

Fürsorgeterische Unterbringung in der Schweiz: Hintergründe, Unterschiede, Strategien

Im Vergleich zu anderen Ländern ist die Rate an fürsorgeterischen Unterbringungen (FU) in der Schweiz hoch. Über die Kantonsgrenzen hinweg scheinen patientenbezogene Risikofaktoren vergleichbar, dennoch zeigen sich deutliche kantonale Unterschiede in der Anordnung von FU. Dieser Artikel beschäftigt sich mit möglichen Hintergründen dieser Unterschiede, Strategien zur Reduktion von FU und der Wichtigkeit zur Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung gegenüber Zwang.



Florian Hotzy



Anastasia Theodoridou



Matthias Jäger

von Florian Hotzy*, Anastasia Theodoridou*
und Matthias Jäger

Einleitung

Die Einweisung gegen den Willen auf der Grundlage einer fürsorgeterischen Unterbringung (FU) in einer psychiatrischen Klinik oder einer anderen Einrichtung ist ein massiver Eingriff in die Freiheitsrechte der betroffenen Person. In psychiatrischen Notfallsituationen ist die FU als Massnahme vorgesehen, um bei fehlenden alternativen Handlungsoptionen bei Vorliegen eines «Schwächezustands» sowie einer «Schutzbedürftigkeit» eine Gefährdung der betroffenen Person selbst und/oder Dritter abzuwenden (1–3). Aufgrund des schwerwiegenden Eingriffs in die Persönlichkeitsrechte haben die meisten Staaten gesetzliche Grundlagen ausgearbeitet, welche die Voraussetzungen für eine solche Massnahme regeln (4, 5). Die gesetzlichen Kriterien zur Anwendung von Zwang unterscheiden sich zwischen verschiedenen Ländern und Regionen häufig stark bezüglich Definition der Unterbringungsbedingungen, der zur Anordnung der Massnahme befugten Personen, der Anforderungen an die Dokumentation sowie zeitlicher und prozeduraler Aspekte (5, 6). Diese Variabilität ist unter anderem ausschlaggebend für grosse Unterschiede bei den Unterbringungsraten zwischen verschiedenen Regionen.

In der Schweiz sind die gesetzlichen Grundlagen der FU im Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR), na-

mentlich Art. 426 ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB), geregelt (vgl. *Kasten 1*). Neben den Voraussetzungen für die FU regelt das KESR die Zurückbehaltung freiwillig eingetretener Personen, die Zuständigkeit für die Anordnung der FU, Verfahrensaspekte, Anforderungen an die Dokumentation und die Überprüfungssystematik.

Bei all diesen Aspekten lässt das ZGB den Kantonen jedoch einen Spielraum für die Konkretisierung der Umsetzung, die diese in ihren Einführungsgesetzen spezifizieren. So sind die Kantone befugt, die Befugnis zur Anordnung einer FU neben den Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) auch anderen Instanzen, in der Regel sind das Ärzte, zu übertragen. Zudem kann die Dauer einer ärztlich angeordneten FU begrenzt werden. Diese Konkretisierungsmöglichkeiten resultieren in teilweise deutlichen kantonalen Unterschieden. So gibt es Kantone, welche die Befugnis zur Anordnung einer FU generell nur der KESB überlassen, und andere, in denen jede/jeder zur selbstständigen Berufsausübung befugte Ärztin/Arzt eine FU anordnen darf. Auch die maximale Dauer einer ärztlichen FU ist unterschiedlich definiert und reicht von 72 Stunden bis 42 Tage. Im Falle eines Antrags auf Verlängerung vonseiten der behandelnden Institution muss die zuständige KESB die Voraussetzungen für die FU vor deren Ablauf überprüfen. Bei Verlegungen über die Kantonsgrenze gilt es zu beachten, dass jeweils die Regelungen des Kantons, in dem die FU ausgestellt wurde, zu befolgen sind.

