Herausforderungen aufgrund von Finanzierungsaufwand einer Vorhalteleistung sowie der Fachkräftemangel herangeführt. Eine kantonale Vorhalteleistung von spezialisierten Diensten mit aufsuchenden Funktionen im Notfall konnte für die vorliegende Untersuchung nicht ausgemacht werden. Meistens kam es zu einer Regelung über die Pflicht zum Notfalldienst bei niedergelassen tätigen Ärztinnen und Ärzten unabhängig von ihrem Spezialisierungsgrad und Wunsch. Eine spezifische zertifizierte Fortbildung zu den Grundlagen des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts und den Voraussetzungen für eine FU, Alternativen zur FU, verfügbaren Versorgungsstrukturen sowie den Grundlagen der Notfallpsychiatrie ist für eine Berechtigung zur Anordnung von FU als notwendige Grundvoraussetzung zu fordern. So könnten auch entsprechend geschulte Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen diese Funktion übernehmen und Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psycho-

therapie könnten sich auf Zweitbeurteilungen als unabhängige Fachgutachterin/Fachgutachter fokussieren, etwa bei der Prüfung der Kriterien für die Zurückbehaltungen in psychiatrischen Kliniken oder bei gerichtlichen FU-Beschwerden oder FU-Verlängerungsanträgen.

Der Zusammenhang zwischen höheren FU-Raten und geringeren Raten an Beistandschaften weist auf den Bedarf nach ambulanten sozialen Unterstützungsangeboten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zur Alltagsbewältigung (Wohnen/Finanzen) hin. Durch maßgeschneiderte Beistandschaften, bestenfalls mit einer Haltung und Vorgehensweise, die Teilhabe ermöglicht, kann den Betroffenen Unterstützung im Lebensumfeld geboten werden, was zu einer Stabilisierung beitragen und FU verhindern könnte. Eine Verlagerung von Zwangsmaßnahmen ins ambulante Setting ist nach Ansicht der Autorinnen und Autoren dieses Artikels keine überzeugende Option bei der Reduktion von Zwang und engt den sozialen Raum für Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten weiter ein. Frühzeitig einsetzende ambulante Wahl-Unterstützungsangebote sowie autonomie- und motivationsfördernde Interventionen (z. B. evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen, Einsatz von Patientenverfügung, Behandlungsvereinbarung und soziale Unterstützung bei der Bewältigung von aversiv geprägten Alltagssituationen), können hingegen zu einer Vermeidung von FU beitragen.

Während die Variablen «Anordnungsbefugnis» und «Beistandschaften» keine Differenzierung auf HSA-PSY-Ebene erlauben, können die Variablen «ambulante Inanspruchnahme», «Hospitalisierung» und «Urbanisierungsgrad» vor dem Hintergrund der Analyse der Versorgungsregionen (HSA-PSY) gegenüber dem kantonalen Vergleich differenzierter betrachtet werden.

Bisherige Untersuchungsergebnisse zum Urbanisierungsgrad als Prädiktor für die FU-Rate können mit den vorliegenden Ergebnissen bestätigt werden [4, 11]. Eine mögliche Begründung hierfür ist der höhere Anteil psychisch erkrankter Menschen in städtischen Regionen [16]. Hierfür werden eine Reihe Faktoren zur Erklärung angeführt, u. a. erhöhter Stress und beschleunigter Lebensstil, soziale Isolation, Umweltverschmutzung und Lärm, wirtschaftliche Ungleichheit, häufigere Obdachlosigkeit [17]. In Bezug auf die erhöhte FU-Rate könnte es eine Rolle spielen, dass auffälliges Verhalten weniger toleriert sowie durch eine engere Dichte an Sicherheits- und Ordnungsdiensten niederschwelliger interveniert wird

(Exklusions-Impuls, Einrichtungen zur Fürsorgerischen Unterbringung).

