

Dr. med. Martin Eichhorn / Rémy Zimmermann / Kurt Kräuchi / Asmus Finzen

Entscheide der Psychiatrierekurskommission des Kantons Basel-Stadt im Jahr 2000 Rekursverfahren bei fürsorgerischen Freiheitsentziehungen in einem Schweizer Kanton

Gibt es Entscheidungsgrundlagen für die gerichtliche Beurteilung der fürsorgerischen Freiheitsentzüge (FFE)? Häufige psychiatrische Spitalaufenthalte in den letzten 2 Jahren sind der stärkste Prädiktor für längere FFE-Fristen. Wieweit unterschiedliche Krankheitskonzepte der beteiligten Personen eine Rolle spielen, müsste mit anderen Untersuchungsmethoden geprüft werden.

Zusammenfassung

[Rz 1] Wir stellen die rechtliche Situation bezüglich der zwangsweisen Hospitalisation und der medikamentösen Zwangsbehandlung im Schweizer Kanton Basel-Stadt dar und untersuchten retrospektiv die Klinikanträge und Rekursentscheide bei unfreiwilligen Klinikeinweisungen (fürsorgerischer Freiheitsentzug) im Jahr 2000 in unserer Klinik. Bei 320 unfreiwilligen Klinikeintritten kam es zu 118 Rekursverhandlungen. Die Gruppe der Patienten mit hirnorganischen Störungen ist älter und wird wegen der völlig anderen psychosozialen Situation von der weiteren Analyse ausgeschlossen. In den verbleibenden 107 Fällen sind die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis mit 75% (vs. 27% aller Klinikeintritte) deutlich übervertreten. Frauen sind ca. 9 Jahre älter, werden dreimal häufiger an der Rekursverhandlung entlassen und weniger lange gegen ihren Willen zurückbehalten als Männer. Diese dagegen sind häufiger isoliert und werden häufiger zwangsmediziert. In der Regressionsanalyse können zwischen 10% und 16% der Varianz der Dauer der fürsorgerischen Freiheitsentziehung durch die Anzahl der Hospitalisationstage in den letzten zwei Jahren und durch das Geschlecht erklärt werden.

Abstract

[Rz 2] We present the legislation of the compulsory admission and treatment of mentally ill persons in the Swiss canton of Basle-City. We inquired retrospectively the requests of the clinic and the appointed time given by the psychiatric court of appeal in the year 2000. With 320 compulsory admissions there were 118 appeals. The patients with organic mental disorders are older and we exclude them for further examination because of the completely different psychosocial background. In the remaining 107 cases the schizophrenic disorders are clearly over-represented (75% vs. 27% of all admissions). Women are approx. 9 years older, are discharged three times more frequently at the negotiation and retained against their will for a shorter time than men. Men are more frequently isolated and compulsorily treated. The regression analysis can explain between 10% and 16% of the variance of the duration of the compulsory hospitalisation by the preceding days of hospitalisation in the last two year and by the sex.

Einleitung

[Rz 3] Ende der siebziger Jahre musste das Schweizerische Zivilgesetzbuch (ZGB), in dem die Einweisung gegen den Willen eines Patienten geregelt wird, der europäischen Menschenrechtskonvention angepasst werden. Erst seit 1981 besteht mit dem Inkrafttreten des Art. 397 a-f des ZGB eine für alle Kantone verbindliche Grundlage für die in der Schweiz fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) genannte zwangsweise Hospitalisierung in psychiatrischen Kliniken^{1,2}. «Geisteskrankheit», «Geistesschwäche»³, «Trunksucht», «andere Suchterkrankungen» und «schwere Verwahrlosung» sind die abschliessend aufgeführten Gründe für eine FFE, die in einer «geeigneten Anstalt» erfolgen muss, wenn die «nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann». Auch die «Belastung, welche die Person für ihre Umgebung bedeutet» sei mitzuberücksichtigen. Zuständig für die Zwangsunterbringungen sind die Vormundschaftsbehörden. Nach Art. 397d kann «die betroffene oder eine ihr nahestehende Person gegen den Entscheid innert 10 Tagen nach der Mitteilung schriftlich den Richter anrufen». In Notfällen können die einzelnen Kantone die Einweisungsbefugnis an der Stelle der Vormundschaftsbehörde einer «anderen geeigneten Stelle» übertragen. Es bleibt den Kantonen überlassen, diese verbindlichen landesweiten Gesetzesvorgaben, in den

kantonalen Gesetzen aufzunehmen.