Die Häufigkeit von FU bzw. unfreiwilligen Klinikeinweisungen unterscheidet sich teilweise erheblich zwischen den Kantonen (8), aber auch international (6). Die Rate in der Schweiz ist, verglichen mit anderen Ländern, hoch. Bisher konnten diese Unterschiede noch nicht abschliessend erklärt werden, jedoch gibt es Hinweise dar-

*Psychiatrische Universitätsklinik, KPPP
Kompetenzzentrum KESR (KoKE)
Lenggstrasse 31
8032 Zürich

auf, dass die gesetzliche Grundlage einen Einfluss auf die FU-Rate hat (6, 9, 10).

Die Tragweite des Dilemmas der Zwangseinweisung und anderer Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie zeigt sich in ethischen Diskussionen und kontroversen klinischen Entscheidungen in der täglichen psychiatrischen Praxis. Sowohl bei Patienten (11) als auch bei psychiatrischem Personal (12–14) kommt in den meisten Situationen die Frage auf, ob die Anwendung von Zwang wirklich notwendig war oder ob es nicht doch Alternativen gegeben hätte.

Die Reduktion von Zwang ist heute in der Psychiatrie ein weitestgehend unbestrittenes Ziel für die Versorgung (15). Hierfür wurden zahlreiche Ansätze ent-

wickelt, von denen einige auch wissenschaftlich belegbar eine Reduktion von Zwangsmassnahmen zur Folge haben (16, 17). Zudem wurden in mehreren Untersuchungen Risikofaktoren für Zwangseinweisungen von Patienten identifiziert.

Patientenbezogene Risikofaktoren für FU in der Schweiz

Sowohl in der internationalen Literatur als auch in der Schweiz konnten Faktoren identifiziert werden, die mit einem erhöhten Risiko für FU einhergehen:

- **Klinische Risikofaktoren:** hirnorganische Störung und Intelligenzminderung (18, 19), substanzbezogene Störungsbilder (18), psychotisches Zustands-

Kasten 2:

Diskussion betreffend FU in der Schweiz

Die Schweiz weist im internationalen Vergleich eine hohe Rate an FU auf. Innerhalb der Schweiz sind wiederum grosse Schwankungen zu beobachten.

- Die patientenbezogenen Risikofaktoren für eine FU scheinen sich im Vergleich zwischen der Schweiz und anderen Ländern zu entsprechen (6, 9, 18–23).
- Innerhalb der Schweiz scheinen sich die patientenbezogenen Risikofaktoren nicht relevant zu unterscheiden (9, 18, 19, 23).
- Des Weiteren ist bekannt, dass das Risiko für eine FU in urbanen Räumen erhöht ist. Auch konnte ein erhöhtes FU-Risiko für Personen mit Touristen- oder Asylstatus innerhalb und ausserhalb der Schweiz gezeigt werden (23, 26).
- Insgesamt ist es bei der Diskussion um FU und weitere Zwangsmassnahmen von zentraler Bedeutung, dass patientenbezogenen Risikofaktoren ein deutlich geringeres Gewicht zuzukommen scheint, verglichen mit Merkmalen der Versorgungsregion, mit der Qualität der Behandlung und anderen Gründen. *Es ist daher anzunehmen, dass die Anwendung von Zwang durch Behandlungskulturen/-traditionen und Einstellungen der im psychiatrischen Versorgungssystem tätigen Personen beeinflusst – und damit letztlich auch potenziell reduziert werden kann (36).*
- Unterschiede in den Einstellungen zu Zwang finden sich in der Schweiz zwischen Mitarbeitenden verschiedener Berufsgruppen im stationären und auch im ambulanten Bereich (13, 30). Ärzte mit psychiatrischem Hintergrund ordnen weniger häufig FU an (9), diese FU werden länger aufrechterhalten (10), und die spezifischen dokumentarischen Anforderungen (dokumentarische Qualität) werden von ihnen besser eingehalten (10, 37).

Diese Befunde sind von zentraler Bedeutung für die Diskussion, inwiefern über die Arbeit an Haltung und Einstellungen sowie über gezielte Schulungen von Fachpersonen, die FU anordnen und Patienten unter FU-Bedingungen behandeln, die Anwendung von Zwangsmassnahmen reduziert werden kann.

