

Bern, Liestal, Zürich

2. August 2022

Schlussbericht

Bundesamt für Justiz (BJ)

Evaluation der Bestimmungen

zur fürsorgerischen Unterbringung (FU; Art. 426 ff. ZGB)

Ein Kooperationsprojekt zwischen socialdesign¹ und der Forschungsgruppe Mental Health Care and Service Research²:

¹ Dr. phil. hum. Manuela Spiess / MSc in Psychologie

² Dr. med. Florian Hotzy, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

¹ Dr. rer. publ. Regula Ruffin, lic. phil. / Sozialarbeiterin

² PD Dr. med. Anastasia Theodoridou, Psychiatrie Baselland

² PD Dr. med. Matthias Jäger, Psychiatrie Baselland

Urs Vogel, MPA, lic. iur., dipl. Sozialarbeiter HFS (Urs Vogel Consulting, juristische Begleitung)

Impressum

Laufzeit:	Dezember 2020 – August 2022
Bestellnummer:	304000559
Projektleitung im BJ	Lic. iur. Judith Wyder
Projektteam:	<i>Gesamtprojektleitung:</i> Dr. Manuela Spiess, socialdesign, Bern Dr. Regula Ruffin, socialdesign, Bern <i>Forschungsgruppe Mental Health Care and Service Research:</i> Dr. med. Florian Hotzy, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich PD Dr. med. Anastasia Theodoridou, Psychiatrie Baselland PD Dr. med. Matthias Jäger, Psychiatrie Baselland <i>Juristische Begleitung:</i> Urs Vogel, Urs Vogel Consulting
Kooperationspartner:	Baselland: Psychiatrie Baselland PBL Graubünden: Psychiatrische Dienste Graubünden Tessin: Clinica psichiatrica cantonale Ticino Waadt: Département de psychiatrie CHUV Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich PUK
Eidgenössisches Justiz- und Polizei Departement EJPD, Bundesamt für Justiz BJ, Direktionsbereich Privatrecht, Fachbereich Zivilrecht und Zivilprozessrecht ZZ	Das vorliegende Dokument ist das Resultat der Evaluation der Bestimmungen zur fürsorgerischen Unterbringung (FU; Art. 426 ff. ZGB), die vom BJ extern in Auftrag gegeben wurde. Die Evaluation wurde durch eine interdisziplinäre Begleitgruppe unterstützt.
Bezug:	Bundesamt für Justiz Bundesrain 20, 3003 Bern www.bj.admin.ch
Korrespondenzadresse:	socialdesign ag, Schosshaldenstrasse 22, 3006 Bern
Zitiervorschlag:	socialdesign und Forschungsgruppe Mental Health Care and Service Research (2022). Evaluation der Bestimmungen zur fürsorgerischen Unterbringung (FU; Art. 426 ff. ZGB). Im Auftrag des Bundesamtes für Justiz BJ.

Executive Summary – Deutsch

I Ausgangslage und Ziel der Evaluation

Am 1. Januar 2013 trat das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) in Kraft. Es löste das Vormundschaftsrecht ab. Mit dem KESR wurde die fürsorgerische Unterbringung (FU) als Nachfolgerin der fürsorgerischen Freiheitsentziehung (FFE; Art. 397a ff. aZGB) eingeführt.

Seit Einführung des KESR wurden acht parlamentarische Vorstösse zur FU eingereicht.¹ In seiner Stellungnahme zu den Motionen 18.3653 und 18.3654 stellte der Bundesrat fest, dass die Revision des KESR massgebliche Verbesserungen brachte. Er anerkannte aber, dass die neuen Bestimmungen und deren kantonale Umsetzung auch Kritik erfahren. Er erachtete daher eine umfassende Evaluation der Bestimmungen zur FU Art. 426 ff. ZGB als notwendig. Vor diesem Hintergrund vergab das Bundesamt für Justiz (BJ) eine externe Evaluation an ein interdisziplinäres Evaluationsteam.²

Das übergeordnete Evaluationsziel war, Fakten- und Entscheidungsgrundlagen zuhanden des BJ zu erarbeiten, um einen allfälligen Revisionsbedarf für den Bereich FU (Artikel zur Regulation von Zwang und Massnahmen zur Förderung der Autonomie³) abzuschätzen. Der Fokus lag ausschliesslich auf FUs bei Erwachsenen.

Die Evaluation erfolgte zwischen Oktober 2020 und Juni 2022. Dabei wurde die Umsetzung in fünf Kantonen aller Sprachregionen evaluiert, nämlich BL, GR, TI, VD, ZH. Hierfür wurde eine Kooperation mit fünf Kliniken der jeweiligen Kantone eingegangen (vgl. Analyseverfahren). Für die Durchführung der Evaluation wurde bei den Ethikkommissionen der fünf Kantone eine Genehmigung eingeholt.

II Fragestellungen

Die Evaluation ging folgenden Fragestellungen nach. Diese Fragen wurden mit dem BJ und einer interdisziplinären Begleitgruppe⁴ diskutiert und geschärft.

- 1) Welche Verteilung hinsichtlich der zuweisenden Instanzen besteht innerhalb der einzelnen Kantone und im Vergleich (Verhältnis allgemein-ärztliche FU / psychiatrisch-ärztliche FU / behördliche FU)?
- 2) Wie häufig und in welcher Form werden bewegungseinschränkende Massnahmen angewandt? Bestehen Unterschiede je nach Klinik resp. Kanton?
- 3) Wie ist die Dauer der Hospitalisierung nach Zuweisung per FU? Bestehen Unterschiede je Kanton / je zuweisender Instanz?
- 4) Wie werden die gesetzlich definierten Voraussetzungen von FU (anordnende Instanz, Anhörung und Information der betroffenen Person) umgesetzt?
- 5) Welche geeigneten Einrichtungen lassen sich in den fünf Kantonen erfassen?
- 6) Wie werden Vertrauenspersonen (VP) und gesetzliche Vertretungen in den fünf Kantonen genutzt und wahrgenommen?
- 7) Wie erfolgt die Beurteilung von Urteilsunfähigkeit und welche Konsequenzen ergeben sich für die Anwendung von Zwang?
- 8) Wie wird mit somatischen Erkrankungen bei Patienten und Patientinnen mit FU in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone umgegangen?

¹ Vgl. Projektausschreibung BJ vom 09.07.2020, S. 4, Weblink: <https://www.seval.ch/ausschreibung/evaluation-der-bestimmungen-zur-fuersorgerischen-unterbringung-fu-art-426-ff-zgb-evaluation-des-dispositions-relatives-au-placement-a-des-fins-dassistance-pafa-art-426-ss-cc/>

² Evaluationsteam: socialdesign (Gesamtprojektleitung), Forschungsgruppe Mental Health Care and Service Research (Vertretende aus Psychiatrie Baselland, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich) und Urs Vogel Consulting.

³ **Art. 383 -385 ZGB:** materielle und formelle Voraussetzungen der Einschränkung der Bewegungsfreiheit; **Art. 426–439 ZGB:** materielle Voraussetzungen der FU, Zuständigkeit, Überprüfung der FU; VP; medizinische Massnahmen bei psychischen Störungen; Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit; Anrufung des Gerichts; Bestimmungen, auf die in **Art. 426 ff. ZGB** verwiesen wird; Bestimmungen zum Verfahren vor der KESB (**Art. 443 ff. ZGB**) sowie Bestimmungen im Rahmen des Rechtsschutzes vor der gerichtlichen Beschwerdeinstanz (**Art. 450 ff. ZGB**).

⁴ BJ, Bundesamt für Gesundheit BAG, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde KESB, Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz KOKES, Psychiatrie, Recht.

- 9) Wie und anhand welcher Kriterien erfolgt die Anwendung von Zwangsmassnahmen (Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Zwangsbehandlung) in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?
- 10) Wie ist der Umgang mit psychiatrischen Patientenverfügungen in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?
- 11) Wie verlaufen ärztliche und behördliche FU und wie wird die periodische Überprüfung und Aufhebung einer FU in den fünf Kantonen geregelt?
- 12) Wie ist der Umgang mit Entlassungsgesuchen in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?
- 13) Wie erfolgt die Umsetzung von Austrittsgesprächen und – wenn indiziert – die Erstellung von Behandlungsgrundsätzen?
- 14) Wie werden ambulante Massnahmen beurteilt und in den fünf Kantonen umgesetzt?
- 15) Wie erfolgt die Nutzung der gerichtlichen Beschwerdeinstanz in den fünf Kantonen und was sind mögliche Outcomes?
- 16) Wie ist die Schnittstelle zum Kinderschutz in den fünf Kantonen geregelt (z.B. bei FU eines Elternteils)?

III Erhebungs- und Analyseverfahren

Der Evaluation liegt eine multiperspektivische und multimethodische Erhebungs- und Analyseverfahren zugrunde. Das heisst, es wurden mehrere (Stakeholder-)Perspektiven⁵ und mehrere Methoden (quantitative und qualitative) eingesetzt, um dem komplexen Gegenstand Rechnung zu tragen. Zur Beantwortung der vielfältigen Evaluationsfragen wurde mittels dreier Teilprojekte (TP) gearbeitet:

- **TP 1: Quantitative Analyse von Routine-/Basisdaten:** In diesem TP wurden routinemässig erhobene Basisdaten von (per FU) hospitalisierten Personen (soziodemographische und klinische Basisdaten, Qualitätsdaten ANQ) der teilnehmenden Kliniken aus fünf Kantonen⁶ ausgewertet. Die Daten wurden quantitativ statistisch ausgewertet hinsichtlich kantonaler Unterschiede.
- **TP 2: Online-Erhebung bei relevanten Stakeholdern:** In diesem TP wurden in den FU-Prozess involvierte Stakeholder⁷ in allen fünf Kantonen mittels eines umfassenden dreisprachigen (D, F, I) Online-Fragebogens zu Umsetzung, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit des KESR für die Behandlung / Betreuung unter FU Bedingungen befragt. Die (assistierte) Befragung der Betroffenen fand in den fünf Kliniken statt. Alle anderen Stakeholder wurden mittels Umfrage-Link zur Teilnahme eingeladen. Die Daten wurden qualitativ und quantitativ statistisch ausgewertet, wenn möglich hinsichtlich kantonaler Unterschiede resp. Unterschiede zwischen Stakeholdern.
- **TP 3: Semi-strukturierte Interviews zu Fallvignetten:** In diesem TP wurde mittels semi-strukturierten virtuellen Interviews zu exemplarischen Fallvignetten (prototypische Verläufe und unterschiedliche klinische Hintergründe) mit Vertretungen aller Stakeholder und aller Kantone durchgeführt. Die Daten wurden qualitativ ausgewertet. Pro Fallvignette sind die Perspektiven aller Stakeholder ersichtlich. Es können aber keine kantonalen Unterschiede beschrieben werden.

Die Datenerhebung fand zwischen April 2021 und November 2021 statt. Die Datenauswertung und Interpretation und Ableitung von Empfehlungen zuhanden des BJ erfolgte stark interdisziplinär (Medizin, Psychologie, Jura, Sozialarbeit) und diskursiv.

⁵ Betroffene, Angehörige, VP, Zuweisende, Klinikpersonal, KESB, Gerichte, (Betroffenen-) Organisationen.

⁶ BL, GR, TI, VD, ZH.

⁷ Betroffene, Angehörige, VP, Zuweisende, Klinikpersonal, KESB, Gerichte, (Betroffenen-) Organisationen.

IV Beantwortung der Evaluationsfragen

Die Evaluationsfragestellungen lassen sich zusammenfassend wie folgt beantworten:

- 1) Welche Verteilung hinsichtlich der zuweisenden Instanzen besteht innerhalb der einzelnen Kantone und im Vergleich (Verhältnis allgemein-ärztliche FU / psychiatrisch-ärztliche FU / behördliche FU)?

In allen Kantonen ausser GR⁸ erfolgen **über 80% der FU-Anordnungen durch Ärzt:innen**, davon mindestens **20% durch Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie**. Behördliche FU sind in allen Kantonen eher selten (unter 10%). In BL erfolgt die FU-Anordnung basierend auf ärztlichen Beurteilungen durch die KESB.

- 2) Wie häufig und in welcher Form werden bewegungseinschränkende Massnahmen angewandt? Bestehen Unterschiede je nach Klinik resp. Kanton?

Der Anteil Patient:innen mit mindestens einer bewegungseinschränkenden Massnahme liegt in allen Kantonen unter 15%. Die Fixierung und Isolation sind am häufigsten in BL. Keine Fixierungen und Isolationen gibt es in TI. Dort ist die Zwangsmedikation am häufigsten.

- 3) Wie ist die Dauer der Hospitalisierung nach Zuweisung per FU? Bestehen Unterschiede je Kanton / je zuweisender Instanz?

Die mittlere Hospitalisierungsdauer liegt in allen Kantonen bei 25 - 33 Tagen. In den meisten Kantonen unterscheidet sich die mittlere Hospitalisationsdauer nicht zwischen Patient:innen mit und ohne FU. Nur in GR und VD finden sich Unterschiede bzgl. der Hospitalisationsdauer mit FU und ohne FU. Bei Patient:innen *ohne* FU ist die Aufenthaltsdauer bei einer allgemeinärztlichen Zuweisung zwischen 3 und 9 Tagen länger als bei Selbstzuweisung (Ausnahme Kanton TI), bei fachärztlicher psychiatrischer Zuweisung nochmals um 1 bis 5 Tage länger als bei Zuweisung durch nicht-psychiatrische Ärzt:innen.

- 4) Wie werden die gesetzlich definierten Voraussetzungen von FU (anordnende Instanz, Anhörung und Information der betroffenen Person) umgesetzt?

Kompetenz für die Beurteilung von Notfallsituationen wird v.a. Psychiater:innen beigemessen, deutlich weniger den nicht-psychiatrischen Ärzt:innen.

Die **alleinige Anordnungscompetenz (AOK) durch die KESB** (existiert nur in BL) wird von Mitarbeitenden der KESB gänzlich und von Zuweisenden, Klinikpersonal, Gerichten und Organisationen, v.a. in BL, zu zwei Dritteln abgelehnt. Am ehesten befürworten zuweisende Ärzte eine AOK. Für eine AOK durch die KESB setzen die Befragten eine 24/7-Abdeckung resp. Ressourcenverfügbarkeit sowie spezialisiertes Fachwissen voraus.

Betroffene / Angehörige haben einen eher niedrigen **Informationsstand** über Regelungen zur FU (v.a. bzgl. Beschwerdemöglichkeit). Bei Zuweisenden, Personal und Organisationen ist der Informationsstand hoch bis sehr hoch.

Die **Information** erfolgt gemäss den Betroffenen häufiger durch Klinikärzt:innen als durch Zuweisende (BL, TI, VD), häufiger durch Zuweisende als durch Klinikärzt:innen (GR) oder ähnlich häufig durch beide Berufsgruppen (ZH). Circa ein Drittel der Betroffenen (ZH, VD, TI) geben an, keine Information erhalten zu haben bzgl. Begründung der FU, weiterer Behandlungen etc.

Betroffene schätzen die **Dauer der Anhörung** deutlich kürzer ein (unter 5 Minuten) als Angehörige, Vertrauensperson (VP), Zuweisende und Personal (<20 Minuten) oder die KESB (>20 Minuten). Betroffene wünschen sich mehr Zeit und ausführlichere (schriftliche) Informationen.

⁸ Psychiater:innen sind nicht mehr in den FU-Dienst involviert.

5) Welche geeigneten Einrichtungen lassen sich in den fünf Kantonen erfassen?

Es existiert weder eine allgemeingültige Definition resp. Liste der «geeigneten Einrichtungen» noch eine schweizweit standardisierte Erfassung solcher Einrichtungen. Alle Kantone melden unzureichende geeigneten. Oftmals müssen Alternativen in anderen Strukturen (z.B. Anfrage Nachbarkantone, Partnerkliniken, Kliniken mit Aufnahmepflicht etc.) oder Klinikintern, innerhalb der Institution wo die Person sich bereits aufhält (z.B. Kurzkonsultationen, Zwischenbetreuung, Weiterführung stationäre Behandlung etc.) gesucht werden.

6) Wie werden Vertrauenspersonen (VP) und gesetzliche Vertretungen in den fünf Kantonen genutzt und wahrgenommen?

Viele Betroffene geben an, keine Information bzgl. der **Benennung einer Vertrauensperson (VP)** erhalten zu haben. Die Hälfte der Informierten benannten eine VP, wobei es kantonale Unterschiede gibt (am höchsten in BL, GR, am geringsten in ZH). Zuweisende, Personal, KESB und Gerichte akzeptieren den Verzicht der Betroffenen auf eine VP. Am häufigsten übernehmen Familienangehörige die Rolle der VP, in VD oftmals auch Bekannte oder Personen mit juristischem Verfahrensverständnis.

Die Stakeholder (v.a. Betroffene) machen mehrheitlich gute **Erfahrungen mit VP**, eine Minderheit macht schlechte Erfahrungen. Die professionellen Stakeholder⁹ beurteilen VP mehrheitlich als (sehr) hilfreich. Eine zwingende **Anordnung einer Verfahrensbeistandschaft** wird häufiger abgelehnt als begrüsst.

7) Wie erfolgt die Beurteilung von Urteilsunfähigkeit und welche Konsequenzen ergeben sich für die Anwendung von Zwang?

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. Dass Urteilsunfähigkeit keine Voraussetzung für eine FU sein soll, begrüssen Gericht, KESB und VP deutlich stärker als Angehörige und Betroffene. Häufigster Grund für die Feststellung von Urteilsunfähigkeit ist eine Auffassungsstörung (z.B. verminderte Wahrnehmungsfähigkeit, fehlendes/vermindertes Verständnis von Bedeutungszusammenhängen).

8) Wie wird mit somatischen Erkrankungen bei Patienten und Patientinnen mit FU in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone umgegangen?

Wenn bei Patient:innen mit einer FU eine somatische Krankheit (z.B. Gehirntumor) diagnostiziert wird, wird relativ oft eine neue FU in ein somatisches Spital angeordnet. Häufig werden in diesen Fällen Ärzt:innen für somatische Krankheiten miteinbezogen.

9) Wie und anhand welcher Kriterien erfolgt die Anwendung von Zwangsmassnahmen (Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Zwangsbehandlung) in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?

Grundsätzlich existieren gemäss den Befragten Kliniken Standards zum Vorgehen bei **medizinischen Massnahmen ohne Zustimmung (MMoZ)**. Es haben jedoch nicht alle Befragten Kenntnis darüber (v.a. TI, ZH).

Knapp zwei Drittel der Betroffenen hat Erfahrungen mit bewegungseinschränkenden Massnahmen. Bei elektiven¹⁰ Massnahmen werden die Betroffenen deutlich häufiger über die **Möglichkeit zur Anrufung des Gerichts** im Falle einer Zwangsbehandlung informiert als bei Notfallmassnahmen oder Gefahr im Verzug. Bei der Hälfte der Anordnungen von elektiven Massnahmen ohne Zustimmung werden Chefärzt:innen involviert. Bei bewegungseinschränkenden Massnahmen liegt häufiger Selbst- als Fremdgefährdung vor. Angehörige oder VP werden häufiger involviert als nicht involviert.

⁹ Zuweisende, Personal, KESB, Gericht, Organisationen.

¹⁰ Der Begriff „elektiv« (lat. eligere – auswählen) wird in der Medizin meist verwendet, um die bewusste Auswahl einer ärztlichen Handlung (z.B. Operation, Massnahme etc.) zu charakterisieren.

10) Wie ist der Umgang mit psychiatrischen Patientenverfügungen in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?

Nur wenige Betroffene verfügen über eine **Psychiatrische Patientenverfügung (PPV)**. Nur sehr selten wurde diese auch berücksichtigt. Betroffene und Angehörige finden, die PPV sollte analog zur somatischen PV verbindlich sein. Zuweisende und Personal lehnen eine Gleichstellung der somatischen und psychiatrischen PV eher ab.

11) Wie verlaufen ärztliche und behördliche FU und wie wird die periodische Überprüfung und Aufhebung einer FU in den fünf Kantonen geregelt?

Angehörige und VP nehmen die **periodische Überprüfung** ausschliesslich positiv wahr. Betroffene nehmen die periodische Überprüfung ähnlich häufig als positiv und negativ wahr. Sie wünschen sich mehr Einbezug bei der Kommunikation.

12) Wie ist der Umgang mit Entlassungsgesuchen in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?

Zurückbehaltungen von freiwillig Eingetretenen gemäss Art. 427 ZGB bei Entlassungsgesuchen kommen selten vor.

13) Wie erfolgt die Umsetzung von Austrittsgesprächen und – wenn indiziert – die Erstellung von Behandlungsgrundsätzen?

Austrittsgespräche bei FU-Patient:innen finden gemäss Personal fast immer statt und werden als nützlich beurteilt. Jedoch hat nur die Hälfte der Betroffenen an Austrittsgesprächen teilgenommen. Betroffene beurteilen Austrittsgespräche häufiger als nützlich denn als unnützlich, insbesondere die Festlegung der Nachbehandlung und Definition der nächsten Schritte. **Behandlungsgrundsätze** wurden bei einem Viertel der Betroffenen erstellt, sie fanden diese nützlich.

14) Wie werden ambulante Massnahmen beurteilt und in den fünf Kantonen umgesetzt?

Ambulante Massnahmen (z.B. Verpflichtung zu therapeutischen Sitzungen, Einnahme von Medikamenten, Verzicht auf Alkohol etc.) werden im Rahmen der aktuell geltenden gesetzlichen Regelung als nicht durchsetzbar beurteilt. Man wünscht sich mehr Spielraum resp. Durchsetzungsmöglichkeiten (dies sind Einzelaussagen aus TP 3).

15) Wie erfolgt die Nutzung der gerichtlichen Beschwerdeinstanz in den fünf Kantonen und was sind mögliche Outcomes?

In der Regel informiert das Personal über die **gerichtlichen Beschwerdemöglichkeiten**. Etwas mehr als die Hälfte des Personals der KESB und Gerichte gab an, konsequent über die Möglichkeit zur Einreichung eines Entlassungsgesuchs bzw. Aufhebung der Massnahme zu informieren. Ein Grossteil der Betroffenen gab ebenfalls an, diesbezüglich informiert worden zu sein. Verhandlungen zu Beschwerden sollten, wenn möglich, ortsnahe bei den Betroffenen stattfinden.

16) Wie ist die Schnittstelle zum Kinderschutz in den fünf Kantonen geregelt (z.B. bei FU eines Elternteils)?

Die Hälfte des befragten Personals, der befragten Zuweisenden und KESB gaben an, darüber informiert zu sein, ob eine **Person mit FU Kinder** hat. Ein Drittel leitet in solchen Fällen Massnahmen ein (z.B. Organisation der Kinderbetreuung, Einbezug von Angehörigen etc.).

V Kernergebnisse und Empfehlungen

Grundsätzlich weisen die Evaluationsergebnisse darauf hin, dass die gesetzliche Reform die angestrebten Ziele zu grossen Teilen erreicht hat. Dennoch besteht ein gesetzgeberischer Anpassungsbedarf der Bestimmungen zu FU. Die Anpassungen sind nur dann nutzbringend, wenn substantielle

Anstrengungen erfolgen, die einen weiter qualitätsverbessernden Umgang und eine verstärkte Sensibilisierung zum Umgang mit FU ermöglichen. Zentral ist eine konsequente Ausrichtung an den allgemeinen Grundsätzen des KESR hinsichtlich der Förderung der Selbstbestimmung und Autonomie von Betroffenen. Es lassen sich folgende Kernergebnisse und Empfehlungen ableiten. Sie wurden im Austausch mit der Begleitgruppe validiert.

Anhaltende Heterogenität bei der Umsetzung der FU und weiterer Zwangsmassnahmen

Trotz Bestrebungen zur Vereinheitlichung der Verfahrensbestimmungen hinsichtlich der FU sowie medizinischen Zwangsmassnahmen durch die Revision des KESR findet sich in der Umsetzung der FU und der Anwendung von Zwangsmassnahmen nach wie vor eine ausgeprägte kantonspezifische Heterogenität. Die Förderung einheitlicher Vorgehensweisen würde zu einer Homogenisierung beitragen. Eine FU geht mit einem Verlust von Autonomie einher und stellt für die Betroffenen eine erhebliche emotionale und körperliche Belastung dar, daher kommt einer autonomiewahrenden homogenen Umsetzung eine besondere Bedeutung zu. Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Empfehlungen.

- 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. 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.¹¹
- Schaffung einer vereinheitlichten Regelung der Aufsichtspflicht in Form einer regelmässigen Kontrolle über Umsetzung der FU und damit verbundenen Massnahmen 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 zumindest kantonalen (gemäss föderaler Struktur) Aufsicht in der Form von öffentlich zugänglichen kantonalen Jahresberichten (idealerweise gebündelt auf Bundesebene¹²) mit den Ergebnissen und Erkenntnissen (Daten/Informationen/Empfehlungen etc.).
- Prüfung der Einführung einer Meldepflicht von Zwangsmassnahmen¹³ an die jeweils zuständige KESB.

