

Die Haltung der Öffentlichkeit zu Zwangsmassnahmen bei psychiatrischen PatientInnen

The Attitude of the Public Concerning Coercive Measures in Psychiatric Patients



Autorinnen/Autoren

Christian G. Huber¹, Sahar Steiger¹ , Julian Möller^{1,2}, Undine E. Lang¹

Institute

- 1 Klinik für Erwachsene, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Basel, Switzerland
- 2 Department of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychiatry, Universität Basel, Basel, Switzerland

Schlüsselwörter

Akutpsychiatrie, geschlossene Stationsführung, Türöffnung, Zwangsmassnahmen

Key words

acute psychiatry, locked doors, open doors policy, coercive measures

eingereicht 02.03.2022

akzeptiert 10.01.2023

online publiziert 2023

Bibliografie

Fortschr Neurol Psychiatr

DOI 10.1055/a-2036-7780

ISSN 0720-4299

© 2023. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

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

Korrespondenzadresse

Prof. Christian G. Huber
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel,
Klinik für Erwachsene
Wilhelm Klein-Str. 27
4002 Basel
Switzerland
Tel.: +41613255858
christian.huber@upk.ch

ZUSAMMENFASSUNG

Studienziel Die Haltung der Allgemeinbevölkerung in Basel gegenüber dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen zu evaluieren. Dies vor dem Hintergrund, dass Zwangsmaßnahmen indirekt u. a. von der allgemeinen Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, der Haltung der Öffentlichkeit und dem jeweiligen sozialen Netzwerk gesteuert werden.

Methodik Antworten von 1,112 Personen aus einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Kanton Basel-Stadt wurden ausgewertet. Die Teilnehmenden erhielten schriftliche Fallvignetten und Fragebögen, in denen die Akzeptanz der Zwangsmaßnahmen «Zwangseinweisung», «Zwangsmedikation» und «Zwangsisolation» erfragt wurde.

Ergebnisse Beim Vorliegen der Symptome einer psychotischen Störung befürworteten 31,5% mindestens eine Zwangsmassnahme, bei Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (22,0%) und einer Alkoholabhängigkeit (20,7%) war die Akzeptanz geringer. Insgesamt war die Ablehnung von Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen in der Basler Bevölkerung ausserordentlich hoch. Die differenzierte Einschätzung des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen durch die Basler Bevölkerung entsprach den medizinethischen Leitlinien im Umgang mit diesen Störungsbildern.

Schlussfolgerung Die Haltung der Öffentlichkeit dürfte indirekten Einfluss auf die lokale Anwendung von Zwangsmaßnahmen haben und sollten in den psychiatrischen Fachdiskurs einbezogen werden.

ABSTRACT

Objective To examine the attitude of the general public in Basel concerning the use of coercive measures while dealing with psychiatric patients. The common population indirectly governs the use of coercive measures in psychiatry by its stigmatization of people with psychiatric illnesses, and its attitude towards treatment in psychiatry and by local opinion leaders and reactions of social networks.

Methods The answers of 1,112 persons from a representative population survey were evaluated. Participants were mailed case vignettes and questionnaires, and asked if they considered involuntary admission, coercive medication, and/or seclusion as acceptable measures in dealing with psychiatric patients.

Results When symptoms of a psychotic disorder were present, 31.5% approved of at least one coercive measure, with 22% approval in the case of a borderline personality disorder, and 20.7% in the case of alcohol dependency. However, the overall rejection of coercive measures by the general public in Basel was high. The differential approval of the examined coercive

measures depending on psychiatric symptoms was in line with professional medical and ethical guidelines.

Conclusion Public attitudes have an indirect influence on the local use of coercive measures and should be included in the specialist psychiatric discourse.

Einleitung

Obwohl sie eine Ultima Ratio darstellen sollten, variieren Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen zwischen verschiedenen Ländern [1, 2] sowie auch psychiatrischen Kliniken erheblich [1]. Hierbei spielt die Grösse der Einrichtung, die Dauer des Aufenthaltes von PatientInnen oder die Arbeitsauslastung der behandelnden Teams nur eine kleine Rolle [3]. Auch innerhalb der Schweiz differiert die Rate der gegen den Willen untergebrachten PatientInnen und der angewendeten Zwangsmaßnahmen zwischen den Kantonen und Kliniken [4]. Hierbei unterscheiden sich auch die Auffassungen der Behandlungsteams sowie die Einschätzung der PatientInnen und Angehörigen über einzelne Zwangsmaßnahmen bzw. welche Zwangsmaßnahmen verwendet werden sollten [4].

In der Schweiz beruhen im Durchschnitt 19,7% der stationär-psychiatrischen Behandlungen auf Zwangseinweisungen [5]. Am häufigsten sind Menschen mit der Diagnose einer Schizophrenie oder affektiven Störung von Zwangseinweisungen mit insgesamt 47% betroffen [5].

Die Anzahl der fürsorglichen Unterbringungen pro Einwohner entspricht in Basel-Stadt mit 1,56 pro 1.000 Einwohnern etwa dem Schweizer Durchschnitt [5]. In den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) in Basel liegt die Häufigkeit von angewendeten Zwangsmaßnahmen bei etwa 4,8% der eingewiesenen PatientInnen, was etwa auf der Hälfte des Niveaus des Schweizer Durchschnitts aller Kliniken (9,6%) liegt (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ); (<http://www.anq.ch/messergebnisse/ergebnisse-psychiatrie>). Hierbei bezieht sich die Quote von 4,8% auf Zahl der Hospitalisationen. Zwangsmaßnahmen werden damit in den UPK etwas seltener angewendet als im Durchschnitt der deutschen Kliniken (ca. 6%) [6, 7]. Auch im Vergleich mit anderen Ländern bewegt sich die Häufigkeit der Zwangsmaßnahmen in den UPK eher im unteren Bereich. Sie liegen in Ländern wie Deutschland, den Niederlanden, Wales und Irland in der Grössenordnung zwischen 4,5% bis 9,4% der behandelten PatientInnen [8].

