



## Fürsorgerische Unterbringung: Wie könnte sie in der Zukunft aussehen?

---



**Prof. Beat Reichlin**  
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

*Prof. Beat Reichlin* ist Rechtsanwalt und als Dozent und Projektleiter an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit in einem Teilpensum tätig. Er war langjähriger juristischer Mitarbeiter (juristischer Adjunkt) bei der Vormundschaftsbehörde der Stadt Zürich bzw. der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde der Stadt Zürich. In seiner Tätigkeit an der Hochschule Luzern befasst er sich vorwiegend mit Fragen des Familien- und Sozialrechts und verfolgt dabei einen interdisziplinären Ansatz. In der Weiterbildung ist er als Co-Programmleiter für den schweizweit einzigen Nachdiplomstudiengang CAS Kindesvertretungen/Verfahrensbeistandschaft verantwortlich. In der Ausbildung lehrt und forscht er zudem als Co-Modulverantwortlicher im Bereich erschwerte Sozialisationsprozesse junger Erwachsener (NEET). Im Bereich Dienstleistung nimmt er die Funktion des stellvertretenden Generalsekretärs der KOKES wahr und ist als Experte in kantonalen und bundesweiten Organisationen engagiert. Als teilamtlicher Bezirksrichter weist er über einen grossen Praxisbezug in Fragen der familialen Neuorganisation und den damit einhergehenden Problemen auf.

---



**PD Dr. med. Anastasia Theodoridou**  
Krisenintervention der Psychiatrie Baselland

PD Dr. med. Anastasia Theodoridou, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefärztin der Krisenintervention Psychiatrie Baselland. Sie war zuvor von 2003 bis 2020 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) tätig, dort leitete sie zwischen 2018 und 2020 das Kompetenzzentrum Kindes- und Erwachsenenschutzrecht der PUK und war langjährig in der interdisziplinären AG Recht des ZVPC aktiv. Als Co-Leiterin der Forschungsgruppe «Mental Health Care and Service Research» beschäftigt sie sich u.a. mit Fragen zur Prävention von Zwang. Sie ist Lehrbeauftragte der Universität Zürich und Dozentin an der ZHAW Zürich «Soziale Arbeit».

---

# Fürsorgerische Unterbringung: Wie könnte die Zukunft aussehen?

Luzerner Tagung zum Kindes- und  
Erwachsenenschutz

4. Mai 2023

## **Institut Sozialarbeit und Recht**

### **PD Dr. med. Anastasia Theodoridou**

Chefärztin Schwerpunkt Krisenintervention, Psychiatrie Baselland

### **Prof. Beat Reichlin, Rechtsanwalt,**

Dozent und Projektleiter Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, stv. Generalsekretär KOKES