Deutliche Differenzen zwischen den Antworten von Betroffenen / Angehörigen und denjenigen von Professionellen in zwei Themenbereichen

Es finden sich divergierende Antworten von Betroffenen/Angehörigen und Professionellen (Gerichte, KESB, Medizin) in zwei Bereichen: 1. Information zur FU, deren Alternativen und Beschwerdemöglichkeiten und 2. Bzgl. der Relevanz der Urteilsfähigkeit bei der Prüfung einer FU-Anordnung. Bei diesen beiden Themen gehen die Wahrnehmungen stark auseinander. Vor dem Hintergrund, dass das revidierte KESR den Anspruch hat, die Selbstbestimmung und Autonomie der Betroffenen zu stärken, erscheinen diese Differenzen umso gewichtiger. Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Empfehlungen.

- Prüfung eines stärkeren Einbezugs der Betroffenenperspektive im gesamten FU-Prozess. Diesbezüglich ist der Gestaltungsraum gross (z.B. Einbezug von «Peers»¹⁴, Mitsprachemöglichkeit bei Überarbeitungen der Vorgaben/Vorgehensweisen/Umsetzungen).
- Nachdrückliche Förderung der Information der Betroffenen, Angehörigen und Vertrauenspersonen über den Grund der FU, Beschwerdemöglichkeiten und Alternativen zur FU.
- Steigerung der Autonomiewahrung der Betroffenen durch die Überprüfung der Urteilsfähigkeit¹⁵ vor der Anordnung einer FU. Als zusätzliche Voraussetzung für eine FU sollte die jeweils spezifische Urteilsunfähigkeit definiert werden.

¹¹ Morandi et al. (2021).

¹² Beispielsweise durch das Bundesamt für Gesundheit BAG.

¹³ Vgl. 1.2.; 4.3.5.

¹⁴ Peers sind Expert:innen mit Erfahrung, d.h. Personen, die selbst von einer FU betroffen waren. Vgl. Pro Mente Sana, Weblink: <https://promentesana.ch/selbstbestimmt-genesen/grundlagen-zur-genesung/was-ist-ein-peer>.

¹⁵ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft SAMW, Richtlinien Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis (2019).

- Die Abschaffung des Sonderrechts für psychisch kranke Menschen ist zu verfolgen. Die Rechte der Patient:innen sollen diagnoseunabhängig (z.B. bei einer kardiologischen Diagnose und einer psychiatrischen Diagnose) die gleichen rechtlichen Folgen auslösen. Zentrales Kriterium für die Feststellung eines Schwächezustandes als eine der Voraussetzungen für die Anwendung von Massnahmen ohne Einverständnis bzw. gegen den Willen sollte nicht die Diagnose, sondern die Urteilsfähigkeit sein. Zudem sollte die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung für alle Patient:innen unabhängig von der Diagnose gleich definiert sein. Dies würde die Gleichstellung und Gleichbehandlung von Patient:innen erlauben.

FU-Anordnungen erfolgen mehrheitlich ärztlich

80% der FU sind ärztlich angeordnet, davon circa 20% durch Fachärzt:innen der Psychiatrie. Somit wird der gemäss KESR ermöglichte Spielraum genutzt, der nebst der KESB auch Ärzt:innen ermächtigt, FU anzuordnen. Die gesetzlich vorgesehene Anordnung einer FU durch die KESB wird in der Praxis somit selten vollzogen, obwohl sie der Gesetzgeber als mit der kantonalrechtlich anzuordnenden Kompetenz der Ärzteschaft explizit gleichgeordnet erachtete. Die alleinige Anordnungs-kompetenz der KESB wird stark abgelehnt (v.a. von 98% der KESB selbst, aber auch von den anderen Stakeholdern (60%)). Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Empfehlungen.

- Es ist naheliegend, dass aufgrund der unterschiedlichen Qualifikationen und Erfahrungen der FU-anordnenden bzw. beantragenden Personen Qualitätsunterschiede in den Anordnungen vorkommen. Qualitätseinbussen werden in der Praxis immer wieder festgestellt, meist, weil nicht ausreichende psychiatrische Expertise oder zu geringe Kenntnisse der gesetzlichen Voraussetzungen bestehen. Eine restriktivere Handhabung der Zuständigkeiten bzw. eine obligatorische Zertifizierung könnte zu einem einheitlicheren Vorgehen führen. Dies könnte konsequent mit der Definition eines Mindeststandards an Kenntnissen und Kompetenzen für die Anordnung einer FU einhergehen.¹⁶
- Neben der inhaltlichen Expertise muss die Gefahr einer Befangenheit der anordnenden Ärzt:innen eingeschätzt werden. Gerade bei stark wertgeleiteten Entscheidungen und unter Zeitdruck bzw. bei eingeschränkten Informationen fällt die Infragestellung der Einschätzung eines:r Kolleg:in nicht leicht. Und dies insbesondere, wenn es sich um eine Person derselben Institution handelt. Das Recht der Betroffenen auf eine Beurteilung durch eine unabhängige Zweitinstanz muss durch Massnahmen gewährleistet werden.
- Das Problem der Übernahme hoheitlicher Aufgaben durch die Ärzteschaft (Doppelrolle) könnte durch eine frühzeitige – ggf. 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.
- Durchführung von themenrelevanten interdisziplinären Veranstaltungen, Diskussionen, Publikationen oder Fortbildungen zur Sensibilisierung und aktiven Thematisierung der mit bestimmten gesellschaftlichen Erwartungen einhergehenden Gefahr einer Instrumentalisierung der Psychiatrie. Letztere hat nebst ihrem Behandlungsauftrag auch einen Fremdschutzauftrag und wirkt dadurch «versorgend» (Ordnungsauftrag). Die Sensibilisierung und Thematisierung sollte auch Eingang in die tägliche Praxis finden, wie auch in die jeweiligen Jahresberichte / Evaluationen etc. einfließen.

«Geeignete Einrichtung» definieren

In allen Kantonen scheinen die Kapazitäten für die Behandlung oder Betreuung oftmals unzureichend. Dies weist auf einen Handlungsbedarf bzgl. der zur Verfügung stehenden Einrichtungen resp. weniger einschneidenden Massnahmen im Sinne der Prävention von FU in «fehlende» geeignete Einrichtungen hin (z.B. Ausbau von stationersetzenden Hilfsangeboten, mobile Krisenequipen etc.).

Zudem besteht keine einheitliche Definition für eine «geeignete Einrichtung», v.a. in Situationen, in denen die Betreuung und nicht die Behandlung (KVG) im Vordergrund steht. Dort treten in der Praxis rasch Spannungsfelder auf. Beispielsweise wenn FU in einer psychiatrischen Klinik ohne Behandlungsauftrag erfolgen, die Behandlung von der betroffenen Person nachhaltig abgelehnt und die Voraussetzungen für eine Behandlung ohne Zustimmung nicht gegeben sind oder der Schwächezustand nicht auf eine psychische Störung zurückzuführen ist (z.B. bei geistiger Behinderung, schwerer Verwahrlosung). Mangels Alternativen erfolgt die FU oftmals in die psychiatrische Klinik, ohne dass

¹⁶ Bernhart, Ch. (2011), Ausführungen der Ständeratsdebatte vom 27.9.2007 anlässlich der Diskussion des revidierten Erwachsenenschutzgesetzes.

passende Rahmenbedingungen vorhanden wären. Eskalationen und daraus folgende Zwangsmassnahmen können die Folge sein. Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Empfehlungen.

- Einheitliche Definition einer «geeigneten Einrichtung» unter Einbezug der involvierten Disziplinen.
- Schaffung eines diversifizierten Angebotes geeigneter Einrichtungen zur Umsetzung der FU, welches in Ergänzung zur psychiatrischen Klinik für die Behandlung psychischer Störungen auch Einrichtungen zur Betreuung von Menschen ohne akute psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit berücksichtigt.
- Sicherstellung, dass Behandlungsangebote, die im präventiven Sinn einer Klinik vorgeschaltet sind (z.B. klinikäquivalente aufsuchende Behandlungen im häuslichen Umfeld, Tageskliniken, ambulante interdisziplinäre Komplexbehandlungen, Hometreatment etc.) vor einer FU geprüft werden.
- Die FU-Einweisung in Langzeitpflegeinstitutionen und Behinderteneinrichtungen konnte mangels Rücklauf in der hier vorliegenden Evaluation nicht untersucht werden. Dies lässt vermuten, dass die Sensibilität zu FU und weiteren «Zwangsmassnahmen» in diesen Institutionen zu schärfen ist. Die Definition der Umsetzung der Aufsichtspflicht kann hierbei Transparenz und einheitliches Vorgehen sicherstellen. Sicherlich ist hierbei auch die multiprofessionelle Schulung der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie der hierfür zuständigen Führungspersonen erforderlich.

Differenzierung und Klärung der Begriffe im Kontext der FU

Im Kontext der FU wird oft der Mantelbegriff «Zwangsmassnahme» verwendet. Er umfasst Massnahmen i.S. von Art. 434 f. ZGB (Behandlung ohne Zustimmung, z.B. Zwangsmedikation, Fixierung, Festhaltetechnik etc.) und Art. 438 ZGB (Massnahmen der Einschränkung der Bewegungsfreiheit, z.B. Verwehrung von Ausgang). Im KESR wird der Begriff Zwangsmassnahme nicht verwendet, in der Praxis hingegen schon. Zu Gunsten eines einheitlichen und transparenten Diskurses (in der interdisziplinären Praxis, politischen Auseinandersetzung etc.), ist eine Sensibilisierung für die Differenzierung der Begrifflichkeiten anzustreben und die differenzierte und einheitliche Begriffsverwendung zu fördern.

- Förderung der Bestrebungen hinsichtlich einer differenzierten Verwendung relevanter Begriffe in der Praxis im Kontext der FU, um (in der Praxis) eine stärkere Vereinheitlichung des Diskurses zu bewirken.
- Sensibilisierung hinsichtlich der differenziert anzuwendenden Begriffe, die allgemein unter Zwangsbehandlung subsumiert werden (z.B. Behandlung ohne Zustimmung; Einschränkung der Bewegungsfreiheit), und weiterer Begriffe mit Interpretationsspielraum (z.B. schwere Verwahrlosung, geeignete Einrichtung).

Settingabhängige Regelung von FU problematisch

Die Umsetzung der Zwangsmassnahmen gestaltet sich je nach Setting (Psychiatrie, Akutsomatik, Langzeitpflege) unterschiedlich. Auch die Analyse der Basisdaten brachte klinik- resp. spitalspezifische Unterschiede in der Anwendung von Zwangsmassnahmen auf. Dies widerspiegelt, dass das KESR nicht systematisch von der Person und ihrer Autonomie ausgeht, sondern teilweise institutionelle oder einrichtungsspezifische Aspekte priorisiert werden (z.B. Psychiatrische Klinik vs. Somatisches Spital; Klinik/Spital vs. Pflegeeinrichtung). Dabei sollte das Setting grundsätzlich keinen Einfluss auf den Umgang mit Zwangsmassnahmen haben, da diese unabhängig vom Setting immer gleich wirken. Grosse Unterschiede sind aus fachlicher, ethischer und rechtlicher Sicht bedenklich. Vor diesem Hintergrund ergibt sich folgende Empfehlung.

- Überprüfung der KESR-Bestimmungen hinsichtlich Unterschieden zwischen Psychiatrie, Akutsomatik und Langzeitpflege. Durch die konsequente Ausrichtung auf die Wirkung von Zwangsmassnahmen im Allgemeinen resp. von FUs im Spezifischen auf die betroffene Person sollten die rechtlichen Grundlagen für alle Zwangsmassnahmen unabhängig vom Setting gleich sein.

Spezifische Instrumente zur Stärkung der Selbstbestimmtheit werden kaum genutzt

Spezifische Instrumente zur Stärkung der Selbstbestimmtheit, die im Rahmen der Revision des KESR eingeführt worden sind (z.B. Patientenverfügungen, VP, Behandlungsgrundsätze) werden unterschiedlich häufig, insgesamt allerdings eher selten eingesetzt. Diese Massnahmen sind alle mit einem erhöhten administrativen Aufwand auf Seiten Betroffenen bzw. der «geeigneten Einrichtungen» verbunden. Der eher seltene Einsatz wirft die Frage der Umsetzbarkeit und Nützlichkeit auf. Dies öffnet die Diskussion für die Einführung von Massnahmen zur Erhöhung der Akzeptanz bzw.

einer regelhaften Unterstützung und Kontrolle der Umsetzung, die jedoch ebenfalls mit einem Mehraufwand seitens der involvierten Systeme (neben Gesundheitseinrichtungen, Behörden, gesellschaftliche Angebote, Beratungsstellen etc.) verbunden sind. Bei der Gewichtung der Selbstbestimmung und des Schutzes der Freiheitsrechte im Zusammenhang mit der FU, den bewegungseinschränkenden Massnahmen und der Behandlung ohne Zustimmung, bleibt zu berücksichtigen, dass die Betroffenen besonders schutzbedürftig sind und keine starke Lobby-Unterstützung haben. Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Empfehlungen:

- Prüfung der Einführung einer regelhaften Überprüfung einer FU innerhalb von 24-72 Stunden, unabhängig davon, ob eine Beschwerde erhoben wird oder nicht.
- Förderung des Einsatzes der im aktuellen Gesetz bestehenden Möglichkeiten zur Stärkung der Selbstbestimmung und des Rechtsschutzes (beispielsweise kostenlose juristische Verfahrensvertretung für Betroffene).

Darüber hinaus lassen sich verschiedene **Themen und Handlungsfelder mit Überprüfungsbedarf** ableiten:

Themenstellungen	Handlungsfelder	Vollzug	Rechtliches	
			materiell	formell
Sicherstellung der Rechtsgleichheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung der folgenden Voraussetzung bzgl. FU: <ul style="list-style-type: none"> a) Vereinheitlichung der Anwendung des Kriteriums «Urteilsunfähigkeit (UuF)». UuF ist bei FU keine Bedingung, hingegen ist UuF bei der Behandlung ohne Zustimmung eine Bedingung. UuF sollte auch bei der FU eine Bedingung darstellen, wenn die Stärkung der Selbstbestimmung und Autonomie gefördert werden soll (Stichwort Grundrechte, Persönlichkeitsrechte). b) Ausdifferenzierung und Überprüfung des Begriffs «Schwächezustand» (psychische Störung / schwere Verwahrlosung / geistige Behinderung) mit Blick auf geeignete Einrichtung (z.B. Psychiatrische Klinik zur Behandlung einer psychischen Störung, spezifische Wohn-/Pflegeeinrichtung zur Betreuung bei schwerer Verwahrlosung oder geistiger Behinderung). 	x	x	
Abläufe vereinheitlichen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vereinheitlichung der Abläufe in der Umsetzung von FUs. ▪ Vereinheitlichung in Bezug auf die nicht mehr aufrechtzuerhaltende Unterscheidung von somatisch vs. psychiatrischen Behandlungen im Rahmen der Behandlung ohne Zustimmung bei Urteilunfähigkeit. Und dies unabhängig von der Art der Einrichtung, in welche Personen per FU eingewiesen werden resp. in welcher sich die eingewiesenen Personen aufhalten. 	x		x
		x		x
Stärkung der Selbstbestimmung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stärkung der Selbstbestimmung trotz Vorliegens eines Schwächezustandes bei Patient:innen. ▪ Fördern eines verbindlichen Einsatzes von Hilfsmitteln zur Stärkung der Selbstbestimmung (Verfügung, Vertrauensperson, Behandlungsgrundsätze etc.). 	x	x	x
		x	x	x
Schwere Verwahrlosung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung des Umgangs mit Personen mit schwerer Verwahrlosung in Abhängigkeit der Urteils(un)fähigkeit. 		x	x
Überprüfungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfung einer verkürzten Zeitdauer bis zur regelhaften Überprüfung (resp. Prüfung der Einführung einer automatischen Überprüfung) innert 24 – 48 Stunden durch eine unabhängige Instanz, unabhängig einer Beschwerde der betroffenen Person. 		x	x

Themenstellungen	Handlungsfelder	Vollzug	Rechtliches	
			materiell	formell
Verfahrensvertretung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung einer automatischen Bestellung einer Verfahrensvertretung (ähnlich dem Strafvollzug mit Pflichtverteidigung). 			x
Heterogenität FU-Praxis trotz Anspruch auf Vereinheitlichung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung der gesetzlichen Grundlage der Anordnungs- und/oder Delegationsmöglichkeiten einer FU-Anordnung (faktische «Delegation» durch KESB an Ärzt:innen, vgl. Art. 428 Abs. 2 ZGB), zur Sicherstellung der Professionalität. Beispielsweise durch den Einsatz einer spezialisierte Krisen-Notfall-Equipe 24h/7d. ▪ Stärkung der Schulung und des gemeinsamen Diskurses innerhalb der Fachdisziplinen, v.a. unter den Ärzt:innen, aber auch interdisziplinär, sowie auch interkantonal. 	x	x	x
		x	x	x
Schnittstelle Somatik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausweitung der Diskussion über resp. Klärung der FU Praxis auf somatische Spitäler, Pflegeeinrichtungen und soziale Einrichtungen sowie Einbezug entsprechender Stakeholder innerhalb dieser Diskussion. 	x	x	
Schnittstelle Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung eines Pendants zu Chefärzt:innen in Einrichtungen (z.B. Pflegeeinrichtungen, Langzeit-Wohneinrichtungen etc.), die keine chefärztliche Leitung aufweisen (vgl. Art. 434 ZGB). 	x	x	
Beschwerdeverfahren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskussion der kantonalen Unterschiede in Bezug auf die Beschwerdemöglichkeiten und die Information der Betroffenen sowie deren Überprüfung, wie es auch als Vorgabe vorgesehen ist. 	x		x
Gleichstellung bzgl. somatischen und psychiatrischen Diagnosen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung der Gleichstellung von Patient:innen mit somatischen und psychiatrischen Diagnosen bzgl. der Patientenverfügung (Aktuell: Somatik: bindend; Psychiatrie: Orientierungshilfe). ▪ Klärung der Gleichstellung von Patient:innen mit somatischen und psychiatrischen Diagnosen bzgl. der Vertretungskaskade (somatisch) bzw. der Anordnungsregelung durch die Chefärzt:innen (psychiatrisch). 		x	x
			x	x
Patientenverfügung PV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung, inwiefern eine (somatische oder psychiatrische) oder mehrere (somatische und psychiatrische) Patientenverfügungen erforderlich sind. 	x	x	x
Urteilsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung der unterschiedlichen Gewichtung der Urteils(un)fähigkeit: Autonomieeingrenzung bei explizitem Verzicht auf das Erfordernis der Urteilsunfähigkeit bei FU in die geeignete Einrichtung (Grundrechte, Persönlichkeitsrechte) vs. explizites Erfordernis der Urteilsunfähigkeit bei Behandlung ohne Zustimmung 	x	x	
Geeignete Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfung einer präziseren gesetzlichen Definition des Begriffs «geeignete Einrichtung» (Was sind aus welchen Gründen und für welchen Schwächezustand geeignete Einrichtungen?) ▪ Vorgabe und Umsetzung einer standardmässigen schweizweiten Erfassung bestehender geeigneter Einrichtungen (Statistische Datenbank) 	x	x	
		x	x	
Behandlung und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erarbeitung von spezifischen Kriterien für die jeweils geeignete Einrichtung, konkret für Institutionen sämtlicher Behandlungs- oder Betreuungsbereiche (z.B. Psychiatrie, Langzeitpflege, Somatik, betreute Wohneinrichtungen), um den Selbst- und Fremdschutz bei verschiedenen Zielsetzungen (z.B. Behandlung, Sicherung eines Wohnortes, körperliches Wohl etc.) zu gewährleisten. 		x	x

Themenstellungen	Handlungsfelder	Vollzug	Rechtliches	
			materiell	formell
Schnittstelle Kinderschutz	<ul style="list-style-type: none"> Vertiefte Analyse der Schnittstelle Erwachsenenschutz <i>und</i> Kinderschutz im Setting der FU, d.h. bei Erwachsenen mit Kindern. 	x	x	x
	<ul style="list-style-type: none"> Differenzierung dieser Schnittstelle bzgl. erwachsener Patient:innen mit Kindern bei FU und sinngemässer FU-Anwendung bei Kindern/ Jugendlichen. 	x	x	x
Datenerfassung, Datenauswertung und Publikation	<ul style="list-style-type: none"> Prüfung der Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für die schweizweite Datenerhebung bezüglich der Anordnungen von Zwangsmassnahmen (FU, Behandlung ohne Zustimmung, Bewegungseinschränkende Massnahmen). Ebenfalls ist die Auswertung dieser Daten und ggf. ihre Publikation zu prüfen und zu bestimmen. 	x	x	x
Zuständigkeiten/Finanzierungsquellen (KVG / IV / subsidiär Gemeinden etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Aus der Frage der Zuständigkeit (vgl. Behandlung / Betreuung) ergibt sich die Frage der Finanzierung: Klärung der Finanzierung bei einer FU in Kliniken bei fehlenden KVG-Leistungen ohne vorliegende Kostengutsprache (siehe FU mit Entlassungskompetenz bei der KESB bei fehlendem Behandlungsauftrag). 	x	x	x
Ethische Dilemmata und gesetzliche Regelungen	<ul style="list-style-type: none"> Berücksichtigung und Führung einer breiten interdisziplinär geleiteten Diskussion, z.B. zu den Forderungen der UN-BRK bzgl. FU oder der Definition der «Abwendung von akuter Eigengefährdung» bei der elektiven Behandlung ohne Zustimmung. 	x		x

Executive Summary – Français

I Situation de départ et objectif de l'évaluation

Le droit de la protection de l'enfant et de l'adulte (DPEA) est entré en vigueur le 1er janvier 2013. Il a remplacé le droit de la tutelle. Le placement à des fins d'assistance (PAFA) selon le DPEA a succédé à la privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA; art. 397a ss. aCC).

Depuis l'introduction du DPEA, huit interventions parlementaires ont été déposées au sujet du PAFA.¹⁷ Dans son avis sur les motions 18.3653 et 18.3654, le Conseil fédéral a déclaré que la révision du DPEA avait apporté des améliorations significatives. Il a toutefois reconnu que les nouvelles dispositions et leur mise en œuvre cantonale faisaient aussi l'objet de critiques. Il a donc estimé qu'une évaluation complète des dispositions relatives au PAFA (art. 426 ss. CC) s'avérait nécessaire. Dans ce contexte, l'Office fédéral de la justice (OFJ) a confié une analyse à une équipe externe d'évaluation interdisciplinaire.¹⁸

L'objectif principal de l'évaluation était d'établir les bases factuelles permettant à l'OFJ d'examiner la nécessité d'une révision dans le domaine du PAFA (articles sur la réglementation des mesures de contrainte et d'encouragement à l'autonomie¹⁹). Elle portait exclusivement sur les PAFA réservés aux adultes.

L'évaluation s'est déroulée entre octobre 2020 et juin 2022. L'analyse de la mise en œuvre des dispositions relatives au PAFA a été effectuée dans cinq cantons, à savoir BL, GR, TI, VD et ZH, représentant ainsi toutes les régions linguistiques suisses. Pour satisfaire aux objectifs de cette étude, une coopération a été instaurée avec cinq cliniques issues des cantons concernés (cf. démarche d'analyse). Les commissions d'éthique des cinq cantons ont autorisé la réalisation de l'évaluation.

II Questions

L'évaluation s'est penchée sur les questions ci-après. Celles-ci ont été discutées et affinées avec l'OFJ et un groupe d'accompagnement interdisciplinaire.²⁰

- 1) Quelle est la répartition entre les instances de placement au sein des cantons et en comparaison (rapport entre PAFA ordonnés par des médecins généralistes / par des médecins psychiatres / par l'autorité) ?
- 2) A quelle fréquence et sous quelle forme les mesures limitant la liberté de mouvement sont-elles appliquées ? Existe-t-il des différences selon les cliniques ou cantons ?
- 3) Quelle est la durée de l'hospitalisation après une admission sous PAFA ? Existe-t-il des différences par canton / par instance de placement ?
- 4) Comment les conditions d'un PAFA (instance qui ordonne le PAFA, audition et information de la personne concernée) sont-elles mises en œuvre telles que définies par la loi ?
- 5) Quelles institutions appropriées peuvent être recensées dans les cinq cantons ?
- 6) Comment les personnes de confiance (PC) et les différentes possibilités de représentation légale sont-elles mises à profit et perçues dans les cinq cantons ?
- 7) Comment l'incapacité de discernement est-elle évaluée et quelles en sont les conséquences sur l'application des mesures de contrainte ?
- 8) Comment les maladies somatiques de patient-e-s sous PAFA sont-elles gérées dans les institutions participantes des cinq cantons ?

¹⁷ Cf. appel à projets OFJ du 09.07.2020, p. 4, lien Internet : <https://www.seval.ch/fr/mandat/evaluation-des-dispositions-relatives-au-placement-a-des-fins-dassistance-pafa-art-426-ss-cc/>.

