

Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen  
Zwangseinweisungen in der Schweiz

erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

von

Jürg Gassmann, Rechtsanwalt, Winterthur

Jürg Gassmann

Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz  
September 2011

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, 3003 Bern

Projektleitung BAG:

Dr. Regula Rička, wissenschaftliche Mitarbeiterin

Anschrift des Autors:

Jürg Gassmann, lic.iur., Rechtsanwalt

Zürcherstrasse 41, Gebäude 100

8400 Winterthur

[www.gassmannlaw.ch](http://www.gassmannlaw.ch)

## Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	5
Zusammenfassung	6
Résumé	9
1. Auftrag und Einführung	12
2. Ausgangslage	13
2.1. Entwicklung der Gesetzgebung	13
2.2. Statistische Daten und Studien	13
3. Vorgehen	14
4. Rechtliche Grundlagen der psychiatrischen Zwangseinweisungen	15
4.1. Die fürsorgerische Freiheitsentziehung im geltenden Vormundschaftsrecht	15
4.2. Die fürsorgerische Unterbringung im neuen Erwachsenenschutzrecht	16
5. Internationale Konventionen	19
5.1. Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)	19
5.2. Europäisches Übereinkommen zur Vorbeugung der Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung	20
5.3. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der UNO	20
6. Abgrenzung fürsorgerische Freiheitsentziehung und Freiwilligkeit	21
7. Statistik Zwangseinweisungen Schweiz	22
7.1. Erhebung von Zwangseinweisungen durch die Medizinische Statistik	22
7.2. Analyse von Zwangseinweisungen in der Studie Christen/Christen	25
7.3. Expertenbefragung zu den kantonalen Unterschieden	25
7.4. Aktuelle Zahlen zum Anteil der Zwangseinweisungen in der Schweiz	26
8. Die Schweiz im internationalen Vergleich (EU-Studie)	27
9. Beurteilung weiterer Aspekte des Rechtsschutzes	29
9.1. Formale und inhaltliche Qualität ärztlicher FFE-Zeugnisse	29
9.2. Verfahrensdauer der gerichtlichen Überprüfung	30
10. Weitere Massnahmen zur Minimierung von Zwangseinweisungen	30
10.1. Ausgestaltung der Versorgung	30
10.2. Behandlungskultur	31
11. Zusammenfassende Beurteilung	32
12. Ausgewählte Beispiele von Good Practice	33
12.1. Vertrauensperson in den Kantonen Tessin und Genf	33
12.2. Mobile Krisenintervention in der Psychiatrieregion Oberaargau	34
12.3. Modellregion Integrierte Psychiatrie Winterthur	35
12.4. Prävention von Zwangseinweisungen im Zürcher Impulsprogramm (zinep)	36
12.5. ITHACA Toolkit	36
13. Ländervergleich	36
13.1. England	37
13.2. Niederlande	37

14. Empfehlungen	38
14.1. Anwendungsbereich der fürsorglichen Unterbringung	38
14.2. Statistische Grundlagen und Forschung	39
14.3. Fortbildung der ärztlichen Einweisenden	40
14.4. Aufbau unabhängiger Dienste von Vertrauenspersonen	41
14.5. Ausbau von teilstationären und gemeindenahen Infrastrukturen	42
14.6. Förderung von Behandlungsvereinbarungen und psychiatrischen Patientenverfügungen	42
Literaturverzeichnis	43
Verzeichnis weiterer Quellen	44
Methode	45
Anhang: Statistiken Obsan zu den psychiatrischen Zwangseinweisungen 2002-2009	46

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz, Absätze
Art.	Artikel
BBl	Bundesblatt
BGE	Entscheidungen des Schweizerischen Bundesgerichtes. Amtliche Sammlung
BSK	Basler Kommentar
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101)
CPT	Comité européen pour la prévention de la torture
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
EU	Europäische Union
FFE	Fürsorgerische Freiheitsentziehung
FU	Fürsorgerische Unterbringung
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
ICRPD	Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der UNO
nArt.	revidierter Artikel des Erwachsenenschutzrechts (Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 19. Dezember 2008, in Kraft ab 1. Januar 2013)
KOKES	Konferenz der Kantone für Kindes- und Erwachsenenschutz
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
UNO	United Nations Organization
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 201)

## **Zusammenfassung**

### **Ziele und Vorgehensweise**

In der Schweiz existieren bei der Handhabung von Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken grosse Unterschiede zwischen den Kantonen und Versorgungsregionen. Es stellt sich die Frage, ob angesichts dieser föderalistischen Vielfalt ein wirksamer Rechtsschutz bei psychiatrischen Zwangseinweisungen gewährleistet sei. Die unterschiedliche Häufigkeit von Zwangsunterbringungen in verschiedenen Versorgungsregionen lässt vermuten, dass (noch) nicht alle Möglichkeiten zur Reduktion von Zwangseinweisungen ausgeschöpft sind. Die Suche und Einführung weniger eingreifender Ansätze entspricht einem gesetzlichen Auftrag (Grundsatz der Verhältnismässigkeit) und einer ethischen Verpflichtung (least restrictive measure). Ziel des Berichtes ist es, Grundlagen für eine Beurteilung der Praxis der fürsorgerischen Freiheitsentziehungen (FFE) in der Schweiz zu schaffen und aufzuzeigen, mit welchen Massnahmen die Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen erhöht werden kann.

Der Bericht gibt erstens eine Übersicht über die rechtlichen Grundlagen im geltenden Vormundschaftsrecht, die internationalen Konventionen und die Neuerungen, welche das neue Erwachsenenschutzrecht (Inkrafttreten am 1. Januar 2013) mit sich bringen wird. Zweitens werden vorhandene Statistiken über die Zwangseinweisungen in der Schweiz analysiert und mit anderen europäischen Ländern verglichen. In einem weiteren Kapitel werden verschiedene Gesichtspunkte eines wirksamen Rechtsschutzes dargestellt und bewertet. Dazu zählen die Qualität ärztlicher FFE-Zeugnisse, die Verfahrensdauer der gerichtlichen Überprüfung sowie die Ausgestaltung der Versorgung als wichtige Massnahme zur Minimierung von Zwangseinweisungen. Der Bericht schliesst mit verschiedenen Empfehlungen.

### **Rechtliche Grundlagen**

Die fürsorgerische Freiheitsentziehung im geltenden Vormundschaftsrecht (Art. 397a ZGB) bzw. die fürsorgerische Unterbringung (FU) des neuen Erwachsenenschutzes (nArt. 426 ZGB) beruhen auf klaren gesetzlichen Grundlagen. Seit dem Inkrafttreten der Bestimmungen über die fürsorgerische Freiheitsentziehung am 1.1.1981 erfüllt die Gesetzgebung der Schweiz die Vorgaben der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK).

Das neue Erwachsenenschutzrecht enthält verschiedene punktuelle Verbesserungen des Rechtsschutzes bei Zwangseinweisungen. Es sorgt mit einer klaren Fristvorgabe dafür, dass das für die gerichtliche Überprüfung geltende Beschleunigungsgebot der EMRK inskünftig konsequent umgesetzt wird. In vielen Kantonen besteht heute eine weitgehende ärztliche Kompetenz zur Anordnung von FFE. Vor diesem Hintergrund erscheint die uneinheitliche und teilweise ungenügende Qualität von ärztlichen Einweisungszeugnissen als gravierendes Problem. Das neue Recht befristet die ärztliche Unterbringung auf maximal sechs Wochen und trägt mit ausdrücklichen Verfahrensvorschriften zur Verbesserung der rechtsstaatlichen Qualität der ärztlichen Einweisungen bei.

In der Anwendungspraxis besteht eine erhebliche Rechtsunsicherheit bei der Abgrenzung zwischen freiwilligen Klinikeintritten und fürsorgerischen Freiheitsentziehungen. Die Zuweisung zu den Kategorien „freiwillig“ bzw. „FFE“ wird teilweise durch sachfremde Kriterien beeinflusst. Insbesondere ist anzunehmen, dass ein Teil der Patienten, die mit dem Status der Freiwilligkeit in die Klinik kommen, in Wirklichkeit „falsche Freiwillige“ sind. Diese unklare Abgrenzung wird auch im

neuen Erwachsenenschutzrecht bei den „FU“ fortbestehen. Sie stellt die Wirksamkeit des Rechtsschutzes grundsätzlich in Frage, weshalb eine einheitlichere Handhabung der Einteilungskriterien angestrebt werden sollte, die Fehlzusweisungen verhindert.

### **Statistische Daten**

Die Psychiatrie-Zusatzdaten der medizinischen Statistik sind die einzige gesamtschweizerische Datenquelle über psychiatrische Zwangseinweisungen. Sie werden jedoch nicht regelmässig veröffentlicht, weisen eine unvollständige Reichweite auf und enthalten systematische und unsystematische Fehler. Eine statistische Lücke besteht in Bezug auf die sogenannten Zurückbehaltungen. Betroffenen Personen, die freiwillig in die Klinik eingetreten sind, kann später die Entlassung durch einen Zurückbehaltungsentscheid verwehrt werden. Die Zurückbehaltung ist rechtlich auch eine Fürsorgerische Freiheitsentziehung, die jedoch statistisch nicht erfasst wird. Ein weiteres Problem besteht darin, dass sich die beiden Fragen nach „Freiwilligkeit“ und „FFE“ überlagern. Da eine Anleitung für die Beantwortung der Fragen fehlt, ist diese Doppelspurigkeit verwirrend und führt zu statistischen Ergebnissen, deren Aussagekraft gering ist.

Es sollte eine vollständige Datenerfassung und eine deutliche Verbesserung der Datenqualität angestrebt werden. Die regelmässige Publikation der Daten und die Einführung eines Monitorings sind unabdingbare Voraussetzungen zur systematischen und zielgerichteten Verbesserung des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen.

### **Internationaler Vergleich**

In einer im Jahr 2002 publizierten Studie wurden in Europa erstmals die gesetzlichen Grundlagen der Zwangseinweisung in den (damaligen) 15 EU-Mitgliedsländern sowie deren mögliche Auswirkungen auf Unterbringungsraten und –quoten analysiert. Die Ergebnisse können auch für die Beurteilung der psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz als Vergleichsgrundlage und Orientierungsgrösse dienen. Aufgrund der verfügbaren Daten ist für die Schweiz im internationalen Vergleich von einer hohen Unterbringungsrate auszugehen.

Die Resultate der Studie enthalten Hinweise darauf, dass in den Ländern, in denen eine medizinische Autorität über die Zwangsunterbringung entscheidet, die Unterbringungsraten und –quoten höher sind als in den Ländern, in denen eine nichtmedizinische Autorität über die Zwangsunterbringung entscheidet. Länder mit obligater Einbeziehung eines Rechtsbeistandes weisen zudem signifikant niedrigere Unterbringungsquoten aus. In der Schweiz erfolgen fürsorgerische Freiheitsentziehungen mehrheitlich aufgrund von ärztlichen Entscheiden. Eine obligatorische Verbeiständung der betroffenen Person ist nicht vorgesehen. Die genannten Eigenheiten der gesetzlichen Regelung erklären möglicherweise die international hohe Unterbringungsrate der Schweiz. Eine monokausale Beeinflussung der Häufigkeit der Zwangseinweisungen durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen kann nicht angenommen werden. Vielmehr üben weitere Wirkfaktoren wie die Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch kranken Menschen, der Ausbaugrad des extramuralen psychiatrischen Behandlungsangebotes und die institutionelle Behandlungskultur einen Einfluss auf die Unterbringungsraten aus.

## **Ausgestaltung der Versorgung**

Die Anordnung einer fürsorgerische Freiheitsentziehung setzt voraus, dass der betroffenen Person „die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann“ (Art. 397a Abs. 1 ZGB). Weniger einschneidende Massnahmen wie eine rechtzeitige ambulante oder teilstationäre Behandlung haben aufgrund des Prinzips der Verhältnismässigkeit Vorrang gegenüber einer FFE. Allerdings besteht keine gesetzliche Verpflichtung der Kantone, ein bestimmtes Mindestmass an extramuralen psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen zu schaffen. Im internationalen Vergleich weist die Schweiz eine überdurchschnittlich hohe Bettendichte aus und es bestehen Hinweise auf einen Mangel an teilstationären und gemeindenahen Infrastrukturen. Erfahrungen einzelner Psychiatrieregionen in der Schweiz zeigen, dass mit einer gemeindenahen und bedürfnisgerechten psychiatrischen Versorgung die Quote der Zwangseinweisungen reduziert werden kann (vgl. dazu die Beispiele der Psychiatrieregion Oberaargau, Ziff. 12.2., und der Modellregion Integrierte Psychiatrie Winterthur, Ziff. 12.3).

## **Empfehlungen**

Der Autor des Berichtes empfiehlt die Umsetzung von sechs verschiedenen Massnahmen, um aufgezeigte Schwachstellen zu reduzieren und die Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen zu verbessern:

- Sorgfältige Implementierung des neuen Erwachsenenschutzrechts bei der einweisenden Ärzteschaft und den aufnehmenden psychiatrischen Kliniken. Schaffung von praxisnahen Richtlinien für die Ärzteschaft mit dem Ziel einer möglichst einheitlichen Handhabung der gesetzlichen Bestimmungen zur fürsorgerischen Unterbringung.
- Verbesserung der statistischen Erfassung der psychiatrischen Zwangseinweisungen und regelmässige Publikation der Häufigkeit von fürsorgerischen Unterbringungen. Prüfung der Möglichkeit einer statistischen Erfassung von ambulanten Zwangsmassnahmen. Initiierung eines nationalen Forschungsprojekts (auf der Grundlage von verbesserten Daten) zur Klärung der grossen kantonalen Unterschiede bei der Häufigkeit der psychiatrischen Zwangseinweisungen.
- Prüfung einer Erweiterung der rechtsmedizinischen Ausbildungsziele im Medizinstudium im Hinblick auf das neue Erwachsenenschutzrecht. Im Sinne eines mittelfristigen Zieles Erlass von Mindeststandards für die Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, die fürsorgerische Unterbringungen anordnen.
- Einführung von unabhängigen Begleitungs- und Beratungsdiensten für untergebrachte Personen in den Kantonen.
- Bei der Durchführung von Modellprogrammen zur Entwicklung einer patientengerechten psychiatrischen Versorgung (GDK Leitfaden 2008) soll dem Aspekt der Minimierung von Zwangseinweisungen eine hohe Beachtung geschenkt werden.
- Lancierung von Pilotprojekten in ausgewählten Kliniken mit dem Ziel, die Instrumente der Behandlungsvereinbarung und der Patientenverfügung zu erproben und wissenschaftlich zu evaluieren.



## Résumé

### Objectif et approche

En Suisse, les internements forcés dans une clinique psychiatrique sont gérés très différemment d'un canton ou d'une région à l'autre. Vu cette disparité au niveau fédéral, se pose la question de savoir si la protection juridique est assurée de manière suffisante dans ce type de situation. En outre, la fréquence des internements forcés varient selon la région, ce qui laisse supposer que tous les moyens d'en réduire le nombre ne sont pas (encore) épuisés. La recherche et la mise en pratique de solutions moins contraignantes relèvent d'un mandat légal (principe de la proportionnalité) et d'un engagement éthique (mesure la moins restrictive possible, *least restrictive measure*). Le présent rapport offre une base de réflexion pour procéder à une analyse des mesures de privation de la liberté à des fins d'assistance (PLAFA) sur l'ensemble du territoire. Il vise également à démontrer comment accroître l'efficacité de la protection juridique lors d'un internement forcé en milieu psychiatrique.

Le présent rapport donne tout d'abord un aperçu des bases légales applicables dans le droit de la tutelle actuellement en vigueur. Il présente aussi les conventions internationales concernées ainsi que les changements induits par le nouveau droit de la protection de l'adulte (entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013). S'ensuivent une analyse des statistiques sur les internements forcés en Suisse et une comparaison avec différents pays européens. L'auteur passe ensuite en revue différents aspects d'une protection juridique efficace. Il montre notamment que la qualité des certificats médicaux induisant une PLAFA, la durée du contrôle judiciaire et la prise en charge des patients constituent des éléments-clés pour réduire le nombre des internements forcés. Le présent rapport se termine par une série de recommandations.

### Bases juridiques

La privation de liberté à des fins d'assistance régie par le droit de la tutelle actuellement en vigueur (art. 397a du code civil [CC]) et le placement à des fins d'assistance réglementé par le nouveau droit de la protection de l'adulte (nouvel art. 426 CC) se fondent sur des bases légales claires.

Les nouvelles dispositions qui régiront la protection de l'adulte optimisent différents aspects de la protection juridique en cas d'internement forcé. Elles prévoient notamment un calendrier précis permettant d'appliquer systématiquement le principe de célérité lors du contrôle judiciaire, conformément à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH). Dans nombre de cantons, ce sont principalement les médecins qui sont amenés à prononcer des mesures de PLAFA. Or, la qualité, parfois insuffisante des certificats médicaux induisant une PLAFA varie fortement. Selon le nouveau droit, les placements ordonnés par un médecin ne peuvent excéder six semaines. En outre, la procédure à suivre est réglée précisément, ce qui permettra d'optimiser le processus au niveau qualitatif.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1981, date de l'entrée en vigueur des dispositions régissant la PLAFA, la législation suisse satisfait aux exigences de la CEDH. Dans la pratique cependant, on se trouve confronté à un grand flou juridique lorsqu'il s'agit de faire la distinction entre « admission volontaire dans une clinique » et « PLAFA ». En effet, certains facteurs externes influent sur la catégorisation (« admission volontaire » ou « PLAFA ») des patients. Il est probable qu'une partie de ceux que l'on a

considérés comme faisant partie de la catégorie des admissions volontaires sont, en réalité, de « faux volontaires ». Dans le nouveau droit de la protection des adultes, ce flou persistera lors du placement à des fins d'assistance. Il est donc essentiel d'uniformiser les critères de catégorisation pour éviter des erreurs si l'on veut assurer une protection juridique efficace dans ce contexte.

### **Statistiques**

Les données complémentaires portant sur la psychiatrie sont les seuls éléments statistiques disponibles pour ce qui concerne les internements forcés au niveau national. Elles ne sont toutefois pas publiées régulièrement, manquent d'exhaustivité et présentent des erreurs systémiques ou aléatoires. Le maintien des patients dans un établissement psychiatrique, p. ex., n'est pas répertorié précisément dans les statistiques. Il arrive en effet que des personnes admises volontairement dans une clinique ne puissent la quitter en raison d'une décision de maintien. Juridiquement, ce cas de figure correspond à une PLAFA. Or, il n'est pas répertorié comme tel dans les statistiques. Autre problème : les catégories « admission volontaire » et « PLAFA » se recoupent dans les statistiques. L'absence de critères permettant de départager clairement ces deux catégories lors de la saisie des données induit des statistiques manquant de pertinence.

Un recensement complet des données et une optimisation de leur qualité sont nécessaires. En effet, si l'on veut améliorer systématiquement et efficacement la protection juridique en cas d'internement forcé en milieu psychiatrique, il est impératif de publier les données nécessaires à intervalles réguliers et de mettre en place un monitoring.

### **Comparaison avec l'étranger**

Une étude publiée en 2002 présente, pour la première fois, les bases légales régissant l'internement forcé dans les 15 Etats membres de l'Union européenne (de l'époque) ainsi que leur impact potentiel sur les taux de placements forcés (nombre de cas pour 100 000 habitants) et leur proportion (par rapport à la totalité des admissions en psychiatrie). Les conclusions de cette étude peuvent servir de point de comparaison et de repère pour évaluer les internements forcés en milieu psychiatrique sur le territoire suisse. Les données à disposition laissent à penser que la Suisse connaît un taux élevé de placements forcés en comparaison internationale.

L'étude laisse entrevoir que le taux et le pourcentage de placements forcés sont plus élevés dans les pays où la mesure est prononcée par une autorité médicale. Dans les pays où le patient bénéficie obligatoirement d'une assistance juridique, les pourcentages sont nettement plus bas. En Suisse, la plupart des PLAFAs sont décidées par le médecin, et les personnes concernées ne reçoivent pas obligatoirement d'assistance juridique. Ces caractéristiques pourraient expliquer le taux élevé de placements forcés que connaît la Suisse en comparaison internationale. Mais la fréquence de ces internements ne peut résulter que du seul cadre légal. L'attitude de la population envers les personnes atteintes de troubles psychiques, les possibilités de prise en charge *extra-muros* et la philosophie de travail des institutions de traitement sont également des facteurs à prendre en compte.

## Prise en charge des patients

Une PLAFa n'est prononcée que s'il est impossible de fournir d'une autre manière l'assistance personnelle nécessaire à une personne (art. 397a, al. 1, CC). En vertu du principe de la proportionnalité, priorité doit être donnée à des mesures moins contraignantes, comme un traitement dans une structure ambulatoire ou semi-hospitalière. Toutefois, les cantons ne sont pas légalement tenus de créer un nombre minimal de structures psycho-sociales et psychiatriques *extra-muros*. En comparaison internationale, la Suisse présente une densité de lits supérieure à la moyenne et manque d'infrastructures semi-hospitalières ou de proximité. Sur la base des expériences faites dans différentes parties du territoire, il apparaît que les soins de proximité, tenant compte des besoins en matière de traitements psychiatriques, permettent de réduire le pourcentage d'internements forcés (voir exemples régionaux *Oberargau* [ch. 12.2] et *Integrierte Psychiatrie Winterthur*, [ch. 12.3]).