4. Mai 2023

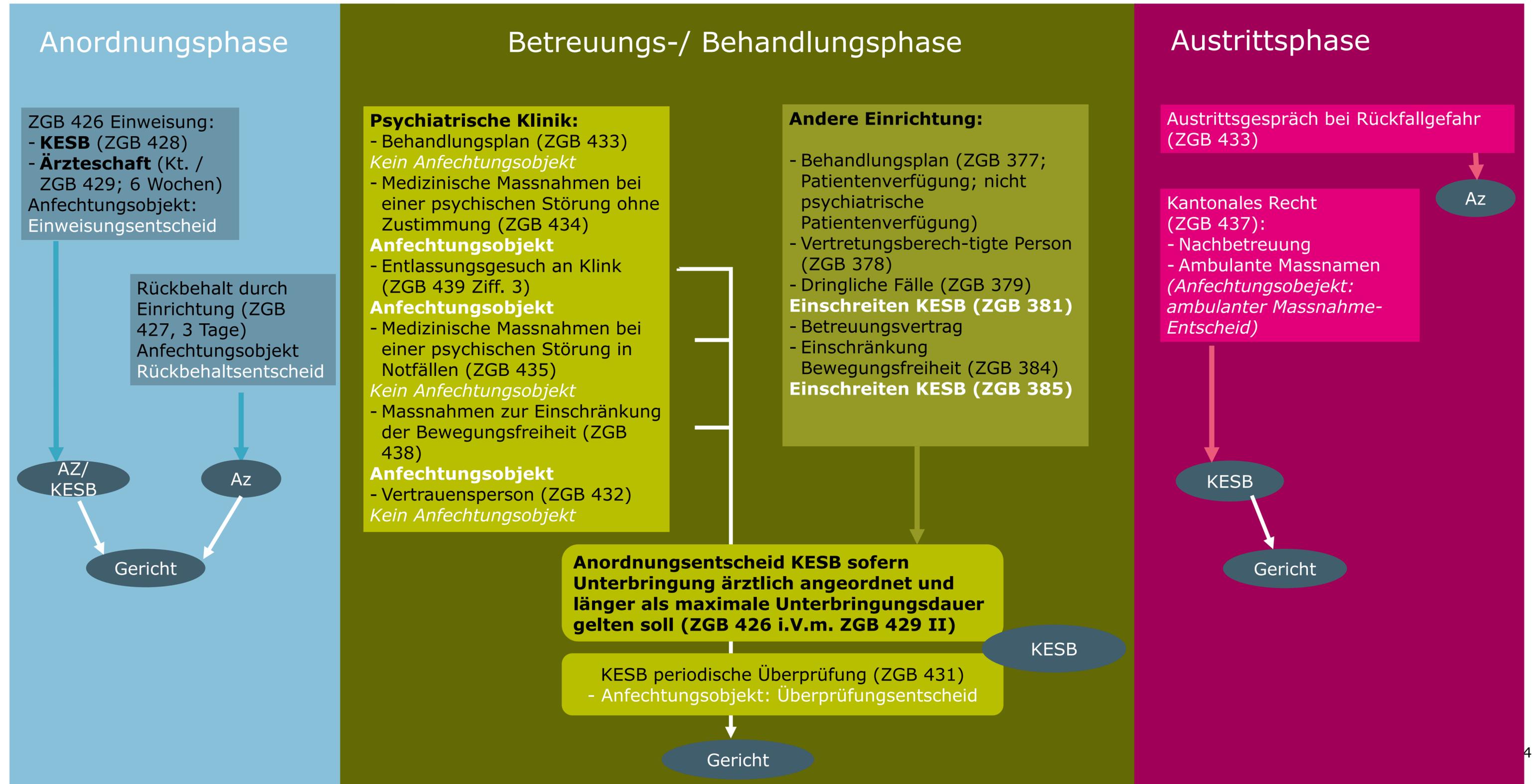
# Agenda

- 1. Ausgangslage: heutige gesetzliche Regelungen**
2. Evaluation der heutigen Regelungen
3. Empfehlungen aus der Evaluation
4. Paradigmenwechsel

## Gesetzliche Grundlagen (Art. 426 – 439 ZGB)

- Die Massnahmen (Art. 426/427 ZGB)
- Zuständigkeit für die Unterbringung und die Entlassung (Art. 428-430 ZGB)
- Periodische Überprüfung (Art. 431 ZGB)
- Vertrauensperson (Art. 432 ZGB)
- Medizinische Massnahmen bei einer psychischen Störung (Art. 433-437 ZGB)
- Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit (Art. 438 ZGB)
- Anrufung des Gerichts (Art. 439 ZGB)

# Phasenmodell



# Gibt es ein Monitoring?

- Es gibt keine gesamtschweizerische Statistik über die fürsorgerische Unterbringung.
- Insbesondere nicht erfasst sind Wohneinrichtungen wie Alters- und Pflegeheime, stationäre Einrichtungen für Suchtbehandlung oder Begleitung von Menschen mit Behinderung.
- Es fehlen Zahlen zur Zurückbehaltung von freiwillig in eine Institution eingetretener Personen, zu ambulanten Massnahmen, zu Unterbringung von Minderjährigen oder zur Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen ausserhalb von Spitälern und Kliniken.

(Morandi/Silva/Masson, 2021, S. 5).

Stephane MORANDI  
Medecin adjoint  
Tél: 021 314 00 50  
Stephane.Morandi@chuv.ch

## **Nationale Zahlen zur fürsorgerischen Unterbringung in der Schweiz: Bestandesaufnahme und Perspektiven**

Stéphane Morandi  
Benedetta Silva  
Arianne Masson

(Quelle: file:///C:/Users/beatr/Downloads/bericht-bag-nationale-zahlen-fuersorgerische-unterbringung-schweiz-2022.pdf)

# Agenda

1. Ausgangslage: heutige gesetzliche Regelungen
- 2. Evaluation der heutigen Regelungen**
3. Empfehlungen aus der Evaluation
4. Paradigmenwechsel

## Multiperspektivisches, -methodisches, -zentrisches Studiendesign

- Fakten- und Entscheidungsgrundlagen zuhanden des BJ, um einen allfälligen Revisionsbedarf für den Bereich FU (Artikel zur Regulation von Zwang und Massnahmen zur Förderung der Autonomie) abzuschätzen.
- Die Evaluation erfolgte zwischen Oktober 2020 und Mai 2022.
- Umsetzung in fünf Kantonen aller Sprachregionen evaluiert (BL, GR, TI, VD, ZH).
- TP I: Quantitative Analyse von Routine-/Basisdaten (soziodemographische und klinische Basisdaten, Qualitätsdaten ANQ)
- Die Daten wurden hinsichtlich kantonaler Unterschiede ausgewertet