Zwangsmaßnahmen können negative Emotionen wie Angst, Wut, Scham und Hilflosigkeit bei den Patienten auslösen und zur Traumatisierung führen [9, 10]. Darüber hinaus haben Zwangsmaßnahmen eine negative Auswirkung auf die Inanspruchnahme psychiatrischer Therapie, Adhärenz [11, 12] und wirken sich negativ auf die therapeutische Beziehung aus [13].

Die *World Psychiatric Association* hat kürzlich eine Stellungnahme publiziert, in der dringend dazu aufgerufen wird, Alternativen zu Zwangsmaßnahmen zu entwickeln, um die psychische Gesundheit besser zu schützen; unter anderem durch Öffnung von psychiatrischen Kliniken [14]. In einer Studie, die bei 314.330 PatientInnen durchgeführt wurde, zeigte sich, dass eine «Politik der Offenen Tür» Zwangsmaßnahmen signifikant reduziert [15]. Darüber hin-

aus scheinen patientenzentrierte und unterstützende Behandlungssettings erfolgreich bei einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen zu sein [16].

Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen stehen in einem komplexen übergeordneten Kontext verschiedener Einflussfaktoren. Diese reichen von der allgemeinen Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen, der Haltung der Öffentlichkeit, der nationalen Gesetzgebung, der Haltung lokaler Entscheidungsträger, dem politischen Kontext, dem jeweiligen sozialen Netzwerk, der Anzahl und Qualität der bestehenden Facheinrichtungen und der Gesundheitsfachpersonen, deren Ausbildung, Erfahrung und Expertise bis zur Menge der verfügbaren Ressourcen [17].

In unserer Studie untersuchten wir entsprechend der Frage, wie die Wohnbevölkerung in Basel die Erforderlichkeit von Zwangseinweisungen und verschiedenen Zwangsmaßnahmen einschätzt und deren Anwendung in Bezug auf mehrere Fallvignetten beurteilt. Neben den Diagnosen der Abhängigkeitserkrankung, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörung wurde auch die Auswirkung einer Eigen- oder Fremdgefährdung auf die Einschätzung der Bevölkerung in Basel untersucht.

Methoden

Durchführung der Befragung

Die Daten für die vorliegende Auswertung stammen aus einer Bevölkerungsbefragung zur Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste und zur Wahrnehmung der Psychiatrie, die von Herbst 2013 bis Frühjahr 2014 unter Bürgerinnen und Bürgern des Kantons Basel-Stadt (Schweiz) durchgeführt wurde. Die Modalitäten entsprachen der Deklaration von Helsinki und die Untersuchung wurde von der Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz genehmigt (EKNZ 2014–394). Eine detaillierte Beschreibung der Methodik kann den bislang publizierten Arbeiten entnommen werden [18–21]. Die wichtigsten Details werden im Folgenden zusammengefasst:

Das Studienmaterial wurde an eine Stichprobe von 10.000 Personen verschickt, die zufällig aus dem kantonalen Einwohnerregister ausgewählt wurde. Die Studienteilnehmenden mussten für mindestens 2 Jahre in einem Privathaushalt in den Gemeinden Basel, Bettingen oder Riehen angemeldet sein. Zudem mussten sie zwischen 18 und 65 Jahre alt sein und ausreichende Deutschkenntnisse haben. In einem Begleitschreiben wurden die Teilnehmenden über den Umfang der Studie und ihre Rechte aufgeklärt. Für zusätzliche Rückfragen standen eine eigens eingerichtete E-Mail-Adresse und eine Hotline-Telefonnummer zur Verfügung. Mit der Rücksendung der Unterlagen erteilten die Befragten ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Untersuchung.

2.207 Personen nahmen an dieser Befragung teil (61,5 % weiblich, 66,5 % Schweizer, 44,7 % ledig). Die Rücklaufquote betrug 22,1 %. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag bei 43,4 Jahren ($SD = 13,4$). Insgesamt hatten 6,2 % der Teilnehmenden die obligatorische Schulpflicht (9 Jahre) beendet, 51,3 % hatten einen Sekundarschulabschluss (ca. 12 Jahre) und 42,0 % einen Hochschulabschluss. Im Vergleich zu offiziellen Statistiken (Statistisches Amt BS) [22] ist die Stichprobe relativ repräsentativ. Jedoch sind Frauen und Personen mit Hochschulbildung in unsere Probe überrepräsentiert. In die aktuelle Auswertung konnten Teilnehmende einbezogen werden, die Studienmaterial mit der Fallvignette erhalten hatten ($N = 1.112$). Daten von 1.095 Teilnehmenden, die die Klinikvignette erhalten hatten, konnten in die aktuellen Auswertungen nicht aufgenommen werden, da die Bewertung der Zwangsmaßnahmen für die fiktive Person in ihren Fragebogen unterschiedlich operationalisiert wurde.

Studienmaterial

Das Studienmaterial bestand aus schriftlichen Vignetten und Fragebögen. Die Vignetten berichteten entweder über Symptome einer psychischen Störung (Fallvignetten) oder über psychiatrische Kliniken (Klinikvignetten). In den Fallvignetten wurde eine fiktive Person dargestellt, die entweder Symptome einer psychotischen Störung, einer Alkoholabhängigkeit oder einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (BPD) zeigte. Die Symptome dieser Störungen erfüllen die DSM5-Kriterien der jeweiligen Störung [23], die Krankheitsbilder wurden in den Fallvignetten aber nicht explizit benannt. Die Teilnehmenden erhielten zufällig ausgewählt eine Version der Vignette mit je einer Ausprägung der psychischen Symptomatik, einer Ausprägung der Gefährdungaspekte (ohne Gefährdung, Selbstgefährdung, Fremdgefährdung), und einer Ausprägung des Geschlechts (männlich, weiblich) der fiktiven Person.