## Recommandations

Pour diminuer les faiblesses constatées et optimiser la protection juridique lors d'un internement forcé en milieu psychiatrique, l'auteur du rapport préconise les six mesures suivantes :

- Initiation approfondie des médecins amenés à prononcer des placements et du personnel des cliniques psychiatriques au nouveau droit de protection de l'adulte. Elaboration de directives pratiques, à l'intention du corps médical, qui permettent une application uniforme des dispositions légales régissant le placement à des fins d'assistance ;
- Amélioration de la saisie statistique des internements forcés en milieu psychiatrique et publication régulière de la fréquence des placements à des fins d'assistance. Examen de la possibilité de saisir les mesures de contrainte concrétisées en milieu ambulatoire. Lancement d'un projet national de recherche (sur la base de données optimisées) pour analyser les grands écarts intercantonaux dans la fréquence des internements forcés en milieu psychiatrique ;
- Examen de l'étoffement des objectifs des cours de droit dispensés durant les études de médecine : présentation du nouveau droit régissant la protection de l'adulte. A moyen terme, édicition de normes minimales dans la formation continue des médecins ordonnant des placements à des fins d'assistance ;
- Mise en place dans les cantons de services d'accompagnement et de conseil indépendants pour les personnes internées ;
- Réalisation de programmes modèles visant à développer des soins psychiatriques centrés sur le patient (guide de la CDS, 2008) en veillant à réduire au maximum les internements forcés ;
- Lancement de projets pilotes dans certaines cliniques pour tester et évaluer scientifiquement le contrat thérapeutique et les directives anticipées en tant qu'outils de travail.

## 1. Auftrag und Einführung

Die Unterbringung gegen den Willen des Eingewiesenen ist ein schwerwiegender Eingriff in die Grundrechte der betroffenen Person. Für die Betroffenen ist die Zwangseinweisung oft mit einer traumatischen Erfahrung verbunden. In der Schweiz existieren bei der Handhabung von Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken grosse Unterschiede zwischen den Kantonen und Versorgungsregionen. Angesichts dieser grossen grundrechtlichen und persönlichen Tragweite von fürsorglichen Freiheitsentziehungen (FFE) ist die uneinheitliche Praxis als stossend zu beurteilen. Es muss das Ziel sein, die Zahl der Zwangseinweisungen auf das unumgängliche Minimum zu reduzieren. Die Suche und Einführung weniger eingreifender Ansätze entspricht einem gesetzlichen Auftrag (Grundsatz der Verhältnismässigkeit) und einer ethischen Verpflichtung (least restrictive measure) (Abderhalden/Ebner 2009, 25). Die unterschiedliche Häufigkeit von Zwangseinweisungen in verschiedenen Versorgungsregionen legt die Vermutung nahe, dass nicht alle Möglichkeiten zur Reduktion von psychiatrischen Zwangseinweisungen ausgeschöpft sind. Das Gutachten dient einer Ist-Analyse und der Erarbeitung allfälliger Empfehlungen für die Schweiz. Dabei fokussiert die Arbeit auf die Unterbringung von erwachsenen Personen<sup>1</sup> in psychiatrische Kliniken. Die Zwangseinweisung in andere Anstalten und Einrichtungen, insbesondere in Wohn- und Pflegeheime<sup>2</sup>, ist nicht Gegenstand dieser Studie.

Das Gutachten gibt einen Überblick über die rechtlichen Grundlagen im geltenden Vormundschaftsrecht wie auch im neuen Erwachsenenschutzrecht, das am 1.1.2013 in Kraft treten wird. In einer IST-Analyse der Praxis von Zwangseinweisungen wird untersucht, in welchen Bereichen die rechtliche Regelung und ihre Umsetzung Schwachstellen aufweist. Die Häufigkeit von Zwangseinweisungen in der Schweiz wird aufgrund der vorhandenen statistischen Daten beurteilt und international verglichen. Sodann sollen Beispiele guter Praxis und Empfehlungen dazu beitragen, die Zahl der Zwangseinweisungen zu reduzieren.

Sowohl auf der nationalen wie auf der internationalen Ebene fehlt es an neueren Studien und validen Daten zur Häufigkeit von Zwangseinweisungen und zu den Risikofaktoren, die die Rate der Zwangseinweisungen beeinflussen. Aus diesem Grunde muss das Gutachten teilweise auf ältere Analysen und Studien zurückgreifen. Da die Daten verschiedener Länder nicht auf einheitlichen Definitionen und Erfassungskriterien beruhen, bleibt auch die Aussagekraft von internationalen Vergleichen limitiert. Die vorliegende Untersuchung muss sich also zwangsläufig darauf beschränken, gewisse Tendenzen aufzuzeigen und im Übrigen auf die Notwendigkeit einer vertieften Analyse und Forschung zu diesem Gegenstand hinzuweisen.

---

<sup>1</sup> Art. 397a ZGB regelt nur die FFE bei mündigen oder entmündigten Personen, nicht jedoch die Einweisung von Minderjährigen. Wird ein Kind, das unter elterlicher Sorge steht, im Rahmen eines Obhutsentzugs (Art. 310 ZGB) in eine Anstalt eingewiesen, so handelt es sich um einen Spezialfall einer fürsorglichen Freiheitsentziehung, für den abweichende Regeln gelten (Art. 314 ZGB; BSK ZGB I, Breitschmid, N 8 zu Art. 314/314a).

<sup>2</sup> Die FFE, die in Wohn- und Pflegeheimen vollzogen werden, erscheinen in der Schweiz in keiner Statistik und es existieren kaum rechtstatsächliche Untersuchungen zu diesem Gegenstand.

## 2. Ausgangslage

### 2.1. Entwicklung der Gesetzgebung

Die rechtlichen Grundlagen für Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken sind im Vormundschaftsrecht im Abschnitt „Die fürsorgerische Freiheitsentziehung“ (Art. 397a–f ZGB) geregelt. Das Gesetz ist am 1.1.1981 in Kraft getreten. Im Zivilgesetzbuch von 1907 war die Anstaltsunterbringung gegen den Willen der betroffenen Person nur sehr lückenhaft geregelt (BSK ZGB I, Geiser, Vorbemerkungen zu Art. 397a–f ZGB). Bis zu diesem Zeitpunkt war eine zwangsweise Unterbringung Mündiger gestützt auf das Bundesrecht nur nach Eröffnung eines Entmündigungsverfahrens im Rahmen der vorläufigen Fürsorge i.S.v. Art. 386 ZGB möglich (BBl 1977 III 7). Im Übrigen verfügten die Kantone über gesetzliche Grundlagen für eine Anstaltseinweisung, die „administrative Versorgung“ genannt wurde, weil die Zuständigkeit für die Einweisung in der Regel bei Verwaltungsbehörden lag (BSK ZGB I, Geiser, Vorbemerkungen zu Art. 397a–f ZGB).

Die Änderung des ZGB wurde nötig, da die Schweiz am 28.11.1974 die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) ratifiziert hatte. Die EMRK schränkt die Gründe ein, die einen Entzug der Freiheit erlauben (Art. 5 EMRK) und stellt Verfahrensgarantien auf (Art. 6 EMRK). Da die kantonale Gesetzgebung über die „administrative Versorgung“ den Anforderungen der EMRK nicht zu genügen vermochte, musste die Schweiz einen entsprechenden Vorbehalt anbringen (BBl 1974 I 1043 ff.) Mit dem Inkrafttreten der Änderung des ZGB konnte der Vorbehalt zurückgezogen werden (BBl 1977 III 1 ff.). Das geltende Vormundschaftsrecht wird durch ein modernes Erwachsenenschutzrecht ersetzt, das per 1.1.2013 in Kraft treten wird. Das neue Recht verbessert den Rechtsschutz bei Zwangseinweisungen in verschiedenen Punkten (dazu ausführlich unten Ziff. 4.2)<sup>3</sup>.

### 2.2. Statistische Daten und Studien

In der Schweiz existiert auf der nationalen Ebene kaum eine Datenquelle, die umfassend Auskunft gibt über die Zahl und die Entwicklung der fürsorgerischen Freiheitsentziehungen. In der Schweizerischen Vormundschaftsstatistik der Konferenz der Kantone für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES, ehemals Konferenz der Kantonalen Vormundschaftsbehörden VBK) wurden bis ins Jahr 2000 zwar Zahlen zur fürsorgerischen Freiheitsentziehung veröffentlicht. Da die Erfassungsgrundlagen bei den ärztlich verordneten FFE zu unterschiedlich waren und keine Vergleichsgrundlage abgaben, wird jedoch seit 2001 auf eine Publikation der Daten über FFE verzichtet (Zeitschrift für Vormundschaftswesen 2/2003, 74).

Als vollständigste Datenquelle ist deshalb die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik zu betrachten. Die fürsorgerischen Freiheitsentziehungen werden im Rahmen der Psychiatrie-Zusatzdaten erhoben. Da die Erhebung der Psychiatrie-Zusatzdaten auf Freiwilligkeit beruht, erfasst auch diese Statistik die FFE nicht lückenlos. Die Qualität der erhobenen Daten ist nicht einwandfrei, da diese verschiedene Fehler enthalten. Zudem werden die Daten zur FFE nicht automatisch und regelmässig veröffentlicht. Der vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium herausgegebene Bericht „Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz, Analyse der Psychiatrie-Zusatzdaten 2000-2002“ der Autoren Christen/Christen (2005) ist bislang der erste und einzige umfassende Bericht, in dem die vorhandenen statistischen Daten analysiert und publiziert wurden.

---

<sup>3</sup> Vgl. zur Übersicht über die Änderungen auch die Konkordanztafel neues Erwachsenenschutzrecht/altes Vormundschaftsrecht in: Rosch/Büchler/Jakob 2011, 34-38.

Auf kantonaler Ebene sind statistische Angaben zu den FFE in Jahresberichten von Vormundschaftsbehörden und Kantonsärzten zu finden. Die oberen kantonalen Gerichtsinstanzen weisen zudem die Zahl der Rekursfälle aus. Aufgrund ihrer Heterogenität ist die Aussagekraft dieser Datenquellen jedoch beschränkt und ihre systematische Analyse würde einen ausserordentlich hohen Aufwand erfordern.

In den Mitgliedsländern der Europäischen Union (EU) wurden im Rahmen einer von der Europäischen Kommission geförderten Studie die gesetzlichen Grundlagen der Zwangsunterbringung in den EU-Mitgliedsländern sowie deren mögliche Auswirkungen auf Unterbringungsquoten und –raten umfassend analysiert. Die im Jahr 2002 veröffentlichte Studie (Salize/Dressing/Peitz) hat gezeigt, dass in den EU-Mitgliedsländern hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen wie auch der Unterbringungsquoten und –raten sehr grosse Unterschiede bestehen. Sie kam zum Ergebnis, dass die gesetzlichen Unterbringungskriterien oder die Einbeziehung juristischer Instanzen in den Entscheidungsprozess keinen signifikanten Einfluss auf Unterbringungsquoten und –raten zeigen. Hingegen haben Länder mit obligater Einbeziehung eines Rechtsbeistandes in das Unterbringungsverfahren signifikant niedrigere Unterbringungsquoten (Dressing/Salize 2004, 34). Es kann jedoch nicht von einer monokausalen Beeinflussung der Praxis der Zwangsunterbringung durch die jeweiligen gesetzlichen Regelungen ausgegangen werden. Vielmehr gibt es eine Reihe von weiteren Wirkfaktoren, die auf die Unterbringungsquoten und –raten einwirken, wie die nationalen oder regionalen Behandlungskulturen, die Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken und der Ausbaugrad des allgemeinspsychiatrischen Versorgungssystems (Salize/Dressing, 2009, 21).

### **3. Vorgehen**

Die rechtlichen Grundlagen für die Zwangseinweisungen ergeben sich aus dem Vormundschaftsrecht bzw. dem künftigen Erwachsenenschutzrecht. Die massgeblichen Gesetzesbestimmungen sind im geltenden Vormundschaftsrecht in Art. 397a–f ZGB und im künftigen Erwachsenenschutzrecht in Art. 426 – 439 ZGB zu finden. Soweit es als Grundlage für diese Studie erforderlich ist, werden die gesetzlichen Grundlagen dargestellt und es wird auf die Abgrenzungsfragen hingewiesen, die es zu lösen gilt. Zudem werden die in der Schweiz erfassten statistischen Daten zu den Zwangseinweisungen zusammenfassend präsentiert und die Datenqualität wird erörtert.

In der europäischen Studie „Involuntary Placement and Treatment of Mentally Ill – Legislation and Practice in EU-Member States“ (Salize/Dressing/Peitz 2002) sind die gesetzlichen Grundlagen sowie die Versorgungspraktiken in 15 EU-Mitgliedstaaten (Belgien, Dänemark, Deutschland, England und Wales, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Spanien, Schweden) systematisch dokumentiert und analysiert worden. Das Schweizer System wird hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen sowie der Häufigkeit der Unterbringung mit den untersuchten Staaten verglichen. Auf dieser Grundlage soll die Frage erörtert werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Unterbringungsrate und –quote in der Schweiz und der Ausgestaltung des Rechtsschutzes bei fürsorglichen Freiheitsentziehungen besteht.

Wie die Rechtstatsachenforschung gezeigt hat, erscheint es schwierig, das normative Konzept des Gesetzes in die Praxis zu übertragen. Die sozialen Realitäten üben einen wesentlichen Einfluss auf die Anwendung des Gesetzes aus. Sie sind durch einen legislativen Ansatz jedoch nur schwer zu steuern (Borghi 1991, 9). Neben der gesetzlichen Regelung dürfte insbesondere die Ausgestaltung der psych-

iatrischen Versorgung als zweiter Einflussfaktor auf der strukturellen Ebene einen wesentlichen Einfluss auf die Zahl der fürsorgerischen Freiheitsentziehung ausüben. Unter dem Aspekt der Umsetzung des Verhältnismässigkeitsprinzips stellt sich die Frage, ob in der Schweiz nur Zwangseinweisungen stattfinden, die nicht durch mildere Massnahmen ersetzt werden könnten. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Ausgestaltung des extramuralen Versorgungssystems. Der Grundsatz der Verhältnismässigkeit kann nur dann greifen, wenn leichtere Massnahmen als eine Klinikeinweisung tatsächlich zur Verfügung stehen. Dem Einfluss des Versorgungsaspektes wird nachgegangen.

Mit einigen Bemerkungen zum Einfluss der Behandlungskultur soll auf einen weiteren Faktor hingewiesen werden, von dem die befragten Experten in Übereinstimmung mit der Literatur annehmen, dass er die Unterbringungsraten und –quoten massgeblich beeinflusst (Salize/Dressing 2009, 21; Abderhalden/Ebner 2009, 25). Auf das Thema der Behandlungskultur soll insbesondere im Zusammenhang mit der „Good Practice“ (unten Ziff. 12) eingegangen werden.

Der Verfasser des Berichtes befragte zu einzelnen Themen verschiedene Fachpersonen aus den Bereichen Psychiatrie, Recht und Statistik<sup>4</sup>. Ihre fachlichen Informationen und Einschätzungen sind in den Bericht eingeflossen und gewährleisten den Praxisbezug der Aussagen und Empfehlungen. Im Mai 2011 wurden die Empfehlungen zudem im Rahmen einer vom Bundesamt für Gesundheit organisierten Veranstaltung vorgestellt und diskutiert. An dem Hearing nahmen Vertreterinnen und Vertreter der Kantone, Fachpersonen aus den Bereichen der Psychiatrie und des Vormundschaftswesens sowie eine Vertretung von Organisationen der Betroffenen und der Angehörigen teil<sup>5</sup>. Mit der Veranstaltung wurde das Ziel verfolgt, die Praxistauglichkeit und Umsetzbarkeit der Empfehlungen sicherzustellen. Die Empfehlungen wurden gestützt auf die am Hearing vorgebrachten Einwendungen und Anregungen überarbeitet.

## **4. Rechtliche Grundlagen der psychiatrischen Zwangseinweisungen**

### **4.1. Die fürsorgerische Freiheitsentziehung im geltenden Vormundschaftsrecht**

Die Voraussetzungen der fürsorgerischen Freiheitsentziehung sind in Art. 397a ZGB geregelt. Die FFE dient immer dem Schutz der betroffenen Person und stellt eine Massnahme der persönlichen Fürsorge dar. Neben einem Schwächezustand („Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht, andere Suchterkrankung oder schwere Verwahrlosung“) setzt sie eine besondere Schutzbedürftigkeit voraus, der nur mit der Unterbringung in einer geeigneten Anstalt begegnet werden kann. Von Freiwilligkeit beim Eintritt in eine Klinik kann nur dann gesprochen werden, wenn die Patientin oder der Patient in urteilsfähigem Zustand eine Zustimmung erteilt (BSK ZGB I, Geiser, N 19 zu Art. 397a ZGB). Bei der Einweisung einer urteilsunfähigen Person sind somit die Bestimmungen über die FFE anwendbar (BGE 114 II 213, 216f.). Die FFE ist immer ultima ratio, kommt also nur dann in Betracht, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erbracht werden kann. Dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit ist grosse Bedeutung zuzumessen. Eine FFE setzt deshalb voraus, dass eine erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung besteht (BGE 134 III 289 E. 4).

---

<sup>4</sup> Eine Liste der befragten Personen ist im Anhang unter dem Titel „Methode“ zu finden.

<sup>5</sup> Weitere Informationen zum Hearing in Ziff. 14, Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Anhang „Methode“.

Die FFE gewährt der betroffenen Person individuellen Schutz, ist jedoch gleichzeitig ein schwerer Eingriff in das verfassungsrechtlich geschützte Grundrecht der persönlichen Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV). Einschränkungen von Grundrechten sind nur zulässig, wenn sie auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen, durch ein öffentliches Interesse oder den Schutz von Grundrechten Dritter gerechtfertigt und zudem verhältnismässig sind (Art. 36 BV). Der Grundsatz der Verhältnismässigkeit besagt, dass eine fürsorgerische Freiheitsentziehung nur dann zulässig ist, wenn keine leichtere oder mildere Massnahme der betroffenen Person einen genügenden Schutz gewährt (BSK ZGB I, Geiser, N 12 zu Art. 397a ZGB). Der hohe Rang der persönlichen Freiheit erfordert zudem einen gut ausgebauten Rechtsschutz zu Gunsten der betroffenen Person. Die Bundesverfassung gewährleistet deshalb, dass jede Person, der die Freiheit nicht von einem Gericht entzogen wird, das Recht hat, jederzeit ein Gericht anzurufen. Dieses entscheidet so rasch wie möglich über die Rechtmässigkeit des Freiheitsentzugs (Art. 31 Abs. 4 BV, Art. 5 Abs. 4 EMRK).

#### **4.2. Die fürsorgerische Unterbringung im neuen Erwachsenenschutzrecht**

Das Vormundschaftsrecht der Schweiz wurde einer umfassenden Revision unterzogen und wird inskünftig Erwachsenenschutzrecht genannt. Die Änderungen des ZGB wurden von den eidgenössischen Räten im Jahr 2008 verabschiedet und werden am 1.1.2013 in Kraft treten. Auf der Ebene der Kantone wird zurzeit die Anpassung der Ausführungsgesetzgebung vorbereitet.<sup>6</sup> Das in den Artikeln 360 – 455 geregelte Vormundschaftsrecht blieb seit dem Inkrafttreten des ZGB am 1. Januar 1912 praktisch unberührt. Eine Ausnahme stellt nur das Bundesgesetz vom 6. Oktober 1978 über die fürsorgerische Freiheitsentziehung dar. Diese Bestimmungen bilden somit den jüngsten Teil des Vormundschaftsrechts. Da der Gesetzgeber der Auffassung war, dass sich die Artikel 397a-f ZGB im Grossen und Ganzen bewährt haben, beschränkt sich die Revision auf punktuelle Verbesserungen der geltenden Regelung. Die „fürsorgerische Freiheitsentziehung“ wird im neuen Recht „fürsorgere Unterbringung“ (FU) genannt und in nArt. 426 – 439 ZGB geregelt. Die Tatbestandsmerkmale, die nach nArt. 426 ZGB für eine Unterbringung erfüllt sein müssen, lehnen sich eng an das bisherige Recht an (Botschaft Erwachsenenschutz, BBl 2006, 7062). Das neue Erwachsenenschutzrecht beinhaltet jedoch verschiedene andere Änderungen<sup>7</sup>, die der Verbesserung des Rechtsschutzes dienen:

- Das neue Recht beschränkt die maximale Dauer der ärztlichen Unterbringung, die in der bestehenden Regelung (Art. 397b Abs. 2 ZGB) nicht befristet ist. Eine ärztliche Einweisung darf nur noch für eine vom kantonalen Recht festzulegende Dauer angeordnet werden, wobei die Frist höchstens sechs Wochen betragen darf. Nach Ablauf der Frist muss die Unterbringung zwingend durch einen Entscheid der Erwachsenenschutzbehörde bestätigt werden (nArt. 429 Abs. 1 und 2 ZGB).
- Einen zusätzlichen Kontrollmechanismus führt das neue Recht mit der Verpflichtung zu periodischen Überprüfungen der FU ein. Gemäss nArt. 431 Abs. 1 ZGB überprüft die Erwachsenenschutzbehörde spätestens sechs Monate nach Beginn der Unterbringung, ob die Voraussetzungen noch erfüllt sind und ob die Einrichtung weiterhin geeignet ist. Innerhalb von

---

<sup>6</sup> Im Kanton Zürich: Entwurf für ein Einführungsgesetz zum Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, das Vernehmlassungsverfahren wurde am 31. März 2011 abgeschlossen

<sup>7</sup> Eine umfassendere Darstellung der neuen Bestimmungen zur fürsorgerischen Unterbringung ist z.B. zu finden in: Rosch/Büchler/Jakob, Das neue Erwachsenenschutzrecht, Einführung und Kommentar zu Art. 360 ff. ZGB, Basel 2011



weiteren sechs Monaten ist eine zweite Überprüfung durchzuführen, anschliessend ist die Überprüfung jährlich mindestens einmal vorzunehmen (nArt. 431 Abs. 2 ZGB).