*TP II: Online-Erhebung bei relevanten Stakeholdern in allen fünf Kantonen mittels eines dreisprachigen (D, F, I) Online-Fragebogens zu Umsetzung, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit des KESR für die Behandlung / Betreuung unter FU Bedingungen befragt, qualitativ und quantitativ Auswertung, hinsichtlich kantonaler Unterschiede resp. Unterschiede zwischen Stakeholdern.*

*TP III: Semi-strukturierte Interviews zu Fallvignetten mit Vertretungen aller Stakeholder in allen 5 Kantone, qualitative Auswertung.*

# Beteiligte Kantone

Kanton	Einwohner- innen	Einwohner pro km <sup>2</sup>	Sprach- region	FU-Rate /1000 2016/2019	Häufigste FU anordnende Instanz	FU Dauer nach ärztl. Anordnung	Grösste Klinik
Baselland <sup>1</sup>	290'000	566	DE	0.85/1.06	KESB	24 Stunden	PBL
Graubünden <sup>2</sup>	200'000	28	DE/RO/IT	0.71/1.43	Ärzte	6 Wochen	PDGR
Tessin <sup>3</sup>	350'000	125	IT	1.86/1.73	Ärzte	6 Wochen	CPC
Waadt <sup>4</sup>	820'000	256	FR	2.29/2.06	Ärzte	6 Wochen	CHUV
Zürich <sup>5</sup>	1'500'000	905	DE	2.07/2.18	Ärzte	6 Wochen	PUK

# Einbezogene Variablen TP I

---

## Soziodemographie

- Geschlecht
- Alter
- Wohnkanton
- Nationalität
- Höchste abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung
- Aufenthaltsort vor Eintritt
- Erwerbstätigkeit vor Eintritt
- Aufenthalt nach Austritt

---

## Prozedurale Aspekte

- Einweisende Instanz
- Freiwilligkeit
- Anzahl früherer Eintritte in dieselbe Klinik
- Zwangsmassnahmen während der Behandlung
- Entscheid für Austritt
- Behandlung nach Austritt

---

## Klinische Aspekte

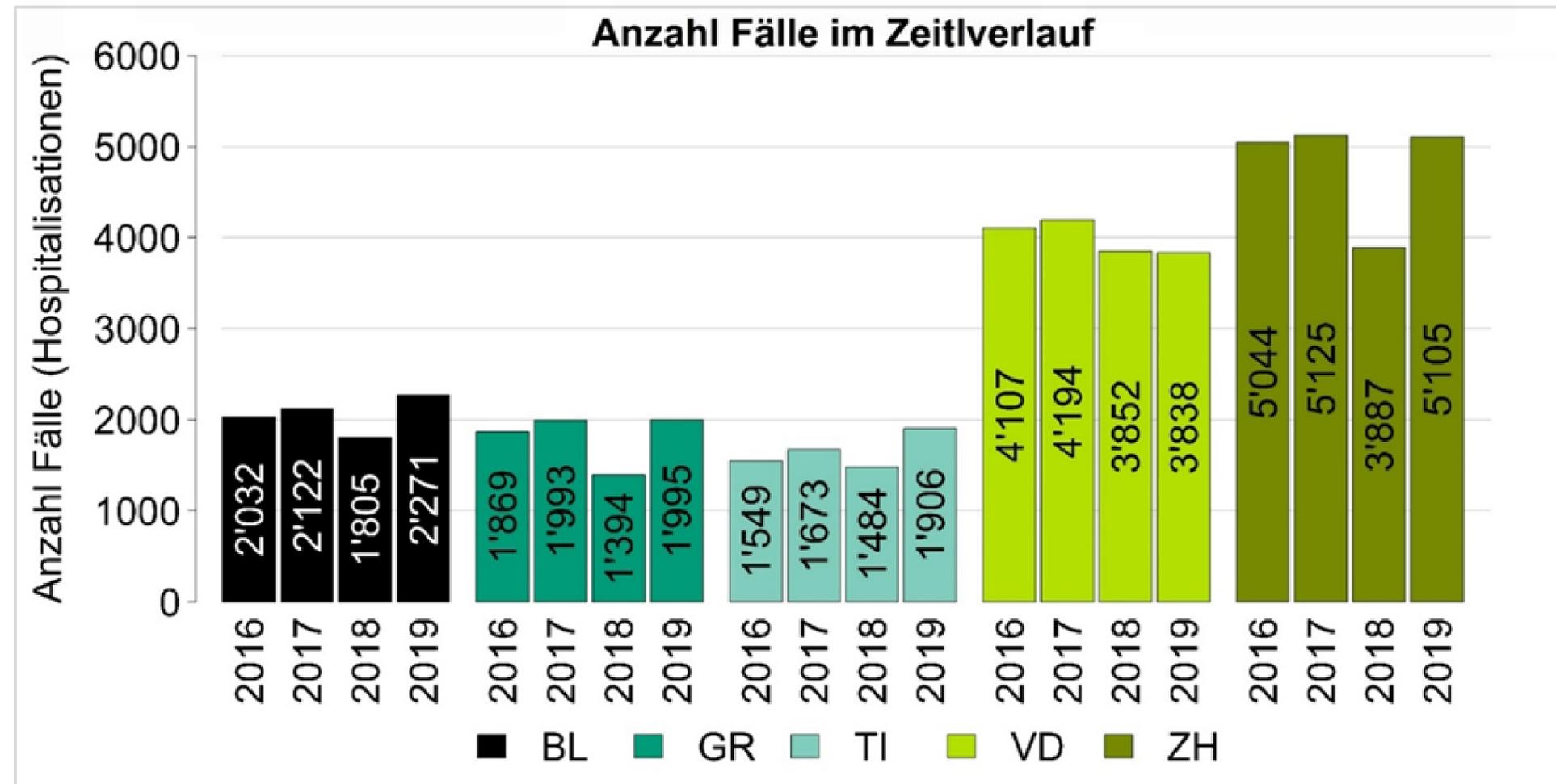
- Diagnosen bei Austritt
  - HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale) bei Ein- und Austritt
-