Zudem scheint es angebracht, genauer zu untersuchen, ob eine Einschränkung des Personenkreises, der zur Anordnung von FU befugt ist, zu einer geringeren FU-Rate führen kann. *Die weiterführende Reduktion von Zwangsmassnahmen ist insbesondere auch deshalb so wichtig, weil Zwang die therapeutische Beziehung und damit auch den Thera-*

pieerfolg negativ beeinflusst (38) und Patienten, die Zwang erfahren haben, negative Einstellungen zur Psychiatrie entwickeln können (39), was wiederum die Inanspruchnahme reduzieren und zu ungünstigen Verläufen führen kann. Niederschwellige Versorgungsangebote, die auch in Akutsituationen Alternativen für eine reguläre stationäre Behandlung bieten (z.B. Home-Treatment, Krisenbetten, Tages- oder Nachtkliniken), können als bedürfnisorientierte Behandlungsangebote Zwang ggf. frühzeitig entgegenwirken.

- Ein weiterer diskussionswürdiger Befund ist, dass der Faktor «Touristen- oder Asylstatus» in städtischer Umgebung ein höheres Risiko für eine FU aufweist als «klinische Faktoren» wie Schizophrenie oder bipolare Störungen (23). Hierbei widerspiegelt sich möglicherweise, dass einer FU jeweils unterschiedlich ausgeprägte Intentionen zugrunde liegen können. So steht dem primären Zweck der notwendig erscheinenden medizinischen Versorgung eine weitere, häufig und zunehmend der Psychiatrie übertragenen Funktion gegenüber, nämlich Sicherheit in der Gesellschaft bzw. die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung zu gewährleisten.

Da klinische Aspekte nur zum Teil eine Rolle in der Entscheidung für oder gegen eine FU zu spielen scheinen, ist es für die Entscheidungsträger umso relevanter, sich mit Fragen zur Haltung gegenüber Zwang in der Medizin auseinanderzusetzen. Hier können die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (40) hilfreich sein. Generelle Leitlinien zur Vermeidung von Zwang in der Psychiatrie gibt es in der Schweiz bislang nicht. Dabei scheint es sinnvoll, auf das schweizerische Versorgungssystem ausgerichtete Empfehlungen für die Prävention von Zwang zur Verfügung zu stellen. Bis dato sind Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) verfügbar und in weiten Teilen auch für die Schweiz implementierbar. Auch diese empfehlen unter anderem, in einer psychiatrischen Institution in geeigneter Weise immer wieder die eigene Haltung zu hinterfragen und Zwang gegenüber Patienten sowie Mitarbeitenden jeweils zu begründen und zu besprechen (in Notfallsituationen ggf. im Nachgang zur Abwendung von akuter Gefährdung) (41). Dabei entstehen Chancen, dass sowohl Patienten als auch Zwang ausübende Personen alternative Handlungsstrategien erarbeiten und zukünftig Zwang vermeiden können.

Kasten 1:**In der Schweiz sind die gesetzlichen Grundlagen der FU im Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, namentlich Art. 426 ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs, geregelt.**

«Eine Person, die an einer psychischen Störung oder an einer geistigen Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, darf in eine geeignete 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 betroffene Person wird entlassen, sobald die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht mehr erfüllt sind. Die betroffene oder eine ihr nahestehende Person kann jederzeit um Entlassung ersuchen. Über dieses Gesuch ist ohne Verzug zu entscheiden.» (7)

bild (6, 9, 18–23), Manie (19, 23), Persönlichkeitsstörungen (18), Suizidalität (20), Fremdgefährdung (6, 24, 25) und impulsives Verhalten (19, 20).

- **Soziodemografische Risikofaktoren:** höheres Alter (19), Fehlen einer Wohnform (18, 22, 24), Ausländer- bzw. Asylstatus (18, 23, 24, 26), Leben in der Stadt (27).
- **Andere Risikofaktoren:** fehlende Medikamentenadhärenz (19, 20), fehlendes Krankheitsbewusstsein (25), frühere FU (19, 28, 29), Unzufriedenheit mit dem psychiatrischen Helfernetz (29) und Zuweisungen durch Allgemeinmediziner und Spitäler (19).