- Die Verfahrensregeln von nArt. 430 ZGB sollen sicherstellen, dass die Rechtsstaatlichkeit des ärztlichen Einweisungsverfahrens inskünftig besser gewährleistet ist. Die Ärztin oder der Arzt muss die betroffene Person persönlich untersuchen und sie anhören. Es ist unstatthaft, sich beim Unterbringungsentscheid lediglich auf Angaben von Dritten abzustützen. Die einweisende Instanz muss sich vielmehr selber ein Bild von der Situation machen (Botschaft Erwachsenenschutz, BBl 2006, 7065). Die betroffene Person muss, sofern sie ansprechbar ist, über die Gründe der Unterbringung in verständlicher Weise informiert werden und dazu Stellung nehmen können (Botschaft Erwachsenenschutz, BBl 2006, 7065). Die Bestimmung von nArt. 430 Abs. 2 ZGB umschreibt den Mindestinhalt des Unterbringungsentscheides. Dieser umfasst Ort und Datum der Untersuchung, den Namen der anordnenden Person und die Gründe der Unterbringung. Der Entscheid muss eine Rechtsmittelbelehrung enthalten.
- Das geltende Recht enthält keine befriedigende und klare Regelung der Zurückbehaltung von Personen, die freiwillig eine Einrichtung aufsuchen (Art. 397a ZGB). Im neuen Recht gilt, wie bisher, der Grundsatz, dass die Einrichtung jederzeit verlassen kann, wer freiwillig eingetreten ist (Botschaft Erwachsenenschutz, BBl 2006, 7064). Die Voraussetzungen und das Verfahren für eine Zurückbehaltung werden nun klar geregelt. Gemäss nArt. 427 Abs. 1 ZGB können Personen zurückbehalten werden, die an einer psychischen Störung leiden und entweder sich selbst an Leib und Leben gefährden oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährden. Sie können von der ärztlichen Leitung der Einrichtung für höchstens drei Tage zurückbehalten werden. Nach Ablauf dieser Frist kann die betroffene Person die Einrichtung verlassen, wenn nicht ein vollstreckbarer Unterbringungsentscheid der Erwachsenenschutzbehörde oder eines dafür zuständigen Arztes vorliegt (nArt. 427 Abs. 2 i.V.m. nArt. 428 und nArt. 429 ZGB).
- Der Anspruch auf Anordnung einer Verfahrensvertretung findet in nArt. 449a ZGB eine neue gesetzliche Grundlage. Nach dieser Bestimmung, die für alle Verfahren des Erwachsenenschutzrechts wie auch des Kindesschutzrechts gilt, ordnet die Erwachsenenschutzbehörde wenn nötig die Vertretung der betroffenen Person an und bezeichnet als Beistand oder Beiständin eine in fürsorgerischen und rechtlichen Fragen erfahrene Person. Die Bestimmung hat ihr Vorbild in Art. 397f Abs. 2 ZGB über die fürsorgerische Freiheitsentziehung (Botschaft Erwachsenenschutz, BBl 2006, 7081). Die Praxis zu Art. 397f Abs. 2 ZGB nimmt bisher nur mit grösster Zurückhaltung die Notwendigkeit einer Verbeiständung an (vgl. unten Ziff. 8). Gemäss den Ausführungen in der Botschaft des Bundesrates ist nach der neurechtlichen Bestimmung ein Anspruch auf Bestellung eines Beistands „grundsätzlich dann zu bejahen, wenn die betroffene Person nicht in der Lage ist, ihre Interessen selbständig wahrzunehmen und wenn sie zudem ausserstande ist, selber eine Vertretung zu bestellen“ (Botschaft Erwachsenenschutz, BBl 2006, 7081). Eine Ausdehnung der rechtlichen Verbeiständung wäre zu begrüssen und könnte einen wichtigen Beitrag leisten zur Verbesserung des Rechtsschutzes bei Zwangseinweisungen (vgl. dazu die Erkenntnisse der EU-Studie, unten Ziff. 8). Aufgrund der bisher grossen Zurückhaltung bei der Bestellung von Rechtsbeiständen

im FFE-Verfahren ist zu erwarten, dass die rechtliche Verbeiständung auch nach Inkrafttreten des Erwachsenenschutzrechts eine Ausnahme bleibt.

- Das Erwachsenenschutzrecht sieht in nArt. 432 ZGB vor, dass jede Person, die in einer Einrichtung untergebracht ist, eine Person ihres Vertrauens beiziehen kann, die sie während des Aufenthalts und bis zum Abschluss aller damit zusammenhängenden Verfahren unterstützt. Der Vertrauensperson kommt die Aufgabe zu, „die betroffene Person über ihre Rechte und Pflichten zu informieren, ihr bei der Formulierung und Weiterleitung von Anliegen zu helfen, bei Konflikten zu vermitteln und sie bei Verfahren zu begleiten“. Sie kann mit Vollmacht der betroffenen Person in alle Akten Einsicht nehmen und die Patientin oder den Patienten auch dann besuchen, wenn das Besuchsrecht für andere Personen eingeschränkt wird. Als Vertrauensperson kann eine beliebige Person bezeichnet werden. Neben Angehörigen oder anderen nahe stehenden Personen kommen auch Patientenanwältinnen und –anwälte oder Mitarbeiter anderer Dienste in Frage. Die Kantone können unabhängige Dienste mit der Aufgabe betrauen, auf Wunsch der betroffenen Person eine Vertrauensperson zur Verfügung zu stellen (Botschaft Erwachsenenschutzrecht, BBl 2006, 7067). Da viele Patientinnen und Patienten sozial isoliert sind und nicht auf die Unterstützung durch Personen aus dem Kreis der nahestehenden Personen rechnen können, ist die Schaffung solcher Dienste wünschenswert. Es könnte dabei auf die Erfahrungen zurückgegriffen werden, die die Kantone Tessin und Genf mit entsprechenden Diensten machen (vgl. dazu Good Practice, unten Ziff. 12.1.).
- Während heute die Voraussetzungen von Zwangsbehandlungen bei fürsorgerischen Freiheitsentziehungen im kantonalen Recht geregelt sind, führt das Erwachsenenschutzrecht in nArt. 433 ff. ZGB eine abschliessende bundesrechtliche Regelung der Behandlung einer psychischen Störung bei fürsorgerischen Unterbringungen ein. Auf die Wünsche der betroffenen Person soll so weit wie möglich Rücksicht genommen werden und die Behandlung ohne ihre Zustimmung ist nur als ultima ratio zugelassen. Eine Behandlung ohne Zustimmung setzt voraus, dass der betroffenen Person die Urteilsfähigkeit in Bezug auf die Behandlungsbedürftigkeit fehlt und ohne Behandlung ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden droht oder Dritte gefährdet werden (nArt. 434 ZGB).
- Das Erwachsenenschutzrecht stärkt die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten, indem es die Patientenverfügung als neues Rechtsinstitut für die ganze Schweiz in nArt. 370 – 373 ZGB einheitlich regelt. Die Anordnungen, die eine urteilsfähige Person in einer Patientenverfügung getroffen hat, sind verbindlich. Sie legen fest, welchen medizinischen Massnahmen die verfügende Person im Falle ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt (nArt. 370 ZGB). Diese hohe Verbindlichkeit der Anordnungen wird jedoch bei fürsorgerischen Unterbringung relativiert: Eine allfällige Patientenverfügung ist bei der Behandlungsplanung nur, aber immerhin zu „berücksichtigen“ (nArt. 433 ZGB). Da das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ein hohes Rechtsgut ist, darf unseres Erachtens auch bei fürsorgerischen Unterbringungen nur von einer Patientenverfügung abgewichen werden, wenn ein zwingender Grund dies rechtfertigt. Die Bestimmungen über die Behandlung ohne Zustimmung (nArt. 434 ZGB) lassen eine Missachtung des Patientenwillens nur dann zu,

wenn der Zweck der fürsorglichen Unterbringung bei einer Befolgung der Wünsche des Patienten vereitelt würde (Rosch/Büchler/Jakob (Hg.), Gassmann, N 5 zu Art. 372 ZGB).

## 5. Internationale Konventionen

Im Jahr 1948 verabschiedete die Generalversammlung der UNO die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, die den Grundstein für den modernen internationalen Menschenrechtsschutz bildet. Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte entfaltet keine unmittelbare rechtliche Wirkung, verfügt jedoch über ein hohes politisches und moralisches Gewicht. Seit diesem Zeitpunkt wurden von der UNO und anderen internationalen Organisationen eine Vielzahl von Konventionen, Deklarationen, Direktiven und Empfehlungen verabschiedet<sup>8</sup>. Drei wichtige internationale Abkommen mit direktem Bezug zum Gegenstand dieser Studie sind ausdrücklich zu nennen:

### 5.1. Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)

Die vom Europarat 1950 in Rom verabschiedete Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) enthält die wichtigsten Freiheitsrechte, insbesondere das Recht auf Leben, das Verbot der Folter, das Recht auf Freiheit und Sicherheit sowie das Recht auf ein faires Verfahren. Die Schweiz hat 1974 als letztes Mitgliedsland des Europarates die EMRK ratifiziert. Diese regelt in Art. 5 die Gründe, aus denen jemandem die Freiheit entzogen werden darf und stellt in Art. 6 minimale Verfahrensgarantien auf. Da die kantonrechtlich geregelte administrative Versorgung den Anforderungen der EMRK nicht genügte (BBl 1974 I 1043ff.), musste die Schweiz bei der Ratifikation einen entsprechenden Vorbehalt zu Art 5 der Konvention anbringen, der erst mit dem Inkrafttreten der Änderungen des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fürsorgliche Freiheitsentziehung) am 1.1.1981 zurückgezogen werden konnte (BBl 1977 III 1 ff.).

Gemäss Art. 5 Abs. 4 EMRK hat jede Person, der die Freiheit entzogen ist, das Recht zu beantragen, dass ein Gericht innerhalb kurzer Frist über die Rechtmässigkeit des Freiheitsentzugs entscheidet. Um das Beschleunigungsgebot einzulösen, sieht das nationale Recht für die gerichtliche Überprüfung in Art. 397f Abs. 1 ZGB ein einfaches und rasches Verfahren vor. Das Bundesrecht bestimmt keine konkrete Frist, innert der der gerichtliche Entscheid zu ergehen hat (BSK ZGB I, Geiser, N 4 zu Art. 397f ZGB). Aufgrund der Ergebnisse der allerdings veralteten Studie Borghi, wonach die Mehrheit der Entscheide nach mehr als drei Wochen Verfahrensdauer erging (Borghi 1991, 97), muss bezweifelt werden, dass die Einhaltung von Art. 5 Ziff. 4 EMRK in der Schweiz heute in jedem Fall gewährleistet ist. Das Erwachsenenschutzrecht schreibt in nArt. 450e Abs. 5 ZGB vor, dass der Entscheid der gerichtlichen Beschwerdeinstanz in der Regel innert fünf Arbeitstagen seit Eingang der Beschwerde zu ergehen hat. Diese feste Frist wurde im Verlaufe der parlamentarischen Beratungen eingefügt. Der Passus „in der Regel“ wurde ergänzt, um notwendige sorgfältige Abklärungen nicht durch eine rigide Fristbestimmung zu verunmöglichen (Rosch/Büchler/Jakob, Steck, N 14 zu Art. 450e ZGB). Mit der neuen Bestimmung dürfte für die Zukunft gewährleistet sein, dass das Beschleunigungsgebot der EMRK bei gerichtlichen Beurteilungen von FFE respektiert wird.

---

<sup>8</sup> Ein umfassender Überblick über die verschiedenen internationalen Menschenrechts-Dokumente mit Wirkung auf die rechtliche Stellung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist zu finden in: THE ITHACA TOOLKIT for monitoring Human Rights and General Health Care in mental health and social care institutions, [www.ithacastudy.eu](http://www.ithacastudy.eu), 2010

## **5.2. Europäisches Übereinkommen zur Vorbeugung der Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung**

Dieses wichtige Übereinkommen des Europarates aus dem Jahre 1987 wurde von der Schweiz 1988 ratifiziert. Die Konvention will den Schutz von Personen, denen die Freiheit entzogen ist, vor Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe verstärken. Zu diesem Zweck wurde ein Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe errichtet. Das Komitee prüft durch Besuche die Behandlung von Personen, denen die Freiheit entzogen ist. Die Vertragsstaaten sind verpflichtet, das Komitee alle Orte besuchen zu lassen, an denen Personen durch eine öffentliche Behörde die Freiheit entzogen ist. Dazu zählen auch psychiatrische Kliniken. Die Delegationen des Komitees haben unbeschränkten Zugang zu diesen Hafteinrichtungen, einschließlich des Rechts, sich innerhalb dieser Orte ungehindert zu bewegen. Sie befragen Personen, denen die Freiheit entzogen ist, ohne Zeugen und können sich ungehindert mit jeder Person in Verbindung setzen, die ihnen sachdienliche Auskünfte geben kann. Nach jedem Besuch übermittelt das CPT einen detaillierten Bericht an den betroffenen Staat. Der Bericht wird veröffentlicht, sobald eine Genehmigung des Vertragsstaates vorliegt<sup>9</sup>.

## **5.3. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der UNO**

Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (ICRPD) wurde im Jahr 2006 von der UNO-Generalversammlung verabschiedet und trat 2008 in Kraft. Die sogenannte Behindertenrechtskonvention konkretisiert die Menschenrechte für die Lebenssituation behinderter Menschen, um ihnen die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Behinderte Menschen sollen durch aktive Teilnahme am politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben in den vollen Genuss der grundlegenden Menschenrechte kommen. Bis am 1. Dezember 2010 wurde die Konvention von 147 Staaten unterzeichnet und von 96 Staaten ratifiziert (darunter 15 Staaten der EU). Der Bundesrat hat ein Vernehmlassungsverfahren zum Beitritt der Schweiz durchgeführt, das bis am 15. April 2011 dauerte. Nach Auffassung des Bundesrates ist der Beitritt zum Übereinkommen ein konsequenter Schritt, der die traditionelle aktive Menschenrechtspolitik unseres Landes unterstreicht (Erläuternder Bericht des Bundesrates zum Übereinkommen vom 22.12.2010).

Die Behindertenrechtskonvention enthält verschiedene Bestimmungen, die für Menschen mit einer psychischen Behinderung bzw. für den Gegenstand der vorliegenden Untersuchung von besonderem Interesse sind. Zu erwähnen sind insbesondere die Artikel 15 (Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe) sowie Artikel 19 (Unabhängige Lebensführung und Teilhabe an der Gesellschaft). Das in Art. 19 verankerte Recht für alle Menschen mit Behinderung, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie die anderen Menschen in der Gemeinschaft zu leben, soll unter anderem dadurch erleichtert werden, dass die betroffenen Personen Zugang zu einer Reihe von häuslichen, institutionellen und anderen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben. Damit stützt die Behindertenkonvention das im Zusammenhang mit der Gestaltung der Versorgung (unten Ziff. 10.1) darzustellende Anliegen, die ambulanten und gemeindenahen Infrastrukturen in der Schweiz zu verstärken.

---

<sup>9</sup> Publikation der Berichte unter [www.cpt.coe.int](http://www.cpt.coe.int)

Durch Artikel 31 werden die Vertragsstaaten zur Sammlung geeigneter Informationen, einschliesslich statistischer Angaben und Forschungsdaten verpflichtet, die ihnen ermöglichen, Massnahmen zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und durchzuführen.

## 6. Abgrenzung fürsorgerische Freiheitsentziehung und Freiwilligkeit

Im Hinblick auf die Gewährleistung des Rechtsschutzes ist es von grösster Bedeutung, ob der Eintritt einer Patientin oder eines Patienten in eine Klinik freiwillig oder unter dem Rechtstitel einer FFE erfolgt. In der Praxis bestehen gravierende Unsicherheiten bei der Unterscheidung der beiden Kategorien „freiwillig“ und „FFE“, wobei die Zuweisungspraxis zumindest teilweise durch sachfremde Kriterien beeinflusst wird. Die Studie „Evaluation de l'efficacité de la législation sur la privation de liberté à des fins d'assistance“ (Borghi 1991) ist deshalb zum Ergebnis gelangt, dass das gesetzgeberische Ziel, den Rechtsschutz aller gegen ihren Willen internierten Personen zu gewährleisten, in der Schweiz nicht respektiert wird. Die Untersuchung geht davon aus, dass nur diejenigen Patienten als „wahre“ Freiwillige betrachtet werden können, die die Hospitalisation mit Überzeugung und im Zustand der Urteilsfähigkeit akzeptieren<sup>10</sup>. Sie beruht auf der Analyse von Daten, die in neun psychiatrischen Kliniken der Schweiz durch behandelnde Ärzte erhoben wurden. Die Studie gelangte zum Ergebnis, dass 38% aller Patienten, die mit dem Status der Freiwilligkeit in die Klinik gekommen sind, in Wirklichkeit „falsche“ Freiwillige sind (Borghi 1991, 86, Tableau Nr. 23).

Dabei unterscheidet Borghi folgende Kategorien von „falschen“ Freiwilligen (Borghi 1991, 87, Tableau Nr. 24):

42,6%	einverstanden mit Vorbehalt
17,6%	„pseudo“ freiwillig <sup>11</sup>
15%	nicht in der Lage zu antworten
14,5%	indifferent
7,1%	mit Überzeugung einverstanden, aber urteilsunfähig
3,2%	lehnt ab

Die Studie Borghi ist zweifellos veraltet. Es existiert leider keine neuere rechtstatsächliche Untersuchung zur Frage, ob die Zuweisung zur Kategorie der Freiwilligen oder der fürsorgerischen Freiheitsentziehung korrekt erfolgt bzw. in welchem Umfang Fehlzweisungen vorkommen. Das Problem als solches dürfte auch heute bestehen, auch wenn eine Quantifizierung nicht möglich erscheint.

---

<sup>10</sup> Gemäss Borghi (1991, 83) akzeptiert „mit Überzeugung“, wer die Nützlichkeit der angebotenen Behandlung anerkennt. Da es sich bei der „Überzeugung“ um eine innere Tatsache handelt und auch freiwillige Patienten wohl kaum ohne Ambivalenzen in die Klinik eintreten, ist dieses dritte Kriterium (neben der Urteilsfähigkeit und der ausdrücklichen Zustimmung) m.E. kaum praktikabel.

<sup>11</sup> Als „pseudo“freiwillig werden formell freiwillige Patienten bezeichnet, die nur mangels Alternativen und aufgrund von mehr oder weniger starkem sozialem Druck der Angehörigen oder der weiteren Umgebung einer Einweisung (sponte coacti) zustimmen.

Die Auskünfte von verschiedenen befragten Experten geben zudem Grund zur Annahme, dass die Unterbringungsraten stark durch die Einweisungs- bzw. Aufnahmepraxis des jeweiligen Kantons, der Versorgungsregion oder der Klinik beeinflusst werden. Grundsätzlich sind zwei Extrempositionen zu unterscheiden:

- Einzelne Kliniken schränken die Aufnahme von freiwilligen Patientinnen und Patienten generell oder zu bestimmten Zeiten (insbesondere Wochenenden) ein bzw. ziehen die Anordnung einer fürsorgerischen Freiheitsentziehung einem freiwilligen Klinikeintritt vor. Sie generieren mit dieser Aufnahmepraxis eine hohe Unterbringungsquote. Die Motive für eine solche Einschränkung können sehr unterschiedlich sein: Vermeidung von administrativem Aufwand, der bei der Umwandlung des freiwilligen Aufenthaltes in eine FFE (Rückbehaltung i.S.v. Art. 397a Abs. 1 ZGB) anfällt; FFE als rechtliche Grundlage für eine Zwangsbehandlung, um das Erfordernis des informed consent zu umgehen; FFE als (verfehltes) Triage-Kriterium für die Klinikaufnahme bei Bettenknappheit. Diese Praxis führt nicht nur zu einer Verfälschung der statistischen Daten, sondern sie ist auch rechtlich nicht haltbar. Eine FFE setzt voraus, dass keine leichtere Massnahme der betroffenen Person Schutz zu bieten vermag (Verhältnismässigkeitsprinzip; BSK ZGB I, Geiser, N 12 zu Art. 397a ZGB). Die Möglichkeit einer freiwilligen Hospitalisation hat Vorrang gegenüber der Anordnung einer FFE.
- Im Sinne einer Gegenposition unternehmen andere Kliniken alles, um statistisch eine möglichst tiefe Quote von FFE auszuweisen. Betroffenen Personen, bei denen zweifellos eine Zwangseinweisung stattgefunden hat (z.B. Einweisung gegen den Widerstand mit Polizeibegleitung), werden dazu angehalten, nachträglich einen Freiwilligenschein zu unterzeichnen. Ein solches Vorgehen kann z.B. motiviert sein durch die Absicht, die Reputation der Klinik zu schützen und zu verbessern oder die Stigmatisierung der betroffenen Person zu vermeiden, die mit einer FFE verbunden ist. Auch diese Praxis führt zu einer Verfälschung der Statistik im Sinne einer (unechten) Reduktion der FFE-Häufigkeit. Aus rechtlicher Sicht ist es problematisch, eine Zwangseinweisung post factum durch die Unterzeichnung eines Freiwilligenscheins in einen freiwilligen Klinikeintritt umzuwandeln.