# Anzahl Patientinnen/Patienten pro Kanton

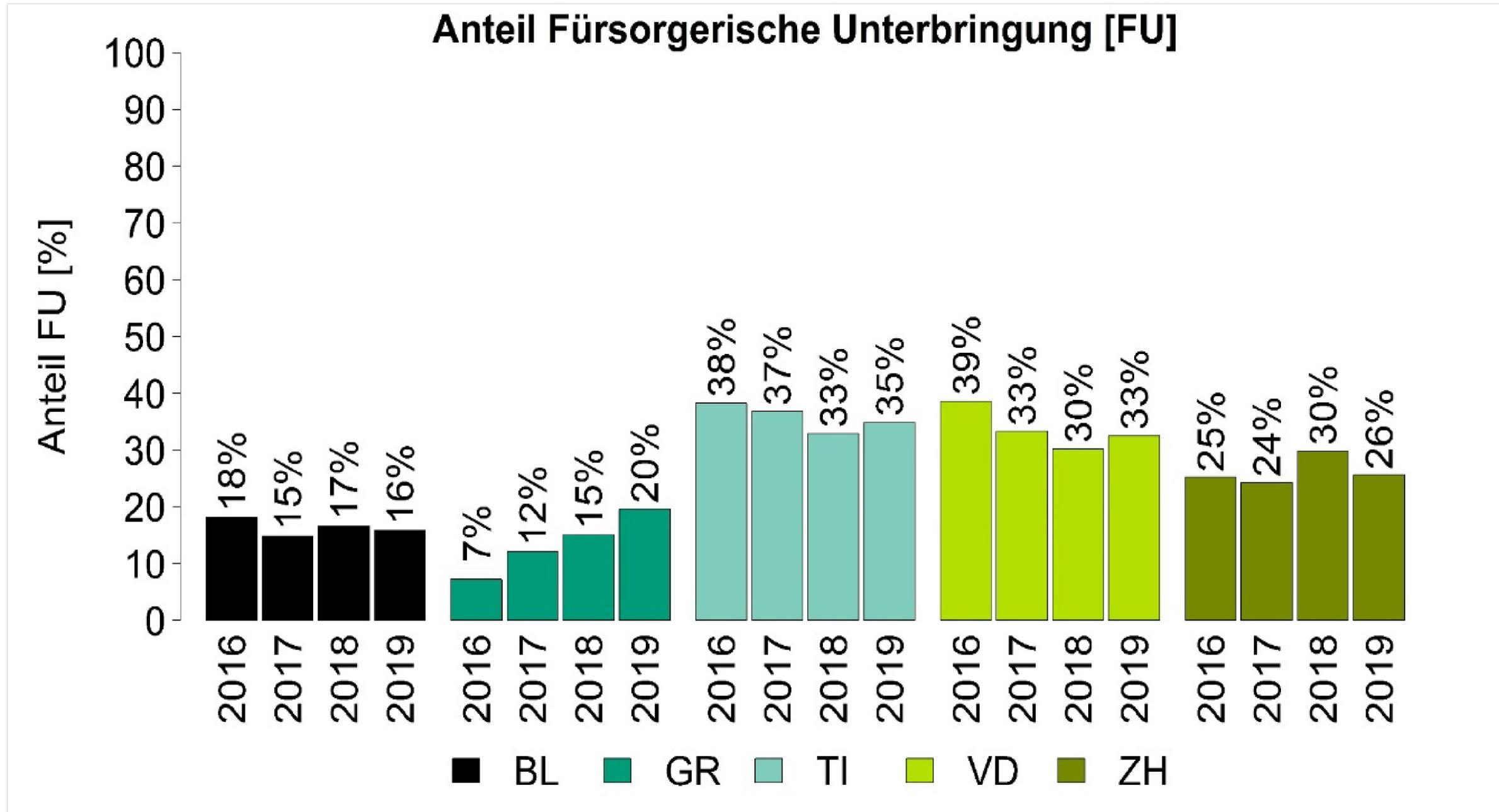
Anzahl Patientinnen und Fälle pro Kanton											
	BL		GR		TI		VD		ZH		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Anzahl Patient:innen	5'149	15.7	4'399	13.4	3'448	10.5	9'135	27.8	10'754	32.7	32'885
Anzahl Fälle (Hospitalisationen)	8'230	14.4	7'251	12.7	6'612	11.6	15'991	27.9	19'161	33.5	57'245