Messinstrumente

Die Akzeptanz von Zwangsmaßnahmen wurde anhand von drei Variablen erhoben. Die Teilnehmenden wurden befragt, ob sie eine der folgenden Zwangsmaßnahmen für den fiktiven Charakter in der Fallvignette akzeptieren würden: (1) unfreiwillige Hospitalisation/Zwangseinweisung, (2) Zwangsmedikation oder (3) Isolation. Die Bewertung des jeweiligen Items erfolgte auf einer 4-stufigen Likert-Skala («sicher ja», «eher ja», «eher nein», «sicher nein»), und es war auch möglich, sich nicht auf eine Antwort festzulegen («weiss nicht»). Falls die Teilnehmenden mindestens eine dieser drei Maßnahmen akzeptiert haben, wurde dies als „Akzeptanz von mindestens einer der Zwangsmaßnahmen“ kodiert (dichotome Variable: ja/nein).

Bisherige Auswertungen und Veröffentlichungen

Aus den erhobenen Daten wurden bereits Auswertungen zum Bedürfnis nach sozialer Distanz [18], zur empfundenen Gefährlichkeit [19], zur Prädiktion der Befürwortung von Zwangsmassnahmen [20], zum Verhältnis zwischen der Persönlichkeit der Befragten, Stigmatisierung und empfundener Gefährlichkeit [21] und zur fallbezogenen und pauschalen Zustimmung der Bevölkerung zu Zwangsmassnahmen [24] veröffentlicht. Die in der vorliegenden Arbeit berichteten detaillierten Zahlen zur Zustimmung der Bevöl-

kerung zu Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie stellen wichtige Informationen für die wissenschaftliche Diskussion dar und sind als Referenzwerte für zukünftige Arbeiten von Relevanz, wurden aber bislang nicht veröffentlicht. Der vorliegende Artikel soll diese Lücke schliessen.

Statistische Analyse

Alle statistischen Analysen wurden mit dem Statistikpaket SPSS 24 für Windows (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) durchgeführt. Im Rahmen der vorliegenden Auswertung werden anhand von Mittelwerten und Standardabweichungen bzw. von Anzahl und Frequenz deskriptive Statistiken zur Beschreibung der Studienpopulation und zur Akzeptanz von Zwangsmaßnahmen berichtet. Untersucht wurde die Akzeptanz einer unfreiwilligen Hospitalisation, einer Zwangsmedikation, einer Isolation oder mindestens einer dieser Massnahmen.

Ergebnisse

Akzeptanz von mindestens einer der Zwangsmaßnahmen

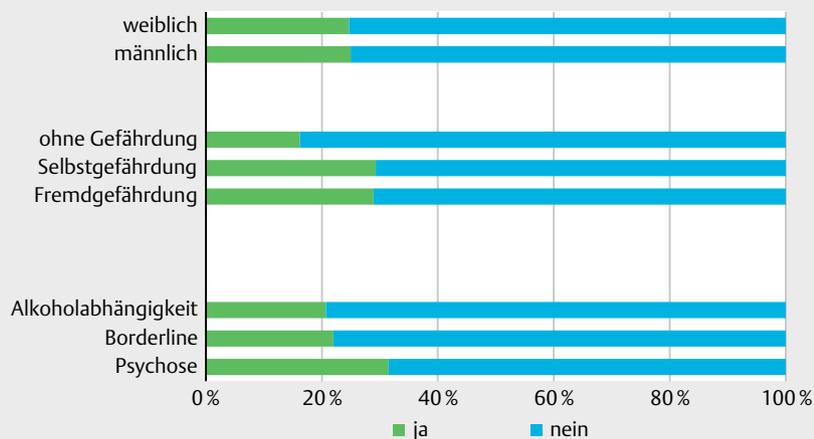
Mindestens eine der drei Formen untersuchter Zwangsmaßnahmen wurde beim Vorliegen der Symptome einer psychotischen Störung (31,5 %) deutlich mehr gutgeheissen als bei Symptomen einer BPD (22,0 %) und einer Alkoholabhängigkeit (20,7 %). Des Weiteren war die Akzeptanz von Zwangsmaßnahmen insgesamt bei Vorliegen einer Selbstgefährdung (29,3 %) und einer Fremdgefährdung (28,9 %) grösser als bei Fallvignetten ohne Gefährdungaspekte (16,2 %). Die Zustimmung in Abhängigkeit vom Geschlecht der Person in der Fallvignette war für männliche (25,0 %) und weibliche (24,7 %) fiktive Personen ähnlich hoch (► **Tab. 1** und ► **Abb. 1**).

Akzeptanz von unfreiwilliger Hospitalisation

In ► **Tab. 2** sowie der korrespondierenden ► **Abb. 2** wird die Akzeptanz von unfreiwilliger Hospitalisation dargestellt. In Abhängigkeit von der psychischen Symptomatik sprachen sich bei einer psychotischen Störung 3,2 % sicher und 22,9 % eher für eine Zwangsunter-

► **Tab. 1** Akzeptanz von mindestens einer der Zwangsmassnahmen.

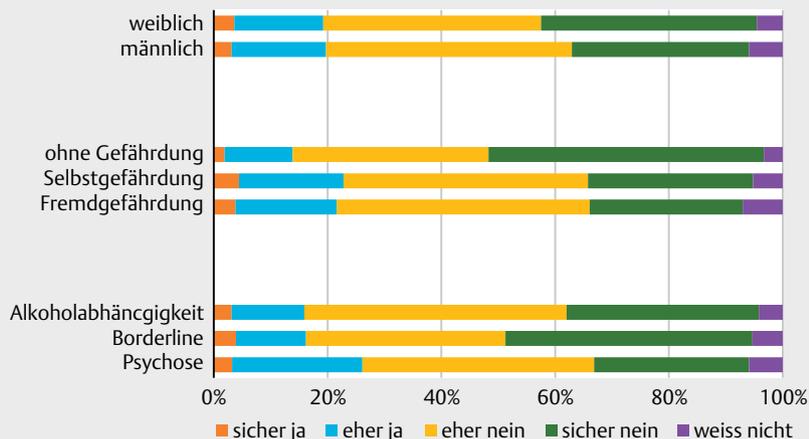
| Akzeptanz von mindestens einer Zwangsmassnahme | | |
|--|--------|--------|
| | Ja | Nein |
| Weiblich | 24,7 % | 75,3 % |
| Männlich | 25,0 % | 75,0 % |
| Ohne Gefährdung | 16,2 % | 83,8 % |
| Selbstgefährdung | 29,3 % | 70,7 % |
| Fremdgefährdung | 28,9 % | 71,1 % |
| Alkoholabhängigkeit | 20,7 % | 79,3 % |
| Borderline | 22,0 % | 78,0 % |
| Psychose | 31,5 % | 68,5 % |
| Gesamt | 24,8 % | 75,2 % |



► **Abb. 1** Akzeptanz von mindestens einer der Zwangsmassnahmen.