[Rz 4] Im Kanton Basel-Stadt trat die aktuell gültige Gesetzgebung am 1. Mai 1997 in Kraft⁴. Erst in der kantonalen Gesetzgebung wird im §6 des Psychriatriegesetzes die Fremdgefährdung explizit als Einweisungsgrund ausformuliert. Das Gesetz galt bei Einführung als patientenfreundlich⁵. Werden doch Aufklärungspflicht, Einsicht in die Krankenunterlagen und Einwilligung in die Behandlung vorgeschrieben. Die Zwangsbehandlung wird in §13 und §22 geregelt. Das Schweizerische Bundesgericht verlangt zwingend eine gesetzliche Grundlage für eine Behandlung gegen den Willen eines Patienten. Weil im ZGB keine Richtlinien für die Zwangsbehandlung vorgegeben sind, müssen sie auf kantonaler Ebene existieren. Dies führt zur Situation, dass in einem Teil der Schweizer Kantone eine Zwangsbehandlung, die nicht zur Lebenserhaltung oder zur Abwehr eines schweren Gesundheitsschadens nötig ist, von Gesetzes wegen nicht durchführbar ist^{6,7}. In Basel-Stadt darf bei medizinisch gegebener Indikation auch ausserhalb der Akutsituation eine Zwangsbehandlung nach §22 durchgeführt werden, wenn ein Patient mit FFE eingewiesen wurde und bezüglich der Beurteilung einer Medikation nicht urteilsfähig ist. Es wird gefordert, dass die persönliche Freiheit durch die Zwangsmedikation weniger eingeschränkt wird als «durch sonst erforderliche Ersatzmassnahmen» wie zum Beispiel durch eine lange Hospitalisation oder eine Isolation. Es existiert ein Beschwerderecht gegen diese Massnahmen. Im Gebiet des Kantons Basel-Stadt ist die Psychiatrische Universitätsklinik die einzige Klinik, in die Patienten per FFE eingewiesen werden können. Die Kompetenz für das Aussprechen einer FFE im Notfall ist an den amtsärztlichen Dienst des Kantons Basel-Stadt delegiert, der dazu einen 24h Pikett-Dienst aufrecht erhält. Im Jahr 2000 hatte die Klinik, die neben den universitären Aufgaben auch die stationäre Grundversorgung für den Kanton sicherstellt, 2319 Aufnahmen. 320 davon erfolgten unfreiwillig mittels FFE, was einer Rate von 170/100'000 Einwohner entspricht. Eine Zahl, die sich seit 1993 kaum verändert hat⁸. Es erfolgten 160 Rekurse gegen diese FFE-Einweisungen. Die Patienten werden bei einer unfreiwilligen Einweisung durch den Arzt oder die Ärztin des amtsärztlichen Dienstes schriftlich und mündlich über ihr Rekursrecht aufgeklärt. Dem Patienten steht ein einfaches Formular zur Verfügung, in dem für einen rechtsgültigen Rekurs nur ein Feld angekreuzt und unterschrieben werden muss. Das Behandlungsteam unterstützt ihn dabei. Die Psychiatrierekurskommission beauftragt einen klinikexternen Psychiater, den Patienten zu beurteilen. Das ärztliche Behandlungsteam nimmt in einem kurzen ca. zweiseitigen Bericht zur aktuellen Situation, Anamnese und sozialen Situation Stellung. Die Psychopathologie wird beschrieben und eine diagnostische Beurteilung abgegeben. Die Klinik stellt einen zeitlich limitierten Antrag für die Weiterführung der FFE. Der Patient hat die Möglichkeit einen Rechtsbeistand beizuziehen. Die Rekursverhandlung findet innerhalb von 10 Tagen nach Einreichen des Rekurses statt. Eine Beschwerde gegen eine Zwangsbehandlung wird analog behandelt. Die PRK wird von einem Richter geleitet. Daneben haben der Gerichtsschreiber, ein Psychiater und ein Beisitzer Einsitz in der PRK. Entscheide der PRK können an das Schweizerische Bundesgericht weitergezogen werden. In einem in den Medien breit diskutierten Fall wurde im Frühjahr 2001 ein Rekurs gegen einen Entscheid der PRK vom Schweizerischen Bundesgericht beurteilt. Sowohl die FFE-Unterbringung wie auch die Zwangsbehandlung nach §22 des Basler Psychriatriegesetzes wurden durch den Entscheid bestätigt^{9,10}.