# Anzahl Fälle mit und ohne FU pro Kanton, 2016-2019

Anzahl Fälle (N) mit und ohne FU pro Kanton												
	BL		GR		TI		VD		ZH		Total	
FU	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ohne FU	6'887	83.68	6'273	86.51	4'249	64.26	10'488	66.04	14'180	74.00	42'077	73.64
mit FU	1'343	16.32	978.00	13.49	2'363	35.74	5'394	33.96	4'981	26.00	15'059	26.36
<b>Total</b>	<b>8'230</b>	<b>100</b>	<b>7'251</b>	<b>100</b>	<b>6'612</b>	<b>100</b>	<b>15'882</b>	<b>100</b>	<b>19'161</b>	<b>100</b>	<b>57'136</b>	<b>100.00</b>



# Anteile FU, pro Kanton und Jahr



# Zwangsmassnahme pro Kanton

Zwangsmassnahmen pro Kanton												
	BL		GR		TI		VD		ZH		Total	
ZM – Betroffene Personen/Fälle	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Person ohne ZM	4'428	86	3'890	88.4	3'105	90.05	8'532	93.4	9'752	90.7	29'707	90.34
Person mit mind. einer ZM	721	14	509	11.6	343	9.9	603	6.6	1'002	9.3	3'178	9.7
Fixierung Anzahl betroffene Fälle	175	2.1	8	0.11	0	0	7	0.04	42	0.2	232	0.4
Isolation Anzahl betroffene Fälle	714	8.7	471	6.5	0	0	549	3.4	1'142	6	2'876	5.0
Zwangsmedikation Anzahl betroffene Fälle	436	5.3	252	3.5	415	6.3	238	1.49	674	3.52	2'015	3.5

# Ergebnisse

- In allen Kantonen werden im Durchschnitt rund 85% der FU durch Ärzte angeordnet. davon 33% durch Fachärztinnen Psychiatrie. In den Kantonen BL und TI erfolgen rund 20% der FU Anordnungen nach fachärztlich-psychiatrischer Beurteilung, in den Kantonen VD und ZH liegt deren Anteil bei gut 40%. **Behördliche FU sind in allen Kantonen eher selten (unter 10%),** am häufigsten im Kanton VD mit 8%, am seltensten im Kanton ZH mit 2%.
- Der Anteil Patient:innen mit mindestens einer **bewegungseinschränkenden Massnahme liegt in allen Kantonen unter 15%.**
- Es finden sich keine relevanten Unterschiede bzgl. Geschlecht zwischen Einweisungen mit und ohne FU sowie zwischen den Kantonen.
- Die mittlere Aufenthaltsdauer beträgt in allen Kantonen zwischen 25 und 33 Tagen. Ein wesentlicher Unterschied der mittleren Aufenthaltsdauer zwischen den Patientengruppen mit und ohne FU konnte nur in den Kantonen GR und VD festgestellt werden: mit FU in GR 5 Tage kürzer, in VD 9 Tage länger.
- Die Aufenthaltsdauer ist bei psychiatrisch angeordneter FU in BL, GR und TI 6-12 Tage länger als bei nicht-psychiatrischer ärztlicher Anordnung.

# Ergebnisse

- Die häufigste Hauptdiagnosegruppe bei FU-Einweisungen ist die einer schizophreniformen Psychose (ICD-10 F2). Diese Hauptdiagnose und die einer organischen Störung (ICD-10 F0) kommen bei FU-Einweisungen in allen Kantonen häufiger vor als bei freiwilligen Aufnahmen. Bei allen anderen Hauptdiagnose-Kategorien ist dies umgekehrt, eine Ausnahme sind substanzbezogene Störungen (ICD-10 F1) in den Kantonen GR und TI.
- Der Anteil Patient:innen (mit und ohne FU) mit nur einmaliger Hospitalisation im Untersuchungszeitraum war in allen Kantonen hoch (65% bis 71%). In der Gruppe der Patient:innen mit FU lag der Anteil mit nur einmaliger Hospitalisation mit 70% bis 76% höher.
- Der Anteil Patient:innen mit mindestens einer bewegungseinschränkende Massnahme liegt zwischen 6.6% (VD) und 14% (BL).
- Die Fixierung und Isolation sind am häufigsten in BL (2 bzw. 9% der Fälle). Keine Fixierungen und Isolationen gibt es in TI, dort sind jedoch die Zwangsmedikationen mit 6% der Fälle am häufigsten.