Der Zusammenhang einer höheren FU-Rate mit höheren Hospitalisierungsraten und höherer ambulanter Inanspruchnahme von psychiatrischen Praxen, nicht aber von psychiatrischen Klinikambulatorien erfordert weitere Diskussion. Der Befund wirft die Frage auf, ob die komplex erkrankte Klientel in ausreichendem Maß in Praxen und Klinikambulatorien behandelt wird (subsidiärer Auftrag). Dass eine erhöhte Hospitalisationsrate (exklusive FU) sowie eine höhere Inanspruchnahme in psychiatrischen Praxen mit einer höheren FU-Rate assoziiert ist, scheint zunächst kontraintuitiv, da bei hohem Nutzungsgrad von Behandlungsangeboten erwartet werden könnte, dass FU Einweisungen vermieden werden. Interventionen zur Behandlung bzw. Entlastung in einer Krisensituation erfordern jedoch Zeit, Flexibilität (Vorhalteleistung) und ggf. Multi-professionalität, was durch finanzielle Fehlanreize im Gesundheitswesen (Zeittarif in der Psychiatrie) konterkariert wird, sodass in den Praxen eher Personen mit weniger hohem Komplexitätsgrad der Erkrankung und hoher Zuverlässigkeit in der Terminwahrnehmung behandelt werden. Hingegen gibt es Hinweise darauf, dass eine intensivere Versorgungsstruktur dazu führen kann, dass gerade mehr stationäre Behandlungen in Anspruch genommen werden und auch häufiger FU Einweisungen angeordnet werden [12]. Zudem führen die betriebswirtschaftlichen Vorgaben dazu, dass die Institutionen darauf ausgerichtet handeln, die vorhandenen (stationären) Behandlungskapazitäten so gut wie möglich auszulasten. Ergänzend wurde gezeigt, dass eng durch Case Management begleitete Patientinnen und Patienten entgegen den Erwartungen sogar eine erhöhte (Re-)Hospitalisationswahrscheinlichkeit hatten als Personen mit Erkrankungen gleichen Schweregrads ohne Case Management [18, 19]. Dies könnte damit begründet sein, dass engmaschige Begleitung auch mit erhöhter Aufmerksamkeit für vermeintlichen Fürsorgebedarf verbunden ist und damit Klinikeinweisungen aus Gründen erfolgen, die sonst nicht aufgefallen wären und auch nicht zu einer Hospitalisation (mit oder ohne FU) geführt hätten. Dies wirft Fragen zur Häufigkeit von kustodialen Haltungen bei psychiatrischen Fachpersonen auf, welche mit der geforderten Prävention von Zwangsmaßnahmen und der Wahl der am wenigsten einschneidenden Intervention sowie der Prämisse «ambulant vor stationär» kontrastieren kann.

## Limitationen

Es ist naheliegend, dass weitere relevante Einflussfaktoren auf die FU-Raten existieren, die hier nicht untersucht wurden, da dazu keine schweizweiten und regional aufschlüsselbaren Informationen vorlagen. Während einige Variablen wie die psychiatrische Inanspruchnahme oder Urbanizität auf HSA-Ebene differenziert werden konnten, war dies für andere Variablen wie die Anordnungs-kompetenz und die Rate von Beistandschaften nur auf kantonaler Ebene möglich. Dadurch kommt es zu Unschärfen im Modell, da HSA Regionen mit verschiedenen kantonalen Regelungen entstehen, bei denen die Regelung des größeren Kantonsanteils gewählt werden musste und die kantonal differenzierten Variablen nicht zwischen HSA-Regionen differenzieren.

Bei der Variable Anordnungs-kompetenz sind die beiden Ausprägungen (restriktive vs. breite Anordnungs-kompetenz) unterschied-

lich groß und die Ausprägung restriktive Anordnungs-kompetenz umfasst heterogene Regelungen (ausschließlich Behörde, ggf. auf ärztlichen Antrag, nur Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, nur Amtsärztlicher Dienst). Der gemeinsame Nenner ist der begrenzte Personenkreis, weitere Aussagen sind nicht ableitbar.