► **Tab. 2** Akzeptanz von unfreiwilliger Hospitalisation.

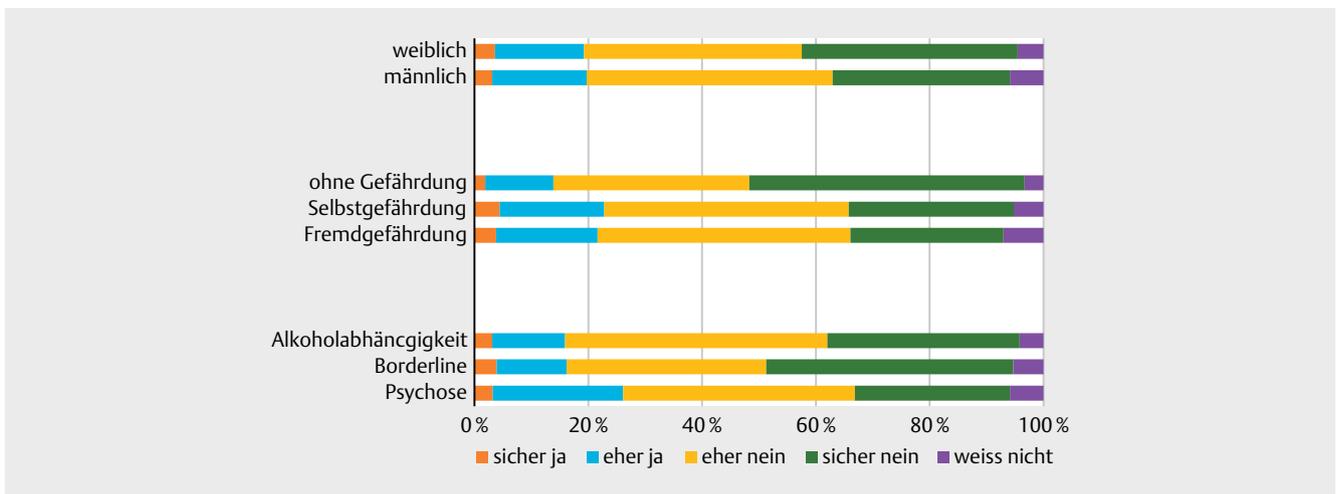
| Unfreiwillige Hospitalisation | | | | | |
|-------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | sicher ja | eher ja | eher nein | sicher nein | weiss nicht |
| Weiblich | 3,6% | 15,6% | 38,3% | 38,0% | 4,5% |
| Männlich | 3,1% | 16,6% | 43,2% | 31,1% | 5,9% |
| Ohne Gefährdung | 1,9% | 11,9% | 34,4% | 48,3% | 3,3% |
| Selbstgefährdung | 4,4% | 18,4% | 43,0% | 29,0% | 5,2% |
| Fremdgefährdung | 3,8% | 17,8% | 44,4% | 26,9% | 7,0% |
| Alkoholabhängigkeit | 3,1% | 12,8% | 46,1% | 33,8% | 4,2% |
| Borderline | 3,9% | 12,3% | 35,1% | 43,5% | 5,3% |
| Psychose | 3,2% | 22,9% | 40,7% | 27,2% | 5,9% |
| Gesamt | 3,4% | 16,1% | 40,6% | 34,7% | 5,1% |



► **Abb. 2** Akzeptanz von unfreiwilliger Hospitalisation.

► **Tab. 3** Akzeptanz von Zwangsmedikation.

| Zwangsmedikation | | | | | |
|----------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | sicher ja | eher ja | eher nein | sicher nein | weiss nicht |
| Weiblich | 2,4% | 12,4% | 31,3% | 47,8% | 6,0% |
| Männlich | 2,3% | 13,1% | 39,3% | 40,1% | 5,1% |
| Ohne Gefährdung | 2,2% | 7,5% | 30,4% | 56,1% | 3,9% |
| Selbstgefährdung | 2,1% | 16,0% | 37,6% | 38,4% | 5,9% |
| Fremdgefährdung | 2,9% | 14,6% | 37,1% | 38,3% | 7,0% |
| Alkoholabhängigkeit | 1,4% | 9,8% | 36,7% | 48,2% | 3,9% |
| Borderline | 3,3% | 9,9% | 28,2% | 53,0% | 5,5% |
| Psychose | 2,4% | 18,2% | 40,2% | 31,9% | 7,2% |
| Gesamt | 2,4% | 12,7% | 35,1% | 44,2% | 5,6% |



► **Abb. 3** Akzeptanz von Zwangsmedikation.

bringung aus, bei einer BPD waren es 3,9% und 12,3%, und bei einer Alkoholabhängigkeit 3,1% und 12,8%. Während bei Fremdgefährdung 3,8% der Befragten sicher und 17,8% eher eine Zwangseinweisung befürworteten und die Zustimmung bei Selbstgefährdung 4,4% bzw. 18,4% betrug, lag sie bei Vignetten ohne Gefährdungsaspekte bei 1,9% bzw. 11,9%.

Akzeptanz von Zwangsmedikation

► **Tab. 3** und ► **Abb. 3** zeigen die Akzeptanz von Zwangsmedikation. Bei Vorliegen einer psychotischen Störung befürworteten 2,4% sicher und 18,2% eher eine Medikation ohne Zustimmung, bei einer BPD waren es 3,3% und 9,9%, und bei einer Alkoholabhängigkeit 1,4% und 9,8%. In Abhängigkeit von Gefährdungsaspekten stimmten bei Fremdgefährdung 2,9% sicher und 14,6% eher einer Zwangsmedikation zu, bei Selbstgefährdung waren es 2,1% bzw. 16,0%, ohne Gefährdungsaspekte 2,2% bzw. 7,5%.