# Ergebnisse TP II

- Gerichts- und KESB-Vertretende nutzen zur Abklärung der Urteilsfähigkeit deutlich häufiger Instrumente (v.a. psychiatrische, ärztlicher Bericht) als Ärzt:innen/Psycholog:innen (letztere nutzen v.a. ihre klinische Expertise).
- Die alleinige Anordnungscompetenz (AOK) durch die KESB wird von Mitarbeitenden der KESB **gänzlich** und von Zuweisenden, Klinikpersonal, Gerichten und Organisationen, v.a. in BL, zu **2/3** abgelehnt. Für eine AOK durch die KESB setzen die Befragten eine 24/7-Abdeckung resp. Ressourcenverfügbarkeit sowie spezialisiertes Fachwissen voraus.

In zwei Themenbereichen bestehen deutliche Differenzen der Wahrnehmung zwischen Betroffenen/Angehörigen einerseits und Vertretenden der verschiedenen Profi-Systeme (Gerichte, KESB, Medizin) andererseits:

- Betroffene / Angehörige haben einen eher niedrigen Informationsstand über Regelungen zur FU (v.a. bzgl. Beschwerdemöglichkeit), gewichten ihn deutlich höher (75%) als Fachpersonen (20%)
- Dass Urteilsunfähigkeit keine Voraussetzung für eine FU sein soll, begrüßen Gericht/KESB (67%) deutlich stärker als Angehörige und Betroffene (54%).

# Agenda

1. Ausgangslage: heutige gesetzliche Regelungen
2. Evaluation der heutigen Regelungen
- 3. Empfehlungen aus der Evaluation**
4. Paradigmenwechsel

# Welche Faktoren begünstigen oder verhindern den Einsatz von Zwang?

Nach Rössler (2019):

- **Makroebene:** gesellschaftliche und rechtliche Faktoren
- **Mesoebene:** Organisation der Angebote zur psychischen Gesundheit und insbesondere das Angebot an alternativen Interventionsstrategien
- **Mikroebene:** Soziodemographische und klinische Merkmale der betroffenen Person und den Merkmalen und Einstellungen der Pflegenden

(Quelle: Rössler W. Factors facilitating or preventing compulsory admission in psychiatry. 2019; 18 (3): 355-6, <http://doi.org/10.1002/wps.20678>)

# Empfehlungen: Makro-Ebene (1)

- Systematische Sammlung von Daten in Form einer nationalen Statistik, insbesondere zu a) FU, b) Massnahmen zur Bewegungseinschränkung und c) Behandlungen ohne Zustimmung. Die systematische Datensammlung sollte für Spitäler, psychiatrische Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Wohneinrichtungen gelten und klar definierte Variablen umfassen.
- Vereinheitlichten Regelung der Aufsichtspflicht gegenüber KESB, Kliniken, Pflegeheimen etc. Dies soll dem Zweck dienen, die seit Jahren beobachtete Heterogenität bei der Umsetzung der FU und weiterer Zwangsmassnahmen zu reduzieren.
- Einführung einer Meldepflicht von Zwangsmassnahmen an die jeweils zuständige KESB
- Das Problem der Übernahme hoheitlicher Aufgaben durch die Ärzteschaft (Doppelrolle) könnte durch eine **frühzeitige – regelhafte, also auch ohne eingehende Beschwerde – juristische Überprüfung der Rechtmässigkeit einer FU** durch eine Behörde (KESB oder Gericht) verringert werden.
- Die Eingrenzung der verliehenen hoheitlichen Befugnisse für Ärzt:innen ist daher angezeigt.

# Empfehlungen: Makro-Ebene (2)

- Prüfung der Einführung einer regelhaften Überprüfung einer FU innerhalb von 24-72 Stunden, unabhängig davon, ob eine Beschwerde erhoben wird oder nicht.
- Autonomiewahrung der Betroffenen durch die Überprüfung der Urteilsfähigkeit vor der Anordnung einer FU. Als zusätzliche Voraussetzung für eine FU sollte die jeweils spezifische Urteilsunfähigkeit definiert werden.
- Abschaffung des Sonderrechts für psychisch kranke Menschen. Die Rechte der Patient:innen sollen, diagnoseunabhängig, die gleichen rechtlichen Folgen auslösen. Zentrales Kriterium für die Feststellung eines Schwächezustandes, als eine der Voraussetzungen für die Anwendung von Zwangsmassnahmen, sollte nicht die Diagnose, sondern die Urteilsunfähigkeit sein.
- Verbindlichkeit einer Patientenverfügung für alle Patient:innen unabhängig von der Diagnose gleich definiert sein.
- Gleichstellung und Gleichbehandlung von Patient:innen
- Speziell ausgebildete Fachpersonen/Teams sollten sich mit den Ergebnissen auseinandersetzen und dadurch systematisch zur Qualitätssteigerung beitragen. Gleichzeitig ist eine Instanz zu definieren, welche für die Erfassung und Analyse sowie ggf. Publikation der kantonal erhobenen Daten zuständig ist.