¹⁸ Équipe d'évaluation : socialdesign (direction générale du projet), groupe de recherche Mental Health Care and Service Research (représentants de Psychiatrie Baselland, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich) et Urs Vogel Consulting.

¹⁹ **Art. 383 -385 CC** : conditions matérielles et formelles de la limitation de la liberté de mouvement; **art. 426-439 CC** : conditions matérielles du PAFA, compétence, examen du PAFA; PC; soins médicaux en cas de troubles psychiques; mesures limitant la liberté de mouvement; appel au juge; dispositions auxquelles renvoient les **art. 426 ss CC**; dispositions relatives à la procédure devant l'APEA (**art. 443 ss CC**) et dispositions dans le cadre de la protection juridique devant l'instance judiciaire de recours (**art. 450 ss CC**).

²⁰ OFJ, Office fédéral de la santé publique OFSP, autorité de protection de l'enfant et de l'adulte APEA, Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes COPMA, psychiatrie, droit.

- 9) Comment et sur la base de quels critères les mesures de contrainte (limitation de la liberté de mouvement, traitement forcé) sont-elles appliquées dans les institutions participantes des cinq cantons ?
- 10) Comment les directives anticipées psychiatriques (DAP) sont-elles gérées dans les institutions participantes des cinq cantons ?
- 11) Comment se déroulent les PAFA prononcés par des médecins et ceux prononcés par l'autorité ? Comment l'examen périodique et la levée d'un PAFA sont-ils perçus dans les cinq cantons ?
- 12) Comment les demandes de libération sont-elles gérées dans les institutions participantes des cinq cantons ?
- 13) Comment les entretiens de sortie et - si indiquée - l'élaboration d'un plan de prise en charge thérapeutique sont-ils mis en œuvre ?
- 14) Comment les mesures ambulatoires sont-elles évaluées et mises en œuvre dans les cinq cantons ?
- 15) Comment l'instance judiciaire de recours est-elle mise à profit dans les cinq cantons et quels sont les « Outcomes / résultats » possibles ?
- 16) Comment implique-t-on la protection de l'enfant dans les cinq cantons lorsque cela est requis (p. ex. en cas de PAFA d'un parent) ?

III Démarche d'enquête et d'analyse

L'évaluation repose sur une méthode d'enquête et d'analyse multi-perspectives et multiméthodes. Cela signifie qu'elle intègre plusieurs perspectives (parties prenantes)²¹ et plusieurs méthodes (quantitatives et qualitatives) afin de tenir compte de la complexité de l'objet. Trois sous-projets (SP) ont été utilisés pour répondre aux diverses questions de l'évaluation :

- **SP 1 : Analyse quantitative des données de routine/de base** : les données de base collectées habituellement auprès des personnes hospitalisées (sous PAFA) (données de base sociodémographiques et cliniques, données sur la qualité provenant de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques ANQ) au sein des cliniques participantes des cinq cantons ont été évaluées dans le cadre de ce SP²². Les données ont fait l'objet d'une évaluation statistique quantitative des différences cantonales.
- **SP 2 : Enquête en ligne auprès des parties prenantes concernées** : dans ce SP, les parties prenantes²³ impliquées dans le processus de PAFA ont été interrogées dans les cinq cantons au moyen d'un questionnaire en ligne trilingue complet (D, F, I). Celui-ci portait sur la mise en œuvre, la pertinence et l'efficacité du DPEA pour le traitement / la prise en charge dans des conditions de PAFA. L'enquête (assistée) réalisée auprès des personnes concernées s'est déroulée dans les cinq cliniques. Toutes les autres parties prenantes ont été invitées à participer par le biais d'un lien d'enquête. Les données ont fait l'objet d'une analyse statistique qualitative et quantitative, dans la mesure du possible au regard des différences entre les cantons ou parties prenantes.
- **SP 3 : Entretiens semi-structurés portant sur des vignettes de cas** : dans ce SP, des interviews semi-structurées virtuelles ont été réalisées avec des représentant-e-s de toutes les parties prenantes et de tous les cantons. Elles portaient sur des vignettes de cas exemplaires (déroulements prototypiques et différents contextes cliniques). Les données ont été évaluées sur le plan qualitatif. Les perspectives de toutes les parties prenantes peuvent être consultées par vignette de cas. Les différences cantonales ne peuvent toutefois pas être décrites.

La collecte des données a eu lieu entre avril 2021 et novembre 2021. L'analyse des données, leur interprétation et la déduction de recommandations à l'attention de l'OFJ sont le résultat d'une collaboration fortement interdisciplinaire (médecine, psychologie, droit, travail social) et discursive.

IV Réponse aux questions de l'évaluation

En résumé, les réponses aux questions de l'évaluation se présentent comme suit :

- 1) Quelle est la répartition entre les instances de placement au sein des cantons et en comparaison (rapports entre PAFA ordonnés par des médecins généralistes / par des médecins psychiatres / par l'autorité) ?

²¹ Personnes concernées, proches, PC, référents, personnel clinique, APEA, tribunaux, organisations (de personnes concernées).

²² BL, GR, TI, VD, ZH.

²³ Personnes concernées, proches, PC, référents, personnel clinique, APEA, tribunaux, organisations (de personnes concernées).

Dans tous les cantons, à l'exception des GR²⁴, **plus de 80% des PAFA sont ordonnés par des médecins**, dont au moins **20% par des spécialistes en psychiatrie et psychothérapie**. Dans tous les cantons, les PAFA ordonnés par l'autorité sont plutôt rares (moins de 10%). Dans le canton de Bâle-Campagne, le PAFA est ordonné par l'APEA sur la base d'évaluations médicales.

2) A quelle fréquence et sous quelle forme les mesures limitant la liberté de mouvement sont-elles appliquées ? Existe-t-il des différences selon les cliniques ou cantons ?

La proportion de patient-e-s avec au moins une mesure limitant la liberté de mouvement est inférieure à 15% dans tous les cantons. L'immobilisation et l'isolement sont les plus fréquents dans le canton de Bâle-Campagne. Il n'y a pas d'immobilisation ni d'isolement au TI. La médication forcée y est la plus fréquente.

3) Quelle est la durée de l'hospitalisation après une admission sous PAFA ? Existe-t-il des différences par canton / par instance de placement ?

La durée d'hospitalisation moyenne est de 25 à 33 jours dans tous les cantons. Dans la plupart des cantons, la durée d'hospitalisation moyenne ne diverge pas entre les patient-e-s avec et sans PAFA. Seuls les GR et VD présentent des différences entre la durée d'hospitalisation avec et sans PAFA. Pour les patient-e-s *sans* PAFA, la durée de séjour est de 3 à 9 jours plus longue lorsque la décision d'hospitalisation relève du médecin généraliste que de la patiente ou du patient (à l'exception du canton du TI), et de 1 à 5 jours plus longue lorsque la décision d'hospitalisation est prise par un médecin spécialiste en psychiatrie que par un médecin sans formation spécialisée en psychiatrie.

4) Comment les conditions d'un PAFA (instance qui ordonne le PAFA, audition et information de la personne concernée) sont-elles mises en œuvre telles que définies par la loi ?

La compétence d'évaluer les situations d'urgence est surtout attribuée aux psychiatres, nettement moins aux médecins sans formation spécialisée en psychiatrie.

La compétence exclusive de l'APEA pour prononcer des PAFA (prévue seulement dans le canton de Bâle-Campagne) est rejetée par l'ensemble des collaborateurs des APEA et par deux tiers des instances de placement, du personnel clinique, des tribunaux et organisations, en particulier dans le canton de Bâle-Campagne. Les médecins habilités à ordonner des PAFA tendent davantage à approuver cette compétence exclusive. Selon les personnes interrogées, une compétence exclusive de l'APEA présupposerait une couverture 24/7, resp. une disponibilité des ressources et des connaissances spécialisées.

Les personnes concernées / proches présentent un **niveau d'information** relativement faible quant aux réglementations légales du PAFA (notamment les possibilités de recours). Le niveau d'information des personnes habilitées à ordonner le PAFA, du personnel et des organisations est élevé à très élevé.

Selon les personnes concernées, l'**information** est plus souvent fournie par les cliniciens que par les instances de placement (BL, TI, VD), par les instances de placement que par les cliniciens (GR) ou à une fréquence similaire par les deux groupes professionnels (ZH). Environ un tiers des personnes concernées (ZH, VD, TI) déclarent n'avoir reçu aucune information sur le motif justifiant l'application d'un PAFA, d'autres traitements, etc.

La durée de l'audition estimée par les personnes concernées est nettement plus courte (moins de 5 minutes) que celle estimée par les proches, la personne de confiance (PC), les instances de placement et le personnel (<20 minutes) ou l'APEA (>20 minutes). Les personnes concernées souhaitent pouvoir disposer de plus de temps et recevoir des informations (écrites) plus détaillées.

5) Quelles institutions appropriées peuvent être recensées dans les cinq cantons ?

Il n'existe pas de définition universelle ou de liste des « institutions appropriées », ni de relevé standardisé de ces institutions à l'échelle nationale. Tous les cantons déclarent qu'il n'y a pas assez d'établissements adaptés. Des alternatives doivent souvent être recherchées dans d'autres struc-

²⁴ Les psychiatres ne sont plus impliqués dans le service PAFA.

tures (p. ex. sollicitation des cantons voisins, cliniques partenaires, cliniques avec obligation d'admission, etc.) ou au sein de la clinique, de l'institution où la personne séjourne déjà (p. ex. consultations brèves, prise en charge intermédiaire, poursuite du traitement stationnaire, etc.).

6) Comment les personnes de confiance (PC) et les différentes possibilités de représentation légale sont-elles mises à profit et perçues dans les cinq cantons ?²⁵

De nombreuses personnes concernées indiquent n'avoir reçu aucune information sur la possibilité de **désigner une personne de confiance (PC)**. La moitié des personnes informées ont désigné une PC, bien qu'il existe des différences cantonales (nominations les plus élevées : dans les cantons BL et GR ; les plus faibles : ZH). Les instances de placement, le personnel, l'APEA et les tribunaux acceptent que les personnes concernées renoncent à une PC. Le plus souvent, ce sont des membres de la famille qui assument le rôle de PC ; dans le canton de VD, on désigne souvent aussi des connaissances ou personnes possédant une bonne compréhension des procédures juridiques.

La majorité des parties prenantes (surtout les personnes concernées) relatent de bonnes **expériences avec les PC**, une minorité de mauvaises expériences. La majorité des parties prenantes professionnelles²⁶ estiment que la PC est (très) utile. L'**institution** obligatoire d'une **curatelle de procédure** est plus souvent rejetée que saluée.

7) Comment l'incapacité de discernement est-elle évaluée et quelles en sont les conséquences sur l'application des mesures de contrainte ?

Les représentants des tribunaux et APEA utilisent nettement plus souvent **des instruments** (surtout des rapports psychiatriques ou médicaux) pour **évaluer la capacité de discernement** que les médecins/psychologues. Ces derniers font surtout appel à leur expertise clinique. Le fait que l'incapacité de discernement ne soit pas une condition préalable au PAFA est nettement plus salué par les tribunaux, APEA et PC que par les proches et personnes concernées. La raison la plus fréquente pour admettre l'incapacité de discernement est un trouble de la perception (p. ex. capacités de perception réduites, compréhension réduite/manque de compréhension des liens sémantiques).

8) Comment les maladies somatiques de patient-e-s sous PAFA sont-elles gérées dans les institutions participantes des cinq cantons ?

Lorsqu'une maladie somatique (p. ex. une tumeur au cerveau) est diagnostiquée chez des patient-e-s sous PAFA, il est relativement fréquent qu'un nouveau PAFA soit ordonné dans un hôpital somatique. Dans ces cas, il est souvent d'usage de faire aussi appel à des médecins spécialisés dans les maladies somatiques.

9) Comment et sur la base de quels critères les mesures de contrainte (limitation de la liberté de mouvement, traitement forcé) sont-elles appliquées dans les institutions participantes des cinq cantons ?

Selon les cliniques interrogées, il existe des normes relatives à la procédure à suivre en cas de **mesures médicales sans consentement**. Cependant, toutes les personnes interrogées n'en ont pas connaissance (surtout TI, ZH).

Près de deux tiers des personnes concernées ont fait l'expérience de mesures limitant la liberté de mouvement. Lors de mesures électives²⁷, les personnes concernées sont nettement plus souvent informées de la **possibilité d'en appeler au tribunal** en cas de traitement forcé que lors de mesures d'urgence ou de danger imminent. Dans la moitié des cas, les médecins-chefs sont impliqués dans la décision d'adoption de mesures électives sans consentement. Quant aux mesures limitant la liberté de mouvement, la mise en danger de soi est plus souvent citée que la mise en danger d'autrui. Les proches ou PC sont plus souvent impliqués que non impliqués.

²⁵ Remarque : seul le terme de personne de confiance a été utilisé dans le questionnaire.

²⁶ Référents, personnel, APEA, tribunal, organisations.

²⁷ Le terme « électif » (du latin eligere - choisir) est en général utilisé en médecine pour caractériser le choix délibéré d'un acte médical (p. ex. opération, mesure, etc.).

10) Comment les directives anticipées psychiatriques (DAP) sont-elles gérées dans les institutions participantes des cinq cantons ?

Seules quelques personnes concernées disposent de **directives anticipées psychiatriques (DAP)**. Celles-ci ne sont que très rarement prises en compte. Les personnes concernées et leurs proches estiment que les DAP devraient être contraignantes à l'image des DA somatiques. Les référents et le personnel tendent à rejeter que les DA somatiques et psychiatriques soient mises sur un pied d'égalité.

11) Comment se déroulent les PAFA prononcés par des médecins et ceux prononcés par l'autorité ? Comment l'examen périodique et la levée d'un PAFA sont-ils perçus dans les cinq cantons ?²⁸

Les proches et PC perçoivent l'**examen périodique** comme totalement positif. Les personnes concernées perçoivent l'examen périodique comme positif et négatif à parts égales. Elles souhaitent être davantage impliquées dans la communication.

12) Comment les demandes de libération sont-elles gérées dans les institutions participantes des cinq cantons ?

Le maintien en institution de personnes entrées de leur plein gré au sens de l'art. 427 CC lors de demandes de libération est rarement ordonné.

13) Comment les entretiens de sortie et - si indiquée - l'élaboration d'un plan de prise en charge thérapeutique sont-ils mis en œuvre ?

Selon le personnel, **les entretiens de sortie** avec les patient-e-s PAFA ont presque toujours lieu et sont jugés utiles. Cependant, seule la moitié des personnes concernées a participé à des entretiens de sortie. Les personnes concernées jugent les entretiens de sortie plus souvent utiles qu'inutiles, en particulier la détermination du traitement de suivi et la définition des prochaines étapes. **Des plans de prise en charge thérapeutique** ont été établis pour un quart des personnes concernées, qui les ont trouvés utiles.

14) Comment les mesures ambulatoires sont-elles évaluées et mises en œuvre dans les cinq cantons ?

Les mesures ambulatoires (p. ex. obligation de suivre des séances thérapeutiques, prise de médicaments, renonciation à l'alcool, etc.) sont jugées irréalisables dans le cadre des dispositions légales actuellement en vigueur. Les répondants souhaiteraient pouvoir disposer d'une plus grande marge de manœuvre ou de possibilités d'application (il s'agit de déclarations individuelles du SP 3).

15) Comment l'instance judiciaire de recours est-elle mise à profit dans les cinq cantons et quels sont les « Outcomes / résultats » possibles ?²⁹

En règle générale, le personnel informe les patient-e-s sur les **possibilités de recours**. Un peu plus de la moitié du personnel des APEA et tribunaux a déclaré fournir systématiquement des informations sur la possibilité de déposer une demande de libération ou de levée de la mesure. La majorité des personnes concernées a également indiqué avoir été informée à ce sujet. Les séances dans le cadre de la procédure de recours doivent, dans la mesure du possible, se tenir à proximité du lieu de résidence des personnes concernées.

16) Comment implique-t-on la protection de l'enfant dans les cinq cantons lorsque cela est requis (p. ex. en cas de PAFA d'un parent) ?

La moitié du personnel, des référents et des APEA interrogés ont déclaré avoir été informés lorsqu'une **personne sous PAFA avait des enfants**. Dans de tels cas, un tiers des répondants

²⁸ Question initiale : Comment se déroulent les PAFA prononcés par des médecins et ceux prononcés par l'autorité et comment l'examen périodique et la levée d'un PAFA sont-ils réglés (plutôt que perçus) dans les cinq cantons ? Les réponses ne permettant pas de tirer des conclusions sur la réglementation, la question a été légèrement adaptée suite aux retours reçus.

²⁹ En raison de l'échantillon de très petite taille, il n'est pas possible de répondre à de nombreuses questions qui devaient fournir des réponses plausibles à cette question. Seules les réponses à ce bloc de questions avec un taux de réponse plus élevé sont présentées ici. Elles ne répondent donc qu'à une partie de la question.

prend les mesures nécessaires (p. ex. organisation de la garde des enfants, implication des proches, etc.).

V Principaux résultats et recommandations

De manière générale, les résultats de l'évaluation montrent que la réforme légale a atteint en grande partie les objectifs visés. Il n'en reste pas moins que les dispositions relatives au PAFA requièrent une adaptation législative. Les adaptations ne seront utiles qu'en présence d'efforts conséquents pour améliorer encore davantage la qualité de la mise en œuvre des PAFA et la sensibilisation quant aux modalités d'exécution des PAFA. Il est essentiel de s'orienter systématiquement vers les principes généraux du DPEA en ce qui concerne l'encouragement de l'autodétermination et de l'autonomie des personnes concernées. Ci-après se trouvent les principaux résultats et recommandations qu'il est possible d'émettre. Ils ont été validés lors des échanges avec le groupe d'accompagnement.

Hétérogénéité persistante dans la mise en œuvre du PAFA et d'autres mesures de contrainte

Malgré les efforts d'uniformisation des dispositions procédurales relatives au PAFA et des mesures de contrainte médicales induits par la révision du DPEA, il existe toujours une forte hétérogénéité cantonale dans la mise en œuvre du PAFA et l'application des mesures de contrainte. La promotion de pratiques uniformes contribuerait à l'homogénéisation souhaitée. Un PAFA s'accompagne d'une perte d'autonomie et représente une charge émotionnelle et physique considérable pour les personnes concernées, d'où l'importance d'une mise en œuvre homogène visant à préserver l'autonomie. Dans ce contexte, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- Collecte systématique de données sous forme d'une statistique nationale, notamment sur a) les PAFA, b) les mesures limitant la liberté de mouvement et c) les traitements sans consentement. La collecte systématique de données devrait être imposée aux hôpitaux, aux cliniques psychiatriques, aux établissements médico-sociaux et aux institutions résidentielles et inclure des variables clairement définies. Des équipes/professionnels spécialement formés devraient étudier les résultats et ainsi contribuer systématiquement à l'amélioration de la qualité. Parallèlement, il convient de définir une instance responsable de la collecte, de l'analyse et, le cas échéant, de la publication des données relevées au niveau cantonal.³⁰
- Création d'une réglementation uniformisée de l'obligation de surveillance sous forme d'un contrôle régulier de la mise en œuvre du PAFA et des mesures associées vis-à-vis des APEA, cliniques, établissements médico-sociaux, etc. Cette démarche doit permettre de réduire l'hétérogénéité observée depuis des années dans la mise en œuvre des PAFA et d'autres mesures de contrainte.
- Introduction d'une surveillance (au minimum) cantonale (selon la structure fédérale) sous forme de rapports annuels cantonaux accessibles au public (idéalement regroupés au niveau fédéral³¹) présentant les résultats et conclusions (données/informations/recommandations, etc.).
- Examen de l'introduction d'une obligation d'annoncer les mesures de contrainte³² à l'APEA compétente.

Nettes différences entre les réponses des personnes concernées / proches et celles des professionnels dans deux domaines thématiques

Les réponses des personnes concernées/proches et des professionnels (tribunaux, APEA, médecins) divergent dans deux domaines : 1. Information relative au PAFA, ses alternatives et les voies de recours et 2. Importance de la capacité de discernement lors de l'examen des conditions pour prononcer un PAFA. Les perceptions diffèrent fortement à propos de ces deux sujets. Ces différences semblent d'autant plus importantes que la révision du DPEA visait à renforcer l'autodétermination et l'autonomie des personnes concernées. Dans ce contexte, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- Examen d'une meilleure intégration de la perspective des personnes concernées dans l'ensemble du processus du PAFA. Il existe une grande marge de manœuvre à cet égard (p. ex. intégration de « Peers »³³, possibilité de participer à la révision de directives/procédures/mises en œuvre).

³⁰ Morandi et al. (2021).

³¹ Par exemple par l'Office fédéral de la santé publique OFSP.

³² Cf. 1.2 ; 4.3.5.

³³ Les « Peers » sont des professionnels expérimentés, à savoir des personnes qui ont elles-mêmes été concernées par un PAFA. Cf. Pro Mente Sana, lien Internet (seulement en allemand ou anglais) : <https://promentesana.ch/selbstbestimmt-genesen/grundlagen-zur-genesung/was-ist-ein-peer>.

- Forte promotion de l'information des personnes concernées, des proches et personnes de confiance au sujet du motif à l'origine d'un PAFA, les possibilités de recours et les alternatives au PAFA.
- Renforcer la préservation de l'autonomie des personnes concernées par l'examen de leur capacité de discernement³⁴ avant de prononcer un PAFA. En tant que condition supplémentaire pour un PAFA, il convient de déterminer l'incapacité de discernement spécifique à chaque cas.
- L'abolition des règles spécifiques pour les personnes souffrant de troubles psychiques doit être poursuivie. Les droits des patient-e-s doivent déployer les mêmes effets juridiques indépendamment du diagnostic (p. ex. en cas de diagnostic cardiologique et de diagnostic psychiatrique). La capacité de discernement - et non pas le diagnostic - devrait constituer le critère central pour définir l'état de faiblesse, ce dernier étant l'une des conditions pour l'application de mesures sans consentement ou contre la volonté de la patiente/du patient. Par ailleurs, la définition du caractère contraignant des directives anticipées doit être identique pour l'ensemble des patient-e-s, quel que soit le diagnostic. Cette approche permettrait de garantir une égalité de traitement.

Les PAFA sont majoritairement ordonnés par des médecins

80% des PAFA sont ordonnés par le corps médical, dont environ 20% par des spécialistes en psychiatrie. La marge de manœuvre accordée par le DPEA, qui autorise non seulement l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte mais aussi les médecins à ordonner des PAFA, est donc mise à profit. Dans la pratique la possibilité pour l'APEA, telle que prévue par la loi, d'ordonner un PAFA n'est donc que rarement mise en œuvre, bien que le législateur l'ait explicitement considérée comme équivalente à la compétence du corps médical selon le droit cantonal. La compétence exclusive de l'APEA est fortement rejetée (surtout par 98% des APEA elles-mêmes, mais aussi par les autres parties prenantes (60%)). Dans ce contexte, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- Il est évident que la qualité des décisions de PAFA diverge selon les différentes qualifications et expériences des personnes qui ordonnent ou demandent des PAFA. Des pertes de qualité sont régulièrement constatées dans la pratique, la plupart du temps en raison d'une expertise psychiatrique insuffisante ou d'une méconnaissance des exigences légales. Une gestion plus restrictive des compétences ou une certification obligatoire permettrait d'uniformiser la démarche. Celle-ci pourrait s'accompagner de la définition d'un niveau minimal de connaissances et de compétences pour ordonner un PAFA.³⁵
- Outre l'expertise liée au contenu, il convient d'évaluer le risque de partialité des médecins prescripteurs. Il n'est pas aisé de remettre en question l'évaluation d'un collègue, surtout lorsque les décisions sont fortement basées sur des valeurs et que le temps presse ou que les informations sont limitées. Et ce, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une personne de la même institution. Le droit des personnes concernées à une évaluation par une deuxième instance indépendante doit être garanti par des mesures.
- Le fait que le corps médical assume des tâches relevant de la souveraineté de l'Etat (double rôle) est problématique. Un contrôle juridique rapide - le cas échéant régulier, soit même en l'absence de recours - de la légitimité d'un PAFA par une autorité (APEA ou tribunal) pourrait remédier à cette situation. Il est donc recommandé de limiter les compétences souveraines accordées aux médecins.
- Organisation de manifestations, débats, publications ou formations continues thématiques et interdisciplinaires afin de sensibiliser et de thématiser activement le risque d'instrumentalisation de la psychiatrie lié à certaines attentes sociales. Outre son mandat de traitement, celle-ci doit également veiller à la protection d'autrui avec un effet de « prise en charge » (mandat réglementaire). La sensibilisation et la thématisation doivent aussi trouver leur place dans la pratique quotidienne, ainsi que dans les rapports annuels/évaluations respectifs, etc.

Définition d'un « institution appropriée »

Dans tous les cantons, les capacités de traitement ou de prise en charge semblent souvent insuffisantes. Il est dès lors nécessaire d'agir en ce qui concerne les établissements disponibles ou mesures moins incisives au sens d'une prévention des PAFA dans les institutions appropriées « faisant défaut » (p. ex. développement des offres d'aide hors du milieu hospitalier, équipes de crise mobiles, etc.).