[Rz 5] Im klinischen Alltag kommt es naturgemäss zu strittigen Fragen zwischen ärztlicher und juristischer Beurteilung. Dies war die Motivation, die Entscheide der PRK und die Anträge der Klinik im Jahr 2000 wissenschaftlich zu untersuchen.

[Rz 6] Folgende Hypothesen standen am Anfang der Untersuchung:

1. Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten, die Rekurs einlegen, leiden an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD 10 F2).
2. Die Entscheide hängen im Idealfall weder von Alter, Geschlecht und sozialen Faktoren ab.
3. Bei Ersthospitalisationen gibt es mehr angenommenen Rekurse und kürzere FFE-Fristen.

Methodik

[Rz 7] Bei der PRK sind im Jahr 2000 160 Rekurse gegen die FFE eingegangen. Insgesamt kam es zu 53 mehrheitlich mit diesen Rekursen verbundene Beschwerden gegen eine Zwangsbehandlung. Die Klinik stellte 23 Verlängerungsanträge, weil sie die Patienten nach Ablauf der ersten Frist als weiterhin entsprechend den

gesetzlichen Grundlagen als hospitalisationsbedürftig erachtete. 15 Rekurse wurden von den Patienten zurückgezogen. 20 Rekurse konnten wegen vorzeitigem Austritt oder Entweichungen nicht behandelt werden. Insgesamt wurden 3 Präsidialentscheide gefällt. Wir berücksichtigten nur die Rekursverhandlungen, die exakt vom 1.1.2000 bis 31.12.2000 durchgeführt wurden. Die Akten der 118 Patienten, die im Jahr 2000 eine Verhandlung vor der PRK hatten, wurden auf folgende Faktoren hin durchgesehen:

[Rz 8] Patientendaten, Soziodemographische Daten bei Eintritt, Daten zur aktuellen Hospitalisation (unter anderem die klinische Beurteilung der Suizidalität, Fremdgefährlichkeit und Selbstgefährdung), Haupt- und Nebendiagnosen nach ICD 10 (in die Kategorie «manisches Syndrom» wurden die Diagnosen F25.0, F30.0, F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2 nach ICD 10 eingeschlossen), Vorgeschichte, Angaben zum FFE-Verfahren (Das vollständige Datenblatt mit den detaillierten Angaben kann beim Autor bezogen werden). Die teilweise stark aufgeschlüsselten Kategorien der einzelnen Faktoren wurden wenn möglich wegen der relativ kleinen Fallzahlen auf eine kleinere Kategorienzahl reduziert. Bei den Diagnosen wurden je nach Berechnung die erste oder die ersten beiden Ziffern verwendet (z.B. F1 oder F25). Bei der Abgrenzung der Kategorien, die die Einigkeit zwischen Antrag und Entscheid darstellen sollen, wurde versucht die klinische Relevanz der Uneinigkeit mitabzubilden. Eine Differenz von einer Woche zwischen Antrag und Entscheid ist bei einer Antragsdauer von 2 Wochen von völlig anderer Qualität als bei einer Antragsdauer von 6 Wochen. In die Kategorie «nicht einig» fielen alle angenommenen Rekurse, bei denen die Klinik am Rekurstag an ihrem Antrag festhielt. Unter die Kategorie «einig» fielen alle Entscheide, in denen die Differenz zwischen Antrag und Entscheid bei einem Antrag von =56 Tage 14 Tage nicht überschritt. Alle anderen Fälle wurden der Kategorie «Kompromiss» zugeteilt. Die Datenauswertung erfolgte mit dem Programm SPSS Version 10.0. Auf die angewendeten Verfahren wird bei den einzelnen Resultaten hingewiesen. Bei den Fristen wurden die Werte für die «gesamte Frist», für die «Frist» und für den «Antrag des externen Psychiaters» logarithmisiert, womit für die gesamte Frist und den Antrag des externen Psychiaters normalverteilte Werte, für die Frist knapp normalverteilte Werte erreicht werden konnten.