## **7. Statistik Zwangseinweisungen Schweiz**

### **7.1. Erhebung von Zwangseinweisungen durch die Medizinische Statistik**

Die vom Bundesamt für Statistik geführte Medizinische Statistik der Krankenhäuser erfasst jedes Jahr die anfallenden Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern. Diese Erhebung wird von jedem Krankenhaus bzw. von jeder Klinik durchgeführt. Die obligatorischen Minimaldaten umfassen neben Angaben zum Standort der Klinik (Betriebsidentifikation) auch soziodemographische Merkmale (Geschlecht, Alter, Wohnkanton) und medizinische Merkmale (Haupt-F-Diagnose bei Austritt, Zusatzdiagnose Suizid). Im Rahmen der Psychiatrie-Zusatzdaten werden soziodemographische Variablen und Angaben über die Art des Eintritts (Einweisende Instanz, Freiwilligkeit des Eintritts, fürsorgerische Freiheitsentziehung) erhoben. Die Meldung der Psychiatrie-zusatzdaten ist freiwillig.

Da der Zusatzdatensatz auf freiwilliger Basis erhoben wird, sind bei weitem nicht alle FFE statistisch erfasst. Für das Jahr 2009 wurde der Psychiatriezusatzdatensatz in 62% aller Psychiatrischen Hospitalisierungen erhoben<sup>12</sup>. Der entsprechende Anteil ist innerhalb von sieben Jahren von 52% (2002) auf 62% (2009) gestiegen. Die Bandbreite in Bezug auf die Vollständigkeit der Datenerhebung bleibt trotz dieser positiven Entwicklung gross:

- Bei vier Kantonen wird der Zusatzdatensatz in weniger als 50% der Fälle aller Psychiatrischen Hospitalisierungen erhoben (Daten Obsan 2009): Genf (3%); Freiburg (5%); Schaffhausen (20%); Glarus (40%).
- In den übrigen Kantonen liegt der Erhebungsanteil über 50%, wobei der Kanton Neuenburg (55%) den kleinsten Anteil und die Kantone Zug (81%) und Thurgau (82%) die höchsten Anteile ausweisen.

Die Erhebung im Rahmen der Psychiatriezusatzdaten ist in einem weiteren Punkt unvollständig. Erfasst werden lediglich Angaben im Zeitpunkt des Eintritts. Spätere Veränderungen des rechtlichen Status des Patienten werden deshalb nicht registriert. Gegenstand der Statistik ist somit nur der Fall einer „Unterbringung“ der betroffenen Person in einer Klinik. Die in Art. 397a Abs. 1 ZGB als zweite Variante einer FFE vorgesehene „Zurückbehaltung“ wird somit statistisch nie erhoben.

Von grundlegender statistischer Bedeutung ist die Abgrenzung zwischen „Freiwilligkeit“ und „Fürsorgerischer Freiheitsentziehung“. Die Originalfragen der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik enthalten folgende Unterscheidung:

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

Das Vorliegen der Kriterien für die fürsorgerische Freiheitsentziehung wird erst seit 1998 in einem gesonderten Item erhoben. Für die Beurteilung der Frage nach der Freiwilligkeit soll gemäss Literatur und Auskunft von Experten der erkennbare Wille des Patienten oder der Patientin ausschlaggebend sein und nicht der juristische Hintergrund der Aufnahme (Frick/Rüesch/Neuenschwander/Rössler 2003, 118). Ein grundlegender Mangel besteht darin, dass keine offizielle Anleitung darüber Auskunft gibt, aufgrund welcher Kriterien die Fragen zu beantworten sind. Die Zweiteilung der Frage führt zu statistischen Ergebnissen, deren Bedeutung schwer zu interpretieren ist. Bei einem Vergleich zwischen den statistischen Daten zur FFE und zum unfreiwilligen Beitritt ergibt sich folgendes Bild (Daten Obsan 2009)<sup>13</sup>:

<sup>12</sup> Gemäss Definition Obsan zählen folgende Kategorien zu den Psychiatrischen Hospitalisierungen: K21, M500 & Haupt-F-Diagnose in somatischen Spitälern

<sup>13</sup> Die Kantone Freiburg, Genf und Schaffhausen, in denen der Psychiatriezusatzdatensatz in höchstens 20% aller Fälle erhoben wurde, werden in dieser Zusammenstellung nicht berücksichtigt.

- Drei Kantone weisen deutlich mehr FFE-Fälle als „unfreiwillige Eintritte“ aus: Schwyz (124%), Uri (129%), Zug (123%).
- In zehn Kantonen weichen die Zahlen für FFE und für „unfreiwillige Eintritte“ nur geringfügig voneinander ab (+/- 5%): Aargau (101%), Appenzell Innerrhoden (100%), Basel Land (97%), Basel Stadt (99%), Glarus (97%), Obwalden (100%), St. Gallen (102%), Thurgau (97%), Tessin (100%), Zürich (95%)
- In vier Kantonen wurden deutlich weniger FFE als „unfreiwillige Eintritte“ erfasst: Appenzell Ausserrhoden (89%), Bern (75%), Graubünden (80%), Nidwalden (60%)
- In sechs Kantonen wird weniger als ein Fünftel der „unfreiwilligen Eintritte“ als FFE erfasst: Jura (8%), Luzern (4%), Neuenburg (14%), Solothurn (12%), Waadt (0.5%), Wallis (16%).

Die überaus grosse statistische Bandbreite der Verhältniszahl FFE/unfreiwillige Eintritte zwischen den vier genannten Kantonsgruppen lässt sich nur mit dem Fehlen einer einheitlichen Datenerhebung erklären. Aus rechtlicher Sicht dürften die unfreiwilligen Eintritte in aller Regel als psychiatrische Zwangseinweisungen zu qualifizieren sein, die den gesetzlichen Regeln der FFE unterstehen und statistisch auch als solche erfasst werden sollten. In einzelnen Fällen kann es sich auch um den Vollzug einer strafrechtlichen Massnahme oder von Untersuchungshaft handeln.

Als Vorbild für ein kohärentes Erfassungsmodell kann der Kanton Zürich dienen. Er verfügt in der medizinischen Statistik PSYREC (Psychatriepatientenrecord) über eigene Vorgaben zur Erhebung von Daten im Bereich Psychiatrie (PSYREC-KTR-Handbuch, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2007). Bei der Frage nach der Freiwilligkeit enthält das PSYREC-KTR-Handbuch eine Spezifikation, die fragwürdige Codierungen ausschliesst:

PSYREC-KTR Nr. 115 – Freiwilligkeit<sup>14</sup>

Spezifikation	1 = freiwilliger Eintritt
	2 = FFE-ärztliche Einweisung
	3 = FFE, vormundschaftliche Einweisung mit ärztlichem Zeugnis
	4 = Massnahmenvollzug
	5 = Haft/U-Haft mit (vorübergehender) Behandlung
	6 = Eltern sind mit der Behandlung einverstanden, Kind jedoch nicht

<sup>14</sup> Die Freiwilligkeit wird in einer Anmerkung wie folgt erklärt: „ Grundsätzlich tritt eine Person freiwillig ein – ausser der Eintritt erfolgte gegen den Willen des Patienten (z.B. Einweisung per FFE, strafrechtliche Massnahme). Freiwillig heisst, dass der/die Patient/in mit dem Eintritt einverstanden ist und von sich aus zur Behandlung kommt. In der Regel erfolgt eine Überweisung mit ärztlichem Zeugnis. Formal wird die Freiwilligkeit durch Unterzeichnung des Freiwilligenscheins belegt. Wenn eine Person freiwillig eintritt, ist FFE ausgeschlossen. FFE heisst, dass das FFE-Formular vorliegt und hierdurch eine Einweisung ohne die Zustimmung des Patienten/der Patientin gegeben ist.“ Der Inhalt dieser Definition ist allerdings insofern unvollständig, als der Fall des Eintrittes von Personen, die urteilsunfähig sind oder sich zur Einweisung nicht äussern, nicht geregelt ist.



## 7.2. Analyse von Zwangseinweisungen in der Studie Christen/Christen

Die erste gesamtschweizerische Analyse von Zwangseinweisungen und unfreiwilligen Eintritten in stationäre psychiatrische Institutionen wurde im Jahr 2005 von Christen/Christen vorgelegt (Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz, Analyse der Psychiatrie-Zusatzdaten 2000 – 2002, Arbeitsdokument 13, Obsan, Neuchâtel). Die Studie wertete für die Erhebungsjahre 2000 bis 2002 insgesamt 91'313 abgeschlossene Behandlungsfälle aus 18 Kantonen mit stationären psychiatrischen Institutionen aus. Als Datenquelle diente die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik, insbesondere die freiwilligen Psychiatrie-Zusatzdaten.

Die Studie zeigt Determinanten von Zwangseinweisungen in der Schweiz auf. Die Untersuchung bestätigte bekannte soziodemographische, psychosoziale und diagnostische Risikofaktoren. Diese sind nicht Gegenstand des vorliegenden Gutachtens, weshalb nicht näher darauf einzugehen ist. Von Bedeutung für den vorliegenden Untersuchungsgegenstand ist hingegen, dass die Studie Christen/Christen den Standortkanton als bedeutendsten Risikofaktor für Zwangseinweisungen und für unfreiwillige Eintritte identifizierte. Für diesen Sachverhalt vermochte die Untersuchung allerdings keine einfache Erklärung zu geben.

Die Studie Christen/Christen konstatiert, dass die Psychiatrie-Zusatzdaten zwar die vollständigste Datenquelle über fürsorgerische Freiheitsentziehungen in der Schweiz sind, diese jedoch systematische und unsystematische Fehler aufweisen. Als Fehlerquellen werden insbesondere die unvollständige Reichweite der Erhebung, unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllte Fragebögen, nicht-erfasste Zwangseintritte (gemeint sind die Zurückbehaltungen, vgl. oben Ziff. 7.1.) und die unfreiwillige Freiwilligkeit (bzw. die „falschen“ Freiwilligen im Sinne der Studie Borghi, vgl. oben Ziff. 6) genannt.

## 7.3. Expertenbefragung zu den kantonalen Unterschieden

Im Rahmen einer vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium in Auftrag gegebenen Studie (Hans Christian Kuhl, Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000 – 2006, Arbeitsdokument 31, Neuenburg 2008) wurde eine Expertenbefragung durchgeführt mit dem Ziel, die aus den Daten der Medizinischen Statistik gewonnenen Ergebnisse zu validieren. An der Befragung wirkten insgesamt 24 Experten mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund im Gesundheitsbereich mit. Die Fachpersonen wurden auch gefragt, worauf die deutlichen kantonalen Unterschiede beim Anteil der fürsorgerischen Freiheitsentziehung zurückzuführen seien.

Ergebnis der Expertenbefragung zum fürsorgerischen Freiheitsentzug

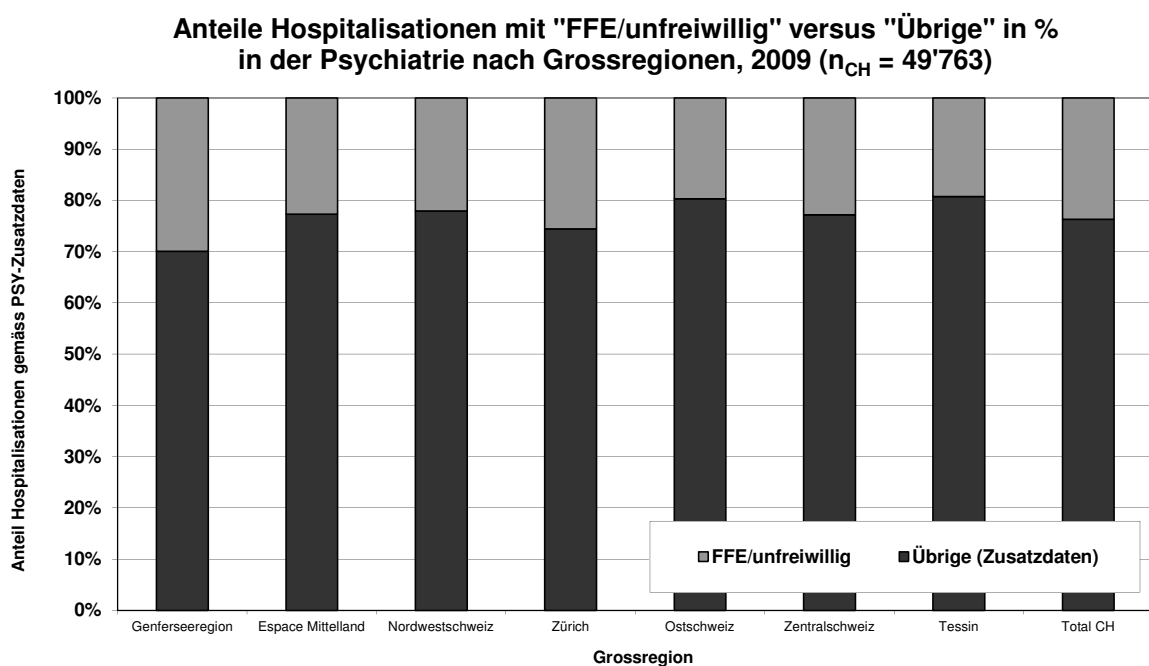
73 Die Ergebnisse basieren auf kantonal unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
74 Inwiefern können eine ungenaue Dokumentation und Dokumentationsfehler für die Ergebnisse verantwortlich sein?	gar nicht		sehr stark

Quelle: Kuhl, Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000-2006, 2008, 44

Der Autor stellt in Bezug auf das Ergebnis der Befragung fest, bei den Experten bestehe Einigkeit darüber, dass die grossen kantonalen Unterschiede in der Häufigkeit der FFE auf kantonal unterschiedliche Gesetzesregelungen zurückzuführen seien, während Dokumentationsfehler hierfür nur selten als Ursache gesehen würden. Dokumentationsfehler seien laut den Fachleuten nicht für die kantonalen Unterschiede verantwortlich (Kuhl 2008, 44).

Diese Interpretation ist meines Erachtens insofern zu relativieren, als immerhin ein Drittel (34% der Befragten) „eine ungenaue Dokumentation und Dokumentationsfehler“ stark (24% der Befragten) oder sehr stark (10% der Befragten) für die Ergebnisse verantwortlich machte. Die grossen kantonalen Unterschiede sind nach Auffassung der Experten zwar offenbar zur Hauptsache auf die Verschiedenheit der gesetzlichen Regelungen zurückzuführen. Gleichzeitig wird auch durch dieses Befragungsergebnis nicht ausgeschlossen, dass die Unterschiede in erheblichen Teilen auf das Fehlen einer harmonisierten, einheitlichen Datenerhebung zurückzuführen sind. Anzumerken ist sodann, dass die Befragung den Einfluss der Versorgungs- und Behandlungsstruktur auf den Anteil der FFE nicht thematisiert, obwohl es sich dabei um einen bedeutenden Wirkfaktor handelt.

#### 7.4. Aktuelle Zahlen zum Anteil der Zwangseinweisungen in der Schweiz



Quelle: Auswertung Psychiatrie-Zusatzdaten durch Obsan, 2011

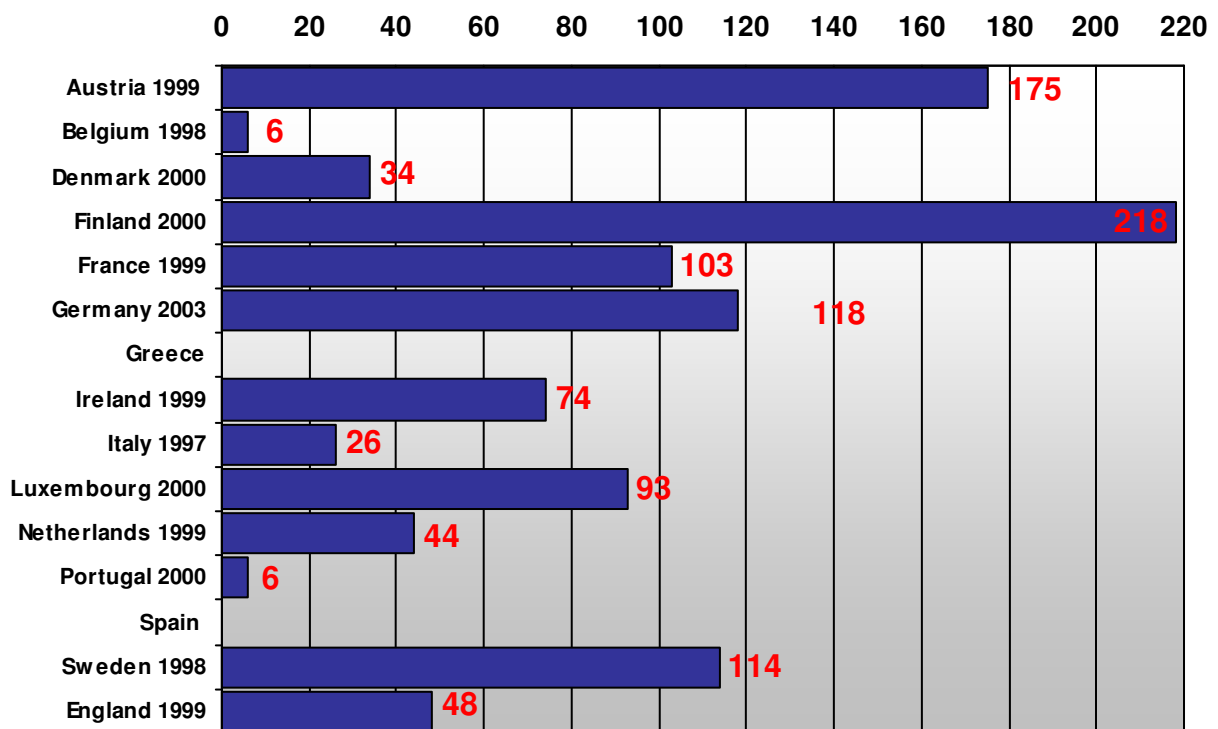
Die Auswertung von neueren Daten durch das Obsan zeigt, dass bis heute grosse regionale Unterschiede in Bezug auf die Zahl von Zwangseinweisungen (FFE/unfreiwillige Eintritte) bestehen. Da statistische Verzerrungen aufgrund der grossen Unterschiede in Bezug auf die Vollständigkeit der Datenerhebung nicht auszuschliessen sind, ist allerdings die Aussagekraft dieses statistischen Vergleiches limitiert. Gesamtschweizerisch hat der Anteil der statistisch erfassten FFE von 21% (2002) auf 16% (2009) abgenommen. Bei den Zwangseinweisungen (FFE oder unfreiwillig) ist eine Reduktion des Anteils von 30% (2002) auf 24% (2009) festzustellen.

## 8. Die Schweiz im internationalen Vergleich (EU-Studie)

Mit der Studie „Involuntary Placement and Treatment of Mentally Ill – Legislation and Practice in EU-Member States“ wurden in Europa erstmals die gesetzlichen Grundlagen der Zwangsunterbringung in den (damaligen) 15 EU-Mitgliedsländern sowie deren mögliche Auswirkungen auf Unterbringungsraten und –quoten analysiert. Die Ergebnisse wurden in verschiedenen Artikeln durch die beiden Studienleiter Harald Dressing und Hans-Joachim Salize kommentiert (vgl. Literaturverzeichnis). Die Projektberichte der von der Europäischen Kommission geförderten Studie gelten bis heute als gültige Referenz für die Psychiatriegesetzgebung in der Europäischen Union, nachdem seither keine weiteren Erhebungen und Analysen stattgefunden haben. Sie können auch für die Beurteilung der psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz als Vergleichsgrundlage und Orientierungsgrösse dienen.

Unter *Unterbringungsquote* ist der Anteil der Zwangsunterbringungen an allen stationären Behandlungsepisoden zu verstehen. Als *Unterbringungsrate* sind die Zwangsunterbringungsepisoden pro 100'000 Einwohner definiert. Die Bandbreite der ermittelten Zahlen ist für beide Werte ausserordentlich gross. Sie reicht für die *Zwangsunterbringungsrate* von 6 pro 100'000 Einwohner in Portugal bis zu 218 pro 100'000 Einwohner in Finnland. Die *Zwangsunterbringungsquote* umfasst ein Spektrum von 3,2% in Portugal bis 30% in Schweden (Dressing/Salize 2004, 36).