³⁴ Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM, Directives relatives à la capacité de discernement dans la pratique médicale (2019).

³⁵ Bernhart, Ch. (2011), Explications du débat du Conseil des Etats du 27.9.2007 à l'occasion de la discussion de la loi révisée sur la protection de l'adulte.

De plus, il n'existe pas de définition uniforme d'« institution appropriée », en particulier dans les situations où la prise en charge prime sur le traitement (LAMal). Dans la pratique, des zones de tension apparaissent rapidement, notamment lorsque le PAFA se déroule dans une clinique psychiatrique sans mandat de traitement, que la personne concernée refuse définitivement le traitement, que les conditions d'un traitement sans consentement ne sont pas remplies ou que l'état de faiblesse n'est pas dû à un trouble psychique (p. ex. en cas de handicap mental ou de négligence grave). Faute d'alternative, le PAFA se déroule souvent en clinique psychiatrique, en l'absence des conditions-cadres requises. Cette situation peut générer une escalade et entraîner les mesures de contrainte associées. Dans ce contexte, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- Définition uniforme d'« institution appropriée » en tenant compte des disciplines impliquées.
- Création d'une offre diversifiée d'établissements adaptés à la mise en œuvre des PAFA qui, outre les cliniques psychiatriques pour le traitement des troubles psychiques, tiennent également compte des établissements qui assument la prise en charge de personnes ne requérant pas de traitement psychiatrique immédiat.
- S'assurer que les offres de soins en amont des services cliniques (au sens préventif, p. ex. traitements de proximité dispensés à domicile et équivalents à ceux d'une clinique, cliniques de jour, traitements complexes interdisciplinaires ambulatoires, traitements à domicile, etc.) soient examinées avant d'ordonner un PAFA.
- La décision de placer une personne par PAFA dans les établissements de soins de longue durée et pour personnes handicapées n'a pas pu être examinée dans la présente évaluation, faute de réponse. Il conviendrait donc d'aiguiser la sensibilité à l'égard des PAFA et des autres « mesures de contrainte » dans ces institutions. A cet égard, la définition de la mise en œuvre de l'obligation de surveillance peut garantir la transparence nécessaire et une démarche uniforme. Il va sans dire que la formation pluriprofessionnelle des différents groupes professionnels et des cadres responsables est également requise.

Différenciation et clarification des termes dans le contexte du PAFA

Le terme générique « mesure de contrainte » est souvent utilisé dans le contexte du PAFA. Il comprend les mesures au sens de l'art. 434 s. CC (traitement sans consentement, p. ex. médication forcée, immobilisation, etc.) et l'art. 438 CC (mesures limitant la liberté de mouvement, p. ex. interdiction de sortie). Le terme « mesure de contrainte » n'est pas utilisé dans le DPEA, alors qu'il l'est dans la pratique. Dans la perspective d'un discours uniforme et transparent (dans la pratique interdisciplinaire, le débat politique, etc.), il convient de sensibiliser à la différenciation des termes et de promouvoir leur utilisation différenciée et uniforme.

- Encourager les efforts d'utilisation différenciée des termes pertinents dans la pratique dans le contexte du PAFA, afin d'engendrer (dans la pratique) une plus grande uniformisation du discours.
- Sensibilisation aux termes à utiliser de manière différenciée, qui sont en général compris dans le traitement forcé (p. ex. traitement sans consentement, limitation de la liberté de mouvement), ainsi que d'autres termes sujets à interprétation (p. ex. négligence grave, institution appropriée).

La régulation du PAFA en fonction du setting est problématique

La mise en œuvre des mesures de contrainte varie selon le setting (psychiatrie, soins somatiques aigus, soins de longue durée). L'analyse des données de base a également mis en évidence des différences spécifiques aux cliniques et aux hôpitaux dans l'application des mesures de contrainte. Cela signifie que le DPEA ne se base pas systématiquement sur la personne et son autonomie, mais qu'il privilégie les aspects institutionnels ou spécifiques à l'établissement (p. ex. clinique psychiatrique vs hôpital somatique; clinique/hôpital vs établissement médico-social). Le setting ne devrait en principe pas avoir d'influence sur la mise en œuvre des mesures de contrainte, car celles-ci déploient toujours le même effet, quel que soit le setting. Les grandes différences sont préoccupantes d'un point de vue professionnel, éthique et juridique. Dans ce contexte, la recommandation suivante peut être formulée :

- Examen des dispositions du DPEA relatives aux différences entre la psychiatrie, les soins somatiques aigus et les soins de longue durée. En se concentrant systématiquement sur l'effet des mesures de contrainte en général, resp. du PAFA spécifique à la personne concernée, les bases juridiques de toutes les mesures de contrainte devraient être identiques, indépendamment du setting.

Les instruments spécifiques visant à renforcer l'autodétermination sont peu utilisés

Les instruments spécifiques visant à renforcer l'autodétermination, qui ont été introduits dans le cadre de la révision du DPEA (p. ex. directives anticipées, PC, principes de traitement) sont utilisés à des fréquences variables, mais assez rarement dans l'ensemble. Ces mesures sont toutes associées à une charge administrative accrue pour les personnes concernées ou les « institutions appropriées ». Leur rare utilisation soulève la question de leur applicabilité et de leur utilité. Une situation qui ouvre la discussion sur l'introduction de mesures visant à augmenter l'acceptation resp. l'accompagnement et le contrôle réguliers de la mise en œuvre. Celles-ci sont toutefois aussi liées à un surcroît de travail pour les systèmes impliqués (outre les établissements de santé, les autorités, offres sociales, centres de conseil, etc.). Lors de la pondération de l'autodétermination et de la sauvegarde des libertés individuelles dans le contexte du PAFA, des mesures limitant la liberté de mouvement et du traitement sans consentement, il convient de noter que les personnes concernées sont particulièrement vulnérables et ne bénéficient pas d'un grand soutien des lobbies. Dans ce contexte, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- Envisager l'introduction d'un examen régulier du PAFA dans les 24 à 72 heures, indépendamment du dépôt d'un recours ou non.
- Promouvoir le recours aux possibilités offertes par la loi actuelle pour renforcer l'autodétermination et la protection juridique (p. ex. la représentation juridique gratuite dans la procédure pour les personnes concernées).

Il est en outre possible d'identifier différents **thèmes et champs d'action à examiner** :

Thèmes	Champs d'action	Exécution	Mentions légales	
			matériel	formel
Assurer l'égalité de droit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarification des conditions suivantes relatives au PAFA : <ul style="list-style-type: none"> a) Uniformisation de l'application du critère « incapacité de discernement ». L'incapacité de discernement n'est pas une condition en cas de PAFA, alors qu'elle l'est en cas de traitement sans consentement. En matière de PAFA également, elle devrait constituer une condition si l'objectif est de renforcer l'autodétermination et l'autonomie (mots clés : droits fondamentaux, droits de la personnalité). b) Différenciation et examen du terme « état de faiblesse » (trouble psychique / négligence grave / handicap mental) au regard d'une institution appropriée (p. ex. hôpital psychiatrique pour le traitement d'un trouble psychique, institution résidentielle/EMS spécifique pour la prise en charge en cas de négligence grave ou de handicap mental). 	x	x	
Uniformiser les procédures	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uniformisation des procédures de mise en œuvre des PAFA. ▪ Uniformisation de la distinction entre traitements somatiques et psychiatriques dans le cadre du traitement sans consentement en cas d'incapacité de discernement. Celle-ci ne peut plus être maintenue et ce, indépendamment du type d'établissement dans lequel les personnes sont admises sous PAFA ou dans lequel elles séjournent. 	x x		x x
Renforcer l'autodétermination	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer l'autodétermination malgré l'état de faiblesse des patient-es. ▪ Promouvoir une utilisation <i>contraignante</i> des moyens auxiliaires pour renforcer l'autodétermination (décision, personne de confiance, principes de traitement, etc.) 	x x	x x	x x
Négligence grave	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarifier le traitement des personnes en situation de négligence grave en fonction de leur (in)capacité de discernement. 		x	x

Thèmes	Champs d'action	Exécution	Mentions légales	
			matériel	formel
Examen	<ul style="list-style-type: none"> Examiner l'introduction d'un délai plus court, dans les 24 à 48 heures, jusqu'au contrôle régulier par une instance indépendante, même si la personne concernée n'a pas déposé un recours (ou examiner l'introduction d'un contrôle automatique). 		x	x
Représentation dans la procédure	<ul style="list-style-type: none"> Clarifier la désignation automatique d'un représentant dans la procédure (à l'instar de l'exécution des peines avec défense d'office). 			x
Hétérogénéité de la pratique du PAFA malgré la prétention à l'uniformisation	<ul style="list-style-type: none"> Examen de la base légale prévoyant la prérogative permettant d'ordonner et/ou de déléguer le droit d'ordonner un PAFA (« délégation » de fait par l'APEA aux médecins, cf. art. 428, al. 2, CC), afin de garantir le professionnalisme de la démarche. Par exemple par l'intervention d'une équipe de crise spécialisée 24/7. Renforcer la formation et le discours commun au sein des disciplines spécialisées, surtout entre les médecins, mais aussi au niveau interdisciplinaire et intercantonal. 	x	x	x
		x	x	x
Interface Domaine somatique	<ul style="list-style-type: none"> Clarifier la pratique du PAFA resp. étendre la discussion aux hôpitaux somatiques, aux établissements médico-sociaux et aux institutions sociales, et impliquer les parties prenantes dans cette discussion. 	x	x	
Interface Etablissements	<ul style="list-style-type: none"> Clarification d'un pendant aux médecins-chefs dans les établissements (p. ex. établissements médico-sociaux, institutions résidentielles de longue durée, etc.) qui ne disposent pas d'un médecin-chef (cf. art. 434 CC). 	x	x	
Procédure de recours	<ul style="list-style-type: none"> Discussion des différences cantonales en matière de voies de recours et d'information des personnes concernées, ainsi que de leur examen tel que prescrit. 	x		x
Égalité en ce qui concerne les diagnostics somatiques et psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> Clarification de l'égalité de traitement des patient-e-s présentant des diagnostics somatiques et psychiatriques en ce qui concerne les directives anticipées (actuellement : somatique : contraignant ; psychiatrie : aide à l'orientation). Clarification de l'égalité de traitement des patient-e-s présentant des diagnostics somatiques et psychiatriques en ce qui concerne la cascade de représentation (somatique) resp. la réglementation des ordonnances par les médecins-chefs (psychiatrique). 		x	x
			x	x
Directives anticipées	<ul style="list-style-type: none"> Clarifier la nécessité d'une directive anticipée (somatique ou psychiatrique) ou de plusieurs (somatiques et psychiatriques). 	x	x	x
Capacité de discernement	<ul style="list-style-type: none"> Clarifier la pondération différente de l'(in)capacité de discernement : limitation de l'autonomie en cas de renonciation explicite à l'exigence d'une incapacité de discernement en cas de PAFA dans l'institution appropriée (droits fondamentaux, droits de la personnalité) vs exigence explicite de l'incapacité de discernement en cas de traitement sans consentement 	x	x	
Institutions appropriées	<ul style="list-style-type: none"> Examen d'une définition légale plus précise du terme « institution appropriée » (qu'est-ce qu'une institution appropriée, pour quelles raisons et pour quel état de faiblesse ?) Définition et mise en œuvre d'un recensement national standardisé des institutions appropriées existantes (base de données statistiques). 	x	x	
		x	x	
Traitement et prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> Elaboration de critères spécifiques pour l'institution appropriée respective, concrètement pour les institutions de tous les domaines de traitement ou de prise en charge (p. ex. psychiatrie, soins de longue durée, 		x	x

Thèmes	Champs d'action	Exécution	Mentions légales	
			matériel	formel
	médecine somatique, logement assisté) afin de garantir la protection de soi-même et la protection d'autrui au regard de différents objectifs (p. ex. traitement, garantie d'un lieu de résidence, bien-être physique, etc.)			
Interface Protection de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> Analyse approfondie de l'interface protection de l'adulte <i>et protection de l'enfant</i> dans le setting du PAFA, à savoir chez les adultes avec enfants. Différenciation de cette interface par rapport aux patient-e-s adultes avec enfants en cas de PAFA et à l'application du PAFA par analogie chez les enfants/adolescents. 	x	x	x
		x	x	x
Saisie, évaluation et publication des données	<ul style="list-style-type: none"> Examiner la création de bases légales pour la collecte de données à l'échelle nationale concernant les décisions de mesures de contrainte (PAFA, traitement sans consentement, mesures limitant la liberté de mouvement). De même, il convient d'examiner et de déterminer l'évaluation de ces données et, le cas échéant, leur publication. 	x	x	x
Compétences/sources de financement (LAMal / AI / subsidiairement communes, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> La question du financement est intrinsèquement liée à celle de la compétence (cf. traitement / prise en charge) : clarification du financement lors d'un PAFA en clinique en l'absence de prestations LAMal et de garantie de prise en charge des coûts (cf. PAFA avec compétence de libération détenue par l'APEA en l'absence de mandat de traitement). 	x	x	x
Dilemmes éthiques et réglementations légales	<ul style="list-style-type: none"> Conduite et prise en compte d'un large débat interdisciplinaire, par exemple sur les exigences de la CDPH relatives au PAFA ou sur la définition de la « prévention d'une grave mise en danger de soi » lors d'un traitement électif sans consentement. 	x		x

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary – Deutsch	3
Executive Summary – Français	14
1 Einleitung: Kontextualisierung Untersuchungsauftrag	27
1.1 Entwicklungen im Kindes- und Erwachsenenschutz	27
1.2 Die Fürsorgerische Unterbringung: gesetzliche Regelung und Problemfelder	27
1.3 Untersuchungsauftrag und Fragestellungen der Evaluation	30
2 Erhebungs- und Analyseverfahren	31
2.1 Überblick	31
2.2 Teilprojekt TP 1 „Statistische Daten zur FU»	33
2.3 Teilprojekt TP 2 „Online-Erhebung“	34
2.4 Teilprojekt TP 3 „Vertiefende Fallvignetten“	38
3 Ergebnisse	41
3.1 Statistische Daten zur FU (Teilprojekt 1)	41
3.2 Praktische Umsetzung der KESR-Bestimmungen zur FU: Beurteilung aus verschiedener Perspektive (Teilprojekt 2)	48
3.3 Konkrete Fallbeispiele und ihre multiperspektivische Beurteilung (Teilprojekt 3)	99
4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	129
4.1 Beantwortung der Evaluationsfragen	129
4.2 Studiendesign, Rücklauf, Aussagekraft und Limitationen	134
4.3 Kernergebnisse und Empfehlungen	136
4.4 Beurteilung hinsichtlich Anpassungsbedarf	143
5 Literatur- und Materialverzeichnis	146
Anhang	149
I Detailliertes Inhaltsverzeichnis	149
II Tabellenverzeichnis	151
III Abbildungsverzeichnis	151
IV Ergänzende Detailergebnisse	153
V Projektorganisation	162
VI Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)	164

Abkürzungen / Begriffe

Abs.	Absatz
AOK	Alleinige Anordnungskompetenz
Art.	Artikel
aZGB	Altes Zivilgesetzbuch
(Betroffenen-)Organisationen	Damit sind Organisationen gemeint, die sich z.B. für Betroffene von FU einsetzen (z.B. Pro Mente Sana, VASK). Der Einfachheit halber wird v.a. im Ergebnisteil nur von Organisationen gesprochen.
BBI	Bundesblatt
BL	Baselland
Bspw.	Beispielsweise
BSK	Basler Kommentar
Bzgl.	Bezüglich
Etc.	Et cetera
f./ ff.	(Fort-)Folgende
FFE	Fürsorgerische Freiheitsentziehung
FU	Fürsorgerische Unterbringung
FV	Fallvignetten
Ggf.	Gegebenenfalls
GR	Graubünden
Hrsg.	Herausgeber
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (engl. International classification of diseases and related health problems)
Inkl.	Inklusive
i.V.	In Vertretung
KES	Kindes- und Erwachsenenschutz
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
KESR	Kindes- und Erwachsenenschutzrecht
KOKES	Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz
KV	Krankenversicherung
Max.	Maximum
Min.	Minimum
N	Anzahl
NW	Nebenwirkung(en)
PP	Pflegepersonal
PPV	Psychiatrische Patientenverfügung
Resp.	Respektive
Rz	Randziffer
S.	Seite/n
Sd	Standardabweichung
TI	Tessin
TP	Teilprojekt
u.a.	Unter anderem
UuF	Urteilsunfähigkeit
V.a.	vor allem
VASK	Dachverband der Vereinigungen von Angehörigen psychisch Kranker
VD	Waadt
Vgl.	Vergleiche
VP	Vertrauensperson
Vs.	Versus
Z.B.	Zum Beispiel
ZGB	Zivilgesetzbuch
ZH	Zürich
Ziff	Ziffer
ZM	Zwangsmassnahmen
Z.T.	Zum Teil
∅	Durchschnitt / Mittelwert
<	Kleiner als
>	Grösser als

1 Einleitung: Kontextualisierung Untersuchungsauftrag

1.1 Entwicklungen im Kindes- und Erwachsenenschutz

Gestützt auf kantonales Recht wurden während mehr als 100 Jahren Personen u.a. wegen «Arbeits-scheue», «lasterhaftem Lebenswandel», «Liederlichkeit», «Geistesschwäche», «Geisteskrankheit» ohne ihre Zustimmung in Einrichtungen eingewiesen. Zusätzlich gab es auf Bundesebene eine Unterbringungsmöglichkeit bei bevormundeten Personen. Die Geeignetheit der Gründe und Einrichtungen wurde im Verlauf kritisch der Jahre reflektiert und befindet sich auch weiterhin im Prozess der Aufarbeitung.

Mit dem Inkrafttreten der Bestimmungen über die fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) im schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) am 1. Januar 1981 wurde die Unterbringung von Personen in geeigneten Einrichtungen vom Bund einheitlich geregelt, der Vollzug und damit dessen Regelung verblieb weiterhin bei den Kantonen. Mit dem Inkrafttreten des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts (KESR) am 1. Januar 2013 wurde das Vormundschaftsrecht abgelöst. Zentrale Anliegen des revidierten Gesetzes sind u.a. die Förderung der Selbstbestimmung, die Stärkung der Solidarität der Familie, der bessere Schutz von urteilsunfähigen Personen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen, die behördlichen Massnahmen nach Mass sowie die Schliessung von Lücken und die Verbesserung des Rechtsschutzes bei der fürsorgerischen Unterbringung (FU). Neue Instrumente zur Förderung der Selbstbestimmung wurden eingeführt. Der Rechtsschutz wurde weiter ausgebaut. Die Vormundschaftsbehörden (oft mit Laien besetzt) wurden durch professionelle Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (Fachpersonen unterschiedlicher Richtungen) ersetzt. Die neu gegründete Fachbehörde sollte einer Vereinheitlichung der praktischen Umsetzung und einer besseren Übersicht dienen.

1.2 Die Fürsorgerische Unterbringung: gesetzliche Regelung und Problemfelder

Seit 2013 regelt das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht die FU sowie damit verbundene Massnahmen. Hierbei handelt es sich um:

- FU: Einweisung in eine geeignete Einrichtung zur Behandlung/ Betreuung unter definierten Voraussetzungen inkl. Verfahren und Zuständigkeit, periodische Überprüfung und Bedeutung der Vertrauensperson
- Zurückbehaltung freiwillig eingetretener Personen
- Medizinische Massnahmen bei einer psychischen Störung: Behandlungsplan, Behandlung ohne Zustimmung, Notfallmassnahmen, Austrittsgespräch, ambulante Massnahmen, Patientenverfügung
- Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit
- Anrufung des Gerichts

Einige dieser Massnahmen werden in diesem Bericht unter dem im Gesetz nicht erwähnten, aber in der Praxis oftmals benutzten Begriff «Zwangsmassnahmen» subsumiert.³⁶ Dort, wo im Bericht eine spezifische (Zwangs-)Massnahme gemeint ist, wird sie als solches erwähnt.

In der Schweiz sind die gesetzlichen Grundlagen für die Anordnung und Überprüfung einer FU, die Zurückbehaltung freiwillig eingetretener Personen, bewegungseinschränkende Massnahmen (Art 383 ff. ZGB) grundlegende Verfahrensaspekte und der Rechtsschutz in Art. 426 ff. ZGB (inkl. Verweis in Art. 438 ZGB auf Art. 384 Abs. 1 ZGB) geregelt. Speziell geregelt sind medizinische Massnahmen bei psychischen Störungen, bei welchen auch eine Behandlung ohne Zustimmung der betroffenen Person möglich ist (Art. 433 ff. ZGB, siehe auch Art. 380 ZGB). Neben den materiellen und formellen Voraussetzungen für die FU regelt das KESR auch den Einsatz von Massnahmen zur

³⁶ Anmerkung: Konkrete Zwangsmassnahmen sind: FU-Anordnung, Zurückhalten einer Person, Aufrechterhaltung der FU nach Ablehnung eines Entlassungsgesuchs, Behandlung ohne Zustimmung, bewegungseinschränkende Massnahmen. Andere aufgeführte Massnahmen sind Verfahrensrechtliche Aspekte und nicht eine Zwangsmassnahme, konkret die periodische Überprüfung, das fakultative Austrittsgespräch, die Anrufung des Gerichts, Einsetzen einer Vertrauensperson, Patientenverfügung.

Förderung der Autonomie im Rahmen von Zwangsmassnahmen. Darunter finden sich Rahmenbedingungen zum Einbezug von Vertrauenspersonen sowie zur Handhabung der Patientenverfügungen. Des Weiteren werden Behandlungsplanungen und Behandlungsgrundsätze als Instrumente eingeführt.

Bei der FU handelt es sich unbestritten um einen schwerwiegenden Eingriff in die persönliche Freiheit des Einzelnen. Bei fehlenden alternativen, weniger einschneidenden Handlungsoptionen kann bei bestehender Gefährdung der betroffenen Person selbst und/oder Dritten³⁷³⁸ diese mittels einer FU in eine geeignete Einrichtung eingewiesen werden –unabhängig davon, ob die betroffene Person urteilsfähig oder urteilsunfähig ist. Der Begriff der «geeigneten Einrichtung», für den der Gesetzgeber keine Definition vorgegeben hat, wird weit ausgelegt und Bedarf jeweils einer Klärung. In der Praxis handelt es sich mehrheitlich um psychiatrische Kliniken, teilweise auch um stationäre Langzeiteinrichtungen insbesondere im Alters- und Pflegebereich.³⁹

Dressing et al. weisen in ihrer Untersuchung auf die länderspezifischen Unterschiede innerhalb europäischer Länder bezüglich der gesetzlichen Kriterien zur Anwendung von Zwang hin. Deutliche Unterschiede bestehen bezüglich der Definition der Voraussetzungen, der zur Anordnung der Massnahme befugten Personen, der Anforderungen an die Dokumentation sowie zeitlicher und prozeduraler Aspekte.⁴⁰ Auch nach der Gesetzesrevision von 2013 gibt es auch in der Schweiz weiterhin eine hohe Varianz bzgl. der FU (z.T. begründet auf den Vollzugföderalismus), der bewegungseinschränkenden Massnahmen in geeigneten Einrichtungen und Behandlungen ohne Zustimmung, die sich nicht allein durch die Patientenmerkmale erklären lässt. Einzelne Vorstösse und Fragen im Parlament bzgl. der Anwendung der FU und weiterer Massnahmen ohne Zustimmung der betroffenen Person lassen seitdem einen gewissen Klärungs- resp. Handlungsbedarf erkennen. In der Stellungnahme des Bundesrats im August 2018 auf zwei Motionen (18.3653/18.3654) wurde mit der Revision des KESR 2013 eine massgebliche Verbesserung im Vergleich zum früheren Recht festgestellt. Gleichzeitig wurde aber auch darauf hingewiesen, dass die neuen Bestimmungen sowie deren Umsetzung in den Kantonen kritisiert werden, ein entsprechender Evaluationsbedarf bzgl. der neuen Bestimmungen wurde konstatiert.

Das ZGB erlaubt den Kantonen weiterhin einen gewissen Spielraum in der Umsetzung der FU, der in den jeweiligen kantonalen Regelungen / Einführungsgesetzen festgelegt wird. So sind die Kantone befugt, die Berechtigung zur Anordnung einer FU neben den Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) auch Ärzt:innen zu übertragen (Art. 429 Abs. 1 ZGB). Dabei bestehen keine Vorgaben über die Fachrichtung, die ein:e Ärzt:in aufweisen muss. Die Häufigkeit von FU und die Anwendung von Zwangsmassnahmen⁴¹ während der Behandlung unterscheiden sich teilweise erheblich zwischen den Kantonen⁴². Sie sind im internationalen Vergleich schweizweit hoch.⁴³ Bisherige Forschungsarbeiten fokussierten im internationalen Bereich (europäische Länder) hauptsächlich auf den Einfluss der Gesetzgebung auf die unterschiedlichen Raten / Quoten von FU⁴⁴. Neben der An-

³⁷ Zinkler, M. and Priebe, S. (2012). Detention of the mentally ill in Europe--a review. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 2002. 106(1): p. 3-8; Lay, B., et al., Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care through psycho-education and crisis focused monitoring. *BMC psychiatry*, 12: p. 136; Hoff, P. (2015). Zwangsmassnahmen in der Medizin. *Schweizerische Ärztezeitung - Bulletin des medecins suisses - Bollettino die medici svizzeri*. 96(22): p. 773-775.