Prozedurale Faktoren und Einstellungen zur FU in der Schweiz

Insgesamt zeigen sich in den einzelnen Kantonen der Schweiz zum Teil gravierende Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von FU und Zwangsmassnahmen (8, 18, 30). Im internationalen Vergleich ist die Rate von FU und Zwangsmassnahmen in der Schweiz insgesamt hoch (6, 31). Auch wenn es für Unterschiede in den FU-Raten sowohl international (5, 6) als auch innerhalb der Schweiz (8) keine abschliessende Erklärung gibt, konnte in einer Untersuchung aus Genf gezeigt werden, dass die Beschränkung der Kompetenz zur Anordnung einer FU auf psychiatrisch ausgebildete Ärzte mit einer Reduktion der FU-Raten einherging (9).

Im Kanton Zürich konnte gezeigt werden, dass sich FU-Verläufe nach Zuweisungen durch mit psychiatrischen Notfällen weniger vs. mehr erfahrenen Ärzten in Bezug auf die Dauer der FU unterscheiden (10). Psychiatrisch tätige Ärzte, die im Kanton Zürich FU anordnen, beschreiben bezüglich Umgang mit psychiatrischen Notfällen und mit den rechtlichen Grundlagen zur Anordnung einer FU höhere Sicherheit als Ärzte, die in einem anderen Fachgebiet tätig waren (13, 14). Trotz der geringeren Sicherheit fanden Letztere, dass die Abklärung von Suizidalität oder Fremdgefährdung durchaus nicht nur durch psychiatrisch tätige Ärzte erfolgen müsse, sondern dass auch andere Fachgruppen diesbezüglich Kompetenzen haben sollten. Insgesamt waren psychiatrisch tätige Ärzte gegenüber Zwang kritischer eingestellt als Ärzte anderer Fachrichtungen (13). Eine Studie in der Romandie ergab, dass die ärztliche Entscheidung, eine FU anzuordnen, eher von Aspekten der jeweiligen klinischen Situation abhängig ist als von Faktoren, die in der Person und dem beruflichen Hintergrund des anordnenden Arztes liegen (32).

In einer Untersuchung in drei Schweizer Kantonen konnte gezeigt werden, dass selbst unter psychiatrischen Fachpersonen (Ärzten, Psychologen sowie Pflegefachpersonen) Unterschiede in der Einstellung zu Zwangsmassnahmen zu finden sind und dass die Wahl und die Häufigkeit in der Anwendung von Zwangsmassnahmen (Isolation, Fixierung, Zwangsmedikation) kulturellen Prägungen unterliegen. Patienten hingegen sind in ihren Einstellungen über die Kantons Grenzen homogener (30, 33).

Massnahmen zur Reduktion von FU

Psychiatrische Patientenverfügungen bzw. Behandlungsvereinbarungen, Psychoedukation und Krisenpläne sowie offen geführte psychiatrische Kliniken konnten sowohl die Häufigkeit von FU als auch von Zwangsmassnahmen während eines stationären Aufenthalts reduzieren (34, 35). Wie bereits beschrieben, gibt es Hinweise, dass eine Eingrenzung des Personenkreises mit der Kompetenz, eine FU zu veranlassen, auf eine kleine, auf den Umgang mit psychiatrischen Notfallsituationen spezialisierte Zuweisungsgruppe, zu einer Reduktion von FU führen kann (9) (Kasten 2).

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Matthias Jäger

Direktor Erwachsenenpsychiatrie,

Chefarzt Privatklinik

Psychiatrie Baselland

Bienentalstrasse 7

4410 Liestal

E-Mail: matthias.jaeger@pbl.ch

Merkmale:

- Fürsorgerische Unterbringungen (FU) werden kantonal mit unterschiedlicher Häufigkeit angeordnet. Im internationalen Vergleich ist die FU-Rate in der Schweiz hoch.
- Für die Schweiz erhobene patientenbezogene und soziodemografische Risikofaktoren für FU sind vergleichbar mit anderen Ländern.
- Die Definition des Personenkreises, der zur Anordnung einer FU befugt ist, kann die FU-Rate mitbeeinflussen.
- Die Haltung von Professionellen gegenüber Zwang in der Psychiatrie wird stärker durch die Klinikultur geprägt als jene der Patienten.
- Psychiatrische Patientenverfügungen bzw. Behandlungsvereinbarungen, Psychoedukation, Krisenpläne sowie ein offenes Stationsklima können zu einer Reduktion von FU und Zwangsmassnahmen beitragen.
- Die Auseinandersetzung mit der persönlichen Haltung gegenüber Zwang in der Psychiatrie scheint unabdingbar, um einerseits eine Diskussionskultur zu Präventionsstrategien zu fördern, andererseits diese Massnahmen im Kollegenkreis und insbesondere mit den betroffenen Patienten aufzuarbeiten.

Literatur:

1. Zinkler M, Priebe S: Detention of the mentally ill in Europe – a review. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106(1): 3–8.
2. Lay B, Salize HJ, Dressing H, Ruesch N, Schoenenberger T, Buehlmann M et al.: Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care through psycho-education and crisis focused monitoring. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 136.
3. Hoff P: Zwangsmassnahmen in der Medizin. *Schweizerische Ärztzeitung – Bulletin des medecins suisses – Bollettino die medici svizzeri* 2015; 96(22): 773–775.
4. Jaeger M, Ospelt I, Kawohl W, Theodoridou A, Roessler W, Hoff P: Quality of involuntary hospital administration in Switzerland. *Praxis* 2014; 103(11): 631–639.
5. Dressing H, Salize HJ: Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2004; 39(10): 797–803.
6. Salize HJ, Dressing H: Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 163–168.
7. Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB): Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht. 1907 (Stand am 1. Januar 2020).
8. Schuler D, Peter C: Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien. *Obsan Bulletin* 2018.
9. Eytan A, Chatton A, Safran E, Khazaal Y: Impact of psychiatrists' qualifications on the rate of compulsory admissions. *The Psychiatric quarterly* 2013; 84(1): 73–80.
10. Hotzy F, Kieber-Ospelt I, Schneeberger AR, Jaeger M, Olbrich S: Length of Involuntary Hospitalization Related to the Referring Physician's Psychiatric Emergency Experience. *Adm Policy Ment Health* 2018; 45(2): 254–264.
11. Soininen P, Valimaki M, Noda T, Puukka P, Korkeila J, Joffe G et al.: Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22(1): 47–55.
12. Molewijk B, Kok A, Husum T, Pedersen R, Aasland O: Staff's normative attitudes towards coercion: the role of moral doubt and professional context—a cross-sectional survey study. *BMC Med Ethics* 2017; 18(1): 37.
13. Hotzy F, Marty S, Moetteli S, Theodoridou A, Hoff P, Jaeger M: Involuntary admission for psychiatric treatment: Compliance with the law and legal considerations in referring physicians with different professional backgrounds. *Int J Law Psychiatry* 2019; 64: 142–149.
14. Hotzy F, Marty S, Moetteli S, Theodoridou A, Hoff P, Jaeger M: Involuntary admission of psychiatric patients: Referring physicians' perceptions of competence. *International Journal of Social Psychiatry* 2019; 65(7–8): 580–588.
15. Curran WJ: Comparative analysis of mental health legislation in forty-three countries: a discussion of historical trends. *Int J Law Psychiatry* 1978; 1(1): 79–92.
16. De Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, Van de Sande R et al.: Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016; 73(7): 657–664.
17. Nicaise P, Lorant V, Dubois V: Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Health Soc Care Community* 2013; 21(1): 1–14.
18. Lay B, Nordt C, Roessler W: Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *Eur Psychiatry* 2011; 26(4): 244–251.
19. Silva B, Golay P, Morandi S: Factors associated with involuntary hospitalisation for psychiatric patients in Switzerland: a retrospective study. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 401.