Ergebnisse

[Rz 9] Insgesamt fanden 118 Rekursverhandlungen bei 105 verschiedenen Patienten statt. 11 Patienten hatten 2, 1 Patient 3 Verhandlungen. Von den 14 (11%) gutgeheissenen Rekursen, war die Klinik in vier Fällen am Tag der Rekursverhandlung mit dem Austritt einverstanden. In 10 Fällen (8,5%) waren sich Klinik und Psychiatrierekurskommission uneinig. In einem Fall wurde bereits die Klinikeinweisung als nicht gesetzeskonform beurteilt und dem Patienten eine Entschädigung zugesprochen. Die PRK behandelte zudem 42 Beschwerden gegen Zwangsbehandlungen und 23 Verlängerungsanträge. 2 Beschwerden gegen Zwangsmedikationen wurden gutgeheissen (4,7%) und 3 Verlängerungsanträge der Klinik wurden abgewiesen (13%). In der Tabelle 1 werden Alter, Geschlecht, Anzahl Ersthospitalisierte, Behandlungsdauer und Diagnoseverteilung der untersuchten Gruppe mit den Daten aller im Jahre 1999 in die PUK Basel ¹¹ aufgenommenen Patienten verglichen. Am auffallendsten ist die hohe Anzahl Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophränen Formenkreis in der Rekursgruppe (67% zu 27%).

[Rz 10] Die kleine Gruppe von 11 Patienten mit organischen Erkrankungen (ICD 10 F0) umfasst vor allem ältere Patienten mit demenziellen Erkrankungen, bei denen es in der Regel vor einem sozial anderen Hintergrund zur Einweisung gekommen ist. Der Altersmedian liegt mit 72 Jahren 32 Jahre höher als bei den anderen Diagnosegruppen. Sie waren in den 2 Jahren vor dem Rekurs weniger lang hospitalisiert, wurden nie zwangsmediziert und mit einer Ausnahme nie isoliert. Aufgrund der Diagnose waren die Medianwerte der FFE-Dauer wie erwartet mit 49 Tagen 10 Tage höher als bei den anderen Rekurrenten. Diese Patientengruppe wird in der weiteren Datenauswertung nicht berücksichtigt.

[Rz 11] Somit bleiben 107 Fälle in der weiteren Auswertung. Tabelle 2 fasst wichtige Daten zusammen. Von diesen Patienten haben 10,3% eine reguläre Beschäftigung, 21,5% sind arbeitslos oder fürsorgeabhängig und 56,1% bezogen eine Rente oder arbeiten an einem geschützten Arbeitsplatz. 47,7% haben eine Berufslehre oder einen Abiturabschluss, 4,7% einen Hochschulabschluss. 83,2% waren Schweizer, was leicht über dem Prozentsatz in der Wohnbevölkerung (72,4%) liegt. Der Prozentsatz der Fälle mit einer Diagnose nach ICD 10 F2 stieg bei unveränderter Anzahl auf 74,7%. Unter einem manischen Syndrom litten 18,7%. 12,1% der Rekurse wurden gutgeheissen, die anderen abgelehnt. Als Indikatoren für das Gewalt-, Selbst- oder Fremdgefährdungspotential bewerten wir unter Vorbehalten Zwangsmassnahmen wie Isolation oder Medikation gegen den Willen des Patienten.

47,7% waren während des Aufenthaltes mindestens einmal isoliert. Der Medianwert der Isolationstage liegt bei null, die 75er Perzentile bei 2 Tagen und das Maximum bei 55 Tagen. 27,1% der Patienten wurden bei Gefahr in Verzug zwangsmediziert, 10,3% im Rahmen einer geplanten Zwangsmedikation. Als suizidal wurden 5,6%, als potenziell fremdgefährlich 29% eingeschätzt. Im weiteren Sinne als selbstgefährdend (z.B. Promiskuität, unkontrolliertes Geldausgeben oder gefährliches Lenken eines Kraftfahrzeuges) wurden 13,1% beurteilt. Vor dem Klinikeintritt nahmen 15% Psychopharmaka, 28% waren bei einem Hausarzt und 38,3% bei einem Psychiater in Behandlung. Wir verzichten auf die Auswertung der standardmässig erhobenen Austrittsdaten, weil diese dem am Austrittstag vereinbarten Procedere entsprechen und häufig nicht eingehalten werden.