³⁸ Hinweis: Gemäss ZGB ist der Schutz Dritter lediglich zu berücksichtigen. Der Schutz Dritter allein rechtfertigt gemäss ZGB aber keine FU (BGE 145 III 441 E. 8.4).

³⁹ Kanton Zürich, Direktion der Justiz und des Innern, Aufsichtsbehörde im Kindes- und Erwachsenenschutz (2021). Jahresbericht 2020.

⁴⁰ Dressing, H. and Salize, H.J. (2004). Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(10): p. 797-803; Salize, H.J. and Dressing H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 184: p. 163-8.

⁴¹ Steinert, T. et al. (2009). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 45(9):889-97.

⁴² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Indikator "Rate fürsorgerischer Unterbringung 2018".

⁴³ Salize, H.J. and Dressing H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 184: p. 163-8.

⁴⁴ Dressing, H. and Salize, H.J. (2004). Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(10): p. 797-803; Salize, H.J. and Dressing H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 184: p. 163-8; Riecher, A., et al. (1991). Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychol Med*, 21(1): p. 197-208; Riecher-Roessler, A. and Roessler, W. (1993). Compulsory admission of psychiatric patients--an international comparison. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 87(4): p. 231-6.

zahl der FU als relevantes Outcome gilt es auch, den klinischen Verlauf und die Anzahl an Rehospitalisationen bei FU, bewegungseinschränkenden Massnahmen und Behandlungen ohne Zustimmung, bei der Beurteilung zu berücksichtigen.

Die kantonalen Unterschiede bilden sich unter anderem in den FU-Raten ab. So ist die FU-Rate im Kanton Zürich im interkantonalen Vergleich konstant hoch (jährlich ca. 2 pro 1'000 Einwohner:in) und die Quote rangiert während der letzten Jahre zwischen 20% und 33%⁴⁵ aller Einweisungen in psychiatrische Kliniken. Im Gegensatz dazu wurde z.B. im Kanton Baselland eine FU-Rate von 0.86 pro 1000 Einwohner sowie eine Quote von 9% aller Klinikeintritte festgestellt.⁴⁶ Dieser Kanton hat eine vergleichsweise ländliche Struktur mit rund 300'000 Einwohner:innen. Neben dem in der Literatur beschriebenen Risikofaktor für FU in urbanen Gebieten⁴⁷ scheint aber auch die gesetzliche Auslegung einen relevanten Anteil in der Varianz der FU-Raten und auch der klinischen Verläufe nach einer FU zu erklären.

Aus vorangegangenen nationalen und internationalen Forschungsarbeiten ergeben sich interessante Anknüpfungspunkte. Kommt es zur Anwendung von Zwang, so wird diese sowohl bei Patient:innen⁴⁸ als auch beim psychiatrischen Personal⁴⁹ kritisch reflektiert und häufig in Frage gestellt. Patient:innen erleben durch Zwangsmassnahmen markante Belastungen und berichten von einschneidenden Erlebnissen.⁵⁰ Mit der Durchführung beauftragte Ärzt:innen berichten von ethischen Dilemmata, Druck von Drittpersonen (am häufigsten durch Angehörige und Polizei) und Unsicherheiten bei der Anwendung der gesetzlichen Kriterien.⁵¹ Ärzt:innen mit Spezialisierung im Fach Psychiatrie weisen dabei signifikant mehr Sicherheit im Umgang mit FU und deren gesetzlichen Grundlagen auf als Ärzt:innen mit anderer Spezialisierung.⁵² Die Qualität der administrativen Abläufe bei Zwangseinweisungen z.B. der Dokumentationsqualität variiert je nach Fachrichtung der zuweisenden Ärzt:innen.⁵³ Darüber hinaus unterscheidet sich die Dauer von FU bei Patient:innen signifikant, abhängig vom Erfahrungsstand (bzgl. psychiatrischer Notfälle) der FU anordnenden Ärzt:innen.⁵⁴ Dieser Befund weist darauf hin, dass FU, die von wenig erfahrenen Ärzt:innen angeordnet werden, früher wieder aufgehoben werden können und sich ein Teil an FU darunter befindet, der ganz vermeidbar gewesen wäre. Die Anwendung von Zwangsmassnahmen (ZM) während des stationären Aufenthalts scheint durch die Revision des KESR 2013 jedoch nicht signifikant verändert⁵⁵, vielmehr zeigen sich auch hier innerhalb der Schweiz deutliche Unterschiede in den Quoten, die wohl wesentlich auf die jeweilige Klinikkultur und Haltung zurückgeführt werden können. Eine weitere Einflussgrösse, welche die Quote an ZM beeinflusst ist neben der jeweiligen kantonspezifischen gesetzlichen Regelung die jeweilige institutionsspezifische Umsetzung der fachlichen Leitlinien (fidelity). In

⁴⁵ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Indikator "Rate fürsorgerischer Unterbringung 2018"; Lay, B., Nordt, C., and Roessler, W. (2011). Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 26(4): p. 244-51.

⁴⁶ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Indikator "Rate fürsorgerischer Unterbringung 2018".

⁴⁷ Keown, P. et al. (2016). Rates of voluntary and compulsory psychiatric in-patient treatment in England: an ecological study investigating associations with deprivation and demographics. *Br J Psychiatry*, 209(2): p. 157-61.

⁴⁸ Soininen, P. et al. (2013). Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *Int J Ment Health Nurs*, 22(1): p. 47-55.

⁴⁹ Hotzy, F. et al. (2019). Involuntary admission for psychiatric treatment: Compliance with the law and legal considerations in referring physicians with different professional backgrounds. *International Journal of Law and Psychiatry*, 64: p. 142-149.; Hotzy, F. et al. (2019). Involuntary admission of psychiatric patients: Referring physicians' perceptions of competence. *International Journal of Social Psychiatry*. Molewijk, B. et al. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion: the role of moral doubt and professional context-a cross-sectional survey study. *BMC Med Ethics*, 18(1): p. 37.

⁵⁰ Priebe, S. et al. (2010). Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 196(3): p. 179-85.; Priebe, S. et al. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 194(1): p. 49-54.; Gardner, W. et al. (1999). Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *Am J Psychiatry*, 156(9): p. 1385-91.

⁵¹ Hermann H, et al. (2018). Fürsorgerische Unterbringung in psychiatrische Kliniken: Schwierigkeiten und Unterschiede in der praktischen Umsetzung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 99: 524-526.

⁵² Hotzy, F. et al. (2019). Involuntary admission for psychiatric treatment: Compliance with the law and legal considerations in referring physicians with different professional backgrounds. *International Journal of Law and Psychiatry*, 64: p. 142-149.

⁵³ Jaeger, M. et al. (2014). [Quality of involuntary hospital administration in Switzerland]. *Praxis*, 103(11): p. 631-9.; Kieber-Ospelt, I. et al. (2016). Quality criteria of involuntary psychiatric admissions - before and after the revision of the civil code in Switzerland. *BMC psychiatry*, 16: p. 291.

⁵⁴ Hotzy, F. et al. (2018). Length of Involuntary Hospitalization Related to the Referring Physician's Psychiatric Emergency Experience. *Adm Policy Ment Health*, 45(2): p. 254-264.

⁵⁵ Hotzy, F. et al. (2018). Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. *Swiss Med Wkly*, 148: p. w14616.; Martin, V. et al. (2007). The use of mechanical restraint and seclusion: comparing the clinical practice in Germany and Switzerland. *Psychiatr Prax*, 34 Suppl 2: p. S212-7.

die Behandlung involviertes Klinikpersonal ist z.B. durch die jeweilige Klinikkultur in seiner Einstellung zu Zwang beeinflusst.⁵⁶ Um Fragen nach Zweckmässigkeit, Qualität und Umsetzung der im Gesetz definierten Handlungsweisen zum Umgang mit FU und ZM nachzugehen, sind weitere umfassende Untersuchungen notwendig.

1.3 Untersuchungsauftrag und Fragestellungen der Evaluation

Dieses durch das Bundesamt für Justiz (BJ) initiierte und geförderte Evaluationsprojekt dient der Untersuchung der Umsetzung der Bestimmungen zur FU als Teil des im Jahr 2013 revidierten Kindes- und Erwachsenenschutzrechts (KESR). Dies mit dem **übergeordneten Ziel**, dem Bundesamt für Justiz Fakten- und Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung zu stellen, um einen allfälligen Revisionsbedarf für den Bereich FU abzuschätzen. Konkret werden die Artikel zur Regulation von Zwang und Massnahmen zur Förderung der Autonomie untersucht. Der Fokus liegt dabei ausschliesslich auf FUs bei Erwachsenen. Zum Regelungskomplex gehören:

- Art. 383–385 ZGB: materielle und formelle Voraussetzungen der Einschränkung der Bewegungsfreiheit
- Art. 426–439 ZGB: materielle Voraussetzungen der FU, Zuständigkeit, Überprüfung der FU; Vertrauenspersonen; medizinische Massnahmen bei psychischen Störungen; Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit; Anrufung des Gerichts;
- Bestimmungen, auf die in Art. 426 ff. ZGB verwiesen wird;
- Bestimmungen zum Verfahren vor der KESB (Art. 443 ff. ZGB) sowie Bestimmungen im Rahmen des Rechtsschutzes vor der gerichtlichen Beschwerdeinstanz (Art. 450 ff. ZGB).

Die Evaluation untersuchte nachfolgend aufgeführte **Fragestellungen**. Zum Projektstart wurden die im Rahmen der Ausschreibung formulierten Fragestellungen unter Einbezug des BJ und der Begleitgruppe der Evaluation geschärft. Die im detaillierten und von der Auftraggeberschaft genehmigten Projektbeschrieb (Evaluationsdesign) festgehaltenen Fragestellungen sind den beiden Hauptbereichen der Evaluation, der statistischen Analyse von FU (Teilprojekt 1) und der detaillierten Erhebung bei unterschiedlichen Stakeholdern zur FU-Praxis (Teilprojekt 2), zugeordnet. Die Evaluation beinhaltet auch eine vertiefte qualitative Falluntersuchung (Teilprojekt 3), diese dient als ergänzend illustrierende Erhebung der Praxis ohne zusätzliche Fragestellungen.

Teilprojekt 1

- 1) Welche Verteilung hinsichtlich der zuweisenden Instanzen besteht innerhalb der einzelnen Kantone und im Vergleich (Verhältnis allgemein-ärztliche FU / psychiatrisch-ärztliche FU / behördliche FU)?
- 2) Wie häufig und in welcher Form werden bewegungseinschränkende Massnahmen angewandt? Bestehen Unterschiede je nach Klinik resp. Kanton?
- 3) Wie ist die Dauer der Hospitalisierung nach Zuweisung per FU? Bestehen Unterschiede je Kanton / je zuweisender Instanz?

Teilprojekt 2

- 4) Wie werden die gesetzlich definierten Voraussetzungen von FU (anordnende Instanz, Anhörung und Information der betroffenen Person) umgesetzt?
- 5) Welche geeigneten Einrichtungen lassen sich in den fünf Kantonen erfassen?
- 6) Wie werden Vertrauenspersonen und gesetzliche Vertretungen in den fünf Kantonen genutzt und wahrgenommen?

⁵⁶ Reisch, T. et al. (2018), Comparing attitudes to containment measures of patients, health care professionals and next of kin. *Frontiers in Psychiatry*, 9: 529.

- 7) Wie erfolgt die Beurteilung von Urteilsunfähigkeit und welche Konsequenzen ergeben sich für die Anwendung von Zwang?
- 8) Wie wird mit somatischen Erkrankungen bei Patienten und Patientinnen mit FU in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone umgegangen?
- 9) Wie und anhand welcher Kriterien erfolgt die Anwendung von Zwangsmassnahmen (Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Zwangsbehandlung) in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?
- 10) Wie ist der Umgang mit psychiatrischen Patientenverfügungen in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?
- 11) Wie verlaufen ärztliche und behördliche FU und wie wird die periodische Überprüfung und Aufhebung einer FU in den fünf Kantonen geregelt?
- 12) Wie ist der Umgang mit Entlassungsgesuchen in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?
- 13) Wie erfolgt die Umsetzung von Austrittsgesprächen und – wenn indiziert – die Erstellung von Behandlungsgrundsätzen?
- 14) Wie werden ambulante Massnahmen beurteilt und in den fünf Kantonen umgesetzt?⁵⁷
- 15) Wie erfolgt die Nutzung der gerichtlichen Beschwerdeinstanz in den fünf Kantonen und was sind mögliche Outcomes?
- 16) Wie ist die Schnittstelle zum Kinderschutz in den fünf Kantonen geregelt (z.B. bei FU eines Elternteils)?

Diese Fragestellungen werden detailliert in den Kapiteln 3.1 und 3.2 behandelt sowie auf den Kern gebracht in Kapitel 4.1 beantwortet. Die Ergebnisse aus Kapitel 3.3 dienen zusammen mit den beantworteten Fragestellungen der Herausarbeitung der Kernergebnisse und diesbezüglichen allgemeinen Handlungsempfehlungen, die in Kapitel 4.3 ausgeführt sind. Das Kapitel 4.4 beinhaltet eine Übersicht über die Themenstellungen, zu welchen aus Sicht des Evaluationsteams ein allfälliger gesetzlicher Revisionsbedarf bestehen könnte.

2 Erhebungs- und Analyseverfahren

Nachfolgend gibt Kapitel 2.1 einen Überblick über das methodische Gesamtverfahren, die Kapitel 2.2 bis 2.4 erläutern die methodischen Details.

2.1 Überblick

Das mit der Auftraggeberschaft und der Begleitgruppe (vgl. Projektorganisation, siehe Anhang) abgestimmte Evaluationsverfahren beinhaltet ein multiperspektivisches und mittels mixed-method arbeitendes Erhebungs- und Analyseverfahren. Um die vielfältigen Evaluationsfragen zu beantworten, wurde mit drei Teilprojekten (TP) gearbeitet.

▪ Teilprojekt 1: Quantitative Analyse von Routinedaten / Basisdaten

In einem *ersten Teilprojekt* wurden routinemässig erhobene Basisdaten der teilnehmenden Kliniken aus fünf Kantonen ausgewertet. Hierzu gehören soziodemographische und klinische Basisdaten inklusive der zur Qualitätssicherung gemäss ANQ erhobene Daten. Mittels statistischer Analysen wurden Unterschiede dieser Variablen zwischen den Kantonen in Bezug auf die per FU hospitalisierten Personen eruiert.

⁵⁷ Aufgrund der sehr kleinen Stichprobengrösse kann zu dieser Frage keine Aussage gemacht werden.

▪ **Teilprojekt 2: Online-Erhebung bei relevanten Stakeholdern**

Im *zweiten Teilprojekt* wurden verschiedene in den FU Prozess involvierte Personengruppen (Betroffene, Vertrauenspersonen, Angehörige, Zuweisende Personen, Personal von aufnehmenden Einrichtungen, Mitarbeitende der KESB und Gerichte, Betroffenenorganisationen) in allen fünf Kantonen (BL, GR, TI, VD, ZH) mittels eines strukturierten Online-Fragebogens zu Umsetzung, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit des KESR für die Behandlung / Betreuung unter FU Bedingungen befragt.

▪ **Teilprojekt 3: Semi-strukturierte Interviews zu Fallvignetten**

In einem *dritten Teilprojekt* wurden die in der Ausschreibung gestellten Fragen in semi-strukturierten Interviews mit Vertretungen aus den verschiedenen in Teilprojekt 2 genannten Personengruppen vertieft betrachtet. In diesem Teilprojekt kamen exemplarische Fallvignetten mit prototypischen Verläufen unterschiedlicher klinischer Hintergründe zum Einsatz.

Diese drei Teilprojekte wurden multizentrisch bearbeitet, indem die Untersuchung in fünf Kantonen erfolgte: Kantone Basel-Landschaft⁵⁸, Graubünden⁵⁹, Tessin⁶⁰, Waadt⁶¹ und Zürich⁶².

Um möglichst einen breiten Zugang zu FU-bezogenen Daten zu erhalten, erfolgte die Datenerhebung von April bis November 2021 unter Beteiligung jeweils einer psychiatrischen Klinik je Kanton. Die untersuchten Kantone wurden so ausgewählt, dass sie sich hinsichtlich Auslegung des KESR, FU-Raten, psychiatrischer Versorgungsorganisation und Sprachregionen deutlich unterscheiden sowie ein möglichst breites Spektrum mit Bezug auf diese Variablen abdecken.

Methodische Einschränkung

Es gilt auf einzelne methodische Einschränkungen im Zusammenhang mit dem Rücklauf bei der Online-Erhebung sowie deren Umgang hinzuweisen:

- Bei der Online-Erhebung in Teilprojekt 2 wurden verschiedene Stakeholder (Betroffene, Angehörige, Vertrauenspersonen, Zuweisende, Personal, KESB, Gericht, (Betroffenen-)Organisationen) aus fünf Kantonen (BL, GR, TI, VD, ZH) befragt. Je nach Stichprobengrösse wurde die vergleichende Analyse nach Stakeholdergruppe oder nach Kanton als wenig sinnvoll erachtet. Entsprechend finden sich teilweise Ergebnisse über die gesamte Stichprobe hinweg oder auch nach Stakeholdergruppe resp. nach Kanton. Tendenziell wurden Fragen zum Ende des Fragebogens von weniger Personen beantwortet.
- Die FU erfolgt nicht nur in psychiatrischen Kliniken, sondern auch in anderen als geeignet erachteten Einrichtungen. Dies konnte jedoch in der Erhebung nicht umgesetzt werden, weil der diesbezügliche Rücklauf aus Teilprojekt 2 (Online-Erhebung) aus anderen Institutionen wie z.B. Alters- und Pflegeheimen sehr tief war. Daher war eine sinnvolle vergleichende Analyse zwischen Antworten aus Kliniken und anderen Institutionen nicht möglich. Auf diesen Umstand wird im Rahmen der Interpretation der Ergebnisse (Schlussfolgerungen) eingegangen.

Aufbau Evaluationsbericht

Der Evaluationsbericht ist so aufgebaut, dass Kapitel 4 die Detailergebnisse der drei Teilprojekte darlegt. Die vom BJ in Auftrag gegebenen Evaluationsfragen sind als Gesamtergebnis zusammenfassend in Kapitel 5.1. beantwortet. Kapitel 5.2 zieht aus externer Sicht die Schlussfolgerungen hinsichtlich des Auftragszwecks, nämlich inwiefern eine Revision des KESR hinsichtlich der Bestimmungen zur FU angezeigt ist.

⁵⁸ Psychiatrie Baselland PBL.

⁵⁹ Psychiatrische Dienste Graubünden.

⁶⁰ Clinica psichiatrica cantonale del Ticino.

⁶¹ Département de psychiatrie CHUV.

⁶² Psychiatrische Universitätsklinik Zürich PUK.

2.2 Teilprojekt TP 1 „Statistische Daten zur FU»

Im ersten Teilprojekt (TP1) wurden routinemässig erhobene Basisdaten der teilnehmenden Kliniken aus den fünf Kantonen ausgewertet. Hierzu gehören soziodemographische und klinische Basisdaten inklusive der zur Qualitätssicherung gemäss ANQ erhobenen Daten. Mittels statistischer Analysen wurden Unterschiede dieser Variablen zwischen den Kantonen in Bezug auf die per FU hospitalisierten Personen erfasst und somit kantonale Vergleiche ermöglicht. Nachfolgend werden die Ein- und Ausschlusskriterien, die in diesem Teilprojekt zu beantwortenden Fragestellungen sowie das methodische Vorgehen dargelegt.

2.2.1 Ein-/Ausschlusskriterien

Für die quantitativen Auswertungen werden die Routedaten aller **Patient:innen**, von 2016 bis 2019 aufgrund einer psychiatrischen Primärdiagnose nach ICD-10 (ICD-10 F0-F9) in einer der teilnehmenden Kliniken freiwillig oder per FU behandelt wurden, in die Analysen aufgenommen.

2.2.2 Fragestellungen

Mit dem TP1 sollten die folgenden Fragestellungen beantwortet werden:

- 1) Welche Verteilung hinsichtlich der zuweisenden Instanzen besteht innerhalb der einzelnen Kantone und im Vergleich (Verhältnis allgemein-ärztliche FU / psychiatrisch-ärztliche FU / behördliche FU)?
- 2) Wie häufig und in welcher Form werden bewegungseinschränkende Massnahmen angewandt? Bestehen Unterschiede je nach Klinik resp. Kanton?
- 3) Wie ist die Dauer der Hospitalisierung nach Zuweisung per FU? Bestehen Unterschiede je Kanton / je zuweisender Instanz?

2.2.3 Methodisches Vorgehen

Es handelt sich um retrospektive Beobachtungsanalyse aller Patient:innen, die in den Jahren 2016 bis 2019 in einer der kollaborierenden psychiatrischen Kliniken aus der stationären Behandlung entlassen wurden. Dabei wurden von der an der Analyse beteiligten psychiatrischen Kliniken anonymisierte Daten der Datenerhebung der «Nationalen Qualitätsmessung in der stationären Erwachsenenpsychiatrie» des nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) verwendet.

Die statistischen Analysen erfolgten deskriptiv mittels *R* Version 3.6.0⁶³. Es wurden zusammenfassende Statistiken genutzt, um soziodemografische und klinische Patientencharakteristiken tabellarisch für alle Kliniken separat als auch im Gesamttotal darzustellen. Dabei wurden für numerische Variablen der Mittelwert und die Standardabweichung sowie der Median, Minimum, Maximum und der Interquartilsabstand angegeben. Durch die gewählten Kennzahlen liegen Informationen vor, um kleine Subgruppen, nicht normalverteilte Variablen und von Ausreissern betroffene Variablen differenzierter einschätzen zu können. Bei kategorialen Variablen wurden die Anzahl sowie der Anteil der gültigen Fälle angegeben. Dabei galt als gültiger Fall ein Fall ohne fehlenden Wert für die betreffende Variable. Für alle Kennzahlen wurde zusätzlich die Anzahl der fehlenden Werte angegeben. Fehlende Werte wurden demnach nicht gleich ausgewiesen, wie die Angaben «unbekannt», welche teilweise aktiv kodiert waren.

Die Beantwortung der Fragestellungen erfolgte deskriptiv. Folgende 16 Variablen in Tabelle 1 wurden in die Analysen einbezogen:

⁶³ Team RC. (2015). R: A language and environment for statistical computing. <https://www.r-project.org/>

Tabelle 1: Einbezogene Variablen TP 1

Einbezogene Variablen	
Soziodemographie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschlecht ▪ Alter ▪ Wohnkanton ▪ Nationalität ▪ Höchste abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung ▪ Aufenthaltsort vor Eintritt ▪ Erwerbstätigkeit vor Eintritt ▪ Aufenthalt nach Austritt
Prozedurale Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einweisende Instanz ▪ Freiwilligkeit ▪ Anzahl früherer Eintritte in dieselbe Klinik ▪ Zwangsmassnahmen während der Behandlung ▪ Entscheid für Austritt ▪ Behandlung nach Austritt
Klinische Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnosen bei Austritt ▪ HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale) bei Ein- und Austritt

2.3 Teilprojekt TP 2 „Online-Erhebung“

Im Teilprojekt 2 wurden verschiedene Stakeholdergruppen befragt, die in den FU Prozess involviert sind. Es waren dies Betroffene, Vertrauenspersonen, Angehörige, Zuweisende, Personal von aufnehmenden Einrichtungen⁶⁴, Mitarbeitende der KESB, Gerichte und (Betroffenen-)Organisationen. Die Befragung erfolgte in allen fünf Kantonen (BL, GR, TI, VD, ZH) mittels eines umfassenden Online-Fragebogens zu den Themenbereichen «Umsetzung», «Zweckmässigkeit» und «Wirksamkeit» des KESR für die Behandlung / Betreuung unter FU Bedingungen. Nachfolgend werden die Ein- und Ausschlusskriterien für die Befragung, die übergeordneten Fragestellungen sowie das methodische Vorgehen dargelegt.

2.3.1 Ein-/Ausschlusskriterien

Nachfolgende Tabelle 2 führt die Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich der Studienteilnahme nach Stakeholdergruppe auf:

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien zur Studienteilnahme

Ein- und Ausschlusskriterien nach Stakeholdergruppe	
Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Betroffene	
Einweisung per FU im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Behandlung oder Betreuung. Erfahrung mit mindestens einer Zwangsmassnahme (FU, Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Zwangsbehandlung) im Rahmen einer aktuellen oder früheren psychiatrischen Behandlung oder Betreuung.	Keine Zwangsmassnahme während eines aktuellen oder früheren Klinikaufenthalts. Beeinträchtigung, die die Einwilligung zur Teilnahme verunmöglicht. Mangelnde oder unzureichende Sprachkenntnisse.