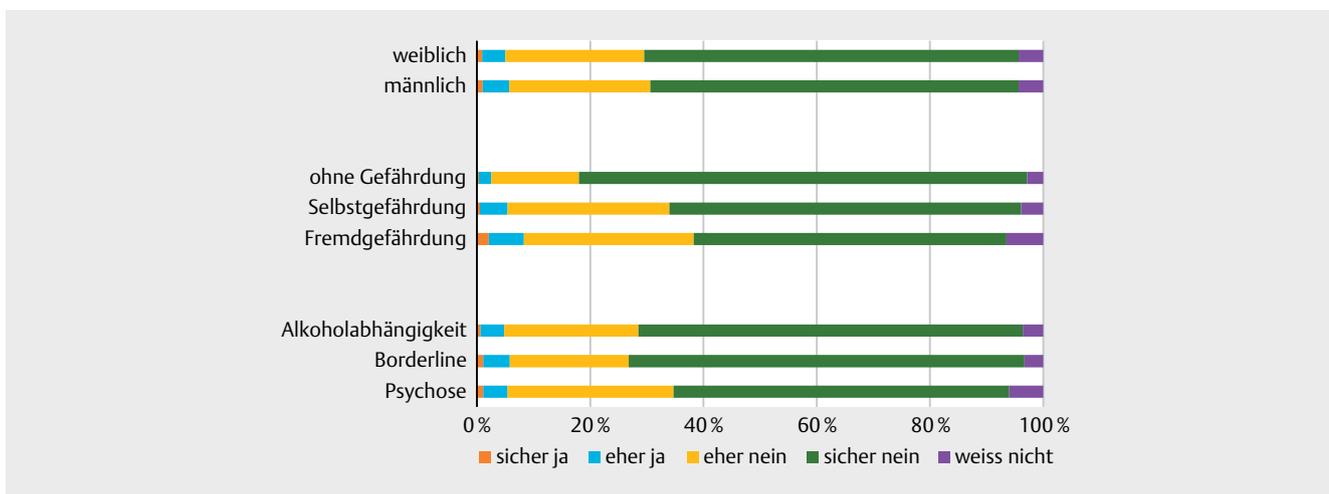
Akzeptanz von Isolation

► **Tab. 4** und ► **Abb. 4** stellen die Befürwortung von Isolation dar. Bei einer psychotischen Störung waren 1,1% sicher und 4,3% eher für eine Isolation, bei einer BPD 1,1% und 4,7% und bei einer Alkoholabhängigkeit 0,6% und 4,2%. In Abhängigkeit von Gefährdungsaspekten befürworteten bei Fremdgefährdung 2,1% sicher und 6,2% eher eine Isolation, bei Selbstgefährdung waren es 0,5% bzw. 4,9%, ohne Gefährdungsaspekte 0,3% bzw. 2,2%.

Über alle Formen der untersuchten Zwangsmaßnahmen war der Anteil an Personen, die sich nicht für eine Zustimmung oder Ablehnung entscheiden konnten, mit 4,3% bis 5,6% gering. Insgesamt war die Akzeptanz von unfreiwilliger Hospitalisation (3,4% «sicher ja», 16,1% «eher ja») höher als die Akzeptanz von Zwangsmedikation (2,4% bzw. 12,7%) und diese höher als die Akzeptanz von Isolationen (0,9% bzw. 4,4%).

► Tab. 4 Akzeptanz von Isolation.

| Isolation | | | | | |
|----------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| | sicher ja | eher ja | eher nein | sicher nein | weiss nicht |
| Weiblich | 0,9% | 4,1% | 24,5% | 66,1% | 4,3% |
| Männlich | 1,0% | 4,7% | 24,9% | 65,1% | 4,3% |
| Ohne Gefährdung | 0,3% | 2,2% | 15,5% | 79,2% | 2,8% |
| Selbstgefährdung | 0,5% | 4,9% | 28,6% | 62,1% | 3,9% |
| Fremdgefährdung | 2,1% | 6,2% | 30,0% | 55,3% | 6,5% |
| Alkoholabhängigkeit | 0,6% | 4,2% | 23,7% | 67,9% | 3,6% |
| Borderline | 1,1% | 4,7% | 21,0% | 69,9% | 3,3% |
| Psychose | 1,1% | 4,3% | 29,3% | 59,3% | 6,0% |
| Gesamt | 0,9% | 4,4% | 24,7% | 65,7% | 4,3% |



► Abb. 4 Akzeptanz von Isolation.

Diskussion

In Basel lehnten etwa 79% der Teilnehmenden der repräsentativen Befragung der Allgemeinbevölkerung jede Art von Zwangsmaßnahmen bei PatientInnen mit einer Alkoholabhängigkeit oder Persönlichkeitsstörung ab, etwas geringer war diese Ablehnung bei PatientInnen mit einer Schizophrenie (etwa 69%). Eine Zwangseinweisung sahen etwa 25% der Befragten bei einer Psychose als indiziert, bei einer Alkoholabhängigkeit und bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sahen etwa 15% der Bevölkerung eine Zwangseinweisung als gerechtfertigt an.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Öffentlichkeit eine differenzierte Haltung zu unterschiedlichen psychischen Erkrankungen zeigt. Bezüglich der betroffenen Diagnosegruppen sind diese Ergebnisse kongruent mit der Studie von Hotzy et al. [26], die im 2018 klinische Daten zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen (Isolation, Fixierung, Zwangsmedikation) an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich analysiert haben. Sie fanden, dass eine primäre Diagnose einer psychotischen Störung oder Persön-

lichkeitsstörung (in den meisten Fällen Borderline-Persönlichkeitsstörungen vom emotional-instabilen Typ), signifikant mit Zwangsmaßnahmen verbunden war. Zudem war eine sekundäre Diagnose mit Substanzgebrauchsstörungen signifikant mit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen verbunden. Der vergleichsweise hohe Anteil an Akzeptanz und Durchführung von Zwangsmassnahmen bei Schizophrenie könnte unter anderem mit einer diagnosespezifischen Stigmatisierung zusammenhängen. Beispielweise konnte gezeigt werden, dass an Schizophrenie erkrankte Menschen stärker unter Stigmatisierung leiden als beispielsweise Depressive und sie als besonders unkontrollierbar und gefährlich gelten [29–32]. Internationale Studien zeigen vergleichbare Ergebnisse wie z. B die Studie von Pescosolido et al. [27], die die öffentliche Meinung über Unterstützung von Zwangsbehandlung über einen Zeitraum von zweiundzwanzig Jahren in den USA untersucht hat. Die Autoren fanden, dass die Wahrnehmung der Öffentlichkeit über potenzielle Gewalt und Unterstützung für Zwangsbehandlung für Schizophrenie im Laufe der Zeit zugenommen hat.