Abbildung 1.1.2: Jährliche Unterbringungen in der EU pro 100'000 Einwohner



Quelle: Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim (Grundlage: Salize/Dressing/Peitz 2002)

Zum Vergleich kann die Unterbringungsrate für die Schweiz im Jahr 2004 wie folgt geschätzt werden (Basis 2004: Ständige Wohnbevölkerung: 7'415'102 Personen; Psychiatrische Hospitalisierungen: 72'417; Grundlage: Daten Obsan):

- Psychiatrische Hospitalisierungen: 977 pro 100'000 Einwohner
- Unterbringungsquote für FFE (18% aller Zusatzdatensätze): 176 pro 100'000 Einwohner
- Unterbringungsquote für FFE oder unfreiwilliger Eintritte (29% aller Zusatzdatensätze): 283 pro 100'000 Einwohner

In der Studie wurden die von den verschiedenen nationalen Gesetzen definierten Kriterien, die bei einer Zwangsunterbringung erfüllt sein müssen, dargestellt. Der Autor des vorliegenden Gutachtens hat die Darstellung der EU-Studie um die eigene Einstufung der Schweizer Gesetzgebung ergänzt:

<b>Kriterien für Zwangsunterbringung in den EU-Mitgliedschaften und der Schweiz</b>	
psychische Störung plus Gefährlichkeit	Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Luxemburg, Niederlande, <b>Schweiz</b>
psychische Störung plus Gefährlichkeit oder psychische Störung plus Behandlungsbedürftigkeit	Dänemark, Finnland, Griechenland, Irland, Grossbritannien, Portugal
psychische Störung plus Behandlungsbedürftigkeit	Italien, Spanien, Schweden

Quelle: Dressing/Salize 2004, 35 (ergänzt mit Situation Schweiz)

Im Gegensatz zur Schweiz wird Eigen- und oder Fremdgefährdung von den drei EU-Ländern Italien, Spanien und Schweden nicht als zwingendes Unterbringungskriterium vorausgesetzt. Die obligatorische Anwendung des Gefährlichkeitskriteriums wird mit der Vorstellung verbunden, dass es als restriktives Unterbringungskriterium die Einweisungskompetenz einschränkt und somit zu niedrigeren Raten und Quoten für Zwangsunterbringungen führt. Überraschenderweise konnte die Studie jedoch keinen signifikanten Unterschied bei den Unterbringungsquoten und Unterbringungsraten feststellen zwischen EU-Ländern, die das Gefährlichkeitskriterium obligatorisch voraussetzen und anderen Ländern, die es nicht oder nur fakultativ anwenden (Dressing/Salize 2004, 38).

Die Ergebnisse der Studie enthalten einen Hinweis darauf, dass in den Ländern, in denen eine medizinische Autorität über die Zwangsunterbringung entscheidet, die Unterbringungsraten und -quoten höher sind als in den Ländern, in denen eine nichtmedizinische Autorität die Zwangsunterbringung anordnet. Der Unterschied wird allerdings als statistisch nicht signifikant eingestuft (Dressing/Salize 2004, 38). Für die Schweiz ist festzuhalten, dass die ordentliche Zuständigkeit für die Anordnung einer fürsorgerischen Freiheitsentziehung zwar bei den Vormundschaftsbehörden (Art. 397b Abs. 1 ZGB) und somit bei einer nichtmedizinischen Instanz liegt. Die Kantone haben jedoch gestützt auf Art. 397b Abs. 2 ZGB die Kompetenz, die Zuständigkeit anderen geeigneten Stellen einzuräumen. Die überwiegende Zahl der Kantone hat von dieser Befugnis in dem Sinne Gebrauch gemacht, dass die Zuständigkeit für den Entscheid einem mehr oder minder weit gefassten Kreis von Ärztinnen und Ärzten übertragen wurde (vgl. die tabellarische Übersicht in BSK ZGB I, Geiser, N 15 zu Vorbemerkungen Art. 397a–f ZGB). Fürsorgerische Freiheitsentziehungen erfolgen deshalb in der Schweiz mehrheitlich aufgrund von ärztlichen Entscheiden. Im Kanton Zürich ist dies in rund 90%, im Kanton Bern in rund 70% aller Zwangseinweisungen der Fall (Christen/Christen 2005, 21). Es erscheint denkbar, dass die vergleichsweise hohe Zahl von FFE in der Schweiz zumindest teilweise auf

die weit gefasste Einweisungsberechtigung von medizinischen Fachpersonen zurückzuführen ist (vgl. dazu auch die Ergebnisse der Studie Maier 2001, unten Ziff. 9.1).

Sechs EU-Länder schreiben die obligatorische Einbeziehung eines Rechtsbeistandes (Anwalt, Sozialarbeiter etc.) von Beginn eines Unterbringungsverfahrens an gesetzlich vor. Es handelt sich um folgende Staaten: Österreich, Belgien, Dänemark, Irland, Niederlande, Portugal. Länder mit obligatorischer Einbeziehung eines Rechtsbeistandes weisen signifikant niedrigere Unterbringungsquoten aus (Dressing/Salize 2004, 37, Tab. 4). In der Schweiz ist die obligatorische Verbeiständung der betroffenen Person im geltenden Vormundschaftsrecht nicht vorgesehen. Gemäss Art. 397f Abs. 2 ZGB bestellt das Gericht der betroffenen Person „wenn nötig“ einen Rechtsbeistand. Die Rechtspraxis ist sehr zurückhaltend bei der Bestellung von Rechtsbeiständen. Der Umstand, dass die FFE tief in die Rechte des Betroffenen eingreift und dieser an einem geistigen Gebrechen leidet, macht nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes für sich allein die Bestellung eines Rechtsbeistandes nicht erforderlich (BGE 107 II 316 f.). Im Erwachsenenschutzrecht findet die Verbeiständung im Anspruch auf Anordnung einer Verfahrensvertretung in nArt. 449a ZGB eine neue gesetzliche Grundlage. Nach dieser Bestimmung ordnet die Erwachsenenschutzbehörde wenn nötig die Vertretung der betroffenen Person an und bezeichnet als Beistand oder Beiständin eine in fürsorgerischen und rechtlichen Fragen erfahrene Person. Da sich die neue Norm am Wortlaut der bestehenden Regelung orientiert, kann in der Praxis keine wesentliche Ausdehnung des Anspruchs auf rechtliche Verbeiständung erwartet werden (vgl. dazu auch oben Ziff. 4.2.).

## **9. Beurteilung weiterer Aspekte des Rechtsschutzes**

### **9.1. Formale und inhaltliche Qualität ärztlicher FFE-Zeugnisse**

In einer Vielzahl von Kantonen liegt die Kompetenz und Verantwortung für die Einweisung bei Ärztinnen und Ärzten. Der Einweisungsentscheid erfolgt dabei trotz der grossen Tragweite für die Grundrechte der betroffenen Person in einem relativ einfachen administrativen Verfahren. Für die Qualität der Entscheide ist es von grundlegender Bedeutung, dass die einweisenden Ärzte die Kriterien der fürsorgerischen Freiheitsentziehung sorgfältig prüfen, die Beurteilung der Situation nachvollziehbar dokumentieren und die Rechte der betroffenen Person wahren.

Eine Untersuchung von hundert nicht selektionierten ärztlichen FFE-Zeugnissen aus den Jahren 1997 – 2000 gelangte zum Ergebnis, dass ein grosser Teil der FFE-Einweisungen mit formal und inhaltlich ungenügenden Zeugnissen erfolgte (Maier 2001). Die Zeugnisse betrafen Patienten, die von Ärzten in die psychiatrische Klinik Hohenegg in Meilen (Kanton Zürich) eingewiesen wurden. Die Einweiser wurden in drei Ausstellerkategorien unterteilt: Psychiater (inkl. psychiatrische Ambulatorien und Polikliniken), nicht-psychiatrisch niedergelassene Ärzte (Hausärzte), Spitalärzte. Untersucht wurde einerseits die Vollständigkeit hinsichtlich formaler Erfordernisse. Andererseits wurden als inhaltliche Merkmale die Qualität, Ausführlichkeit und Vollständigkeit in Bezug auf die Befunderhebung, die Situationsbeschreibung sowie die Abwägung der Verhältnismässigkeit erhoben (Maier 2001, 1579).

Nur 21% der ausgewerteten Zeugnisse erfüllten alle formalen und inhaltlichen Anforderungen, fast die Hälfte wiesen formale Mängel auf. Die von Psychiater ausgestellten Zeugnisse schnitten in allen Punkten der Beurteilung deutlich besser ab als die Zeugnisse von nichtpsychiatrischen Spitalärzten, die ihrerseits besser abschnitten als die der Hausärzte. Der Verfasser der Studie beanstandet aus-

drücklich die Passivität der Vormundschaftsbehörden, die ihre Kontrollfunktion nicht wahrnehmen und froh sind, das heikle Problem der psychiatrischen Zwangshospitalisationen an Ärzte delegieren zu können (Maier 2001, 1575).

## **9.2. Verfahrensdauer der gerichtlichen Überprüfung**

Für die gerichtliche Überprüfung eines Entscheides, mit dem eine FFE angeordnet oder aufrechterhalten wird, sieht Art. 397f Abs. 1 ZGB ein einfaches und rasches Verfahren vor. Das Bundesrecht gibt keine konkrete Frist vor, innerhalb der der gerichtliche Entscheid zu ergehen hat. Welche Verfahren den zeitlichen Anforderungen von Art. 397f Abs. 1 ZGB noch zu genügen vermögen, lässt sich nicht nach einheitlichen und formalen Kriterien allgemein und abstrakt festlegen. Es hängt wesentlich von den Umständen des Einzelfalles ab, was als Frist angemessen ist und ob die Verfahrensdauer gegen das Beschleunigungsgebot verstösst (BGE 127 III 389). In der kantonalen Ausführungsgesetzgebung finden sich nur ausnahmsweise Bestimmungen, die das Beschleunigungsgebot konkretisieren<sup>15</sup>. Da dem Begehren um gerichtliche Beurteilung von Gesetzes wegen keine aufschiebende Wirkung zukommt (Art. 397e Ziff. 4 ZGB), muss die betroffene Person den gerichtlichen Entscheid in der Klinik abwarten. Die Wirksamkeit des Rechtsschutzes hängt somit ganz entscheidend von der Verfahrensdauer ab. Mit einer langen Verfahrensdauer kann der Rechtsschutz unterlaufen werden, da die betroffene Person oft bereits entlassen wird, bevor ein Entscheid erfolgt. Die Studie Borghi stellte fest, dass die Mehrheit der Entscheide nach mehr als drei Wochen Verfahrensdauer erging, was ernsthafte Probleme in Bezug auf die Einhaltung von Art. 5 Ziff. 4 EMRK aufwirft (Borghi 1991, 97). Neuere Daten zur Entwicklung der Verfahrensdauer sind – zumindest in Form einer Untersuchung auf Bundesebene – nicht verfügbar.

Das neue Erwachsenenschutzrecht sieht in nArt. 450e ZGB vor, dass die gerichtliche Beschwerdeinstanz in der Regel innert fünf Arbeitstagen seit Eingang der Beschwerde zu entscheiden hat. Diese neue gesetzliche Bestimmung soll gewährleisten, dass das Beschleunigungsgebot in Zukunft respektiert wird.

## **10. Weitere Massnahmen zur Minimierung von Zwangseinweisungen**

### **10.1. Ausgestaltung der Versorgung**

Eine FFE ist nur dann zulässig, wenn keine weniger einschneidende Massnahme der betroffenen Person einen ausreichenden Schutz gewährleistet (Art. 397a Abs. 1 ZGB: „...wenn ihr die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann.“) Leichtere Massnahmen wie die freiwillige Sozialhilfe (BSK ZGB I, Geiser, N 13 zu Art. 397a ZGB) oder die Möglichkeit einer ambulanten oder teilstationären Behandlung haben aufgrund des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit Vorrang gegenüber einer FFE. Allerdings besteht keine gesetzliche Verpflichtung der Kantone, ein bestimmtes Mindestmass an extramuralen psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen zu schaffen. In zahlreichen Kantonen ist das Angebot an ambulanten Diensten nach wie vor lückenhaft.

---

<sup>15</sup> Das Gesetz über die Gerichts- und Behördenorganisation im Zivil- und Strafprozess (GOG) des Kantons Zürich schreibt vor, dass das Gericht spätestens vier Tage nach Eingang des Gesuchs die betroffene Person persönlich befragt und in der Regel die Hauptverhandlung durchführt (§ 181 Abs. 1 GOG). Das Gericht soll unmittelbar nach der Hauptverhandlung den Entscheid fällen, soweit keine dringenden Beweise abzunehmen sind (§ 181 Abs. 2 GOG).

Die im Rahmen der Studie Borghi befragten behandelnden Ärzte waren der Auffassung, dass ein Drittel der Klinikeinweisungen bzw. ein Viertel der Einweisungen aufgrund von Art. 397a ZGB vermeidbar wären, wenn ein genügendes Angebot an ambulanten Massnahmen verknüpft mit Interventionen im sozialen Bereich zur Verfügung stehen würde (Borghi 1991, 103).

Die Ergebnisse der Studie Borghi sind zwar nicht repräsentativ für die aktuelle Realität, können aber auch nicht als völlig überholt bezeichnet werden. Der von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) veröffentlichte Leitfaden zur Psychiatrieplanung geht im Einklang mit der Fachliteratur davon aus, dass die Inanspruchnahme stationärer Leistungen durch bedürfnisgerechte ambulante Leistungserbringung gesenkt werden könnte. Im Vergleich mit dem Ausland ergeben sich Hinweise auf einen Mangel an teilstationären und gemeindenahen Infrastrukturen in der Schweiz (GDK-Leitfaden 2008, 2). Die psychiatrische Versorgung basiert nach wie vor (zu) stark auf Klinikbetten. Im internationalen Vergleich weist die Schweiz mit 106 Psychiatrie-Betten<sup>16</sup> pro 100'000 Einwohner eine überdurchschnittlich hohe Betten-dichte aus (GDK-Leitfaden 2008, 59). Der Leitfaden der GDK nennt deshalb die adäquatere Berücksichtigung der ambulanten Leistungserbringungen im Rahmen der Spitalplanung als eines seiner drei hauptsächlichen Ziele (GDK-Leitfaden 2008, 2) und bezeichnet mittel- und langfristig eine Reduktion des Bettenangebotes in der Erwachsenenpsychiatrie als möglich. Gemäss dem Bericht der Arbeitsgruppe sollten zukünftig mehr als die Hälfte der für die psychiatrische Versorgung eingesetzten Mittel für Leistungen in ambulanten und teilstationären Strukturen (Prävention eingeschlossen) verwendet werden (GDK-Leitfaden 2008, 3). Eine Verlagerung der finanziellen Mittel vom stationären in den ambulanten Bereich dürfte auch eine Reduktion der Häufigkeit von FFE in der Schweiz bewirken.

## **10.2. Behandlungskultur**

Es ist offensichtlich, dass die in einer bestimmten Versorgungsregion gelebte Behandlungskultur einen massgeblichen, wenn auch schwer messbaren Einfluss auf die Zahl der FFE ausübt. In Übereinstimmung mit der Literatur (Salize/Dressing 2009, 21) gingen alle befragten Experten davon aus, dass eine patientenorientierte und offene Psychiatrie ein Wirkfaktor ist, der wesentlich zur Senkung der FFE-Quote beiträgt. Im Sinne einer nicht abschliessenden Aufzählung können folgende Elemente genannt werden, die dazu führen, dass Patientinnen eher dazu bereit sind, sich freiwillig in stationäre psychiatrische Behandlung zu begeben: Die Orientierung der Behandlung am informed consent; die Reduktion von Zwangsbehandlungen und –massnahmen auf das unausweichliche Minimum; die Führung von (teil)offenen Stationen; die Einführung von Behandlungsvereinbarung (vgl. dazu: Bielinski 2003, 12f.) und die Respektierung von psychiatrischen Patientenverfügungen.

---

<sup>16</sup> Anzahl Betten in stationären psychiatrischen Einrichtungen pro 100'000 Einwohner (ohne Sucht und Forensik).

## 11. Zusammenfassende Beurteilung

Aufgrund der Analyse der Gesetzgebung, der Rechtstatsachenforschung sowie der statistischen Daten kann mit Blick auf die Wirksamkeit des Rechtsschutzes für die Schweiz zusammenfassend folgende Beurteilung abgegeben werden:

- Die Schweiz weist im internationalen Vergleich eine hohe Unterbringungsrate aus (vgl. oben Ziff. 8). Die vergleichsweise grosse Häufigkeit von Unterbringungen gibt Grund zur Annahme, dass in unserem Land bzw. zumindest in vielen Kantonen nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind, um psychiatrische Zwangseinweisungen zu vermeiden.
- Die fürsorgerische Freiheitsentziehung im geltenden Vormundschaftsrecht (Art. 397a ZGB) bzw. die fürsorgerische Unterbringung des neuen Erwachsenenschutzrechts (nArt. 426 ZGB) beruhen auf klaren gesetzlichen Grundlagen. In der Praxis besteht jedoch ein grosser Graubereich, in dem die Einteilung einer Einweisungssituation in die Kategorie „freiwillig“ oder „FFE“ aufgrund unpräziser bzw. sachfremder Kriterien erfolgt (vgl. oben Ziff. 6). Diese unklare Abgrenzung stellt die Wirksamkeit des Rechtsschutzes grundsätzlich in Frage.
- Die Gesetzgebung der Schweiz steht im Einklang mit dem internationalen Recht. Mit dem Inkrafttreten der Bestimmungen über die fürsorgerische Freiheitsentziehung am 1.1.1981 hat die Schweiz insbesondere die Vorgaben der EMRK erfüllt. Es gibt Anzeichen dafür, dass in der Praxis die Verfahrensdauer der gerichtlichen Überprüfung nicht in jedem Fall dem Beschleunigungsgebot von Art. 5 Ziff. 4 EMRK entspricht. Das neue Erwachsenenschutzrecht sorgt dafür, dass diese Schwachstelle des Rechtsschutzes behoben wird. Gemäss nArt. 450e Abs. 5 ZGB hat das Gericht in der Regel innert 5 Arbeitstagen seit Eingang der Beschwerde zu entscheiden.
- In vielen Kantonen besteht heute eine weitgehende ärztliche Kompetenz zur Anordnung von FFE. Das neue Erwachsenenschutzrecht lässt die ärztliche Unterbringung gemäss nArt. 429 ZGB weiterhin zu, wobei sie neu auf maximal sechs Wochen befristet ist. Aufgrund des internationalen Vergleichs (Dressing/Salize 2004, 36; oben Ziff. 8) besteht Grund zur Annahme, dass die Möglichkeit der ärztlichen Unterbringung die Häufigkeit von Zwangseinweisungen begünstigt. Die uneinheitliche und teilweise ungenügende Qualität von ärztlichen Einweisungszeugnissen (oben Ziff. 9.1) ist vor diesem Hintergrund als gravierendes Problem zu bezeichnen. Das neue Erwachsenenschutzrecht will mit den ausdrücklichen Verfahrensvorschriften von nArt. 430 ZGB die rechtsstaatliche Qualität der ärztlichen Einweisungen verbessern. Das Ziel einer qualitativen Verbesserung der ärztlichen Einweisungsentscheide kann jedoch nur erreicht werden, wenn die neuen gesetzlichen Vorgaben von der einweisenden Ärzteschaft konsequent umgesetzt werden.
- Aufgrund des internationalen Vergleichs (Dressing/Salize 2004, 38; oben Ziff. 8) ist die obligatorische Verbeiständung ein Wirkfaktor, der zu signifikant tieferen Unterbringungs-raten und –quoten führt. In der Schweiz ist eine obligatorische Verbeiständung von untergebrachten Personen weder im geltenden Vormundschaftsrecht noch im neuen Erwachsenenschutzrecht vorgesehen. Die Einführung einer obligatorischen Verbeiständung



bei fürsorgerischen Unterbringungen erscheint zurzeit kaum realisierbar, sollte jedoch mittel- bis langfristig geprüft werden.

- Psychiatrische Versorgungsstruktur und institutionelle Behandlungskultur haben einen wesentlichen Einfluss auf die Häufigkeit von Zwangseinweisungen. Es gibt Hinweise auf Lücken bei der gemeindenahen und ambulanten Behandlung in vielen Kantonen und Regionen (oben Ziff. 10.1.). Eine bedürfnisgerechte Berücksichtigung der ambulanten Leistungserbringung (GDK-Leitfaden 2008) und die gezielte Entwicklung einer patientenorientierten Behandlungskultur in den Institutionen (oben Ziff. 10.2) könnten einen namhaften Beitrag zur Reduktion der Zwangseinweisungen leisten.
- Die Einführung eines Monitoring und die Veröffentlichung der Daten zur fürsorgerischen Freiheitsentziehung ist eine notwendige Voraussetzung zur systematischen Verbesserung des Rechtsschutzes bei Zwangseinweisungen. Die Psychiatrie-Zusatzdaten der medizinischen Statistik als einzige gesamtschweizerische Datenquelle über psychiatrische Zwangseinweisungen weisen jedoch eine unvollständige Reichweite, inhaltliche Lücken und qualitative Mängel auf. Es sollten eine vollständige Datenerfassung und eine deutliche Verbesserung der Datenqualität angestrebt werden.