[Rz 12] Beim Vergleich der Geschlechter fällt auf, dass Frauen mit 46,7 Jahren deutlich älter sind als die Männer mit 37,8 Jahren (t-Test $p=0,03$). In Tabelle 3 wird aufgezeigt, dass sich die Anträge und gesprochenen Fristen bis auf die Anträge der externen Psychiater für die Geschlechter signifikant unterscheiden. Wenn die gutgeheissenen Rekurse ausgeschlossen werden, bleiben die signifikanten Unterschiede für die gesamte Hospitalisationsdauer und die Anträge der Klinik bestehen. Bei der gesprochenen Frist liegt der p-Wert mit 0,06 bei der gesprochenen Frist inklusive Verlängerung mit 0,09 nicht mehr im 5% Vertrauensintervall. Dies wird vor allem durch den Umstand erklärt, dass das Verhältnis der gutgeheissenen zu abgewiesenen Rekursen bei den Männern 3/53 bei den Frauen 10/41 lautet (§² $p=0,025$). Klinik und PRK waren sich bei 2 Männern und 7 Frauen nicht einig, was sich im §²-Test nicht signifikant abbildete. In den soziodemographischen Daten, den Diagnosen und den Indikatoren für die Vorgeschichte unterscheiden sich Männer und Frauen nicht. Auch nicht in der Fremdbeurteilung der Suizidalität. Bei den Isolationen war der §²-Test mit 0,008 hochsignifikant. Bei den Männern waren 33 von 54, bei den Frauen 18 von 51 Patienten mindestens einmal isoliert. Bei den Zwangsmedikationen zeigt sich ein ähnliches Bild. So wurden 22 von 56 Männern und 7 von 51 Frauen bei dringender Indikation zwangsmediziert (§² $p=0,003$), bei 11 von 56 Männern und keiner Frau wurde eine geplante Zwangsmedikation veranlasst (§² $p=0,001$). Auch waren Frauen bei Eintritt mit 12 von 51 Fällen häufiger mit Psychopharmaka vorbehandelt als Männer mit 4 von 56 Fällen (§² $p=0,018$). Um zu prüfen, ob die stark divergierenden Fristen zwischen Männern und Frauen primär auf das Geschlecht zurückzuführen sind, berechnen wir eine Regressionsanalyse nach der rückwärtsgerichteten schrittweisen Methode. Es wurden die Variablen Alter, Geschlecht, Suizidalität ja/nein, Fremdgefährlichkeit ja/nein, psychiatrische Betreuung vor Eintritt, manisches Syndrom, Medikation vor Eintritt, Isolation, Hospitalisationstage in den letzten 2 Jahren, Zwangsmedikation bei akuter Behandlungsbedürftigkeit (§13) und geplante Zwangsmedikation nach §22 eingeschlossen. Die Resultate sind in Tabelle 4 zusammengefasst. Hier tritt zwar der Faktor Geschlecht hinter den Einfluss der Vorgeschichte mit dem Indikator der Hospitalisationstage in den letzten 2 Jahren zurück (Abb. 1), bleibt aber in mehreren Berechnungen als unabhängiger Einflussfaktor bestehen.

[Rz 13] Die Suche nach Faktoren für die Fälle, die zu Uneinigkeit zwischen Klinik und PRK führen, kann wegen der kleinen Fallzahl von 9 Fällen mit diametral entgegengesetzter Beurteilung und 35 Kompromiss-Fällen, statistisch nicht schlüssig beantwortet werden. In den Variablen, die mit dem §²-Test geprüft wurden, haben etliche Zellen Fallzahlen kleiner als 5. Wir testeten alle Variablen auf Unterschiede zwischen den Kategorien einig, Kompromiss und uneinig. Bis auf die Variable Medikation bei Eintritt unterscheiden sie sich nicht signifikant. Aber auch hier scheint es zumindest Hinweise zu geben, dass die Anzahl Hospitalisationstage in den letzten 2 Jahren eine Rolle spielt. In der Kategorie «uneinig» liegt der Median bei 0, die 75 Perzentile bei 2 und der Maximalwert bei 55 Tagen. Die entsprechenden Werte für die Kategorie «Kompromiss» liegen bei 4, 42 und 345 Tagen, die Werte für die Kategorie «einig» bei 8,5, 140 und 581 Tagen. Der Kruskal-Wallis-Test ergibt aber keinen signifikanten p-Wert.