Insgesamt bewerteten in der Basler Bevölkerung nur etwa 5 % der Befragten eine Isolation als probates Mittel in der Behandlung bei den verschiedenen Diagnosen, wohingegen eine Zwangsmedikation mit 21 % Zustimmung bei PatientInnen mit einer Schizophrenie und 11 % bis 13 % Zustimmung bei bestehender Alkoholabhängigkeit bzw. einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ als hilfreicher eingeschätzt wurde. Die Einstufung der unterschiedlichen Zwangsmaßnahmen durch die Basler Bevölkerung deckt sich mit den aus der Literatur bekannten Präferenzen von betroffenen PatientInnen. Wenn PatientInnen keine Zwangsmaßnahmen erfahren haben oder sowohl Zwangsmedikationen als auch Isolationen erfahren haben, dann präferieren sie ebenfalls die Zwangsmedikation im Vergleich zur Isolation [34]. Auch in einem Notfallszenario bevorzugen die meisten PatientInnen eine Medikation gegen ihren Willen [34]. Die Einschätzung der Allgemeinbevölkerung in Basel bestätigt sich auch in einer dänischen Studie bei 1.843 PatientInnen, wo Zwangsmedikationen zu kürzeren Isolationen führten, weswegen die Autoren empfehlen, vorzugsweise eine Zwangsmedikation einzusetzen [35]. Tatsächlich scheinen Zwangsmedikationen, wenn sie als erste Wahl eingesetzt werden, zu weniger Isolationen zu führen [34]. Dies deckt sich leider nicht vollständig mit der klinischen Praxis. So berichten einige Forschungsarbeiten über eine höhere Prävalenz von Isolationen in den forensisch-psychiatrischen Kliniken im Vergleich zu Zwangsmedikation. Im 2017 wurden beispielweise 22,6 % der behandelten Fälle in forensisch-psychiatrischen Kliniken isoliert. Dagegen wurde in 1,9 % der Fälle Zwangsmedikation angewendet. In der allgemeinen Psychiatrie wurden 2,9 % der behandelten Fälle isoliert und Zwangsmedikation wurde in 0,6 % der Fälle angewendet [36].

Die Zustimmung zu allen untersuchten Zwangsmassnahmen liegt niedriger als im nationalen und internationalen Vergleich. Dabei muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass in der Literatur methodisch sehr unterschiedliche Ansätze verwendet wurden, was die Vergleichbarkeit der im folgenden genannten Studien mit unseren Daten erschwert. Steinert et al. [33] untersuchten im 2005 in vier europäischen Ländern (Deutschland, Schweiz, England, Ungarn) die Haltung von 752 Laien, 298 Psychiatern und 687 anderer Gesundheitsfachpersonen. In dieser Studie wurde bei insgesamt 1.737 Personen die Haltung bezüglich Zwangsbehandlungen und Zwangseinweisungen anhand von Fallvignetten bei PatientInnen mit einer Schizophrenie in verschiedenen Krankheitsstadien exploriert. In dem Sample der Laien zeigten sich in einer Fallvignette exemplarisch etwa 77 % der Schweizer, 73 % der Deutschen, 86 % der Engländer und 70 % der Ungarn mit einer Zwangseinweisung einverstanden. Bei der Zwangsmedikation war die Zustimmung etwas geringer, hier gaben 71 % der Engländer, 67 % der Deutschen, 70 % der Ungarn und 64 % der Schweizer ihre Zustimmung. Es zeigte sich also, dass eine grosse Mehrheit der befragten Gruppen für die Zwangseinweisung votierte, wobei die Zustimmung innerhalb der Schweiz, bei Männern, Sozialarbeitern, Psychologen und Menschen mit einer eigenen psychiatrischen Vorgeschichte am niedrigsten war. In einer ähnlichen Befragung in Frankreich äusserten sich 95 % der Teilnehmenden einverstanden, dass Zwangseinweisungen unter bestimmten Voraussetzungen akzeptabel sind [28]. In einer Telefonbefragung in Norwegen stimmten zwischen 87 % und 97 % der ca. 2.000 Befragten einer Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung anhand von psychiatrischen Fall-

vignetten zu [25]. In den USA empfanden 2018 über 60 % der Befragten Personen, die die Kriterien für Schizophrenie erfüllten, als gefährlich für andere und 44–59 % befürworteten eine Zwangsbehandlung [27]. Ausserdem empfanden 68 % der Befragten Menschen mit Alkoholabhängigkeit als gefährlich für andere und 26–38 % befürworteten eine Zwangsbehandlung.

Bezüglich der Haltung der Öffentlichkeit prägen individuelle Faktoren wie die kausale Attribuierung (Kontrollierbarkeit, Verantwortlichkeit) oder der persönliche Kontakt mit psychisch erkrankten Menschen, das Erleben von Gefährlichkeit oder auch emotionale Reaktionen eine entweder eher ablehnende oder helfende Einstellung psychisch erkrankten Menschen gegenüber. Wird eher kausal attribuiert, d. h. eine Person wird als verantwortlich für ihre Lage eingeschätzt, resultieren eher emotionale Reaktionen, die zu einer Ablehnung ihres Verhaltens und zur Zustimmung zu Zwangsmaßnahmen führen können. Diese Einstellung kann wiederum durch bestehende Kontakte mit Betroffenen verändert werden [37]. Bisherige Studien zeigen, dass die Haltung der Öffentlichkeit zu Menschen mit psychischen Störungen durch den persönlichen Kontakt mit ihnen positiv beeinflusst werden kann [38]. In diesem Kontext könnte die vergleichsweise niedrige Zustimmung der Basler Bevölkerung zu Zwangsmassnahmen in Zusammenhang mit einer geringeren Stigmatisierung psychischer Erkrankungen stehen [20].