# Empfehlungen: Meso-Ebene

- Einbezug der Betroffenenperspektive im FU-Prozess (z.B. Einbezug von «Peers», Mitsprachemöglichkeit bei Überarbeitungen der Vorgaben/Vorgehensweisen/Umsetzungen).
- Speziell ausgebildete Fachpersonen/Teams sollten sich mit den Ergebnissen auseinandersetzen und dadurch systematisch zur Qualitätssteigerung beitragen. Gleichzeitig ist eine Instanz zu definieren, welche für die Erfassung und Analyse sowie ggf. Publikation der kantonal erhobenen Daten zuständig ist.

# Empfehlungen: Mikro-Ebene

- Förderung der Information der Betroffenen, Angehörigen und Vertrauenspersonen über den Grund der FU, Beschwerdemöglichkeiten und Alternativen zur FU.
- Förderung des Einsatzes der im aktuellen Gesetz bestehenden Möglichkeiten zur Stärkung der Selbstbestimmung und des Rechtsschutzes (kostenlose juristische Verfahrensvertretung für Betroffene).

# Agenda

1. Ausgangslage: heutige gesetzliche Regelungen
2. Evaluation der heutigen Regelungen
3. Empfehlungen für die Zukunft
- 4. Paradigmenwechsel**

Chancengleichheit / Nicht-Diskriminierung

Teilhabe / Inklusion

Freiheit / Sicherheit der Person



# CONVENTION on the RIGHTS of PERSONS with DISABILITIES

Annahme der grundsätzlichen Rechtsfähigkeit:  
Behandlung nur auf freiwilliger Basis

Paradigmenwechsel:  
von stellvertretendem zu assistiertem Einverständnis

Die Psychiatrie folgt dem Willen und den Präferenzen derer, die Unterstützung benötigen.

- Szenarien für den Umgang mit Risiko, stationärer Versorgung, Polizeigewahrsam und psychischen Erkrankungen im Gefängnis
- Dadurch gewinnen psychosoziale Dienste das Vertrauen der Nutzer:innen (zurück) und verbessern Behandlungsergebnisse
- Frei werdende Ressourcen sollen auf aufsuchende Arbeit in der Gemeinde, in Gefängnissen und Polizeigewahrsam verlagert werden

Konsequenz:

- Psychiatrische Diagnose führt nicht zu Nachteilen bei der Einschränkung der Freiheit
- Psychische Verfassung wird nicht mehr als Grundlage zur Rechtfertigung von Freiheitsentzug oder Zwangsmassnahmen verwendet
- Rechtliche Sanktionen für den Einzelnen folgen einem nicht diskriminierenden Verfahren, das für alle Mitglieder der Gesellschaft gilt

Zinkler & von Peter 2019



*It is critically important to design for zero even when it may not be theoretically possible. When you design for zero, you surface different ideas and approaches that if you're only designing for 90 percent may not materialize. It is about purposefully aiming for a higher level of performance.*

**Thomas Priselac, CEO  
Cedars Sinai Medical Center**

## Elements of Zero **Coercion**

- 1** Lead system-wide culture change committed to reducing **coercion**
- 2** Train a competent, confident, and caring workforce
- 3** Identify patients with **coercion risk** via comprehensive screenings
- 4** Engage all individuals at-risk of **coercion** using a care management plan
- 5** Treat **coercion thoughts and behaviours** using evidence-based treatments
- 6** Transition individuals through care with warm hand-offs and supportive contacts
- 7** Improve policies and procedures through continuous quality improvement

## Komplexe Modell zur Reduktion von ZM (s Leitlinien zur Vermeidung von Zwang)

- Geschlossene Türen öffnen
- Personalisierte Türchips für Patientenzimmer, um Privatsphäre und Sicherheit zu gewährleisten
- Hinterfragen und individuelles Anpassen bestehender Regularien
- Transparenz und Partizipation
- Angebote statt Verordnungen
- Verstärkter „Lebenswelteinbezug“ und Individualisierung der Behandlung
- Flexibilisierung der Behandlung mit Durchlässigkeit zwischen unterschiedlichen Settings
- Etc.

## Identifikation von Risikofaktoren und -situationen

## Ansätze und Ideen für neue Versorgungskonzepte (ausserhalb der Psychiatrie)

- Aufnahme akut intoxikierter und fremdaggressiver Personen (somatische Begleitung)) beispielsweise in Rettungsstellen
- Abklärung psychiatrischer Behandlungsindikation am Folgetag, dann ggfs. psychiatrische Weiterbehandlung
- Peer-geleitet (Krisen)-Häuser
- Soteria-Modelle
- Etc.