20. Balducci PM, Bernardini F, Pauselli L, Tortorella A, Compton MT: Correlates of Involuntary Admission: Findings from an Italian Inpatient Psychiatric Unit. *Psychiatr Danub* 2017; 29(4): 490–496.
21. Ng XT, Kelly BD: Voluntary and involuntary care: three-year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit. *Int J Law Psychiatry* 2012; 35(4): 317–326.
22. Riecher A, Roessler W, Loeffler W, Faetkenheuer B: Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychol Med* 1991; 21(1): 197–208.
23. Hotzy F, Hengartner MP, Hoff P, Jaeger M, Theodoridou A: 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.
24. Hustoft K, Larsen TK, Auestad B, Joa I, Johannessen JO, Ruud T: Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *Int J Law Psychiatry* 2013; 36(2): 136–143.
25. Gou L, Zhou JS, Xiang YT, Zhu XM, Correll CU, Ungvari GS et al.: Frequency of involuntary admissions and its associations with demographic and clinical characteristics in China. *Arch Psychiatr Nurs* 2014; 28(4): 272–276.
26. Curley A, Agada E, Emechebe A, Anamdi C, Ng XT, Duffy R et al.: Exploring and explaining involuntary care: The relationship between psychiatric admission status, gender and other demographic and clinical variables. *Int J Law Psychiatry* 2016; 47: 53–59.
27. Keown P, McBride O, Twigg L, Crepaz-Keay D, Cylharova E, Parsons H et al.: Rates of voluntary and compulsory psychiatric in-patient treatment in England: an ecological study investigating associations with deprivation and demographics. *Br J Psychiatry* 2016; 209(2): 157–161.
28. Montemagni C, Bada A, Castagna F, Frieri T, Rocca G, Scalese M et al.: Predictors of compulsory admission in schizophrenia-spectrum patients: excitement, insight, emotion perception. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011; 35(1): 137–145.
29. Van der Post LF, Peen J, Visch I, Mulder CL, Beekman AT, Dekker JJ: Patient perspectives and the risk of compulsory admission: the Amsterdam Study of Acute Psychiatry V. *Int J Soc Psychiatry* 2014; 60(2): 125–133.
30. Hotzy F, Jaeger M, Buehler E, Moetteli S, Klein G, Beeri S et al.: Attitudinal variance among patients, next of kin and health care professionals towards the use of containment measures in three psychiatric hospitals in Switzerland. *BMC Psychiatry* 2019; 19(1): 128.
31. Riecher-Roessler A, Roessler W: Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. *Acta psychiatrica Scandinavica* 1993; 87(4): 231–236.
32. Morandi S, Silva B, Bonsack C, Golay P: Propensity to decide on involuntary hospitalisation in primary medical care: Dispositional or situational determinants? *Int J Law Psychiatry* 2020; 69: 101552.
33. Reisch T, Beeri S, Klein G, Meier P, Pfeifer P, Buehler E et al.: Comparing Attitudes to Containment Measures of Patients, Health Care Professionals and Next of Kin. *Front Psychiatry* 2018; 9: 529.
34. Khazaal Y, Chatton A, Pasandin N, Zullino D, Preisig M: Advance directives based on cognitive therapy: a way to overcome coercion related problems. *Patient Educ Couns* 2009; 74(1): 35–38.
35. Cibis ML, Wackerhagen C, Mueller S, Lang UE, Schmidt Y, Heinz A: Comparison of aggressive behavior, compulsory medication and absconding behavior between open and closed door policy in an acute psychiatric ward. *Psychiatrische Praxis* 2017; 44(3): 141–147.
36. Steinert T, Flammer E: Häufigkeit von Zwangsmassnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken? *Der Nervenarzt* 2019; 90(1): 35–39.
37. Kieber-Ospelt I, Theodoridou A, Hoff P, Kawohl W, Seifritz E, Jaeger M: Quality criteria of involuntary psychiatric admissions – before and after the revision of the civil code in Switzerland *BMC psychiatry*. 2016; 16: 291.
38. Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V, Roessler W, Jaeger M: Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Res* 2012; 200(2–3): 939–944.
39. Mielau J, Altunbay J, Lehmann A, Bermppohl F, Heinz A, Montag C: The influence of coercive measures on patients' stances towards psychiatric institutions. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2018; 22(2): 115–122.
40. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW): Medizinisch-ethische Richtlinien: Zwangsmassnahmen in der Medizin. SAMW 2015.
41. Steinert T, Hirsch S: S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. DGPPN 2018.