⁶⁴ Psychiatrie Baselland PBL, TI, Psychiatrische Dienste Graubünden, Département de psychiatrie CHUV, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich PUK.

Ein- und Ausschlusskriterien nach Stakeholdergruppe	
Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Angehörige / Vertrauenspersonen	
Anwendung von zumindest einer Zwangsmassnahme bei einer / einem Angehörigen / einer nahestehenden Person im Rahmen deren / dessen Behandlung / Betreuung.	Mangelnde oder unzureichende Sprachkenntnisse.
Zuweisende	
Personen, die im jeweiligen Kanton befugt sind, FU anordnen.	Keine.
Personal	
Personen, die in den jeweiligen Kantonen an den teilnehmenden Kliniken oder Einrichtungen arbeiten, welche in die Umsetzung der FU involviert sind und zu einer der folgenden Berufsgruppen gehören: Pflegende, Psycholog:innen, Ärzt:innen.	Fehlender Kontakt mit Betroffenen.
KESB / Gericht / (Betroffenen-)Organisationen	
Mitarbeitende von KESB, Gerichten, Betroffenenorganisationen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit den KESB-Bereichen Zwang und Massnahmen zur Förderung der Autonomie zu tun haben.	Keine Schnittpunkte mit den relevanten KESB-Bereichen im Rahmen der Tätigkeit bei KESB, Gericht oder Betroffenenorganisationen.

2.3.2 Befragung der Betroffenen

Die Befragung der Betroffenen erforderte in einem ersten Schritt die Genehmigung eines Ethikantrages durch die im jeweiligen Kanton zuständige Ethikkommission. In einem zweiten Schritt war das explizite Teilnahmeeinverständnis der Betroffenen erforderlich. Patient:innen, welche diese Einschlusskriterien erfüllten, wurden von einem Projektmitarbeiter kontaktiert und neben der Abgabe von Informationsmaterial auch in mündlicher Form über die Studie, deren Risiken, Nutzen und den Zeitaufwand informiert. Bei Interesse zur Teilnahme wurde gemeinsam die schriftliche Einwilligungserklärung besprochen und unterzeichnet.

2.3.3 Fragestellungen

Mit dem TP 2 werden die nachfolgend dargestellten übergeordneten Fragestellungen beantwortet. Im Anhang findet sich eine detaillierte Übersicht zu den jeweiligen Fragestellungen und die jeweilige Zuordnung zu den Stakeholdergruppen.

- 4) Wie werden die gesetzlich definierten Voraussetzungen von FU (anordnende Instanz, Anhörung und Information der betroffenen Person) umgesetzt?
- 5) Welche geeigneten Einrichtungen lassen sich in den fünf Kantonen erfassen?
- 6) Wie werden Vertrauenspersonen und gesetzliche Vertretungen in den fünf Kantonen genutzt und wahrgenommen?
- 7) Wie erfolgt die Beurteilung von Urteilsunfähigkeit und welche Konsequenzen ergeben sich für die Anwendung von Zwang?
- 8) Wie wird mit somatischen Erkrankungen bei Patienten und Patientinnen mit FU in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone umgegangen?

- 9) Wie und anhand welcher Kriterien erfolgt die Anwendung von Zwangsmassnahmen (Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Zwangsbehandlung) in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?
- 10) Wie ist der Umgang mit psychiatrischen Patientenverfügungen in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?
- 11) Wie verlaufen ärztliche und behördliche FU und wie wird die periodische Überprüfung und Aufhebung einer FU in den fünf Kantonen geregelt?
- 12) Wie ist der Umgang mit Entlassungsgesuchen in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?
- 13) Wie erfolgt die Umsetzung von Austrittsgesprächen und – wenn indiziert – die Erstellung von Behandlungsgrundsätzen?
- 14) Wie werden ambulante Massnahmen beurteilt und in den fünf Kantonen umgesetzt?⁶⁵
- 15) Wie erfolgt die Nutzung der gerichtlichen Beschwerdeinstanz in den fünf Kantonen und was sind mögliche Outcomes?
- 16) Wie ist die Schnittstelle zum Kinderschutz in den fünf Kantonen geregelt (z.B. bei FU eines Elternteils)?

Diese Fragen wurden mittels eines Online-Fragebogens⁶⁶ konkretisiert und präzisiert. Der Fragebogen wurde in Deutsch, Französisch und Italienisch erstellt. Teilnehmende konnten die gewünschte Sprache anwählen, so dass z.B. auch französischsprachige Personen, die im Kanton Zürich befragt wurden, in der entsprechenden präferierten Sprache teilnehmen konnten.

2.3.4 Rekrutierung

Die Rekrutierung von zu befragenden Personen erfolgte entlang der im Rahmen eines konkreten FU-Prozesses involvierten Akteursgruppe, vom Entstehen einer FU, über die Behandlung / Betreuung im Rahmen eines FU sowie die Aufhebung einer Massnahme, die Anrufung des Gerichts oder die Beschwerde betreffend eine FU.

Betroffene

Die Rekrutierung von betroffenen Personen erfolgte durch geschulte Mitarbeitende der fünf Kliniken mittels eines Monitorings aller Zuweisungen von neuen Patient:innen, die per FU stationär eingewiesen wurden. Bei Übereinstimmungen mit den Ein- und Ausschlusskriterien gemäss Kapitel 2.3.1 wurden den Betroffenen Informationsmaterial zur Studie ausgehändigt und die Teilnahmebereitschaft abgeklärt und die schriftliche Einwilligungserklärung eingeholt.

Vertrauenspersonen / Angehörige

Die Rekrutierung von Vertrauenspersonen oder Angehörigen der betroffenen Personen erfolgte einerseits über die Betroffenen in den Kliniken, wobei diese um die Angabe von Kontaktdaten relevanter Vertrauenspersonen oder Angehörigen gebeten wurden. Die Kontaktdaten wurden von diesen bei Bereitschaft dem Evaluationsteam zur Verfügung gestellt.

Andererseits erfolgte die Rekrutierung via Dachverbände von Angehörigengruppen bzw. Betroffenenorganisationen (z.B. Pro Mente Sana⁶⁷, EX-IN⁶⁸ Schweiz, VASK⁶⁹). Konkret wurden die Dachverbände gebeten, den Umfrage-Link über ihre Kanäle an ihre Mitglieder zu verschicken und um die Teilnahme an der Evaluation zu bitten.

⁶⁵ Aufgrund der sehr kleinen Stichprobengrösse kann zu dieser Frage keine Aussage gemacht werden.

⁶⁶ Der Fragebogen findet sich im Anhang.

⁶⁷ Anlaufstelle für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, deren Angehörige und Fachleute, Weblink: <https://promen-tesana.ch/>

⁶⁸ Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie, Weblink: <https://www.ex-in-schweiz.ch/>

⁶⁹ Dachverband der Vereinigungen von Angehörigen psychisch Kranker, Weblink: <https://www.vask.ch/de/Home>.

Zuweisende

Zuweisende sind Personen, welche die Befugnis haben, Personen mittels einer FU zu hospitalisieren. Die in den fünf Kantonen (BL, GR, TI, VD, ZH) für FU-Zuweisungen zuständigen Personen wurden über die jeweiligen Dachverbände rekrutiert (bspw. Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie). Zudem leiteten die teilnehmenden Kliniken den Umfrage-Link an ihr Netzwerk an Zuweisenden weiter.

Personal psychiatrischer Kliniken

Die Rekrutierung des Personals psychiatrischer Kliniken erfolgte an den an der Evaluation beteiligten Kliniken. Das Personal wurde mittels E-Mail (inkl. Link auf die Online-Erhebung) für die Teilnahme an der Umfrage eingeladen.

Mitarbeitende der KESB, Gerichte und (Betroffenen-)Organisationen

Die Rekrutierung der Mitarbeitenden von KESB, Gerichten und (Betroffenen-)Organisationen erfolgte über die jeweiligen Zweigstellen der fünf Kantone in analogem Vorgehen zur Rekrutierung der Vertrauenspersonen. Zudem leiteten die Zuständigen der fünf Kliniken den Umfrage-Link via E-Mail an ihnen bekannte Personen dieser Gruppen weiter.

2.3.5 Erhebungsmethoden

2.3.5.1 Assistierte Befragung vor Ort (Betroffene)

Die Befragung der Betroffenen erfolgte vor Ort in den fünf Kliniken mittels Online-Fragebogen. Das Ausfüllen des Fragebogens wurde durch die dafür zuständige Person dahingehend begleitet, dass sie den Betroffenen bei allfälligen Fragen oder Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens zur Verfügung standen. Zur Gewährleistung der Vertraulichkeit der gemachten Angaben erfolgte das Ausfüllen des Fragebogens in möglichst ungestörter Umgebung.

Der Fragebogen wurde mit dem Tool 2ask programmiert. Um die Verständlichkeit des Fragebogens sicherzustellen, wurde mit allen Stakeholdergruppen vorgängig ein Pretest hinsichtlich Verständlichkeit der Fragestellungen aber auch hinsichtlich der Gestaltung der Fragebogen durchgeführt und basierend auf den erfolgten Rückmeldungen entsprechend überarbeitet.

2.3.5.2 Online-Erhebung (restliche Stakeholder)

Die Befragung der restlichen Stakeholder erfolgte zeit- und ortsunabhängig mittels selbigem Online-Fragebogen. Ihnen wurden der Umfrage-Link sowie eine kurze Beschreibung der Ausgangslage und Ziele der Evaluation mittels E-Mail zugestellt. Der E-Mail wurde ein kurzes Schreiben des Bundesamts für Justiz (Türöffner-E-Mail) beigelegt, um so zusätzlich auf die Wichtigkeit der Teilnahme aufmerksam zu machen.

Abhängig davon, ob die individuellen Kontaktangaben der zu befragenden Personen vorliegend waren, variierte das Vorgehen der Einladung:

- **Direkte Einladung mit individuellen Kontaktangaben:** Die Einladung erfolgte durch das Evaluationsteam oder die verantwortliche Person in den Kliniken. Die Einladung enthielt einen individuellen Link auf den Online-Fragebogen. Personen, welche den Fragebogen nach einer zu definierenden Frist (bspw. 3 Wochen) nicht begonnen und/oder fertig ausgefüllt haben, wurden mittels Reminder an die Teilnahme erinnert, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen.
- **Indirekte Einladung ohne individuelle Kontaktangaben:** Bei fehlenden individuellen Kontaktangaben erfolgt die Einladung durch die jeweiligen Dachorganisationen, wobei die Einladung einen allgemein zugänglichen Link auf den Online-Fragebogen enthielt. Personen, welche den Fragebogen nach einer zu definierenden Frist (bspw. 3 Wochen) nicht fertig ausgefüllt hatten, wurden mittels Reminder an die Teilnahme erinnert, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen. Personen, welche den Link nicht angeklickt haben, konnten aus technischen Gründen nicht an die Teilnahme erinnert werden.

2.3.6 Datenauswertung

Die erhobenen *quantitativen Daten* (geschlossene Fragen der Online-Erhebung bei diversen Stakeholdern) wurden in Bezug auf die konkreten Fragestellungen mittels des Statistikprogramms SPSS ausgewertet und mittels Microsoft Excel grafisch aufbereitet. Es handelte sich dabei vorwiegend um eine deskriptive vergleichende Darstellung der Antworten (d.h. Häufigkeiten) der jeweiligen Stakeholdergruppe pro Fragestellung resp. ein Vergleich der Antworten pro Kanton.

Im Ergebnisteil findet sich je nach Fragestellung ein Vergleich zwischen Stakeholdergruppe und/oder zwischen Kantonen. Dort, wo sich keine spezifischen Vergleiche finden, wurde die Auswertung nach Subgruppe aufgrund der kleinen Stichprobengrösse als nicht sinnig oder zielführend beurteilt.

Die erhobenen *qualitativen Daten* (offene Fragen der Online-Erhebung bei diversen Stakeholdern) wurden in Bezug auf die konkreten Fragestellungen mittels der Software MAXQDA inhaltsanalytisch ausgewertet und deskriptiv triangulierend schriftlich beantwortet.

Die Datenauswertung und -interpretation sowie die Ableitung entsprechender Handlungsempfehlungen zuhanden des Bundesamtes für Justiz erfolgte aufgrund der Zusammensetzung des Evaluationsteams grundsätzlich stark interdisziplinär (Medizin, Psychologie, Jura, Sozialarbeit) und diskursiv. Angaben zum Rücklauf resp. die Beschreibung der Stichprobe, finden sich im Ergebniskapitel.

2.4 Teilprojekt TP 3 „Vertiefende Fallvignetten“

In Teilprojekt (TP) 3 wurden vertiefende Fragestellungen in Interviews mit Vertretenden aus dem Professionellen Bereich (Zuweisende Personen, Personal von Kliniken und anderen Einrichtungen, Mitarbeitende von KESB, Gericht und Betroffenenorganisationen), sowie Betroffenen und Angehörigen (Kapitel 2.4.1), anhand von fünf *exemplarischen* Fallvignetten⁷⁰ betrachtet. Ziel dieser Fallvignetten war es, Lücken in der Gesetzgebung und der Umsetzung der Gesetzgebung sowie Optimierungsmöglichkeiten der Prozessabläufe bei FU in qualitativer, deskriptiver Weise aufzudecken. Die Fallvignetten wurden so erarbeitet, dass sie explizit illustrativen Charakter aufwiesen und – auch aufgrund der Stichprobengrösse und der unterschiedlichen thematischen Schwerpunkte – nicht den Anspruch hatten, systematischen Vergleichen zwischen Sprachregionen zu dienen.⁷¹

2.4.1 Ein-/Ausschlusskriterien

Nachfolgende

Tabelle 3 zeigt die Ein- und Ausschlusskriterien, die Stichprobe, die verwendeten Fallbeispiele sowie das methodische Vorgehen.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien TP 3

Ein- und Ausschlusskriterien nach Stakeholdergruppe	
Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Betroffene	
Erfahrung mit mindestens einer Zwangsmassnahme (FU, Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Zwangsbehandlung) im Rahmen einer aktuellen oder früheren psychiatrischen Behandlung oder Betreuung (ab 2013).	Keine Zwangsmassnahme während eines aktuellen oder früheren Klinikaufenthalts. Beeinträchtigung, die die Einwilligung zur Teilnahme verunmöglicht Mangelnde oder unzureichende Sprachkenntnisse.
Angehörige / Vertrauenspersonen	
Anwendung von zumindest einer Zwangsmassnahme bei einer angehörigen / betreuten Person	Mangelnde oder unzureichende Sprachkenntnisse.

⁷⁰ Auch Fallvignetten genannt.

⁷¹ Nationale Vergleiche werden in TP 1 und TP2 vorgenommen.

Ein- und Ausschlusskriterien nach Stakeholdergruppe	
Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
im Rahmen deren / dessen Behandlung / Betreuung.	
Zuweisende Personen	
Personen, die im jeweiligen Kanton befugt sind FU anzuordnen.	Keine.
Personal	
Personen, die in den jeweiligen Kantonen an den teilnehmenden Kliniken oder Einrichtungen arbeiten, in die Umsetzung der FU involviert sind und zu einer der folgenden Berufsgruppen gehören: Pflegende, Psycholog:innen, Ärzt:innen.	Fehlender Kontakt mit Betroffenen.
KESB / Gericht / (Betroffenen-)Organisationen	
Mitarbeitende von KESB, Gerichten, Betroffenenorganisationen die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit den KESR-Bereichen Zwang und Massnahmen zur Förderung der Autonomie zu tun haben.	Keine Schnittpunkte mit den relevanten KESR-Bereichen im Rahmen der Tätigkeit bei KESB, Gericht oder Betroffenenorganisationen.

2.4.2 Fallvignetten

Es wurden fünf Fallvignetten (FV), also exemplarische Fallbeispiele, mit jeweils spezifischen Fragestellungen erarbeitet. Die Fallvignetten illustrieren die zentralen Prozessschritte der FU. Anhand der Fallvignetten sollte aufgezeigt werden, wie die Bestimmungen zur FU in den fünf verschiedenen Kantonen (BL, GR, TI, VD, ZH) umgesetzt werden und ob bzw. inwiefern sich die Einschätzung der Fallvignetten zwischen den verschiedenen Personengruppen unterscheiden. Dabei handelt es sich *nicht* um nationale systematische Vergleiche, sondern um illustrative, qualitative Darstellungen der Praxis in den Kantonen, welche die Ergebnisse aus TP1 und TP2 ergänzen. Die konkreten Fallvignetten inkl. Fragestellungen, die im Rahmen der Interviews gestellt wurden, sind in Kapitel 4.3.

2.4.3 Rekrutierung

Die Rekrutierung der zu befragenden Personen erfolgte im Zuge der Befragung in Teilprojekt 2. Konkret wurden die befragten Personen nach Abschluss des Online-Fragebogens über die Interviews anhand von Fallvignetten informiert und bei Interesse an einer Teilnahme um die Angabe ihrer Kontaktdaten gebeten. Die interessierten Personen wurden anschliessend durch das Evaluationsteam kontaktiert, um innerhalb des für die Interviews vorgesehenen Zeitraums einen Termin zu vereinbaren.

2.4.4 Semi-strukturierte Interviews

Beim semi-strukturierten Interview wird davon ausgegangen, dass die befragten Personen über spezifisches und komplexes Wissen zum Untersuchungsthema verfügen, das aber nur teilweise explizit im Bewusstsein verfügbar ist. Durch die Verwendung verschiedener Typen von Fragen (offene Fragen, theoriegeleitete Fragen und Konfrontationsfragen) können die subjektiven Theorien der interviewten Person rekonstruiert werden. Ein semi-strukturiertes Vorgehen mit theoriegeleiteten und offenen Fragen bringt den Vorteil, sowohl bereits bekannte als auch noch unbekannte Inhalte erheben zu können.

Vier Personen des Evaluationsteams führten durch die Fallbeispiele und die Frageblöcke in Form eines semi-strukturierten Interviews⁷² mit vorgegebenen offenen Fragen. Konkret wurden in einem ersten Schritt jeweils Teile des Falls vorgestellt und allfällige Verständnisfragen geklärt. In einem

⁷² Der Leitfaden findet sich direkt in Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** bei der Darstellung der Ergebnisse.

zweiten Schritt wurden die jeweiligen Fragestellungen mittels semi-strukturiertem Vorgehen diskutiert.

Die Interviews bzw. Diskussion der Fallbeispiele wurde aufgrund der Corona-Pandemie je nach Präferenz der Teilnehmenden telefonisch oder per Videokonferenz geführt und dauerten jeweils ca. 60-75 Minuten.

2.4.5 Datenauswertung

Die Interviews wurden von den Interviewführenden simultan und sinngemäss protokolliert. Die damit erhobenen qualitativen Daten wurden in Bezug auf die konkreten Fragestellungen und mit Fokus auf mögliche Lücken in der Gesetzgebung resp. deren Umsetzung inhaltsanalytisch ausgewertet und deskriptiv triangulierend beantwortet. Aus Datenschutzgründen werden keine weiteren Personenangaben zu den interviewten Personen gemacht.

Schliesslich wurden die Antworten der Interviews aufgrund der Zusammensetzung des Evaluationsteams grundsätzlich stark interdisziplinär (Medizin, Psychologie, Jura, Sozialarbeit) diskursiv interpretiert und entsprechende Handlungsempfehlungen abgeleitet.

3 Ergebnisse

Das hier vorliegende Kapitel hält die Ergebnisse der in den Kantone BL, GR, TI, VD und ZH erhobenen Daten betreffend FU fest. Es sind dies:

- Aussagen über die Anzahl und Art der von FU betroffenen Personen: Basisdaten zur FU (Teilprojekt 1)
- Multiperspektivische Sicht auf den gesamten Prozess der FU von der Entstehung bis zur Aufhebung und der gerichtlichen Anrufung bzw. Beschwerde durch die darin involvierten zentralen Akteursgruppen Betroffene, Vertrauenspersonen, Angehörige, Personal, Zuweisende, Personen des Gerichts, der KESB sowie Vertretende von (Betroffenen-) Organisationen (Teilprojekt 2).
- Multiperspektivische Sicht auf ganz konkrete Praxisbeispiele zur Herstellung eines vertieften Verständnisses von FU-Situationen (Teilprojekt 3).

Das Kapitel enthält ausschliesslich die Ergebnisse. Die Diskussion und Einbettung der Ergebnisse finden sich in Kapitel 4.

3.1 Statistische Daten zur FU (Teilprojekt 1)

Statistische Daten zur FU liegen in der Schweiz systematisch nur in psychiatrischen Kliniken vor. Sie werden mittels sogenannter «Basisdaten», erfasst, die in diesem Kapitel ausgewertet wurden. Mit «Basisdaten» sind routinemässig in den Kliniken erhobene Daten gemeint. Die hier vorliegenden Ergebnisse schliessen damit eine Grosszahl von FU je untersuchtem Kanton (BL, GR, TI, VD, ZH) ein. Nicht enthalten sind jedoch Daten zu FU in anderen geeigneten Einrichtungen, eine entsprechende Datenbasis fehlt in der Schweiz.

3.1.1 Stichprobe und Zuweisende

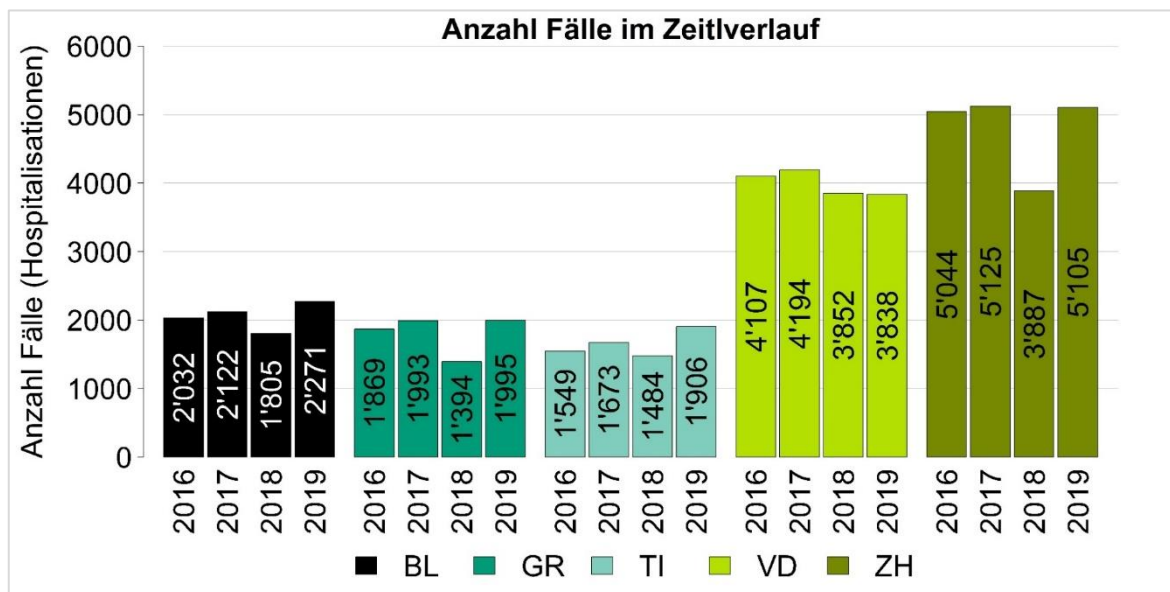
Es wurden total rund 57'000 Fälle⁷³ von knapp 33'000 Patient:innen aus den Jahren 2016 bis 2019 (Austrittsjahr) in die Analysen eingeschlossen (Tabelle 4, Abbildung 1).

Tabelle 4: Anzahl Patient:innen und Fälle pro Kanton

Anzahl Patient:innen und Fälle pro Kanton											
	BL		GR		TI		VD		ZH		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Anzahl Patient:innen	5'149	15.66	4'399	13.38	3'448	10.49	9'135	27.78	10'754	32.70	32'885
Anzahl Fälle (Hospitalisationen)	8'230	14.38	7'251	12.67	6'612	11.55	15'991	27.93	19'161	33.47	57'245

⁷³ Fälle = Psychiatrische Hospitalisationen mit und ohne FU in allen 5 teilnehmenden Kliniken.