## **12. Ausgewählte Beispiel von Good Practice**

### **12.1. Vertrauensperson in den Kantonen Tessin und Genf**

Die EU-Länder, in denen den Patienten bei einer Zwangseinweisung obligatorisch ein Rechtsbeistand zur Seite steht, weisen eine signifikant niedrigere Zwangsunterbringungsquote und tendenziell auch niedrigere Unterbringungsraten aus (vgl. vorn Ziff. 8). Der obligatorische Rechtsbeistand übt neben seiner Kontrollfunktion auch „die Funktion einer vertrauensbildenden und unabhängigen Instanz“ aus (Salize/Dressing 2004, 39). In der Schweiz besteht kein Anspruch auf eine obligatorische Rechtsbeistandung. Im Kanton Tessin wurde durch die Revision des Gesetzes über die Sozialpsychiatrie („Legge sull’assistenza sociopsichiatrica“) 1999 die gesetzliche Grundlage für ein Angebot mit ähnlicher Zielsetzung geschaffen. Es wurde ein unabhängiger Begleitungs- und Beratungsdienst eingeführt, an den sich die Patientinnen und Patienten bei Schwierigkeiten oder Konflikten mit der Institution wenden können. Der Regierungsrat des Kantons Tessin übertrug der Stiftung Pro Mente Sana mit einer Leistungsvereinbarung den Auftrag, den unabhängigen Begleitungs- und Beratungsdienst („servizio indipendente di assistenza e consulenza“) aufzubauen. Zu diesem Zweck stellt der Kanton Tessin jährlich einen finanziellen Beitrag von Fr. 60’000.00 zur Verfügung. Die Vertrauensperson ist in den drei grössten psychiatrischen Spitälern des Kantons (Ospedale psichiatrico cantonale, Clinica Viarnetto, Clinica St. Croce) aktiv. Ihre Tätigkeit besteht in der Beratung und der situationsgerechten Unterstützung der Patientinnen und ihrer Angehörigen sowie der direkten Zusammenarbeit mit den Pflegenden und den kantonalen Institutionen. Zudem hat sie den Auftrag, diejenigen Patientinnen zu unterstützen, die bei der Rekurskommission gegen eine fürsorgerische Freiheitsentziehung rekurrieren (Giorgis 2011, 23f.). Im Kanton Tessin ist die Rate der psychiatrischen Zwangseinweisungen (Zusatzdatensätze mit FFE oder unfreiwillig, Daten Obsan 2009) innerhalb von sieben Jahren von 33% (2002) auf 19% (2009) zurückgegangen. Ob diese positive Entwicklung

zumindest teilweise auf die Einführung der Vertrauensperson zurückzuführen ist, kann allerdings nicht beurteilt werden.

Mit den „conseillers accompagnants“ existiert im Kanton Genf auf der Grundlage des Gesundheitsgesetzes<sup>17</sup> ein weiteres kantonales Unterstützungsangebot. Jede in einer psychiatrischen Einrichtung hospitalisierte Person wird auf ihren Wunsch kostenlos durch einen „conseiller accompagnant“ begleitet. Die „conseillers accompagnants“ sind seit 2009 in einem Verein organisiert und arbeiten unabhängig von den psychiatrischen Institutionen. Der Verein wurde vom Kanton Genf im Jahr 2010 mit einem Beitrag von Fr. 70'000.00 subventioniert (Association d'accompagnants de patients dans le département de psychiatrie des HUG, Rapport d'activités 2010, 19).

## **12.2. Mobile Krisenintervention in der Psychiatrieregion Oberaargau**

Die Psychiatrischen Dienste SRO sind Teil der Spital Region Oberaargau AG (Kanton Bern) und haben den kantonalen Auftrag, die fachpsychiatrische Behandlung der Bevölkerung des Oberaargaus sicherzustellen. Die Behandlung ist der „Bedürfnis- resp. Patientenorientierung“ verpflichtet. Die Versorgung besteht im Wesentlichen aus folgenden Angeboten: Ambulatorium, Akut- und Rehab-Tagesklinik, Psychiatrische Abteilung im Allgemein-Spital, Mobile Krisenintervention sowie Notfall-Triage. Ab Juli 2007 wurde in Langenthal im Rahmen eines Pilotprojektes zum Ausbau der vorstationären, gemeindeintegrierten Akutbehandlung eine mobile Krisenintervention aufgebaut. In Ergänzung dazu wurde eine Notfall-Triage eingeführt. Diese besteht aus einer Oberärztin und einem Oberarzt, welche tagsüber alle Notfälle sehen und triagieren. Sie sind bei Bedarf auch aufsuchend tätig und rücken aus, z.B. in eine Hausarztpraxis, auf einen Polizeiposten oder in eine Wohnung. Die beiden Notfall-Triage-Ärzte sind gleichzeitig Teil des Teams der Mobilien Krisenintervention, welche aus 4 Psychiatriepflegepersonen, einer Sozialarbeiterin und einer Sekretärin besteht.<sup>18</sup>

Die Erfahrungen mit diesem Angebot werden durch Dr.med. Kurt Bachmann, Direktor der Psychiatrischen Dienste wie folgt zusammengefasst<sup>19</sup>:

„Es wurde die Erfahrung gemacht, dass sich gegen eine freiwillige aufsuchende Krisenintervention kaum jemand zur Wehr setzt. Die Wohnungstüre wird zwar aufgrund eines verständlichen Misstrauens gegen die unbekannteten Fachpersonen oft erst beim zweiten, dritten Besuch aufgemacht. Der anfängliche Widerstand wird aber dann rasch durch Kooperationsbereitschaft ersetzt.

In den Jahren 2007/2008 konnte im standortnahen Amt Aarwangen die Zahl der FFE um 50% reduziert werden. Im Amt Wangen konnte eine (nicht signifikante) Reduktion der Zwangseinweisungen um 20% erreicht werden. Diese positive Entwicklung wurde allerdings ab 2009 relativiert, weil die Pflichtaufnahmeklinik Münsingen ab 2009 wegen einer Überbelegung Patienten nur noch im Falle einer FFE aufnahm. Aufgrund dieser neuen Aufnahmepraxis mussten FFE ausgesprochen werden, obwohl der Patient freiwillig eingetreten wäre. Durch das neue Angebot konnte die Zahl der Hospitalisationen – im Gegensatz zur Zahl der FFE – nicht verringert werden. Vielmehr trat ein gegenteiliger Effekt ein. Die Zahl der Hospitalisationen nahm von 333 im Jahr 2007 auf 393 im Jahr 2009 zu, was wahrscheinlich v.a. darauf zurückzuführen ist, dass nun viele der vorher unbe-

---

<sup>17</sup> Lois sur la santé (art. 38 de la loi K1 03)

<sup>18</sup> Kurt Bachmann, Bedürfnisorientierte Behandlung am Beispiel der Psychiatrieregion Oberaargau, Referat vom 28.11.2008, gehalten an der Jubiläumstagung 30 Jahre Pro Mente Sana, downloadbar unter: [www.psychiatrie-sro.ch](http://www.psychiatrie-sro.ch)

<sup>19</sup> Gemäss Telefongespräch vom 3. Februar 2011

handelten Patienten zu einer Behandlung gelangten. Es gab vermehrt Selbstanmelder, resp. Anmeldungen durch Angehörige (2007 wurden im PD Oberaargau 1823 Patienten behandelt und 2009 waren es 2529). Damit ist der Oberaargau zusammen mit der Region Emmental noch immer der Versorgungs-Sektor mit der tiefsten Hospitalisationsrate im Kanton. Es ist anzunehmen, dass das neue Angebot dazu führte, dass neu Patienten versorgt werden konnten, die zuvor keine psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen wollten.“

### **12.3. Modellregion Integrierte Psychiatrie Winterthur**

Die Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw) ist als Modellprojekt aus der Erprobung des Zürcher Psychiatriekonzeptes (1998) hervorgegangen und verwirklicht im Kanton Zürich das Modell einer fortschrittlichen, gemeindenahen und niederschweligen Versorgung. Das Versorgungsmodell anerkennt die Patientenorientierung als wichtigsten Versorgungsgrundsatz. Patientenorientierung wird dabei als Nutzerzentrierung verstanden und will die Nachteile der Institutionszentrierung durch eine bedürfnisgerechte Ausgestaltung psychiatrischer Angebote überwinden (Andreae/Schröder 2004, 18). Zu diesem Zweck setzt die ipw vier Schwerpunkte (Andreae/Schröder 2004, 18f.): Erstens versucht sie, durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit ein humanes Menschenbild zu vermitteln und dabei das Psychiatrische zu entstigmatisieren. Zweitens wird dafür gesorgt, dass im Normalalltag ein psychiatrisches Angebotsnetz, ähnlich der somatischen Medizin, bereitsteht, das vertraute Anlaufstellen wie Hausarztpraxen, Fürsorgestellen und das Allgemeinspital einbezieht. Die Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren wird dabei gefördert. Drittens bietet ipw eine breite Palette von eigenen ambulanten, teilstationären und stationären gemeindenahen Behandlungsleistungen an. Und viertens sorgt ein „Case-Management“ dafür, dass schwer psychisch kranke Menschen einen Grossteil ihres Genesungs- und Stabilisierungsprozesses ausserhalb der stationären Psychiatrie vollziehen (Andreae/Heim/Raupp/von Wyl 2011, 7).

Ein entscheidender Schritt in Richtung Gemeindenähe erfolgte anfang 2005. Die stationäre Akutversorgung der ipw, die bis zu diesem Zeitpunkt in der ländlich gelegenen Psychiatrischen Klinik Rheinau (PKR) angesiedelt war, zog in die Räumlichkeiten der Klinik Schlosstal in Winterthur um. Eine Evaluation der Auswirkungen dieser Verschiebung des stationären Angebotes zeigte, dass Patienten, die in die Klinik Schlosstal eintraten, signifikant seltener per FFE eingewiesen wurden. Dieser Effekt wurde damit erklärt, dass Patienten das niederschwellig konzipierte psychiatrische Angebot nutzten, bevor das Ausstellen eines FFEs notwendig wurde (Reim Gautier/Spycher/Andreae 2010, 398).

Die Umgestaltung der Versorgung in der Psychiatrieregion Winterthur hat insgesamt zu einer deutlichen Reduktion des Anteils der Zwangseinweisungen geführt (Daten Obsan). In der Wohnregion Winterthur sank die Quote der Zwangseinweisungen (FFE/unfreiwillige Eintritte) innerhalb von sieben Jahren von 33% (2002) auf 22% (2009). In den übrigen Regionen des Kantons Zürich (Zahlen ohne Wohnregion Winterthur) ging der Anteil der Zwangseinweisungen auch zurück, allerdings weniger markant von 29,5% (2002) auf 26% (2009).

#### **12.4. Prävention von Zwangseinweisungen im Zürcher Impulsprogramm (zinep)**

Ein Teilprojekt des Zürcher Impulsprogrammes zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (zinep)<sup>20</sup> ist dem Ziel gewidmet, die Wirksamkeit von Massnahmen zu untersuchen, die geeignet sind, die Anzahl und Dauer zwangsweiser stationär-psychiatrischer Einweisungen und Behandlungen (FFE) von Risikopatienten zu verringern. Mit der Studie soll ein neuartiges Interventionsprogramm evaluiert werden, das am Interesse des Patienten ansetzt, den Verlust der eigenen Handlungsautonomie möglichst zu vermeiden. Das Interventionsprogramm, an dem 400 chronisch psychisch kranke Patienten teilnehmen, setzt sich aus einer problemspezifischen Schulung, dem Erstellen einer persönlichen Notfallkarte vor Austritt aus der Klinik sowie einem präventiven Monitoring hinsichtlich individueller Risikofaktoren für eine Zwangsunterbringung anhand einer persönlichen Checkliste zusammen. Die Studienleitung erwartet beim Untersuchungskollektiv eine signifikante Reduktion unfreiwilliger Aufnahmen, die Senkung der Gesundheitskosten sowie eine höhere Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität bei den Patienten. Die Gesamtdauer des im Januar 2010 gestarteten Projektes beträgt ca. 5 Jahre.

#### **12.5. ITHACA Toolkit**

Das ITHACA Toolkit<sup>21</sup> (Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment) ist ein Monitoring-Instrument, das dazu dient, die Einhaltung der Menschenrechte und die allgemeine Gesundheitsversorgung in psychiatrischen Einrichtungen zu bewerten. Es wurde von einem EU-finanzierten Konsortium aus 15 EU-Ländern entwickelt und in einem breiten Spektrum von 87 Einrichtungen erfolgreich erprobt. Es dient der Verwirklichung der im UN-Übereinkommen über die Rechte der Menschen mit Behinderungen geschützten Menschenrechte. Das Instrument geht davon aus, dass Personen in psychiatrischen Einrichtungen überall in Europa öffentlich zu wenig wahrgenommen werden. Das Monitoring verknüpft die Begutachtung der Menschenrechtssituation mit dem Anliegen, die bewerteten Einrichtungen weiterzuentwickeln. Bei der Entwicklung des Toolkits haben in allen Projektphasen Personen mit Psychiatrieerfahrung intensiv mitgearbeitet. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass Personen mit Behinderung nicht mehr Objekt von Mitleid und Fürsorge sind, sondern selbst Akteure mit eigenen Rechten. Beispiele von Themen, die im ITHACA Toolkit berücksichtigt werden, sind „Zugang zu und Miteinbeziehung in die Entwicklung der Betreuungspläne“, „Besuche“ „Zwangsmassnahmen und Zwangsbehandlung“ sowie das „Verlagern der Behandlung in gemeindenahe Einrichtungen“.

### **13. Ländervergleich**

Der internationale Vergleich (Salize/Dressing/Peitz 2002; oben Ziff. 8) zeigt, dass bei der Unterbringungsrate grosse Unterschiede zwischen den Mitgliedsstaaten der EU bestehen. Als vorbildlich dürfen die Länder bezeichnet werden, die über eine gute psychiatrische Versorgung der Bevölkerung verfügen, jedoch eine tiefe Unterbringungsrate ausweisen (Daten Salize/Dressing/Peitz

---

<sup>20</sup> Informationen zum gesamten Impulsprogramm sowie zum Teilprojekt unter: [www.zinep.ch](http://www.zinep.ch); Gesamtleitung des Projektes durch Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler, Direktor der Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie Zürich West an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

<sup>21</sup> Informationen zum ITHACA Toolkit unter: [www.ithacastudy.eu](http://www.ithacastudy.eu)

2002). Dazu zählen England (48 Unterbringungen pro 100'000 Einwohner) und die Niederlande (44 Unterbringungen pro 100'000 Einwohner). Die Situation in diesen Ländern soll kurz skizziert werden.

### **13.1. England**

Die Rahmenbedingungen für psychiatrische Zwangseinweisungen ergeben sich aus dem Mental Health Act 1983. Die gesetzlichen Bestimmungen weisen einen sehr hohen Differenzierungsgrad auf. Es sind hauptsächlich drei Arten von Zwangseinweisungen („compulsory admissions“) zu unterscheiden: „emergency orders“, „assessment orders“ und „treatment orders“. Die „emergency orders“ bilden das einfachste Verfahren für Notfälle und dauern maximal 72 Stunden. Die „assessment orders“ sind auf eine Dauer von 28 Tagen begrenzt und dienen der Untersuchung des Patienten, der auch eine medizinische Behandlung folgen kann. Der Antrag auf Einweisung geht entweder von einem „approved mental health professional (AMPH)“ oder von den nächsten Angehörigen aus. „approved mental health professionals“ sind Sozialarbeitende, Pflegefachpersonen oder PsychologInnen, die von einer lokalen Sozialbehörde für diese Aufgabe autorisiert sind. Die AMPH befragen den Patienten und überzeugen sich, dass eine Klinikeinweisung unter den gegebenen Umständen der angemessenste Weg ist, um dem Patienten die Betreuung und medizinische Behandlung zu erbringen, die er braucht. Der Antrag auf Klinikeinweisung muss von zwei Ärzten bestätigt werden. Eine Ausnahme bilden nur die „emergency orders“, für die die Zustimmung eines Arztes oder einer Ärztin genügt (David V. James in: Salize/Dressing/Peitz 2002, 138-146)

Die psychiatrische Versorgung in England ist durch ein dichtes Netz von gemeindenahen Einrichtungen geprägt und verfügt über eine sehr tiefe Zahl von Psychatriebetten pro 100'000 BewohnerInnen. Aufgrund der Daten der WHO Region Europa belegen England und Wales den sechstletzten Rang von 42 Staaten, was die Zahl der psychiatrischen Bettendichte anbelangt. Die WHO beurteilt die tiefe Bettendichte eher als Ausdruck einer „Post-Deinstitutionalisierung“ denn als Zeichen von unangemessener Infrastruktur oder zu tiefen Investitionen (The Mental Health Act Commission Report for 2007-2009, 1.21.)

### **13.2. Niederlande**

In den Niederlanden sind die Rahmenbedingungen für psychiatrische Zwangseinweisungen in einem Gesetz (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, Wet Bopz) geregelt, das 1994 in Kraft getreten ist. Dieses Gesetz betont die Menschenrechte und zeigt Anzeichen eines „lawyer's law“ im Vergleich zum eher ärzteorientierten Lunacy Law, das es ablöste. Eine Besonderheit besteht darin, dass dem niederländischen Parlament im Abstand von fünf Jahren eine Evaluation des Gesetzes vorzulegen ist. Ein wesentlicher Eckpfeiler des neuen Gesetzes war die Stärkung der Rechte des Patienten. Es basiert auf der Annahme, dass es wünschbar ist, die Autonomie des Patienten so stark und so lange wie möglich zu schützen. Es wird strikte getrennt zwischen der Zwangseinweisung und der Zwangsbehandlung. Die Ärzte müssen den Patienten mehr also zuvor von den Behandlungsmöglichkeiten überzeugen, um die Zustimmung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters zu erhalten. Die Gesetzesänderung hat offenbar die Arzt-Patientenbeziehung verbessert, kann aber bei einer Verweigerung der Behandlung durch die betroffene Person auch zu Patt-Situationen führen. In Bezug auf die psychiatrische Versorgung ist anzumerken, dass die Zahl der psychiatrischen Betten in Einrichtungen für mittlere und längere Aufenthalte seit den 1980er Jahren stetig reduziert wurde (Willem J. Schudel in: Salize/Dressing/Peitz, 117-122).

## 14. Empfehlungen

Die Schweiz weist im internationalen Vergleich (EU-Studie, oben Ziff. 8) eine hohe Rate von Zwangsunterbringungen aus. Der Rechtsschutz bei psychiatrischen Zwangseinweisungen weist Lücken und Mängel auf und entfaltet nur eine eingeschränkte Wirksamkeit. Das neue Erwachsenenschutzrecht verstärkt die Rechte der Betroffenen bei fürsorgerischen Unterbringungen (vgl. oben Ziff. 4.2.), vermag jedoch für sich allein nicht alle bestehenden Mängel zu eliminieren. Es werden deshalb sechs verschiedene Massnahmen empfohlen, um bestehenden Schwachstellen zu reduzieren und die Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen zu verbessern.

Die Empfehlungen wurden am 18. Mai 2011 im Rahmen einer vom Bundesamt für Gesundheit organisierten und in den Räumen der Schweiz. Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) durchgeführten Veranstaltung vorgestellt und breit diskutiert. An dem von Ursula Ulrich, Leiterin Abteilung Multisektorale Projekte, Bundesamt für Gesundheit, geleiteten Hearing nahmen Vertreterinnen und Vertreter der Kantone, Fachpersonen aus den Bereichen der Psychiatrie und des Vormundchaftswesens sowie eine Vertretung von Organisationen der Betroffenen und der Angehörigen teil<sup>22</sup>. Die Empfehlungen zur Verbesserung der Qualität der statistischen Erhebungen (Empfehlung 2), zur Einführung eines Angebotes von unabhängigen Begleitungs- und Beratungsdiensten (Empfehlung 4), zum Ausbau der teilstationären und gemeindenahen Infrastrukturen (Empfehlung 5) sowie zur Behandlungsvereinbarung und zur Patientenverfügung (Empfehlung 6) wurden von den Teilnehmenden begrüsst und unterstützt. In Bezug auf die Empfehlung zur Ausarbeitung von Richtlinien zur fürsorgerischen Unterbringung mit dem Zweck einer Vereinheitlichung der Anwendungspraxis (Empfehlung 1) sowie der Verabschiedung von Mindeststandards für die Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, die FU anordnen (Empfehlung 3), waren die Meinungen demgegenüber geteilt. Die am Hearing vorgebrachten Einwendungen und Anregungen wurden bei der Überarbeitung der Empfehlungen soweit möglich berücksichtigt.

### 14.1. Anwendungsbereich der fürsorgerischen Unterbringung

Die Abgrenzung zwischen FFE und freiwilligen Aufenthalten ist von grundlegender Bedeutung für die Wirksamkeit des Rechtsschutzes. Gemäss der Studie Borghi (1991; oben Ziff. 5) gibt es jedoch einen hohen Anteil von „falschen Freiwilligen“. Bei dieser Patientengruppe, bei der die Bestimmungen über die FFE anwendbar wären, wird der gesetzlich vorgesehene Rechtsschutz unterlaufen. Mit dem Inkrafttreten des Erwachsenenschutzrechts gewinnt die korrekte Zuweisung der Fälle zu einer der beiden Kategorien fürsorgerische Unterbringung bzw. Freiwilligkeit noch an Bedeutung. Denn gemäss den Bestimmungen des neuen Rechts (nArt. 429 Abs. 1 und 2 ZGB) müssen ärztliche Unterbringungen spätestens nach sechs Wochen von den Erwachsenenschutzbehörden überprüft werden. Es besteht die Gefahr, dass die Erwachsenenschutzbehörde bei dieser Patientengruppe die gesetzliche vorgesehene Kontrollfunktion nicht wahrnehmen kann, weil diese Fälle der Behörde aufgrund einer Fehlzweisung nicht gemeldet werden. Die Praxis einzelner Kliniken, die Patientinnen und Patienten nur nach Anordnung einer FFE aufnehmen (oben Ziff. 5), führt umgekehrt zu einer rechtlich problematischen Ausdehnung des Anwendungsbereiches der FFE und zu einer vermeidbaren Stigmatisierung von betroffenen Personen, die freiwillig eine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen möchten. Ein funktionierender und wirksamer Rechtsschutz setzt voraus, dass der

---

<sup>22</sup> Vgl. die vollständige Teilnehmerliste des Hearings im Anhang unter „Methode“

Anwendungsbereich der Bestimmungen über die fürsorgerische Unterbringung möglichst einheitlich gehandhabt wird.