Diskussion

[Rz 14] Literatur, die sich direkt mit der gerichtlichen Beurteilung von zwangseingewiesenen Patienten beschäftigt fanden wir keine. Spezifisch auf die Schweizer Verhältnisse geht eine Einführung in die rechtliche Situation von Uchtenhagen ein¹². Mehr aus historischem Interesse sei eine Dissertation aus dem Jahr 1976 erwähnt, die sich mit Zürcher Entscheiden der dortigen Psychiatrierekurskommission beschäftigte¹³. Juristisch werden die gesetzlichen Grundlagen des Art. 397 des ZGB breit diskutiert^{14,15,16,17}. Erstaunlich ist die hohe Akzeptanz der psychiatrischen Zwangseinweisung in der Schweiz. Lauper et al. finden in einer repräsentativen Umfrage bei mehr als 70% der Befragten eine grundsätzlich positive Haltung¹⁸. Die ausführliche internationale Literatur zu Zwangseinweisungen und die spärliche Literatur zu Zwangsbehandlungen wurde von Zinkler und Priebe 2002 zusammengefasst¹⁹. In Europa werden Zwangseinweisungsraten, die sich bis zum Faktor 20 unterscheiden gefunden. Die Kriterien für die

Zwangseinweisungen bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung scheinen europaweit ähnlich zu sein. Die rechtlichen Voraussetzungen für die Anwendung von Zwang bei Einweisung oder Therapie bei medizinischer Behandlungsbedürftigkeit sind dagegen stark divergierend, wie der Vergleich von Deutschland und England zeigt²⁰. Als Einflussfaktoren auf Zwangseinweisungen finden sich die Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophränen Formenkreis, männliches Geschlecht und Obdachlosigkeit. Die Schwere der Erkrankung und das Ausmass der Selbst- oder Fremdgefährdung erhöhen das Risiko für eine unfreiwillige Einweisung^{21,22,23,24}. Die Forschung ist wegen der unterschiedlichen Patientengruppen in verschiedenen Regionen kaum vergleichbar. Auch soziologische Faktoren spielen eine wichtige Rolle. So konnte Waller die Zwangseinweisungen vor allem durch Unterschichtzugehörigkeit und fehlende ambulante Behandlung miterklären²⁵. Bruns²⁶ beschäftigt sich auch intensiv mit den gesellschaftlichen und politischen Umständen von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie. Eine Diskussion, die auch in der aktuellen Arbeit von Müller²⁷ aufgenommen wird, in der trotz modernem Gesetz eine Verdreifachung der unfreiwilligen Eintritte in Göttingen in 8 Jahren nachgewiesen wurde.

[Rz 15] Die hier untersuchten Patienten unterscheiden sich zu stark von den oben diskutierten Gruppen. Trotzdem lassen sich mehrere Themenbereiche diskutieren. Einerseits fallen die 11 Patienten auf, die mit einer organischen psychiatrischen Erkrankung zwangseingewiesen wurden und Rekurs eingelegt haben. Aufgrund der Vorgeschichte mit wenigen Vorhospitalisationen und den langen Rekursfristen müsste davon ausgegangen werden können, dass diese Patientengruppe nicht in den Bereich einer gesetzlichen Akutmassnahme, wie sie der FFE in der Schweiz darstellt, fallen sollte. Vielmehr sollte die Möglichkeit bestehen, dass hier ordentliche vormundschaftliche Massnahmen eingeleitet werden könnten²⁸. Bei der Gruppe der Rekurrierenden mit den Diagnosegruppen F1 bis F9 nach ICD 10 fällt in erster Linie die Dominanz der Erkrankungen aus dem schizophränen Formenkreis auf, womit eine der aufgestellten Hypothese bestätigt werden kann. Fehlende Krankheitseinsicht als Krankheitssymptom spielt wahrscheinlich eine grosse Rolle. Wie in den Untersuchungen über Zwangseinweisungen²⁹, zeigt auch unsere Gruppe einen mit 56% erhöhten Anteil an Männern. Die Frauen sind älter, werden ca. dreimal häufiger an der Rekursverhandlung entlassen und weniger lange gegen ihren Willen zurückbehalten als Männer. Sowohl die Anträge der Klinik wie auch die gesprochenen Fristen sind bei den Frauen niedriger. Provokativ könnten die gegensätzlichen Hypothesen in den Raum gestellt werden, dass man den Frauen den Zugang zu einer adäquaten Behandlung erschwert oder die Männer aus Ordnungsgründen länger hospitalisiert. Die Unterschiede könnten auch mit der höheren Anzahl von indirekten Aggressionsindikatoren bei Männern als bei Frauen zu tun haben. Männer sind häufiger isoliert und werden häufiger zwangsmediziert. Wir glauben eher, dass soziale Faktoren den Unterschied erklären könnten. In der Regressionsanalyse treten die Geschlechtsunterschiede hinter den Faktor der vorausgehenden Hospitalisationsdauer zurück, die sowohl bei den Behandelnden wie bei den extern Beurteilenden mehr Einfluss zu haben scheint, als psychiatrische Faktoren. Erstaunlich vor allem, dass die indirekten Indikatoren für eine Gefährdung, wie Isolation oder Zwangsmedikation in den Berechnungen keinen Einfluss zeigen. Hier besteht auch eine Parallelen mit den Resultaten der Hessischen Enthospitalisierungsstudie³⁰, die zeigte, dass die Gruppe mit schweren sozialen Auffälligkeiten, die üblicherweise als schwierig zu enthospitalisieren beurteilt werden, keine schlechtere Enthospitalisierungsprognose zeigen, als andere langzeithospitalisierte Patienten. Insgesamt erklären die verschiedenen Modelle der Regressionsanalyse 10 bis 16% der Varianz. Soziologische Faktoren scheinen insgesamt wichtiger zu sein als die einfach zu erfassenden psychiatrischen Indikatoren. Vielleicht gehen sowohl die Behandelnden wie die Beurteilenden gleichermassen davon aus, dass ein Individuum sein Leben ohne Klinik meistern kann und werden in der Beurteilung erst restriktiver, wenn sie aufgrund der Vorgeschichte Hinweise für ein «Scheitern» sehen. Um diese Fragen genauer beantworten zu können, sind unserer Meinung nach qualitative Untersuchungen nötig. Interviews mit Patienten, Juristen und Ärzten könnten bei der differenzierteren Hypothesenbildung helfen, welche Faktoren eine wichtige Rolle bei den Entscheiden spielen.