## Elements of Zero **Coercion**

1

Lead system-wide culture change committed to reducing **coercion**

2

Train a competent, confident, and caring workforce

3

Identify patients with **coercion risk** via comprehensive screenings

4

Engage all individuals at-risk of **coercion** using a care management plan

5

Treat **coercion thoughts and behaviours** using evidence-based treatments

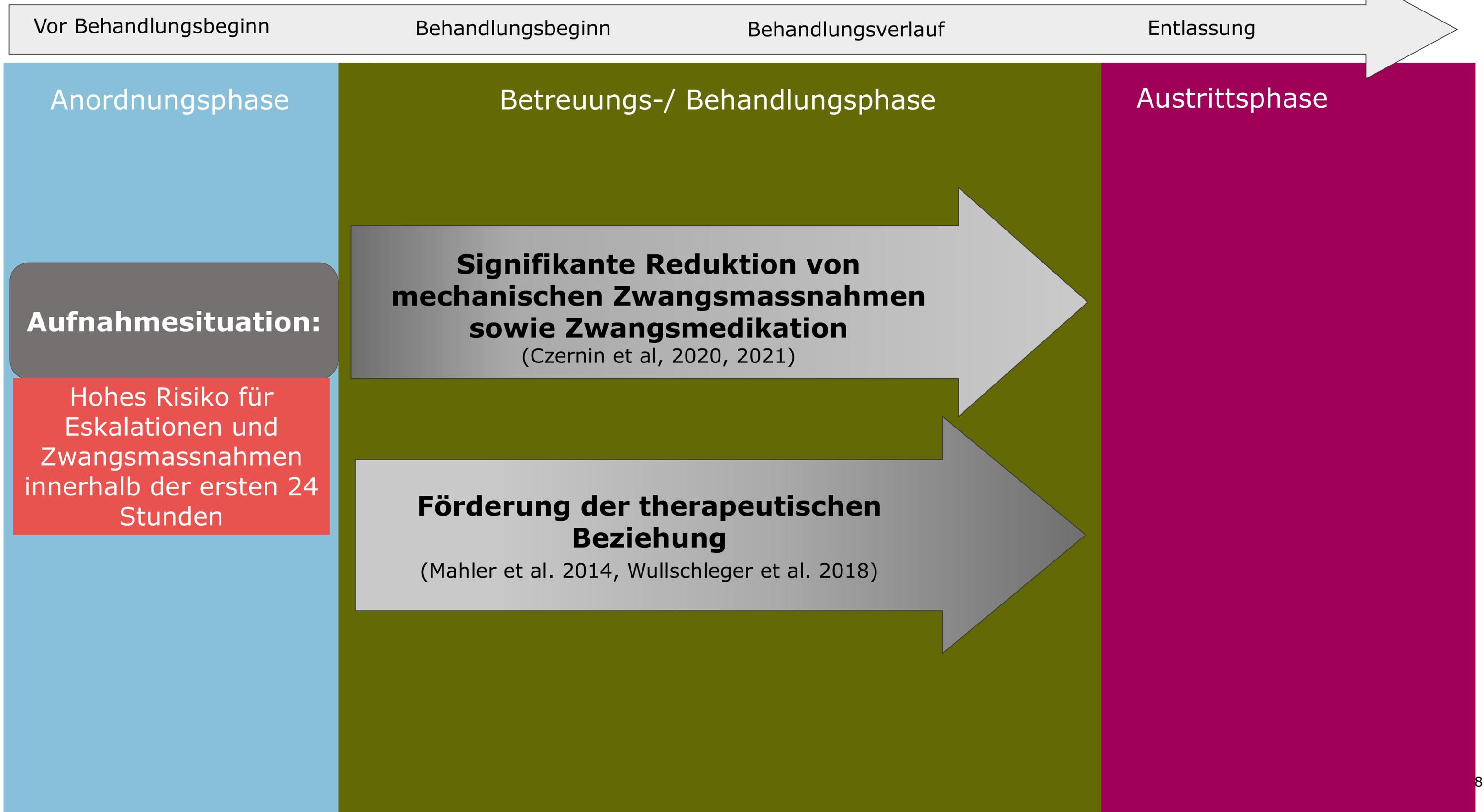
6

Transition individuals through care with warm hand-offs and supportive contacts

7

Improve policies and procedures through continuous quality improvement

# Phasenmodell



# ZERO COERCION

IN HEALTH AND BEHAVIORAL HEALTH CARE



## Transforming Systems for Safer Care

Coercion for patients in

health and behavioral health systems are preventable. For systems dedicated to improving patient care and outcomes, the Zero coercion framework presents both an aspirational challenge and a way forward.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

**Hochschule Luzern**  
**Soziale Arbeit**  
Institut Sozialarbeit und Recht