Limitationen

Die vorliegende Studie unterliegt einigen Limitationen, die berücksichtigt werden müssen. Zum einen handelt es sich um eine Befragung aus den Jahren 2013/2014. Auch wenn Änderungen bezüglich der Stigmatisierung von Personengruppen in der Regel langfristige Prozesse sind, lässt sich nicht ausschliessen, dass sich die öffentliche Haltung zu Zwangsmassnahmen seitdem verändert hat. Insbesondere ist bekannt, dass die Wahrnehmung der Psychiatrie in der Öffentlichkeit über intensivierte Medienberichterstattung zu Einzelereignissen deutlichen Änderung unterliegen kann. Zum zweiten basiert die Auswahl und Formulierung der Fallvignetten auf hypothetischen Situationen. Die tatsächliche Haltung zu Zwangsmassnahmen in konkreten Situationen könnte sich daher von der in dieser Untersuchung ermittelten unterscheiden. Die Rücklaufquote von 22 % ist zwar für die verwendete Methodik durchaus zufriedenstellend, der überproportionale Anteil von Antworten von weiblichen Teilnehmerinnen und von Personen mit hohem Bildungsniveau muss jedoch bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Zuletzt war die Teilnahme an unserer Befragung auf Einwohner des Kantons Basel-Stadt beschränkt. Damit sind die Ergebnisse aufgrund nationaler und regionaler Besonderheiten möglicherweise nur eingeschränkt generalisierbar.

Zusammenfassung

Insgesamt ist der Vorbehalt gegenüber Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen in einer repräsentativen Stichprobe der Basler Bevölkerung ausserordentlich hoch. Ein Grund hierfür könnte die hohe Inanspruchnahme klinisch psychiatrischer Behandlung im Kanton Basel-Stadt sein, die wiederum einen niedrighschweligen Zugang zu stationär psychiatrischer Behandlung anzeigt [5]. In ihrer differenzierten Beurteilung des Einsatzes von Massnahmen wie Iso-

lation und Zwangsmedikation entspricht die Basler Bevölkerung dem in medizinethischen Leitlinien vorgeschlagenen Prozedere.

Schließlich ist es für die Verbesserung psychiatrischer Therapie und die Reduktion von Zwangsmaßnahmen sicher ein wichtiges Anliegen für die Zukunft, die Seite der Bevölkerung zu hören. Ihre Einschätzung könnte auch in neue Behandlungswege und Alternativen einbezogen werden, sei es eine erfolgreiche Früherkennung zur Verhinderung von prognostisch ungünstigen Verläufen der Erkrankungen, seien es offene psychiatrische Kliniken, die Orientierung an Resilienz und Recovery, einer deinstitutionalisierten Psychiatrie, der Etablierung von alternativen Behandlungswegen wie beispielsweise von Hometreatment als Alternative zur Zwangseinweisung, dem Ausbau von Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen, Krisenplänen oder der niedrigschwelligen Verfügbarkeit von Krisenzentren.

KONSEQUENZEN FÜR KLINIK UND PRAXIS

- Im Kanton Basel-Stadt lehnen etwa 75 % der Bevölkerung Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie ab.
- Die Akzeptanz von unfreiwilliger Hospitalisation (19,5 %) ist höher als die Akzeptanz von Zwangsmedikation (15,1 %) und diese höher als die Akzeptanz von Isolationen (5,3 %).
- Hinsichtlich des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen bei verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern spricht sich die Bevölkerung auf niedrigem Niveau für einen stärkeren Einsatz bei Symptomen einer Schizophrenie als bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Alkoholabhängigkeit aus.
- Daher scheint die Aufklärung der Öffentlichkeit bezüglich der negativen Stereotype über die Gefährlichkeit von Menschen mit Schizophrenie wichtig zu sein. Erhöhung der Familiarität bzw. des Kontakts mit Menschen mit Schizophrenie könnte das Ausmass dieser Stigmatisierung beeinflussen.
- Die Haltung der Öffentlichkeit dürfte indirekten Einfluss auf die lokale Anwendung von Zwangsmassnahmen haben und sollten in den psychiatrischen Fachdiskurs einbezogen werden.
- Anti-Stigma-Kampagnen sollten Strategie zur weiteren Verbesserung der öffentlichen Haltung entwickeln. Dabei ist es wichtig, die Rolle der Psychiatrie als Versorgungsinstitution zu betonen und die Öffentlichkeit bezüglich der rechtlichen und ethischen Begründungen zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen aufzuklären.
- Es besteht noch Bedarf an Forschungsarbeiten, die Alternativen zur Anwendung von Zwangsmassnahmen identifizieren, die das Wohlergehen und die Rechte des Patienten besser respektieren.