Abbildung 1: Anzahl Fälle (Hospitalisationen) im Zeitverlauf, pro Kanton und Jahr



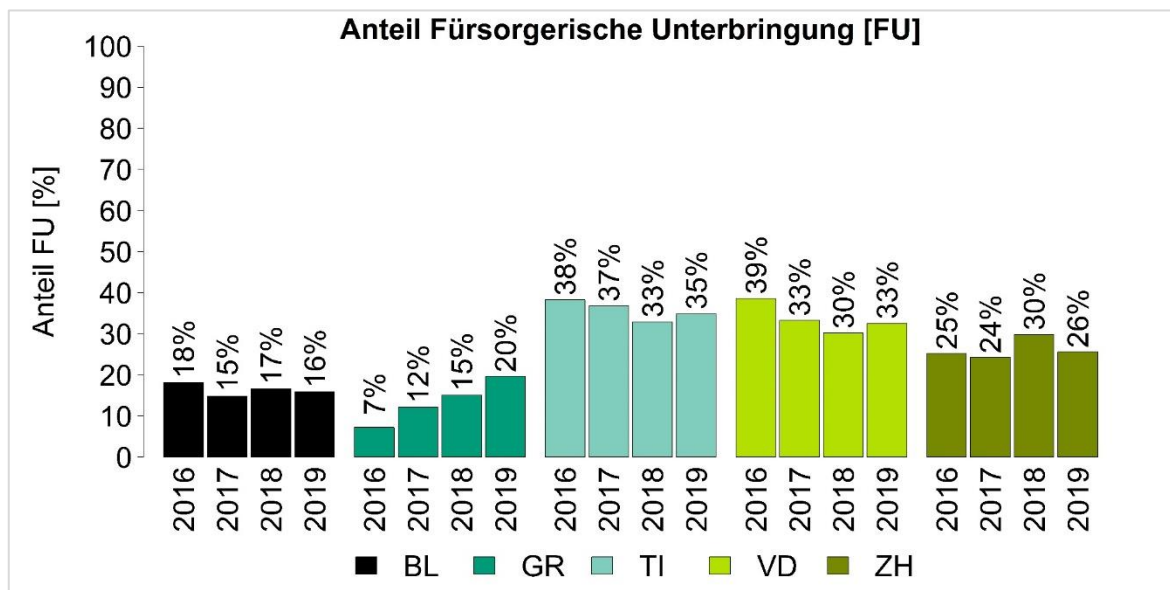
Wie nachfolgende Tabelle 5 darstellt, lag die FU-Quote für das gesamte Sample der 57'000 Fälle bei knapp 27% mit dem höchsten Anteil im Kanton TI und dem geringsten im Kanton GR.

Tabelle 5: Anzahl Fälle mit und ohne FU pro Kanton im Zeitraum 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
Total	8'230	100	7'251	100	6'612	100	15'882	100	19'161	100	57'136	100.00

Nachfolgende Abbildung 2 zeigt verschiedene Entwicklungen auf: Im Kanton GR ist ein stetiger Anstieg der FU-Quote erkennbar, während diese in den anderen Kantonen trotz kleiner Schwankungen eher stabil blieb. Der Anstieg im Kanton GR ist teilweise erklärbar durch Veränderung des Dienstarztsystems des Churer Ärztevereins. Konkret sind die niedergelassenen Psychiater:innen seit dem Jahr 2018 nicht mehr in den FU-Dienst involviert. Der Dienst wird stattdessen ausschliesslich von Hausärzt:innen und dem Amtsarzt durchgeführt, was zu einem Anstieg der FU Einweisungen geführt haben könnte. Die Psychiater:innen verantworten nun den Gutachtensdienst bei einer Beschwerde nach abgelehntem Entlassungsgesuch in der Klinik. Ein Hauptgrund für diese neue Regelung war der Mangel an Psychiater:innen und der Altersdurchschnitt der niedergelassenen Psychiater:innen von weit über 60 Jahren.

Abbildung 2: Anteile FU, pro Kanton und Jahr



Die folgende Tabelle 6 zeigt die Verteilung hinsichtlich der zuweisenden Instanzen innerhalb der einzelnen Kantone und im Vergleich (Verhältnis allgemein-ärztliche FU / psychiatrisch-ärztliche FU / behördliche FU). Der Anteil ärztlicher FU Zuweisungen lag in allen Kantonen bei über 80% (im Kanton BL werden alle FU durch die KESB angeordnet, als ärztliche FU wird der Anteil genannt, der auf ärztlichen Antrag initiiert wurde). Der Anteil FU Zuweisungen durch Psychiater:innen lag zwischen 20% und 41%, mit Ausnahme von 6% in Graubünden, wo die Psychiater:innen nicht mehr in den FU-Dienst involviert sind (s.o.). Der Anteil Selbstzuweisender mit FU ist mutmasslich auf freiwillige Eintritte mit späterem Rückbehalt zurückzuführen.

Tabelle 6: Anzahl Fälle mit / ohne FU nach einweisender Instanz pro Kanton

Anzahl Fälle mit / ohne FU nach Einweisender Instanz pro Kanton												
Einweisende Instanz Anteil [%]	BL		GR		TI		VD		ZH		Total	
	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU
selbst, Angehörige ⁷⁴	21.95	1.49	27.45	1.51	49.52	3.89	28.17	6.79	53.08	2.22	37.60	4.02
Ärzt:in	54.04	70.49	35.59	82.83	26.45	60.09	23.56	41.05	16.64	48.89	28.33	51.89
Psychiater:innen	15.83	20.94	29.04	6.16	18.55	21.84	41.17	38.89	26.29	41.32	27.89	33.34
unbekannt	7.56	3.20	6.79	7.13	5.22	11.51	5.41	5.69	2.99	5.61	5.13	6.45
Behörden	0.63	3.87	1.14	2.38	0.26	2.67	1.68	7.59	0.99	1.96	1.05	4.30
Anzahl gültige Patient:innenfälle	6'856	1'342	5'982	926	4'249	2'363	10'368	5'377	13'893	4'901	41'348	14'909

⁷⁴ In der Kategorie «mit FU» sind hier Fälle aufgeführt, in denen der Eintritt auf Eigeninitiative bzw. auf Initiative von Angehörigen erfolgt ist und im Behandlungsverlauf eine FU angeordnet wurde.

3.1.2 Soziodemographische Basisdaten

Der Anteil Frauen lag bei allen hospitalisierten Patient:innen (mit und ohne FU) in allen Kantonen zwischen 45% und 50%. In GR und TI war der Anteil Frauen mit FU rund 5% geringer als bei Patient:innen ohne FU. In den anderen Kantonen zeigte sich kein Unterschied im Anteil Frauen zwischen Patient:innen mit und ohne FU (Tabelle 7).

Tabelle 7: Geschlecht pro Kanton, Anteil Fälle mit und ohne FU

Geschlecht pro Kanton, Anteil Fälle mit und ohne FU												
Geschlecht (%)	BL		GR		TI		VD		ZH		Total	
	Ohne FU	Mit FU	Ohne FU	Mit FU	Ohne FU	Mit FU	Ohne FU	Mit FU	Ohne FU	Mit FU	Ohne FU	Mit FU
Männlich	50.3	50.4	49.6	54.1	53.5	57.4	50.2	49.7	53.1	52.2	51.6	52.0
Weiblich	48.7	49.6	50.3	45.9	46.6	42.6	49.8	50.3	46.9	47.9	48.4	47.9

Die Altersverteilung war in allen Kantonen im Wesentlichen vergleichbar, der Anteil von Hospitalisationen mit FU lag bei über 65-jährigen Patient:innen in allen Kantonen deutlich über jenem bei den unter 65-jährigen Patient:innen. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass bei über 65-jährigen Patient:innen häufiger dementielle und andere organisch bedingte Störungen mit kognitiven Einschränkungen, Selbst- oder Fremdgefährdung sowie gegebenen FU-Kriterien vorkommen.

Der Anteil Schweizer unter allen Patient:innen lag in den Kantonen BL, GR und TI bei knapp 80%, in ZH bei 70% und in VD bei 65%.

3.1.3 Klinische Basisdaten

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 durchwegs mit 70% bis 76% etwas höher (keine Tabelle).

Tabelle 8 zeigt pro Kanton die mittlere Aufenthaltsdauer pro Fall *für alle Fälle* insgesamt, d.h. mit und ohne FU. Diese lag zwischen 25 und 33 Tagen (in Klammern ist jeweils die Standardabweichung angegeben). Die mediane Aufenthaltsdauer lag zwischen 17 und 23 Tagen. Zusätzlich zu Tabelle 8 wurden die Aufenthaltsdauern differenziert zwischen *Fällen mit und ohne FU* ausgewertet (nicht tabellarisch dargestellt): Ein grösserer Unterschied von mehr als zwei Tagen im Mittelwert oder Median⁷⁵ zwischen den Patient:innengruppen mit und ohne FU konnte nur in den Kantonen GR und VD festgestellt werden (mittlere Aufenthaltsdauer ohne FU in GR 32 bzw. in VD 23 Tage, mit FU in GR 27 bzw. in VD 32 Tage). Bei Patient:innen ohne FU ist die mediane Aufenthaltsdauer bei einer ärztlichen Zuweisung zwischen 3 und 9 Tagen länger als bei Selbstzuweisung (Ausnahme Kanton TI), bei psychiatrischer Zuweisung nochmals um 1 bis 5 Tage länger als bei Zuweisung durch nicht-psychiatrische Ärzt:innen. Bei Patient:innen mit FU ist in den Kantonen BL, GR und TI die mediane Aufenthaltsdauer bei psychiatrischer Zuweisung 6 bis 12 Tage länger als bei nicht-psychiatrischer ärztlicher Zuweisung, in den Kantonen ZH und VD zeigte sich diesbezüglich kein Unterschied.

⁷⁵ Median meint: 50% aller Aufenthalte dauern kürzer und 50% länger als dieser Wert

Tabelle 8: Mittlere und mediane Aufenthaltsdauer pro Kanton (alle Fälle insgesamt)

Mittlere und mediane Aufenthaltsdauer pro Kanton						
Anzahl Pflgetage (auf Fallebene)	BL	GR	TI	VD	ZH	Total
Mittelwert (sd)	33 (40)	31 (35)	26 (30)	27 (32)	25 (27)	28 (32)
min<median<max ⁷⁶	0<21<578	0<23<1'094	0<17<461	0<19<550	0<17<493	0<19<1'094

Tabelle 9 zeigt die Verteilung der Hauptdiagnosen⁷⁷ pro Kanton und in Abhängigkeit davon, ob eine FU vorlag oder nicht. Es sind folgende Beobachtungen aus den Daten ableitbar

- Bei FU-Einweisungen war die Hauptdiagnose eine schizophrene Psychose (F2) mit durchschnittlich 33% am höchsten, einzig in GR waren die Abhängigkeitserkrankungen (F1) häufiger (26%) vertreten.
- Insgesamt war der Anteil organischer Störungen (F0) und schizophrener Psychosen als Hauptdiagnose bei Patient:innen mit FU höher als bei Patient:innen ohne FU.
- Abhängigkeitserkrankungen als Hauptdiagnose waren in den Kantonen GR und TI bei Patient:innen mit FU häufiger und deren Anteil lag deutlich höher als in den anderen Kantonen. Der Anteil schizophrener Psychosen war bei Patient:innen mit FU im Kanton BL fast doppelt so hoch wie bei Patient:innen ohne FU, während deren Anteil im Kanton TI bei beiden Gruppen annähernd gleich war.

Tabelle 9: Hauptdiagnosekategorien mit und ohne FU pro Kanton

Hauptdiagnosekategorien nach ICD-10												
Hauptdiagnose - Anteil [%]	BL		GR		TI		VD		ZH		Total	
	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU
F0	7.38	18.09	4.75	11.76	3.29	7.41	1.86	8.53	3.39	14.66	3.85	11.44
F1	24.06	16.31	22.03	26.18	16.1	21.5	20.79	10.72	24.58	18.59	22.31	16.52
F2	15.46	29.34	15.18	24.74	26.55	27.47	19.82	36.74	20.26	33.43	19.24	32.75
F3	29.71	15.64	35.93	18.2	24.01	18.41	29.12	18.27	28.45	16.22	29.49	17.37
F4	10.15	8.04	9.77	8.9	8.78	5.88	12.59	7.66	13.95	8.91	11.84	7.91
F5,F7-F9	1.48	1.79	1.67	2.25	6.94	3.72	3.36	4.15	1.57	2.85	2.56	3.32
F6	10.64	7.45	7.3	5.32	12.66	12.4	10.82	6.86	7.8	5.34	9.43	7.18
Andere	1.12	3.35	3.36	2.66	1.67	3.22	1.64	7.07	0	0	1.26	3.51
Anzahl gültige Fälle	6'887	1'343	6'273	978	4'249	2'363	10'472	5'392	14'176	4'981	42'057	15'057

⁷⁶ Erläuterung: min: kürzeste Aufenthaltsdauer (0 bedeutet Austritt am selben Tag wie Eintritt); median: 50% aller Aufenthalte dauern kürzer und 50% länger als dieser Wert; max: längste Aufenthaltsdauer.

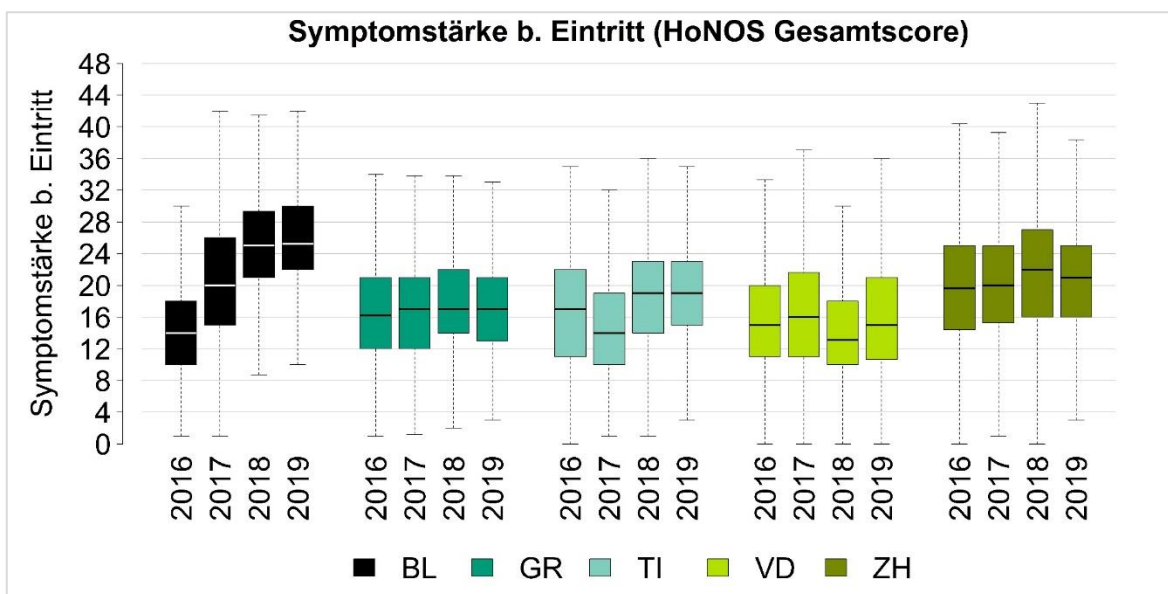
⁷⁷ Legende zu F-Diagnosen gemäss ICD-10: F0: organische Störungen (z.B. Demenzen und Delir); F1: Abhängigkeitserkrankungen und andere substanzbezogene Störungen; F2: Schizophrenie und ähnliche Psychosen; F3: Affektive Störungen incl. Depression und Manie; F4: Angststörungen, somatoforme Störungen, Anpassungs- und posttraumatische Belastungsstörungen und andere; F6: Persönlichkeitsstörungen; F5/F7-F9: Essstörungen, Intelligenzminderung, Autismus, Entwicklungsstörungen und andere.

3.1.4 Funktionseinschränkung und Symptombelastung

HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) ist ein Messinstrument zur differenzierten Erfassung des Schweregrades einer psychischen Störung und der sozialen Funktionsfähigkeit aus Sicht der behandelnden Person im Sinne einer Fremdbeurteilung. Das Instrument enthält 12 Items, die Verhalten, Beeinträchtigung, Symptome, soziales Funktionieren und Bedingungen in Beruf und Alltag messen. Es können in der Summe 0 bis 48 Punkte erreicht werden, wobei höhere Werte für grössere Probleme in den genannten Bereichen sprechen.

Abbildung 3 zeigt die Funktionsstärke bei Eintritt nach Kanton und Jahr. Es ist zu sehen, dass die Funktionseinschränkungen nach HoNOS bei Eintritt in den Kantonen ZH und BL im Mittel mit 21 Punkten bewertet wurden, in den anderen Kantonen mit 17 Punkten.

Abbildung 3: Funktionseinschränkungen (HoNOS-Gesamtscore) pro Kanton und Jahr



Wie in

Tabelle 10 ersichtlich, wurde Aggressives Verhalten (HoNOS Item 1) bei Patient:innen mit FU weit- aus häufiger in schwerem Ausmass festgestellt, in rund 40% der Fälle gegenüber 13 bis 19% bei Patient:innen ohne FU.

Selbstverletzendes Verhalten (HoNOS Item 2) mit schwerem Ausmass war ebenfalls häufiger bei FU, jedoch weniger stark erhöht gegenüber Patient:innen ohne FU und weniger als halb so häufig wie aggressives Verhalten.

Probleme durch Substanzkonsum (HoNOS Item 3) mindestens schweren Ausmasses kam bei einem Drittel der Patient:innen vor, mit nur kleinen Unterschieden zwischen Gruppen mit und ohne FU.

Tabelle 10: Aggressives, selbstschädigendes und Konsumverhalten (pro Kanton, Jahre 2016 bis 2019)

Aggressives, selbstschädigendes und Konsumverhalten, mit und ohne FU pro Kanton													
	BL		GR		TI		VD		ZH		Total		
HoNOS b. Eintritt H1 - Aggressives Verhalten - Anteil [%]													
	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	
kein Problem	27.55	10.29	49.32	25.85	59.07	33.35	63.70	30.91	44.69	21.33	48.65	25.85	

Aggressives, selbstschädigendes und Konsumverhalten, mit und ohne FU pro Kanton												
	BL		GR		TI		VD		ZH		Total	
HoNOS b. Eintritt H1 - Aggressives Verhalten - Anteil [%]												
	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU
eher schweres bis sehr schweres Problem	19.19	49.21	14.22	38.77	18.33	41.74	12.30	38.84	12.63	42.27	14.45	41.38
HoNOS b. Eintritt H2 - Selbstverletzung - Anteil [%]												
	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU
kein Problem	45.30	52.31	72.27	65.67	74.43	72.88	70.52	75.41	68.79	60.20	66.43	67.17
eher schweres bis sehr schweres Problem	14.09	19.22	10.04	17.78	9.85	13.92	16.00	13.82	8.51	17.84	11.63	15.94
HoNOS b. Eintritt H3 - Alkohol- od. Drogenkonsum - Anteil [%]												
	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU
kein Problem	39.09	43.49	53.88	6.60	53.83	48.01	54.61	59.24	42.77	44.15	46.70	49.63
eher schweres bis sehr schweres Problem	36.04	31.57	31.27	37.90	32.32	38.65	32.66	26.18	36.92	35.79	35.24	33.28

Die Selbstbeurteilungsskala BSCL (Brief Symptom Check List) erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung einer Person durch 53 körperliche und psychische Symptome. Es können in der Summe 0 bis 212 Punkte erreicht werden, wobei höhere Werte für grössere subjektive Symptombelastung sprechen. Die Skala wurde von den Patient:innen in den fünf Kantonen bei Eintritt durchschnittlich mit 61 bis 71 Punkten bewertet, bei Austritt mit 33 bis 39 Punkten. Aufgrund der geringen Rücklaufquote bei Patienten mit FU wurde auf Vergleichsanalysen zwischen Personen mit und ohne FU verzichtet.

3.1.5 Zwangsmassnahmen (ZM)

Die nachfolgende Tabelle 11 zeigt an, wie häufig und in welcher Form ZM in den fünf Kliniken angewandt werden. Der Anteil Patient:innen mit mindestens einer ZM im Beobachtungszeitraum liegt zwischen 6.6% (VD) und 14% (BL). Unterscheidet man die Art der ZM so werden Isolationen und Fixierungen am häufigsten im Kanton BL angewendet. Zwangsmedikation kommen im Kanton TI bei einem höheren Anteil Patient:innen vor. Hier werden andererseits keine Isolationen und Fixierungen durchgeführt.

Tabelle 11: Zwangsmassnahmen (ZM) 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	

3.2 Praktische Umsetzung der KESR-Bestimmungen zur FU: Beurteilung aus verschiedener Perspektive (Teilprojekt 2)

Zur Beurteilung der praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen zur FU wurden verschiedene konkret betroffene und involvierte Stakeholdergruppen mittels einer Online-Erhebung befragt. Es waren dies: Betroffene, Vertrauenspersonen, Angehörige, Zuweisende, Personal von aufnehmenden Einrichtungen⁷⁸, Mitarbeitende der KESB, Gerichte und (Betroffenen-) Organisationen. Die Online-Erhebung erfolgte in den fünf Kantonen BL, GR, TI, VD und ZH mittels eines umfassenden Online-Fragebogens zu den Themenbereichen «Umsetzung», «Zweckmässigkeit» und «Wirksamkeit» des KESR für die Behandlung / Betreuung unter FU Bedingungen.

Für das hier vorliegende Kapitel gelten folgende Lesehinweise:

- Bitte achten Sie bei der Lektüre auf die jeweilige Stichprobengrösse (N). Diese variiert von Frage zu Frage, was die jeweilige Aussagekraft insbesondere im Hinblick auf die Kantons- oder Stakeholder-Vergleiche relativieren kann.⁷⁹
- Grün hinterlegte Fragen sind die Evaluationsfragen, wie in Kapitel 2.2.2, S. 33 aufgeführt.

3.2.1 Beschreibung der Stichprobe

3.2.1.1 Überblick

Nachfolgend wird die Stichprobe und somit die Grundlage der Online-Befragung beschrieben. Es ist zu beachten, dass nicht alle Befragten die Umfrage vollständig ausfüllten, weshalb die Stichprobengrösse (N) pro Auswertung variiert.

Gesamthaft nahmen 711 Personen teil (Tabelle 12). Der grösste Anteil stammt aus dem Kanton ZH, gefolgt vom Kanton TI. Die grösste Stakeholdergruppe ist jene der Betroffenen, gefolgt von den Zuweisenden. Von den Betroffenen waren N=183 (81%) zum Zeitpunkt der Befragung hospitalisiert.

⁷⁸ Psychiatrie Baselland PBL, TI, Psychiatrische Dienste Graubünden, Département de psychiatrie CHUV, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich PUK.

⁷⁹ Beispielsweise: Zustimmung von 80% bei einer Stichprobengrösse ist nicht vergleichbar mit Zustimmung von 35% bei einer Stichprobengrösse von 123. Die 80% würden so überbewertet.

Tabelle 12: Stichprobengrösse pro Kanton und Stakeholdergruppe

Beschreibung der Stichprobe									
	BL	GR	TI	VD	ZH	Anderes	CH-weit	keine Angabe	Total
Betroffene	52	36	49	24	42	20		1	224
Angehörige	0	3	0	3	21	5			32
Vertrauenspersonen	3	2	1	1	12	5		1	25
Zuweisende	33	4	44	4	78	1		1	165
Personal	33	11	37	7	50	5	1		144
KESB	10	3	8	9	20	0			50
Gericht	1	0	1	21	5	1			29
Organisationen	4	5	6	5	7	8	6	1	42
Total	136	64	146	74	235	45	7	4	711

3.2.1.2 Alter

In Tabelle 13 sind Kennwerte zum Alter der Stichprobe nach Stakeholdergruppe dargestellt. Die Betroffenen und das Personal waren im Durchschnitt mit Alter 43 am jüngsten. Innerhalb einer Stakeholdergruppe variiert das Alter jedoch stark. Am ältesten mit Alter 60 resp. 56 waren im Durchschnitt Vertrauenspersonen und Angehörige. Ebenfalls zu sehen ist, dass das Durchschnittsalter von 58 Jahren im Kanton TI am höchsten ist und bei den übrigen Kantonen vergleichbar. Allerdings variieren die Modi je nach Kanton deutlich. Aussagekräftig ist insbesondere, dass das Durchschnittsalter der befragten Personen durchgehend zwischen 43 und 60 beträgt, also im mittleren Lebensalter. Hingegen variiert der häufigste Alterswert der Betroffenen zwischen 20 Jahre (BL) und 51 Jahren (TI). Die Lebenssituationen der Menschen mit FU unterscheiden sich somit teilweise.