Der Verfasser dieses Berichts präsentierte anlässlich des Hearings den Vorschlag, es seien Richtlinien zur fürsorgerischen Unterbringung auszuarbeiten, um eine Vereinheitlichung der Praxis zur Abgrenzung der Freiwilligkeit von einer fürsorgerischen Unterbringung zu gewährleisten. Diese Richtlinien könnten von Organisationen wie der KOKES, der GDK oder der SGPP erarbeitet werden. Anlässlich des Hearings wurde eingewendet, dass einerseits bereits verschiedene Richtlinien bestünden und andererseits die Entwicklung der Praxis zum neuen Recht abgewartet werden müsse. Die anwesende Ärzteschaft zeigte sich jedoch offen für das Anliegen, soweit die Richtlinien praxisnah seien und die Federführung für die Erstellung der Richtlinien bei der Ärzteschaft liege. Als geeignete Instanz komme insbesondere die Schweiz. Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) in Frage. Die nachfolgende Empfehlung berücksichtigt das Ergebnis dieser Diskussion.

#### **Empfehlung 1 – Anwendungsrichtlinien zur fürsorgerischen Unterbringung**

Die einweisende Ärzteschaft und die aufnehmenden psychiatrischen Kliniken sollen gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren in diesem Bereich (SAMW, SGPP, Kantone/GDK, KOKES) dafür sorgen, dass das neue Recht bekannt und implementiert wird. Als Grundlage für eine möglichst einheitliche Handhabung der fürsorgerischen Unterbringung sollen praxisnahe Richtlinien zur Anwendung der neuen gesetzlichen Bestimmungen erlassen werden (z.B. durch die SAMW).

#### **14.2. Statistische Grundlagen und Forschung**

Die statistische Erfassung von psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz ist in verschiedener Hinsicht mangelhaft (oben Ziff. 7.1.). Es wird empfohlen, insbesondere folgende Verbesserungen zu realisieren:

- In den beiden Fragen der medizinischen Statistik zur „Freiwilligkeit“ und zur „Fürsorgerischen Freiheitsentziehung“ sind Doppelspurigkeiten und Überschneidungen angelegt, die eliminiert werden sollten (Vorschlag: Übernahme der Spezifikation des Kantons Zürich, PSYREC-KTR Nr. 115 – Freiwilligkeit)
- Die Zurückbehaltung von betroffenen Personen durch die psychiatrischen Kliniken sollte in Zukunft erfasst werden
- In Bezug auf die Fälle mit fürsorgerischer Unterbringung ist eine vollständige Datenerhebung (Obligatorium für alle psychiatrischen Kliniken) anzustreben.
- Die vollständigen Daten zu den FU sollen in Zukunft als Element einer umfassenden Erwachsenenschutzstatistik veröffentlicht werden.
- Es soll geprüft werden, wie die ambulanten Zwangsbehandlungen, die die Kantone gemäss neuem Recht (nArt. 437 Abs. 2 ZGB) einführen können, statistisch erfasst werden können.

## **Empfehlung 2 – Qualität der statistischen Erhebungen**

Verbesserung der statistischen Erfassung der psychiatrischen Zwangseinweisung und Publikation der Häufigkeit von FU in der künftigen Erwachsenenschutzstatistik; Prüfung der Möglichkeit einer statistischen Erfassung von ambulanten Zwangsmassnahmen gemäss kantonalem Recht

Initiierung eines nationalen Forschungsprojektes (auf der Grundlage einer verbesserten Datenlage) zur Klärung der grossen kantonalen Unterschiede bei der Häufigkeit der psychiatrischen Zwangseinweisungen.

### **14.3. Fortbildung der ärztlichen Einweisenden**

Aufgrund der Ergebnisse der EU-Studie (oben Ziff. 8) gibt es Hinweise, dass in Staaten, in denen eine medizinische Autorität über die Zwangsunterbringung entscheidet, die Unterbringungs- und –quoten höher sind als in Ländern, in denen die Einweisungsbefugnis von einer nichtmedizinischen Autorität wahrgenommen wird. Die Untersuchung von Maier (2001; oben Ziff. 9.1.) hat aufgezeigt, dass die formale und inhaltliche Qualität ärztlicher FFE-Zeugnisse unbefriedigend ist und in vielen Fällen nicht den elementaren rechtsstaatlichen Anforderungen genügt. Vor allem die Hausärzte schnitten bei der Untersuchung schlecht ab. Gemäss Art. 429 ZGB können die Kantone auch im neuen Erwachsenenschutzrecht die Einweisungsbefugnis für eine Maximaldauer von höchstens sechs Wochen auf Ärzte und Ärztinnen übertragen. Der Bundesrat wies in seiner Botschaft darauf hin, dass Ärztinnen und Ärzte, die relativ selten mit der Notwendigkeit einer Unterbringung gegen den Willen der Patientin oder des Patienten konfrontiert werden, häufig überfordert sind, und „oft die in diesem rechtlich und psychologisch sensiblen Gebiet notwendige Qualität des Unterbringungsentscheids nicht gewährleisten“ können (Botschaft Erwachsenenschutzrecht, BBl 2006, 7064f.) Er schlug deshalb eine Einschränkung der Einweisungskompetenz auf „geeignete“ ärztliche Fachpersonen vor, die jedoch vom Parlament aus dem Gesetz gestrichen wurde. Das Bundesrecht verzichtet somit auf Vorgaben in Bezug auf die Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte, denen von den Kantonen die Einweisungsbefugnis übertragen werden darf.

Der Verfasser dieses Berichtes präsentierte anlässlich des Hearings den Vorschlag, es sollten Mindeststandards für die Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten festgelegt werden, die FU anordnen. Der Inhalt der Fortbildung solle rechtliche und psychiatrische Grundkenntnisse, ein Basiswissen über Alternativen zur Klinik sowie Grundlagen über Deeskalationsstrategien umfassen. Mit dieser Massnahme könnte eine hohe formelle und materielle Qualität der Unterbringungsentscheide der einweisenden Ärztinnen und Ärzte erreicht werden. Dieser Vorschlag stiess anlässlich des Hearings mehrheitlich auf Ablehnung. Es wurde die Befürchtung geäussert, dass dadurch die Bereitschaft der Ärzteschaft vermindert werde, bei psychiatrischen Zwangseinweisungen mitzuwirken. Vor allem in ländlichen Gebieten könne der Vorschlag nicht umgesetzt werden. Als Alternative zu einer obligatorischen Fortbildung wurde eine Überprüfung und Ergänzung der rechtsmedizinischen Ausbildungsziele im Medizinstudium vorgeschlagen. Die Kompetenz zur Anordnung von FU solle inskünftig wie das Notfallbrevet zum Rüstzeug der Ärzteschaft gehören.

Der Verfasser des Berichtes attestiert, dass die Einführung einer obligatorischen Fortbildung vor allem in ländlichen Gebieten nur schwer umsetzbar ist und zu Vollzugsproblemen führen könnte. Gleichzeitig ist er der Meinung, dass die Einführung von Mindeststandards für die Fortbildung zumindest mittel- bis langfristig angestrebt werden sollte. Eine psychiatrische Zwangseinweisung stellt



einen weitreichenden Eingriff in die Freiheitsrechte der Betroffenen dar. Aus grundrechtlicher Sicht müssen deshalb hohe Anforderungen an die Qualität des ärztlichen Einweisungsentscheides gestellt werden. Den Bedenken hinsichtlich der Umsetzbarkeit einer flächendeckenden obligatorischen Fortbildung trägt die modifizierte Empfehlung insofern Rechnung, als ein stufenweises Vorgehen zur Verbesserung der Qualität der ärztlichen Einweisungen vorgeschlagen wird.

#### **Empfehlung 3 – Qualität der ärztlichen Einweisungen**

Prüfung einer Erweiterung der rechtsmedizinischen Ausbildungsziele im Medizinstudium im Hinblick auf das neue Erwachsenenschutzrecht (insbesondere Vermittlung von Basiswissen in Bezug auf die Anordnung von fürsorglichen Unterbringungen).

Erneute Untersuchung der formalen und inhaltlichen Qualität von ärztlichen Einweisungszeugnissen nach Inkrafttreten des neuen Erwachsenenschutzrechts (analog Studie Maier, 2001).

Als mittelfristiges Ziel: Festsetzung von Mindeststandards für die Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, die FU anordnen (unter Beteiligung von SGPP, Kantone/GDK). Im Sinne eines Zwischenschrittes: Schaffung von finanziellen Anreizen für die Hausärztinnen und Hausärzte, eine entsprechende Fortbildung zu absolvieren

#### **14.4. Aufbau unabhängiger Dienste von Vertrauenspersonen**

Die EU-Studie (oben Ziff. 8) weist nach, dass Staaten, die im Rahmen des Unterbringungsverfahrens die obligatorische Einbeziehung eines Rechtsbeistandes gesetzlich vorsehen, signifikant niedrigere Unterbringungsquoten aufweisen. In der Schweiz ist weder im geltenden Recht noch im neuen Erwachsenenschutzrecht eine obligatorische Rechtsverbeiständung vorgesehen. Das neue Recht führt jedoch Vertrauenspersonen ein, die befugt sind, die betroffene Person während des Klinikaufenthaltes und bis zum Abschluss aller damit zusammenhängenden Verfahren zu unterstützen (nArt. 432 ZGB). Die Vertrauenspersonen übernehmen somit ähnliche Funktionen wie ein Rechtsbeistand und können diesen zumindest teilweise ersetzen. Eine Schwäche dieses Modells ergibt sich allerdings aus dem Umstand, dass nicht alle betroffenen Personen die Möglichkeit haben, in ihrem eigenen sozialen Umfeld eine geeignete Person zu finden, die die Rolle der Vertrauensperson wahrnehmen kann. Der Bundesrat hat deshalb darauf hingewiesen, dass die Kantone unabhängige Dienste mit der Aufgabe betrauen können, auf Wunsch der betroffenen Person eine Vertrauensperson zur Verfügung zu stellen (Botschaft Erwachsenenschutzrecht, BBl 2006, 7067). In den Kantonen Tessin und Genf existieren seit vielen Jahren unabhängige Begleitungs- und Beratungsdienste auf der Grundlage der kantonalen Gesetzgebung. Die finanziellen Folgekosten für die Kantone sind relativ bescheiden (vgl. dazu oben Ziff. 12.1.).

#### **Empfehlung 4 – Unabhängige Begleitungs- und Beratungsdienste**

Einführung von unabhängigen Begleitungs- und Beratungsdiensten für untergebrachte Personen in den Kantonen.

#### **14.5. Ausbau von teilstationären und gemeindenahen Infrastrukturen**

Die psychiatrische Versorgung der Schweiz weist im internationalen Vergleich eine überdurchschnittlich hohe Bettendichte aus. Es bestehen Hinweise auf einen Mangel an teilstationären und gemeindenahen Infrastrukturen (oben Ziff. 10.1). Lücken im Angebot von extramuralen psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen führen dazu, dass Zwangseinweisungen ausgesprochen werden, die vermeidbar wären, wenn ein adäquates ambulantes Angebot zur Verfügung stünde. Das Beispiel der Psychiatrieregion Oberaargau (oben Ziff. 12.2.) zeigt, dass der Ausbau einer vorstationären, gemeindeintegrierten Akutbehandlung mit mobiler Krisenintervention eine markante Reduktion von Zwangseinweisungen zu bewirken vermag.

##### **Empfehlung 5 – Patientengerechte psychiatrische Versorgung**

Bei der Durchführung von Modellprogrammen zur Entwicklung einer patientengerechten psychiatrischen Versorgung (GDK-Leitfaden 2008, 2) soll dem Aspekt der Minimierung von Zwangseinweisungen (Vorrang von mildereren Massnahmen) eine hohe Beachtung geschenkt werden.

#### **14.6. Förderung von Behandlungsvereinbarungen und psychiatrischen Patientenverfügungen**

Eine patientengerechte Behandlungskultur vermag die Unterbringungsquote zu reduzieren (vorn Ziff. 10.2). Trägt die Behandlung den Vorstellungen und Wünschen der Patientinnen und Patienten Rechnung, so wird dadurch die Schwelle für einen freiwilligen Eintritt gesenkt und es können Zwangseinweisungen vermieden werden. Die Behandlungsvereinbarungen, die in der Schweiz in verschiedenen psychiatrischen Kliniken angeboten werden, tragen dazu bei, dieses Ziel zu erreichen. Sie erlauben es den Patientinnen und Patienten, mit der Klinik Vereinbarungen für künftige Behandlungen zu treffen (Bielinski 2003, 12). Die Patientenverfügung, die als neues Rechtsinstitut im Erwachsenenschutzrecht geregelt wird (nArt. 370 – 373 ZGB), erfüllt einen ähnlichen Zweck.

##### **Empfehlung 6 - Behandlungsvereinbarung und Patientenverfügung**

Lancierung von Pilotprojekten in ausgewählten Kliniken mit dem Ziel, die Instrumente der Behandlungsvereinbarung und der Patientenverfügung zu erproben und wissenschaftlich zu evaluieren.

## Literaturverzeichnis

- Abderhalden C./Ebner G. (2009): Hilfe wider Willen – wie fürsorglich ist die Freiheitsentziehung? in: *pro mente sana aktuell* 1, 24-25.
- Andreae A./Schröder S. (2004): Patientenorientierung in der Integrierten Psychiatrie Winterthur, in: *Managed Care* 7, 18-20.
- Andreae A./Heim G./Raupp K./von Wyl A. (2011): Case Management unter erschwerten Bedingungen, in: *Care Management* 4 Nr. 1, 7-11.
- Bielinski D. (2003): In guten für schlechte Zeiten vorsorgen: Was die Behandlungsvereinbarung vermag, in *pro mente sana aktuell* 3, 12-13.
- Borghini M. (1991): Evaluation de l'efficacité de la législation sur la privation de liberté à des fins d'assistance, Agno.
- Christen L./Christen S. (2005): Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Arbeitsdokument 13, Neuchâtel.
- Dressing H./Salize HJ. (2004): Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung, in: *Psychiat Prax* 31: 34 – 39.
- Frick U./Rüesch P./Neuenschwander M./Rössler W. (2003): Unfreiwillige psychiatrische Hospitalisierungen im Kanton Zürich 1995 bis 2001: Wieviel? Wer? Wie? Mit welchem Ergebnis?, in: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 154, 116-126.
- Giorgis Maria Grazia (2011): Die Tätigkeit einer unabhängigen Vertrauensperson am Beispiel des Kantons Tessin, in: *pro mente sana aktuell* 2, 23-24
- Honsell H./Vogt N.P./Geiser T. (Hg.) (2010): Basler Kommentar zum Zivilgesetzbuch, ZGB I (Art. 1-456 ZGB), 4. Aufl., Basel.
- Kuhl H.C. (2008): Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000 – 2006, Obsan Arbeitsdokument 31, Neuchâtel.
- Maier Thomas (2001): Die Praxis der Fürsorgerischen Freiheitsentziehung, in: *Praxis Schweizerische Rundschau für Medizin* 37, 1575–1581
- Pieters Volker, Macht – Zwang – Sinn (2003): Subjektives Erleben, Behandlungsbewertungen und Therapieerfolge bei gerichtlichen Unterbringungen schizophrener Menschen, Bonn.
- Reim Gautier C., Spycher I., Andreae A. (2010): Stadt statt Land, Evaluation der Auswirkungen eines strukturellen Faktors auf die Gemeindenähe und Niederschwelligkeit der Akutpsychiatrie, in: *Psychiat Prax* 37: 397-400.
- Riecher-Rössler A./Rössler W. (1993) : Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. *Acta Psychiatr Scand* 87: 231-236.

Riecher-Rössler A./Rössler W. (1992): Die Zwangseinweisung psychiatrischer Patienten im nationalen und internationalen Vergleich – Häufigkeit und Einflussfaktoren. Fortschr Neurol Psychiatr; 60: 375-82.

Rosch D., Büchler A., Jakob D. (Hg.) (2011): Das neue Erwachsenenschutzrecht, Einführung und Kommentar zu Art. 360 ff. ZGB, Basel.

Salize HJ., Dressing H. (2009): Die Gesetzgebung zur Unterbringung psychisch Kranker im europäischen Vergleich, in: UbG aktuell, Tagungsband des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen, 15-22.

Salize HJ./Dressing H./Peitz M. (2002): Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final report. European Commission – Health & Consumer Protection Directorate-General, Mannheim.

### **Verzeichnis weiterer Quellen**

Botschaft zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht) vom 28. Juni 2006, BBl 2006 7001 ff.

Conseillers accompagnants, Association d'accompagnants de patients dans le département de psychiatrie des HUG, Rapport d'activités 2010

GDK, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren, Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“, Bern, Juli 2008

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (Hrsg.), Zürcher Psychiatrie. Psychiatriekonzept – Leitbild und Rahmenkonzept. Zürich: 1998

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, PSYREC-KTR-Handbuch, Oktober 2007

## **Methode**

Eine wichtige Grundlage des Berichtes zur „Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz“ bilden Informationen, Hinweise und Einschätzungen von Expertinnen und Experten verschiedener Fachrichtungen.

Der Verfasser des Berichtes befragte zu einzelnen Themen verschiedene Fachpersonen. Die Befragung erfolgte im persönlichen Gespräch, telefonisch oder per E-Mail. Es wurden folgende Expertinnen und Experten befragt:

Dr. med. Bachmann Kurt, Chefarzt Psychiatrische Dienste SRO, Langenthal  
Prof. Dr. iur. Borghi Marco, Universitäten Fribourg und Lugano, Comano  
Camenzind Paul, Stv. Leiter Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel (\*)  
Dr. med. Dubno Benjamin, Leitender Arzt Sektor Winterthur Erwachsenenpsychiatrie, Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw)  
Dr. med. Haas Sebastian, Leitender Arzt Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw)  
Hatam Shirin, avocate, Association Romande Pro Mente Sana, Genève (\*)  
Prof. Rössler Wulf, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Rumpf Martin, Projektleiter, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

Am 18. Mai 2011 führte das Bundesamt für Gesundheit zudem eine Anhörung durch, an dem die oben mit einem (\*) bezeichneten Fachpersonen sowie folgende Expertinnen und Experten teilnahmen:

Ulrich Ursula, Co-Leiterin Abteilung Multisektorale Projekte BAG, Bern (Leitung)  
Dr. Rička Regula, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Bern (Protokoll)

Abderhalden Christoph, UPD Bern, Direktor Pflege und Pädagogik, Bern  
Dubi Margrit, VASK Schweiz, Basel  
Gussmann Marianne, Rechtsabteilung Gesundheitsdirektion, Zürich  
Dr.med. Kurt Hans, Präsident Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Solothurn  
Dr.med. Mani Martin, Gesundheitsamt Graubünden – Kantonsarzt, Chur  
Moser Elsy B., Stiftung Pro Mente Sana – Betroffenenvertreterin, Zürich  
Münger Simone, Rechtsdienst Stiftung Pro Mente Sana, Zürich  
Dr. med. Oswald Anja, Kantonsärztlicher Dienst, Basel  
Reichenbach Kathrin, Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern, Rechtsamt, Bern  
Schibli Daniela, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren, Bern  
Schmid Christoph, Curaviva, Bern  
Schranner Rebekka, Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern, Spitalamt, Bern  
Tormen Denise, Departement des Innern des Kantons Solothurn, Solothurn  
Prof. (FH) Wider Diana, Generalsekretärin KOKES, Luzern

Psychiatrische Hospitalisierungen<sup>1)</sup> 2002 - 2009: Total Fälle

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AG	3550	3425	3463	3743	3757	3805	4059	4495
AI	74	88	100	116	117	97	121	116
AR	442	489	521	506	516	512	578	556
BE	8314	8425	8578	8581	8458	8900	9063	9529
BL	2569	2512	2652	2533	2501	2606	2804	2691
BS	3644	3456	3403	3399	3525	3286	2951	3339
FR	2220	2204	2217	2241	2298	2399	2368	2661
GE	5355	5725	5084	6337	8528	7664	8470	8077
GL	280	99	363	222	231	354	444	388
GR	1980	1463	2002	1798	1903	1995	2077	1720
JU	668	864	789	798	548	655	762	665
LU	2588	2555	2507	2555	2600	2736	2648	2773
NE	1987	2018	2207	1890	2011	2048	2028	1994
NW	205	205	214	212	290	255	244	264
OW	213	222	201	183	235	229	234	257
SG	3783	3802	4176	4038	4178	4382	4373	4794
SH	652	675	797	704	719	705	781	628
SO	2206	2411	2360	2388	2138	2393	2340	2355
SZ	757	847	789	846	904	899	884	1001
TG	1954	1885	2156	2114	2207	2378	2854	2639
TI	4286	4055	4097	3926	3938	3996	3607	3733
UR	268	211	229	225	207	218	213	231
VD	6960	7147	7297	7321	6869	6766	7045	6809
VS	3022	3219	2874	2936	3075	2950	2907	2891
ZG	708	711	689	700	830	787	842	864
ZH	11737	12286	12652	13162	13732	14904	15226	14773
Total CH	70'422	70'999	72'417	73'474	76'315	77'919	79'923	80'243