Funding Information

Grant of the University of Basel — DMS2304

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literature

- [1] Steinert T, Lepping P, Bernhardsgruetter R et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45: 889–897. DOI:10.1007/s00127-009-0132-3
- [2] Raboch J, Kalisova L, Nawka A et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatric services* 2010; 61: 1012–1017
- [3] Lay B, Nordt C, Rössler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *Eur Psychiatry* 2011; 26: 244–251. DOI:10.1016/j.eurpsy.2010.11.007
- [4] 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. *European Psychiatry* 2019; 59: 70–76. DOI:10.1016/j.eurpsy.2019.04.004
- [5] Schuler D, Tuch A, Peter C. Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien (Obsan Bulletin 2/2018). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium;
- [6] Flammer E, Steinert T. Association Between Restriction of Involuntary Medication and Frequency of Coercive Measures and Violent Incidents. *Psychiatr Serv* 2016; 67: 1315–1320. DOI:10.1176/appi.ps.201500476
- [7] Steinert T, Noorthoorn EO, Mulder CL. The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Front Public Health* 2014; 2: 141. DOI:10.3389/fpubh.2014.00141
- [8] Lepping P, Masood B, Flammer E et al. Comparison of restraint data from four countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2016; 51: 1301–1309. DOI:10.1007/s00127-016-1203-x
- [9] Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ et al. Special section on seclusion and restraint: Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric services* 2005; 56: 1123–1133. DOI:10.1176/appi.ps.56.9.1123
- [10] Steinert T, Birk M, Flammer E et al. Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: one-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatric Services* 2013; 64: 1012–1017. DOI:10.1176/appi.ps.201200315
- [11] Deutschenbaur L, Lambert M, Walter M et al. Long-term treatment of schizophrenia spectrum disorders: focus on pharmacotherapy. *Der Nervenarzt* 2014; 85: 363. DOI:10.1007/s00115-013-3807-7
- [12] Mielau J, Altunbay J, Lehmann A et al. The influence of coercive measures on patients' stances towards psychiatric institutions. *International journal of psychiatry in clinical practice* 2018; 22: 115–122. DOI:10.1080/13651501.2017.1383437
- [13] Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V et al. Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry research* 2012; 200: 939–944. DOI:10.1016/j.psychres.2012.04.012
- [14] Rodrigues M, Herrman H, Galderisi S et al. (2020). Implementing Alternatives to Coercion: A Key Component of Improving Mental Health Care. Retrieved from: https://3ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3_a10897d3d4f546bc8a06a23629726ccf.pdf
- [15] Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D et al. Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study. *J Psychiatr Res* 2017; 95: 189–195. DOI:10.1016/j.jpsychires.2017.08.017

- [16] Lang UE, Borgwardt S, Walter M et al. Einführung einer «offenen Tür Politik» – Was bedeutet diese und wie wirkt sie sich auf Zwangsmassnahmen aus? *Recht und Psychiatrie* 2017; 2: 58
- [17] Szmukler G, Bach M. Mental health disabilities and human rights protections. *Global Mental Health* 2015; 2: DOI:10.1017/gmh.2015.18
- [18] Sowislo JF, Lange C, Euler S et al. Stigmatization of psychiatric symptoms and psychiatric service use: a vignette-based representative population survey. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 2017; 267: 351–357. DOI:10.1007/s00406-016-0729-y
- [19] Sowislo JF, Gonet-Wirz F, Borgwardt S et al. Perceived dangerousness as related to psychiatric symptoms and psychiatric service use—a Vignette Based Representative Population Survey. *Scientific Reports* 2017; 7: 1–7. DOI:10.1038/srep45716
- [20] Steiger S, Moeller J, Sowislo JF et al. Approval of Coercion in Psychiatry in Public Perception and the Role of Stigmatization. *Frontiers in psychiatry* 2021. DOI:10.3389/fpsy.2021.819573
- [21] Steiger S, Sowislo JF, Moeller J et al. Personality, self-esteem, familiarity, and mental health stigmatization: a cross-sectional vignette-based study. *Scientific Reports* 2022; 12: 1–8. DOI:10.1038/s41598-022-14017-z
- [22] Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt (2013) Statistisches Jahrbuch des Kantons Basel-Stadt 2013. Author, Basel
- [23] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) (5th ed.)*. 2013 Washington: American Psychiatric Press;
- [24] Steiger S, Sowislo JF, Moeller J et al. General and case-specific approval of coercion in psychiatry in the public opinion. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023; 20: 2081. DOI:10.3390/ijerph20032081
- [25] Joa I, Hustoft K, Anda LG et al. Public attitudes towards involuntary admission and treatment by mental health services in Norway. *Int J Law Psychiatry* 2017; 55: 1–7. DOI:10.1016/j.ijlp.2017.09.002
- [26] Hotzy F, Moetteli S, Theodoridou A et al. Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. *Swiss Medical Weekly* 2018; 148: DOI:10.4414/smw.2018.14616
- [27] Pescosolido BA, Manago B, Monahan J. Evolving public views on the likelihood of violence from people with mental illness: stigma and its consequences. *Health Affairs* 2019; 38: 1735–1743. DOI:10.1377/hlthaff.2019.00702
- [28] Guedj M, Sorum PC, Mullet E. French lay people's views regarding the acceptability of involuntary hospitalization of patients suffering from psychiatric illness. *International Journal of Law and Psychiatry* 2012; 35: 50–56. DOI:10.1016/j.ijlp.2011.11.010
- [29] Wood L, Birtel M, Alsawy S et al. Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry research* 2014; 220: 604–608. DOI:10.1016/j.psychres.2014.07.012
- [30] Morgan AJ, Reavley NJ, Ross A et al. Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research* 2018; 103: 120–133. DOI:10.1016/j.jpsychires.2018.05.017
- [31] Koike S, Yamaguchi S, Ojio Y et al. Social distance toward people with schizophrenia is associated with favorable understanding and negative stereotype. *Psychiatry research* 2018; 261: 264–268. DOI:10.1016/j.psychres.2017.12.081
- [32] Marie D, Miles B. Social distance and perceived dangerousness across four diagnostic categories of mental disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2008; 42: 126–133. DOI:10.1080/00048670701787545
- [33] Steinert T, Lepping P, Baranyai R et al. Compulsory admission and treatment in schizophrenia – a study of ethical attitudes in four European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40: 635–641. DOI:10.1007/s00127-005-0929-7
- [34] Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatr Q* 2012; 83: 1–13. DOI:10.1007/s11126-011-9178-y
- [35] Verlinde AA, Snelleman W, van den Berg H et al. Involuntary medication as the intervention of choice: can this be regarded as 'substitution' or as a preventive measure? a prospective cohort study. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 640–648
- [36] Flammer E, Frank U, Steinert T. Freedom restrictive coercive measures in forensic psychiatry. *Frontiers in psychiatry* 2020; 11: 146. DOI:10.3389/fpsy.2020.00146
- [37] Corrigan P, Markowitz FE, Watson A et al. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of health and Social Behavior* 2003; 44: 162–179. DOI:10.2307/1519806
- [38] Corrigan PW, Nieweglowski K. How does familiarity impact the stigma of mental illness? *Clinical Psychology Review* 2019; 70: 40–50. DOI:10.1016/j.cpr.2019.02.001