Abb. 1 Zusammenhang zwischen gesprochener Frist ab FFE Datum (logarithmisiert) und der Hospitalisationstage in den letzten 2 Jahren. Korrelationskoeffizient nach Spearman $p=0.002$.



Tabelle 1



Tabelle 2:

(a) Der negative Wert ergibt sich aus den Entlassungen vor Ablauf der Rekursfrist.



Tabelle 3:

a = Mann-Whitney-U-Test

b = t-Test



Tabelle 4: Multiple lineare Regression (rückwärts gerechnet). F-Wahrscheinlichkeit; Aufnahme 0.05, Ausschluss 0.1.

Der Autor, Dr. med. Martin Eichhorn, ist Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel.

Erstpublikation in: Psychiatr Prax 2003; 30: 139-144 © Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, ISSN 0303-4559

- ¹ Gauch P, Schmid J, Spirig E. Das Familienrecht, Teilband II 3a, Die allgemeine Ordnung der Vormundschaft, Die fürsorgerische Freiheitsentziehung Art. 397a-397f, Schulthess Polygraphischer Verlag, Zürich. 1995
- ² Waller H, Bauer M, Berner W, Katschnig H, Uchtenhagen A. Zwangseinweisung in der Psychiatrie - Zur Situation in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und der Schweiz, Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien. 1982
- ³ Dittmann V. Forensische Psychiatrie; Rechtsgrundlagen in der Schweiz, In Freyberger, H, Stieglitz R-D. Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie, Basel. Karger: 1996, p. 469-473
- ⁴ Gesetz über Behandlung und Einweisung psychisch kranker Personen (Psychiatriegesetz), 323.100, Grosser Rat des Kantons Basel-Stadt, 18. September 1996
- ⁵ Aebersold P. Im Spannungsfeld zwischen Individuum und Allgemeinheit . pro mente sana aktuell 1995; 4: 8-10
- ⁶ Geiser T. Die medizinisch-therapeutische Behandlung und Zwangsmassnahmen im Lichte der geltenden Rechtslage und besonderer Berücksichtigung von vormundschaftlichen Massnahmen . ZVW 2001; 4: 225-243
- ⁷ Geiser T. Die fürsorgerische Freiheitsentziehung als Rechtsgrundlage für eine Zwangsbehandlung, In Gauch, P, Schmid J, Steinauer P-H, Tercier P, Werro F. Familie und Recht, Fribourg (CH). Universitätsverlag Freiburg Schweiz: 1995, p. 289-314
- ⁸ Lopez R, Jakob O, Hoffmann-Richter U, Finzen A. Fürsorgerische Freiheitsentziehung . Psychiatr Prax 1998; 25(5): 246-7
- ⁹ Felber M. Zwangsmedikation und Menschenwürde. Neue Zürcher Zeitung. 28.4.2001
- ¹⁰ BGE 127 I 6
- ¹¹ Grize L, Quinto C. Basisdokumentation für psychiatrische PatientInnen Basel-Stadt - Jahresbericht 1999, Institut für Sozial und Präventivmedizin der Universität Basel. Basel. 1999
- ¹² Waller H, Bauer M, Berner W, Katschnig H, Uchtenhagen A. Zwangseinweisung in der Psychiatrie - Zur Situation in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und der Schweiz, Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien. 1982