1) F-Hauptdiagnosen in K21, M500 oder Somatik sowie Nicht-F-Hauptdiagnosen in K21 oder M500  
 Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Auswertung Obsan

Psychiatrische Hospitalisierungen<sup>1)</sup> 2002 - 2009: Fälle mit Zusatzdatensatz

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AG	1885	1878	1939	2204	2223	2249	2578	2848
AI	45	37	51	66	55	62	76	67
AR	298	357	343	367	287	356	405	368
BE	5229	5582	5700	5758	5914	5870	6579	6992
BL	1474	1431	1563	1529	1478	1557	1873	1719
BS	2821	2766	2721	2745	2862	2740	2369	2571
FR	54	52	70	84	91	106	100	142
GE	3495	4046	3103	5104	5163	43	260	228
GL	77	65	139	96	100	140	193	155
GR	1309	110	1237	1318	1430	1456	1603	1315
JU	91	80	141	412	378	472	539	462
LU	147	176	197	211	277	248	2033	2099
NE	971	969	1063	974	1062	1123	1058	1100
NW	82	110	105	101	156	154	135	152
OW	106	143	119	111	170	171	164	177
SG	2382	2393	2590	2658	2706	2799	2834	3130
SH	107	131	104	118	89	111	166	127
SO	1134	1293	1249	1318	1332	1443	1631	1713
SZ	206	213	233	251	579	583	592	730
TG	1541	1525	1716	1700	1801	1895	2426	2168
TI	2172	2128	2265	2176	2529	2499	2300	2296
UR	84	21	17	31	125	124	131	154
VD	146	139	5594	5524	5149	4973	5044	4761
VS	1321	1579	1663	1868	1879	1820	1814	1876
ZG	108	132	163	154	546	532	634	700
ZH	9194	9541	10048	10840	10947	11877	12223	11713
Total CH	36'479	36'897	44'133	47'718	49'328	45'403	49'760	49'763

1) F-Hauptdiagnosen in K21, M500 oder Somatik sowie Nicht-F-Hauptdiagnosen in K21 oder M500  
Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Auswertung Obsan

Psychiatrische Hospitalisierungen<sup>1)</sup> 2002 - 2009: Mit Zusatzdatensatz (in % aller Fälle)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AG	53%	55%	56%	59%	59%	59%	64%	63%
AI	61%	42%	51%	57%	47%	64%	63%	58%
AR	67%	73%	66%	73%	56%	70%	70%	66%
BE	63%	66%	66%	67%	70%	66%	73%	73%
BL	57%	57%	59%	60%	59%	60%	67%	64%
BS	77%	80%	80%	81%	81%	83%	80%	77%
FR	2%	2%	3%	4%	4%	4%	4%	5%
GE	65%	71%	61%	81%	61%	1%	3%	3%
GL	28%	66%	38%	43%	43%	40%	43%	40%
GR	66%	8%	62%	73%	75%	73%	77%	76%
JU	14%	9%	18%	52%	69%	72%	71%	69%
LU	6%	7%	8%	8%	11%	9%	77%	76%
NE	49%	48%	48%	52%	53%	55%	52%	55%
NW	40%	54%	49%	48%	54%	60%	55%	58%
OW	50%	64%	59%	61%	72%	75%	70%	69%
SG	63%	63%	62%	66%	65%	64%	65%	65%
SH	16%	19%	13%	17%	12%	16%	21%	20%
SO	51%	54%	53%	55%	62%	60%	70%	73%
SZ	27%	25%	30%	30%	64%	65%	67%	73%
TG	79%	81%	80%	80%	82%	80%	85%	82%
TI	51%	52%	55%	55%	64%	63%	64%	62%
UR	31%	10%	7%	14%	60%	57%	62%	67%
VD	2%	2%	77%	75%	75%	73%	72%	70%
VS	44%	49%	58%	64%	61%	62%	62%	65%
ZG	15%	19%	24%	22%	66%	68%	75%	81%
ZH	78%	78%	79%	82%	80%	80%	80%	79%
Total CH	52%	52%	61%	65%	65%	58%	62%	62%

 Zusatzdatensatz < 50% aller Fälle gemäss Fussnote 1)

1) F-Hauptdiagnosen in K21, M500 oder Somatik sowie Nicht-F-Hauptdiagnosen in K21 oder M500  
Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Auswertung Obsan

Psychiatrische Hospitalisierungen<sup>1)</sup> 2002 - 2009: Davon mit FFE<sup>2)</sup>

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AG	685	616	642	750	719	751	817	974
AI	10	8	10	8	7	6	5	7
AR	48	54	44	57	21	40	25	51
BE	1'471	1'549	1'623	1'653	1'386	1'246	1'175	1'238
BL	278	255	259	285	246	298	294	257
BS	306	341	378	346	381	350	208	201
FR	3	7	7	4	5	11	4	7
GE	11	3	5	66	98	4	6	3
GL	10	8	28	28	20	27	22	28
GR	229	10	213	236	216	184	218	176
JU	13	11	19	31	8	15	9	7
LU	29	25	45	30	49	32	25	19
NE	7	14	89	14	14	12	11	24
NW	9	9	7	1	24	7	11	6
OW	14	15	13	4	15	25	18	22
SG	500	547	549	579	580	620	673	709
SH	8	8	8	8	4	12	12	6
SO	271	379	326	277	286	305	330	45
SZ	40	31	37	38	153	123	142	173
TG	267	82	77	71	88	99	120	334
TI	719	613	651	660	625	598	521	437
UR	15	1	1	6	32	31	22	27
VD	6	7	8	11	7	3	7	7
VS	77	63	75	53	46	38	65	44
ZG	10	20	14	18	157	131	148	185
ZH	2'708	2'572	2'796	2'861	2'646	2'793	2'809	2'830
Total CH	7'744	7'248	7'924	8'095	7'833	7'761	7'697	7'817

Zusatzdatensatz < 50% aller Fälle gemäss Fussnote 1)

1) F-Hauptdiagnosen in K21, M500 oder Somatik sowie Nicht-F-Hauptdiagnosen in K21 oder M500

2) FFE = Fürsorgerischer Freiheitsentzug; maximaler Anteil 'unbekannt' auf Niveau Total CH: 0,5% aller Fälle (Zusatzdaten)

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Auswertung Obsan

Psychiatrische Hospitalisierungen<sup>1)</sup> 2002 - 2009: Davon mit FFE (in % aller Zusatzdatensätze)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AG	36%	33%	33%	34%	32%	33%	32%	34%
AI	22%	22%	20%	12%	13%	10%	7%	10%
AR	16%	15%	13%	16%	7%	11%	6%	14%
BE	28%	28%	28%	29%	23%	21%	18%	18%
BL	19%	18%	17%	19%	17%	19%	16%	15%
BS	11%	12%	14%	13%	13%	13%	9%	8%
FR	6%	13%	10%	5%	5%	10%	4%	5%
GE	0%	0%	0%	1%	2%	9%	2%	1%
GL	13%	12%	20%	29%	20%	19%	11%	18%
GR	17%	9%	17%	18%	15%	13%	14%	13%
JU	14%	14%	13%	8%	2%	3%	2%	2%
LU	20%	14%	23%	14%	18%	13%	1%	1%
NE	1%	1%	8%	1%	1%	1%	1%	2%
NW	11%	8%	7%	1%	15%	5%	8%	4%
OW	13%	10%	11%	4%	9%	15%	11%	12%
SG	21%	23%	21%	22%	21%	22%	24%	23%
SH	7%	6%	8%	7%	4%	11%	7%	5%
SO	24%	29%	26%	21%	21%	21%	20%	3%
SZ	19%	15%	16%	15%	26%	21%	24%	24%
TG	17%	5%	4%	4%	5%	5%	5%	15%
TI	33%	29%	29%	30%	25%	24%	23%	19%
UR	18%	5%	6%	19%	26%	25%	17%	18%
VD	4%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
VS	6%	4%	5%	3%	2%	2%	4%	2%
ZG	9%	15%	9%	12%	29%	25%	23%	26%
ZH	29%	27%	28%	26%	24%	24%	23%	24%
Total CH	21%	20%	18%	17%	16%	17%	15%	16%

Zusatzdatensatz < 50% aller Fälle gemäss Fussnote 1)

1) F-Hauptdiagnosen in K21, M500 oder Somatik sowie Nicht-F-Hauptdiagnosen in K21 oder M500

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Auswertung Obsan



Psychiatrische Hospitalisierungen<sup>1)</sup> 2002 - 2009: Davon unfreiwillig<sup>2)</sup>

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AG	600	596	649	759	726	683	804	963
AI	12	8	13	8	9	6	12	7
AR	56	62	54	55	31	52	60	57
BE	1'844	1'808	1'704	1'735	1'628	1'568	1'549	1'644
BL	290	267	266	295	264	302	301	264
BS	384	373	391	368	411	393	44	203
FR	5	13	20	10	16	25	17	9
GE	1'937	2'187	1'875	3'529	3'283	14	17	10
GL	13	7	40	31	27	33	37	29
GR	230	10	249	266	233	233	239	219
JU	18	12	22	60	60	86	77	85
LU	29	32	42	31	59	38	411	474
NE	227	188	209	179	204	239	180	173
NW	7	10	8	9	22	12	11	10
OW	18	16	14	8	20	25	24	22
SG	487	540	546	561	591	623	652	697
SH	8	13	10	8	6	11	22	9
SO	278	383	337	285	294	308	328	366
SZ	34	29	32	35	137	96	123	139
TG	280	264	271	282	294	270	394	343
TI	716	616	656	665	626	596	510	436
UR	15	1	2	7	26	24	17	21
VD	62	63	1'691	1'860	1'776	1'763	1'868	1'770
VS	253	241	295	278	293	280	276	271
ZG	12	23	13	14	131	111	125	151
ZH	2'457	2'340	2'531	2'723	2'542	2'547	2'921	2'989
Total CH	10'272	10'102	11'940	14'061	13'709	10'338	11'019	11'361

Zusatzdatensatz < 50% aller Fälle gemäss Fussnote 1)

1) F-Hauptdiagnosen in K21, M500 oder Somatik sowie Nicht-F-Hauptdiagnosen in K21 oder M500

2) Maximaler Anteil 'unbekannt' auf Niveau Total CH: 3% aller Fälle (Zusatzdaten)

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Auswertung Obsan

Psychiatrische Hospitalisierungen<sup>1)</sup> 2002 - 2009: Davon unfreiwillig, in % aller Zusatzdaten

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AG	32%	32%	33%	34%	33%	30%	31%	34%
AI	27%	22%	25%	12%	16%	10%	16%	10%
AR	19%	17%	16%	15%	11%	15%	15%	15%
BE	35%	32%	30%	30%	28%	27%	24%	24%
BL	20%	19%	17%	19%	18%	19%	16%	15%
BS	14%	13%	14%	13%	14%	14%	2%	8%
FR	9%	25%	29%	12%	18%	24%	17%	6%
GE	55%	54%	60%	69%	64%	33%	7%	4%
GL	17%	11%	29%	32%	27%	24%	19%	19%
GR	18%	9%	20%	20%	16%	16%	15%	17%
JU	20%	15%	16%	15%	16%	18%	14%	18%
LU	20%	18%	21%	15%	21%	15%	20%	23%
NE	23%	19%	20%	18%	19%	21%	17%	16%
NW	9%	9%	8%	9%	14%	8%	8%	7%
OW	17%	11%	12%	7%	12%	15%	15%	12%
SG	20%	23%	21%	21%	22%	22%	23%	22%
SH	7%	10%	10%	7%	7%	10%	13%	7%
SO	25%	30%	27%	22%	22%	21%	20%	21%
SZ	17%	14%	14%	14%	24%	16%	21%	19%
TG	18%	17%	16%	17%	16%	14%	16%	16%
TI	33%	29%	29%	31%	25%	24%	22%	19%
UR	18%	5%	12%	23%	21%	19%	13%	14%
VD	42%	45%	30%	34%	34%	35%	37%	37%
VS	19%	15%	18%	15%	16%	15%	15%	14%
ZG	11%	17%	8%	9%	24%	21%	20%	22%
ZH	27%	25%	25%	25%	23%	21%	24%	26%
Total CH	28%	27%	27%	29%	28%	23%	22%	23%

Zusatzdatensatz < 50% aller Fälle gemäss Fussnote 1)

1) F-Hauptdiagnosen in K21, M500 oder Somatik sowie Nicht-F-Hauptdiagnosen in K21 oder M500

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Auswertung Obsan

Psychiatrische Hospitalisierungen<sup>1)</sup> 2002 - 2009: Davon mit FFE oder unfreiwillig<sup>2)</sup>

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AG	737	680	700	822	785	810	868	1'040
AI	12	8	15	8	9	7	12	8
AR	61	65	58	61	32	54	62	69
BE	2'001	1'953	1'845	1'862	1'725	1'637	1'630	1'711
BL	317	288	293	312	281	322	324	281
BS	396	395	415	390	425	411	245	251
FR	5	14	20	10	16	26	17	10
GE	1'939	2'188	1'875	3'529	3'285	15	17	10
GL	14	8	42	32	27	35	37	32
GR	253	11	252	280	240	240	259	227
JU	18	13	22	62	60	87	78	87
LU	34	34	50	35	63	39	415	475
NE	228	194	265	183	209	243	186	180
NW	10	10	8	9	29	12	13	13
OW	19	16	15	10	21	27	25	26
SG	522	563	574	600	614	649	702	745
SH	10	16	12	8	6	15	22	10
SO	295	399	342	288	298	319	339	369
SZ	41	35	39	39	159	126	150	178
TG	294	276	284	287	296	277	404	352
TI	720	619	657	666	630	602	526	441
UR	17	1	2	8	32	31	22	28
VD	63	63	1'691	1'860	1'778	1'764	1'869	1'770
VS	259	247	302	322	321	280	278	273
ZG	14	24	16	18	158	137	155	195
ZH	2'803	2'679	2'895	2'979	2'723	2'879	2'922	2'993
Total CH	11'082	10'799	12'689	14'680	14'222	11'044	11'577	11'774

Zusatzdatensatz < 50% aller Fälle gemäss Fussnote 1)

1) F-Hauptdiagnosen in K21, M500 oder Somatik sowie Nicht-F-Hauptdiagnosen in K21 oder M500

2) Maximale Anteile 'unbekannt' auf Niveau Total CH: 0,5% (FFE) und 3% (unfreiwillig) aller Fälle (Zusatzdaten)

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Auswertung Obsan

Psych. Hospitalisierungen<sup>1)</sup> 2002 - 2009: Davon mit FFE oder unfreiwillig, in % aller Zusatzdaten

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AG	39%	36%	36%	37%	35%	36%	34%	37%
AI	27%	22%	29%	12%	16%	11%	16%	12%
AR	20%	18%	17%	17%	11%	15%	15%	19%
BE	38%	35%	32%	32%	29%	28%	25%	24%
BL	22%	20%	19%	20%	19%	21%	17%	16%
BS	14%	14%	15%	14%	15%	15%	10%	10%
FR	9%	27%	29%	12%	18%	25%	17%	7%
GE	55%	54%	60%	69%	64%	35%	7%	4%
GL	18%	12%	30%	33%	27%	25%	19%	21%
GR	19%	10%	20%	21%	17%	16%	16%	17%
JU	20%	16%	16%	15%	16%	18%	14%	19%
LU	23%	19%	25%	17%	23%	16%	20%	23%
NE	23%	20%	25%	19%	20%	22%	18%	16%
NW	12%	9%	8%	9%	19%	8%	10%	9%
OW	18%	11%	13%	9%	12%	16%	15%	15%
SG	22%	24%	22%	23%	23%	23%	25%	24%
SH	9%	12%	12%	7%	7%	14%	13%	8%
SO	26%	31%	27%	22%	22%	22%	21%	22%
SZ	20%	16%	17%	16%	27%	22%	25%	24%
TG	19%	18%	17%	17%	16%	15%	17%	16%
TI	33%	29%	29%	31%	25%	24%	23%	19%
UR	20%	5%	12%	26%	26%	25%	17%	18%
VD	43%	45%	30%	34%	35%	35%	37%	37%
VS	20%	16%	18%	17%	17%	15%	15%	15%
ZG	13%	18%	10%	12%	29%	26%	24%	28%
ZH	30%	28%	29%	27%	25%	24%	24%	26%
Total CH	30%	29%	29%	31%	29%	24%	23%	24%

Zusatzdatensatz < 50% aller Fälle gemäss Fussnote 1)

1) F-Hauptdiagnosen in K21, M500 oder Somatik sowie Nicht-F-Hauptdiagnosen in K21 oder M500

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Auswertung Obsan

Psychiatrische Hospitalisierungen<sup>1)</sup> 2002 - 2009: Davon mit FFE und unfreiwillig<sup>2)</sup>

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AG	548	532	591	687	660	624	753	897
AI	10	8	8	8	7	5	5	6
AR	43	51	40	51	20	38	23	39
BE	1'314	1'404	1'482	1'526	1'289	1'177	1'094	1'171
BL	251	234	232	268	229	278	271	240
BS	294	319	354	324	367	332	7	153
FR	3	6	7	4	5	10	4	6
GE	9	2	5	66	96	3	6	3
GL	9	7	26	27	20	25	22	25
GR	206	9	210	222	209	177	198	168
JU	13	10	19	29	8	14	8	5
LU	24	23	37	26	45	31	21	18
NE	6	8	33	10	9	8	5	17
NW	6	9	7	1	17	7	9	3
OW	13	15	12	2	14	23	17	18
SG	465	524	521	540	557	594	623	661
SH	6	5	6	8	4	8	12	5
SO	254	363	321	274	282	294	319	42
SZ	33	25	30	34	131	93	115	134
TG	253	70	64	66	86	92	110	325
TI	715	610	650	659	621	592	505	432
UR	13	1	1	5	26	24	17	20
VD	5	7	8	11	5	2	6	7
VS	71	57	68	9	18	38	63	42
ZG	8	19	11	14	130	105	118	141
ZH	2'362	2'233	2'432	2'605	2'465	2'461	2'808	2'826
Total CH	6'934	6'551	7'175	7'476	7'320	7'055	7'139	7'404

Zusatzdatensatz < 50% aller Fälle gemäss Fussnote 1)

1) F-Hauptdiagnosen in K21, M500 oder Somatik sowie Nicht-F-Hauptdiagnosen in K21 oder M500

2) Maximale Anteile 'unbekannt' auf Niveau Total CH: 0,5% (FFE) und 3% (unfreiwillig) aller Fälle (Zusatzdaten)

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Auswertung Obsan

Psych. Hospitalisierungen<sup>1)</sup> 2002 - 2009: Davon mit FFE und unfreiwillig, in % aller Zusatzdaten

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AG	29%	28%	30%	31%	30%	28%	29%	31%
AI	22%	22%	16%	12%	13%	8%	7%	9%
AR	14%	14%	12%	14%	7%	11%	6%	11%
BE	25%	25%	26%	27%	22%	20%	17%	17%
BL	17%	16%	15%	18%	15%	18%	14%	14%
BS	10%	12%	13%	12%	13%	12%	0%	6%
FR	6%	12%	10%	5%	5%	9%	4%	4%
GE	0%	0%	0%	1%	2%	7%	2%	1%
GL	12%	11%	19%	28%	20%	18%	11%	16%
GR	16%	8%	17%	17%	15%	12%	12%	13%
JU	14%	13%	13%	7%	2%	3%	1%	1%
LU	16%	13%	19%	12%	16%	13%	1%	1%
NE	1%	1%	3%	1%	1%	1%	0%	2%
NW	7%	8%	7%	1%	11%	5%	7%	2%
OW	12%	10%	10%	2%	8%	13%	10%	10%
SG	20%	22%	20%	20%	21%	21%	22%	21%
SH	6%	4%	6%	7%	4%	7%	7%	4%
SO	22%	28%	26%	21%	21%	20%	20%	2%
SZ	16%	12%	13%	14%	23%	16%	19%	18%
TG	16%	5%	4%	4%	5%	5%	5%	15%
TI	33%	29%	29%	30%	25%	24%	22%	19%
UR	15%	5%	6%	16%	21%	19%	13%	13%
VD	3%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
VS	5%	4%	4%	0%	1%	2%	3%	2%
ZG	7%	14%	7%	9%	24%	20%	19%	20%
ZH	26%	23%	24%	24%	23%	21%	23%	24%
Total CH	19%	18%	16%	16%	15%	16%	14%	15%

Zusatzdatensatz < 50% aller Fälle gemäss Fussnote 1)

1) F-Hauptdiagnosen in K21, M500 oder Somatik sowie Nicht-F-Hauptdiagnosen in K21 oder M500

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Auswertung Obsan