## Konsequenzen für Klinik und Praxis

- Eine restriktive Regelung der Anordnungsbefugnis zur Reduktion der FU-Raten ist zu empfehlen.
- Ambulante psychosoziale und administrative Unterstützungsmaßnahmen sind zur Vermeidung von FU zu begrüßen, wenn sie auf freiwilliger Basis eingerichtet werden und dadurch zur Reduktion von Zwang beitragen.
- Angesichts der höheren FU-Raten in urbaneren Regionen sind o.g. Überlegungen dort besonders zu berücksichtigen. Ein breites Angebot für Menschen in psychischen Krisen erweitert die Optionen zur Vermeidung von FU [20].

## Interessenkonflikt

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

## Literatur

- [1] Christen L, Christen S. Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz. Analyse der Psychiatrie-Zusatzdaten 2000–2002. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2005
- [2] Camenzind P, Sturny I. Psychiatrie und Psychotherapie. In: Oggier, W. (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017. Bern: Hogrefe; 2015: 345–360
- [3] Schuler D, Tuch A, Buscher N et al. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2016
- [4] Schuler D, Tuch A, Peter C. Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien (Obsan Bulletin 2/2018). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2018
- [5] Schuler D, Tuch A, Peter C. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020. (Obsan Bericht 15/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2020
- [6] Hermann H, Hoff P, Hotzy F et al. Fürsorgerische Unterbringung in psychiatrische Kliniken: Schwierigkeiten und Unterschiede in der praktischen Umsetzung. Schweiz Arzteztg 2018; 99: 524–526
- [7] Jäger M, Hotzy F, Traber R et al. Kantonale Unterschiede bei der Umsetzung der fürsorgerischen Unterbringung in der Schweiz. Psychiatr Prax 2024; 51: 24–30
- [8] Hotzy F, Hengartner MP, Hoff P et al. Clinical and socio-demographic characteristics associated with involuntary admissions in Switzerland between 2008 and 2016: An observational cohort study before and after implementation of the new legislation. Eur Psychiatry 2019; 59: 70–76
- [9] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien. Im Internet: <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/fuersorgerische-unterbringung-in-schweizer-psychiatrien>; Stand: 26. März 2024

- [10] Schwenkglens M, Ulyte A, Dressel H. Geografische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. *Prim Care* 2022; 22: 21–23
- [11] Dressing H, Salize H-J. Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. *Psychiat Prax* 2004; 31: 34–39
- [12] Stulz N, Jörg R, Reim-Gautier C et al. Mental health service areas in Switzerland. *Int J Methods Psychiatr Res* 2022; e1937
- [13] Bundesamt für Statistik. Raumgliederungen der Schweiz – Gemeindetypologie und Stadt/Land-Typologie 2012. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS); 2017
- [14] Schoch T, Thees O. Überprüfung der Methodik im Schweizer Atlas der Gesundheitsversorgung. Olten, Bericht zuhanden des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan). Neuchâtel; 2023
- [15] Jörg R, Zufferey J, Zumbrunnen O et al. The Swiss health care atlas – relaunch in scale. *Research in Health Services & Regions* 2023; 2: 3
- [16] Vassos E, Agerbo E, Mors O et al. Urban–rural differences in incidence rates of psychiatric disorders in Denmark. *Br J Psychiatry* 2016; 208: 435–440
- [17] Okkels N, Kristiansen CB, Munk-Jørgensen P et al. Urban mental health: challenges and perspectives. *Curr opin psychiatry* 2018; 31: 258–264
- [18] Hengartner MP, Passalacqua S, Heim G et al. The Post-Discharge Network Coordination Programme: A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Efficacy of an Intervention Aimed at Reducing Rehospitalizations and Improving Mental Health. *Front Psychiatry* 2016; 7: 27
- [19] Dieterich M, Irving CB, Bergman H et al. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017; Art. No. CD007906
- [20] Johnson S, Dalton-Locke C, Baker J et al. Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry* 2022; 21: 220–236