- 13 Ausfeld-Hafter BC. Die Entscheide der psychiatrischen Rekurskommission des Kantons Zürich 1963-1974. Dissertation; Zürich; 1976
- 14 Leppmann P. Zwang im Dienst von Psychotherapie, In Hommers, W. Perspektiven der Rechtspsychologie, Göttingen, Toronto, Zürich. Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe: 1991, p. 131-146
- 15 Gauch P, Schmid J, Spirig E. Das Familienrecht, Teilband II 3a, Die allgemeine Ordnung der Vormundschaft, Die fürsorgerische Freiheitsentziehung Art. 397a-397f, Schulthess Polygraphischer Verlag, Zürich. 1995
- 16 Geiser T. Die medizinisch-therapeutische Behandlung und Zwangsmassnahmen im Lichte der geltenden Rechtslage und besonderer Berücksichtigung von vormundschaftlichen Massnahmen. ZVW 2001; 4: 225-243
- 17 Geiser T. Die fürsorgerische Freiheitsentziehung als Rechtsgrundlage für eine Zwangsbehandlung, In Gauch, P, Schmid J, Steinauer P-H, Tercier P, Werro F. Familie und Recht, Fribourg (CH). Universitätsverlag Freiburg Schweiz: 1995, p. 289-314
- 18 Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rossler W. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. Acta Psychiatr Scand 2002; 105(5): 385-9
- 19 Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe - a review. Acta Psychiatr Scand 2002; 106(1): 3-8
- 20 Rottgers HR, Lepping P. Zwangsunterbringung und -behandlung psychisch Kranker in Grossbritannien und Deutschland. Psychiatr Prax 1999; 26(3): 139-42
- 21 Riecher A, Rossler W, Loffler W, Fatkenheuer B. Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. Psychol Med 1991; 21(1): 197-208
- 22 Riecher-Rössler A, Wulf R. Die Zwangseinweisung psychiatrischer Patienten im nationalen und internationalen Vergleich. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1992; 60: 375-382
- 23 Riecher-Rössler A, Rössler W. Compulsory admission of psychiatric patients-an international comparison. Acta Psychiatrica Scandinavica 1993; 87: 231-236
- 24 Waller H, Bauer M, Berner W, Katschnig H, Uchtenhagen A. Zwangseinweisung in der Psychiatrie - Zur Situation in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und der Schweiz, Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien. 1982
- 25 Waller H, Bauer M, Berner W, Katschnig H, Uchtenhagen A. Zwangseinweisung in der Psychiatrie - Zur Situation in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und der Schweiz, Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien. 1982
- 26 Bruns G. Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle., Westdeutscher Verlag, Opladen. 1993
- 27 Müller P, Tatjana J. Unfreiwillige Einweisung nach Betreuungsrecht in acht Jahren verdreifacht. Psychiatr Prax 2002; in Press
- 28 Lopez R. Fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE): Annäherungsversuch an eine Qualitätskontrolle, Dissertation; Basel; 1997
- 29 Riecher A, Rossler W, Loffler W, Fatkenheuer B. Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. Psychol Med 1991; 21(1): 197-208
- 30 Meyer T, Franz M, Gallhofer B. Subgruppen und Prognose besonders schwer zu enthospitalisierender schizophrener Langzeitpatienten: Eine Differenzierung des «harten Kerns». Psychiatr Prax 2002; 29(6): 301-5

Rechtsgebiet: Zivilrecht

Erschienen in: Jusletter 3. Mai 2004

Zitervorschlag: Martin Eichhorn / Rémy Zimmermann / Kurt Kräuchi / Asmus Finzen, Entscheide der Psychiatrierekurskommission des Kantons Basel-Stadt im Jahr 2000, in: Jusletter 3. Mai 2004

Internetadresse: <http://www.weblaw.ch/jusletter/Artikel.asp?ArticleNr=3109>