Tabelle 13: Alter der Teilnehmenden (nach Stakeholdergruppe, nach Kanton)

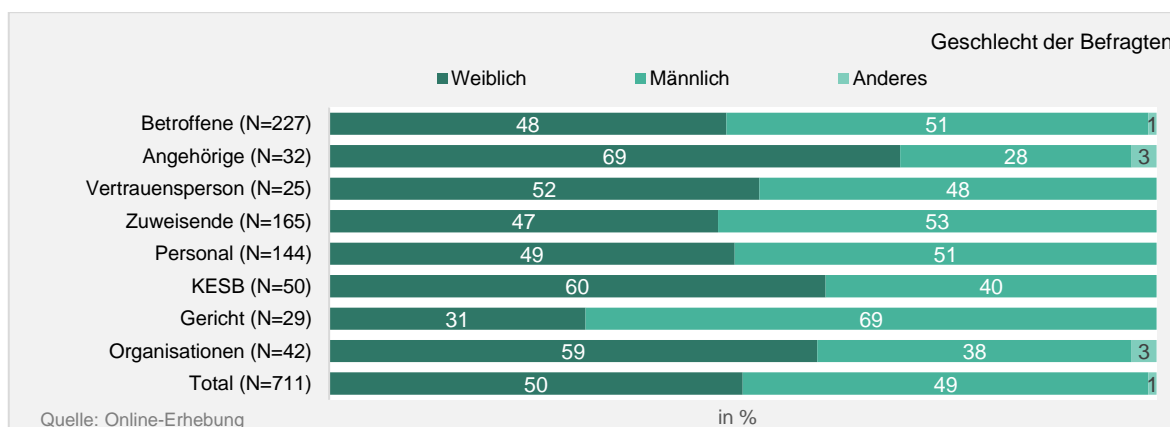
Alter in Jahren					
	N	Ø	Jüngste Person (Min.)	Älteste Person (Max.)	Häufigster Wert (Modus)
Betroffene	224	43	18	98	35
Angehörige	32	56	32	73	67
Vertrauensperson	25	60	26	78	47
Zuweisende	165	50	29	78	55
Personal	144	43	22	64	30
KESB	50	48	32	68	42
Gericht	29	53	35	74	35
Organisation	42	48	22	74	59

	N	Ø	Jüngste Person (Min.)	Älteste Person (Max.)	Häufigster Wert (Modus)
BL	52	41	18	78	20
GR	36	38	18	61	49
TI	49	58	19	98	51
VD	24	38	20	64	35
ZH	42	38	19	62	35

3.2.1.3 Geschlecht

Über die ganze Stichprobe hinweg nahmen gleich viele weibliche (50%) und männliche (49%) Personen an der Online-Befragung teil. Bei der Stakeholdergruppe Gericht nahmen deutlich mehr männliche Personen teil (Abbildung 4).

Abbildung 4: Geschlecht der Befragten



3.2.1.4 Teilnehmende Gesundheitsfachpersonen

Nachfolgend finden sich Informationen zu den befragten Personen mit (potenzieller) fachlicher Gesundheitsexpertise (Personal, Vertretende von (Betroffenen-) Organisationen).

Beim Personal und Vertretenden von Organisationen (N=185) handelt es sich mehrheitlich um Pflegefachpersonen (39%) und Ärzt:innen (25%). 2% sind Psycholog:innen. 18% geben unter „anderes“ weitere Berufsbezeichnungen an.⁸⁰ 6% macht keine Angabe. Innerhalb der Ärzteschaft sind 43% Assistenzärzt:innen, 30% sind in einer Leitungsposition und 17% sind Oberärzt:innen.

Der grösste Anteil der Zuweisenden/des Personals (N=308) ist in psychiatrischen Institutionen (43%) oder in psychiatrischen Praxen (31%) tätig. 8% arbeiten in einem Heim⁸¹, 6% in der Notfallmedizin. Die restlichen 12% verteilen sich auf die Bereiche Spitalmedizin (5%), anderes⁸² (5%), Hausarztmedizin (0.3%), Entzugsklinik (0.3%). 1% macht keine Angabe. Das teilnehmende Personal ist im Durchschnitt seit 14 Jahren in der Psychiatrie tätig, wobei eine grosse Varianz besteht (maximal 46 Jahre, minimal <1 Jahr). Am häufigsten⁸³ sind sie seit 4 Jahren in der Psychiatrie tätig.

⁸⁰ Angabe unter „anderes“: Betriebsökonomie, Buchhaltung, Direktion, Fachexpertise nicht näher definiert, Geschäftsleitung, Heilpädagogik, Jura, Peer (Expert:in aus Erfahrung), Pflegekoordination, Politikwissenschaften, Psychosoziale Beratung, Soziologie.

⁸¹ Nicht weiter spezifiziert.

⁸² (Psychiatrische) Spitex, Altenheim, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, Ambulatorium/Tagesstruktur.

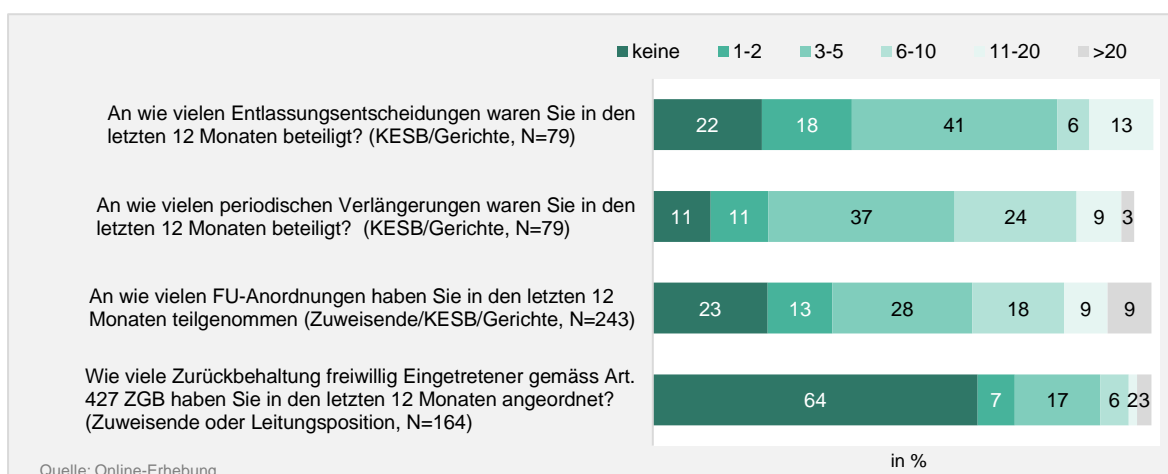
⁸³ S.g. Modus.

Jeweils knapp die Hälfte der Ärzteschaft (N=45) gibt an, über einen abgeschlossenen Fachärzt:innen-Titel in Psychiatrie und Psychotherapie zu verfügen (51%) resp. in Weiterbildung zum Fachärzt:innen-Titel Psychiatrie und Psychotherapie zu stehen (47%). Die restlichen 2% stehen in Weiterbildung zum Fachärzt:innen-Titel in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

3.2.1.5 Berührungspunkte mit FU nach Stakeholdergruppe

Abbildung 5 zeigt die Berührungspunkte mit FU der Teilnehmenden in den vergangenen 12 Monate. In Klammern ist zu sehen, an welche Stakeholdergruppen die Frage gerichtet war.

Abbildung 5: Berührungspunkte nach Tätigkeitsgebiet mit FU



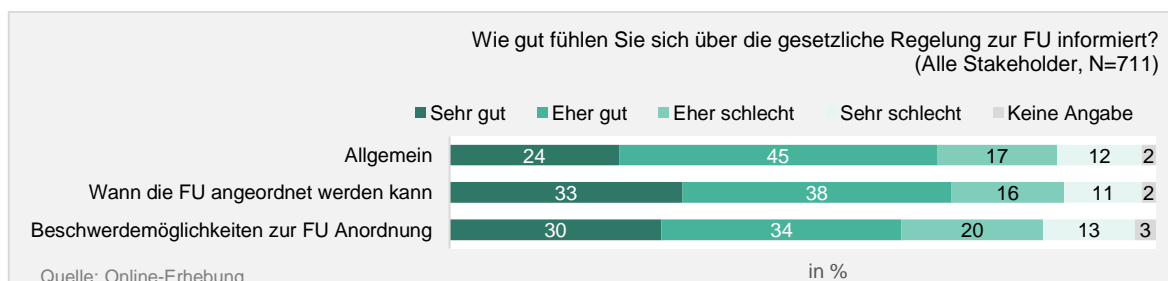
3.2.2 Umsetzung der FU

Wie werden die gesetzlich definierten Voraussetzungen von FU (anordnende Instanz, Anhörung und Information der betroffenen Person) umgesetzt?

3.2.2.1 Güte der Informiertheit

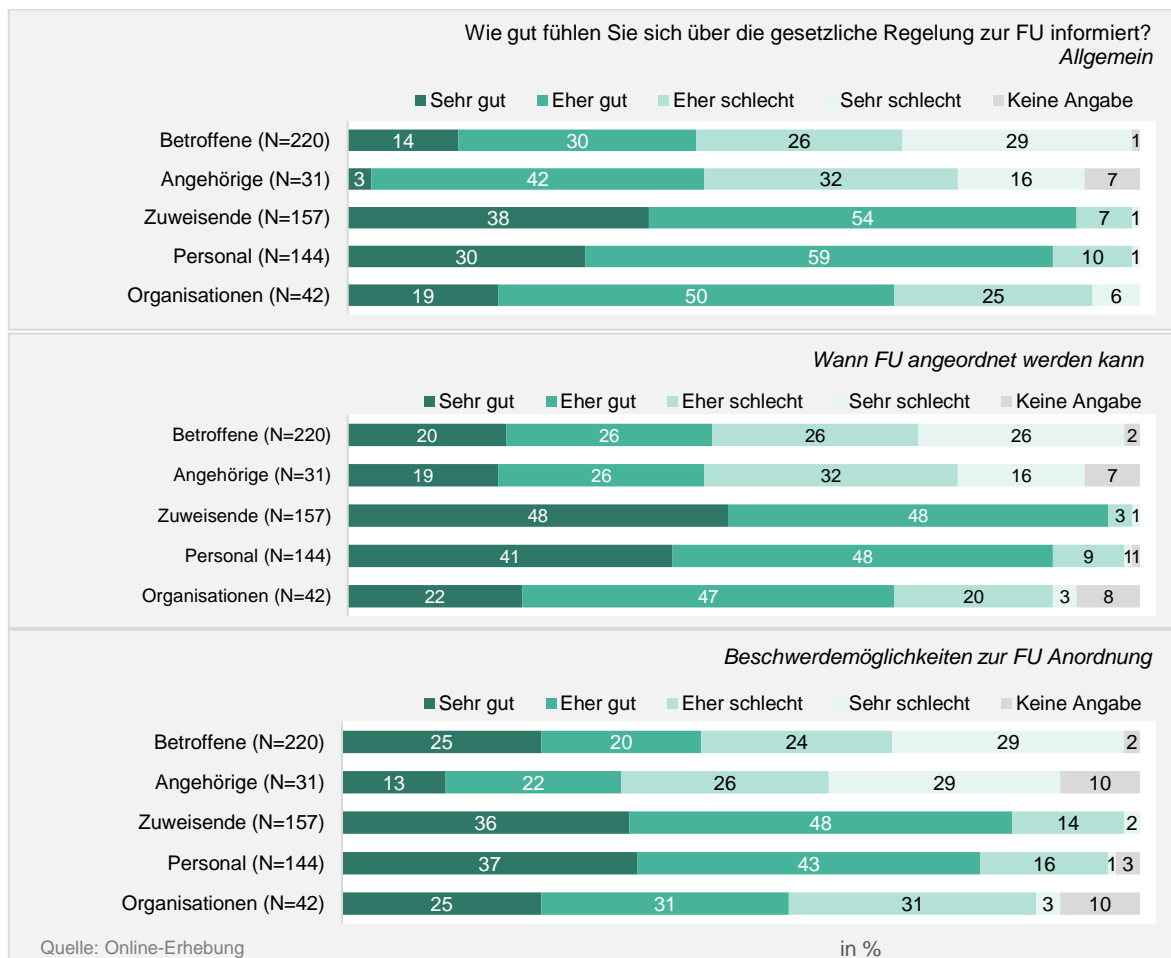
Über die Güte der Informiertheit zur Regelung der FU informieren nachfolgende beiden Abbildungen. Es ist zu sehen, dass rund drei Viertel der befragten Stakeholder angeben, eher oder sehr gut informiert zu sein, und zwar im Allgemeinen wie auch bzgl. der Anordnung und der entsprechenden Beschwerdemöglichkeiten (Abbildung 6). Prozentual geben Zuweisende und Personal häufiger als Betroffene, Angehörige und Organisationen an, eher oder sehr gut informiert zu sein (Abbildung 7).⁸⁴

Abbildung 6: Güte der Informiertheit (alle Stakeholder)



⁸⁴ Es liegen keine Antworten von Vertrauenspersonen vor.

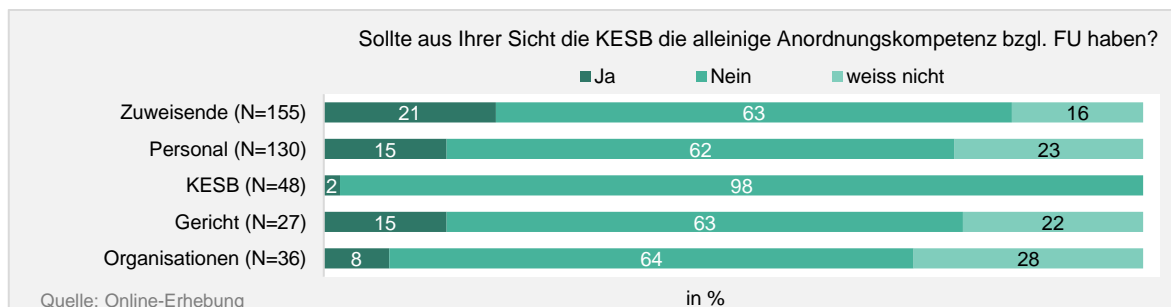
Abbildung 7: Güte der Informiertheit (nach Stakeholder)



3.2.2.2 Alleinige Anordnungscompetenz der KESB

In Abbildung 8 ist die Einschätzung der Stakeholder hinsichtlich der alleinigen Anordnungscompetenz bzgl. FU dargestellt. Man sieht, dass insgesamt alle Stakeholder mehrheitlich gegen eine alleinige Anordnungscompetenz ist, am deutlich stärksten die KESB selbst (98%). Die grösste Gruppe der Befürworter der alleinigen Anordnungscompetenz ist jene der Zuweisenden (21%).

Abbildung 8: Anordnungscompetenz der KESB



Trotz der klaren Ablehnung einer alleinigen Anordnungscompetenz, werden mannigfache Gründe für die alleinige Anordnungscompetenz genannt:⁸⁵

- Duales Prinzip (fachlich begründeter Antrag auf FU erfolgt durch die Ärzteschaft, die Beurteilung des Antrags durch die KESB, Vieraugenprinzip, Gewaltenteilung, multiperspektivische Entscheidung)
- Kompetenz der KESB (Juristische Kenntnisse/Kompetenzen, Erfahrung, bessere Beurteilungskompetenz bei sozialen Indikationen, bessere Kenntnis der Betroffenen)
- Neutralität/Unabhängigkeit/Objektivität (Rechtssicherheit, keine finanziellen Anreize für die Anordnung einer FU)
- Schutz der Rechte der Betroffenen (Einsprachemöglichkeiten)
- Weniger Missbrauch (da Behörde zuständig ist, vorsichtigerer Entscheide, besserer Patientenschutz)
- Prozessoptimierung (einheitliche Qualitätsstandards, geschultes Personal, klare Richtlinien, klare Kompetenzregelung, kürzere Wege, schnellere Reaktionszeiten, weniger Informationsverlust, frühzeitiger Einbezug der Sozialdienste)

Aus Sicht der befragten Vertretenden von Gerichten und KESB bestehen gewisse organisatorische oder fachliche Voraussetzungen, die eine alleinige Anordnungscompetenz der KESB bzgl. FU rechtfertigen können. Fettmarkierte wurden besonders häufig genannt.

Strukturelles

- **24 Stunden / 365 Tage Pikett der KESB – generell, teilweise sofern eine ärztliche Fachperson bei der KESB 24 Stunden / 365 Tage verfügbar ist**
- **Ressourcenverfügbarkeit bei der KESB**
- Zeitnahe Anwesenheit vor Ort für die Beurteilung/Anhörung (<30 Minuten Anreise)
- Einfachheit bei medizinisch indizierten Notfällen
- Gemeinsame Klientenbewirtschaftungssysteme für alle bei der FU involvierten Akteur:innen
- Gute Kooperation und Koordination zwischen allen bei der FU involvierten Akteur:innen
- Klare Definition der Kompetenzen und Abläufe, schlanke Abläufe
- Günstigere Gutachten (nicht weiter spezifiziert)
- Klare gesetzliche Grundlagen, Gesetzesanpassung

Fachliches

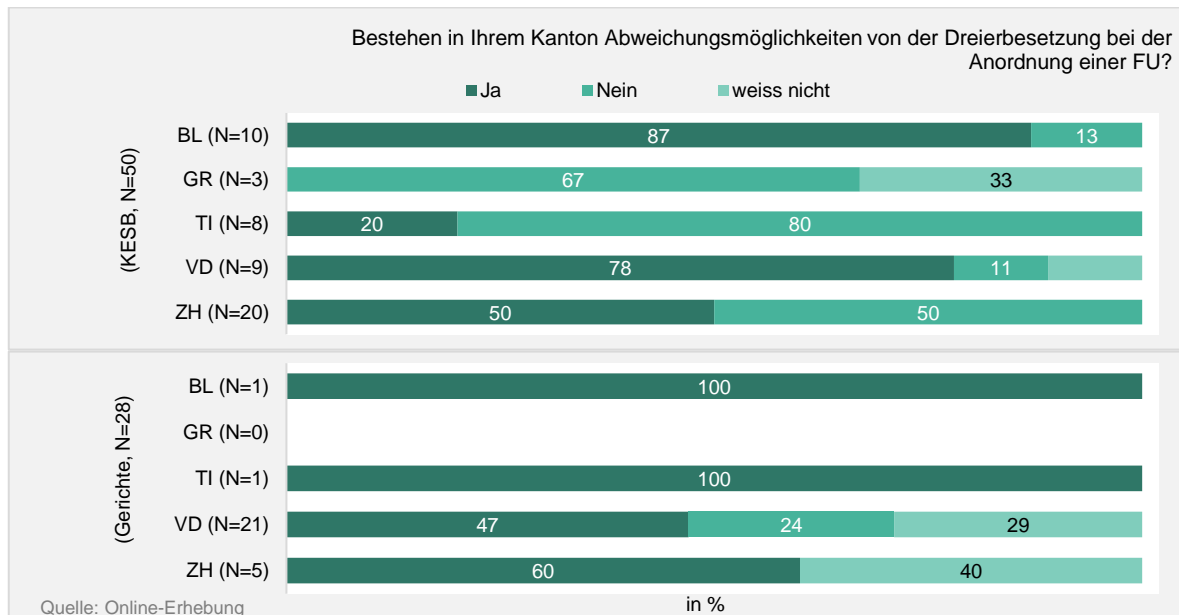
- **Medizinisches spezialisiertes Fachwissen in der Behörde**
- **Anordnung erfolgt ausschliesslich nach ärztlicher Untersuchung**
- Unmittelbar vorausgehende ärztliche Untersuchung bei Gefahr in Verzug
- Direkter Kontakt zwischen Betroffenen und Professionellen (KESB, Personal) könnte eingeschränkt sein
- Verstärkung der Interdisziplinarität der KESB (Behörden/Medizin/Psychiatrie)
- Bei akuter, eindeutiger Selbst-/Fremdgefährdung
- Unbefangenheit (in ländlichen Gebieten)

3.2.2.3 Dreierbesetzung bzgl. FU Anordnung

Abbildung 9 zeigt, inwiefern gemäss KESB (oben) resp. Gerichten (unten) eine Dreierbesetzung für die Anordnung einer FU erforderlich ist. Die Abbildung zeigt überdies, dass die Vertretenden eines Kantons nicht alle über das erforderliche Wissen oder nur über inkorrektes Wissen (eine Dreierbesetzungspflicht besteht nur im Kanton BL) verfügen.

⁸⁵ Detailergebnisse finden sich im Anhang, Nachfolgt finden sich Detailergebnisse, welche die abstrahiert berichteten Ergebnissen ergänzen. Der Tabellentitel verweist auf das Kapitel, auf welches sich die Detailergebnisse beziehen. Tabelle 25.

Abbildung 9: Dreierbesetzung bzgl. Anordnung der FU in den Kantonen



Als Gründe und Voraussetzung für die Einerbesetzung werden angegeben:

Gesetzliche Rahmenbedingungen

- Bei vorsorglich angeordneten FU (nicht aber bei ordentlich angeordneten FU)
- Gesetzliche Regelung
- Bei Gefahr in Verzug (nachträgliche Eröffnung des Entscheidendes durch Behördenmitglied)
- Bei wenig komplexen Fällen, klarer Ausgangslage
- Bei wiederholten Verlängerungen, mehrfach periodischer Überprüfung
- Nur in Ausnahmefällen

Praxisbezogene, umsetzungsbezogene Rahmenbedingungen

- Bei Notfällen (=die Regel)
- Zur Entlastung der Berufsrichter, -anwälte
- Bei Dringlichkeit, falls es schwierig ist in nützlicher Zeit einen gemeinsamen Termin zu finden und die Zeitverzögerung belastend für die Betroffenen wäre
- Falls ein Zusammentreffen der Schutzbehörde physisch nicht möglich ist
- Schwierigkeit, 3 Friedensrichter:innen zeitnah einzuberufen
- Pandemie, Corona Konzepte in Institutionen
- Personalknappheit
- Bei demenzieller Entwicklung

3.2.3 Urteilsunfähigkeit

Wie erfolgt die Beurteilung von Urteilsunfähigkeit und welche Konsequenzen ergeben sich für die Anwendung von Zwang?

3.2.3.1 Abklärung von Urteilsunfähigkeit

In Abbildung 10 ist dargestellt, inwiefern die Befragten damit einverstanden sind, dass Urteilsunfähigkeit derzeit kein FU-Kriterium darstellt.

Lesehinweise für das Kapitel:

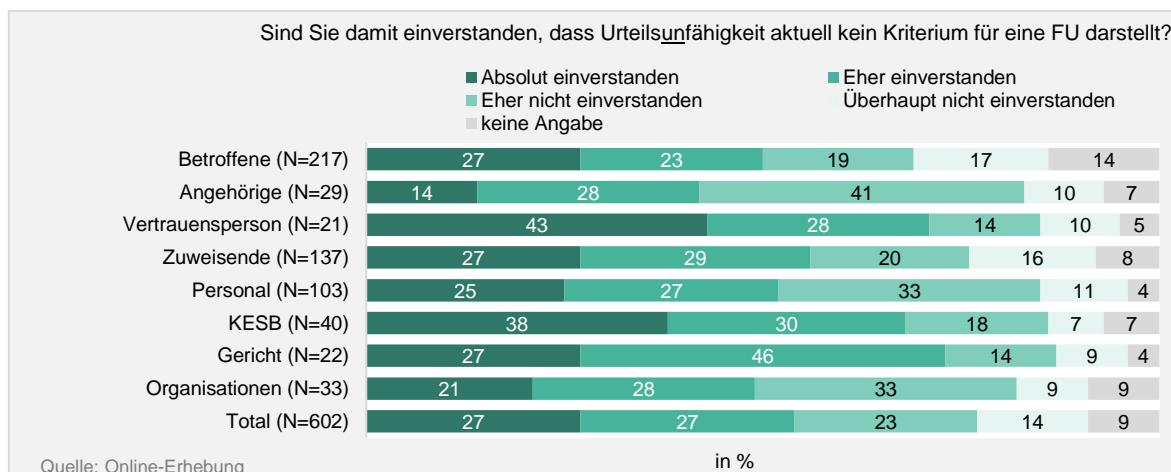
In den folgenden Kapiteln ist mit Urteilsunfähigkeit folgender Sachverhalt zu verstehen:

Urteilsfähig ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln (Art. 16 ZGB). Kernelement für die Prüfung der Urteilsfähigkeit ist die Kompetenz, eine Situation korrekt aufzufassen, zu verstehen und – auf dem Hintergrund des individuellen Wertgefüges der Person – sinnvolle Konsequenzen zu ziehen.

Urteilsunfähigkeit ist somit immer in Bezug auf die momentane Behandlungs-/Betreuungsbedürftigkeit zu verstehen. In der Praxis wird die Urteilsfähigkeit abgeklärt. Die Anordnung einer FU ist unter der aktuellen gesetzlichen Regelung bei urteilunfähigen und urteilsfähigen Personen möglich.

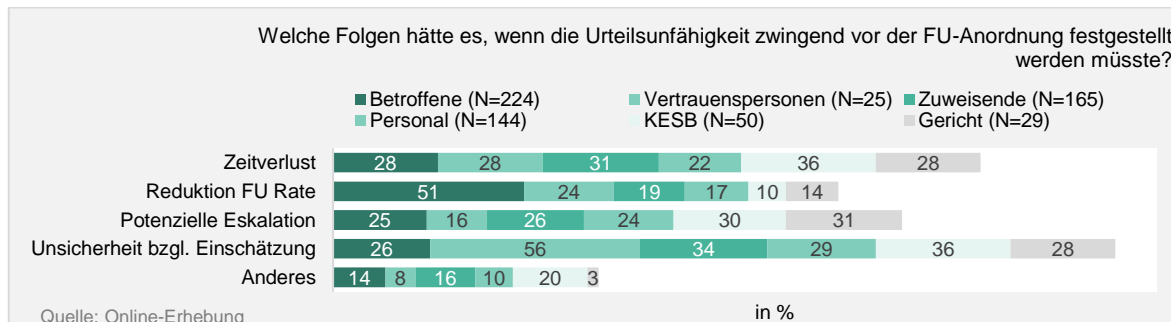
Es ist zu sehen, dass die grösste Zustimmung seitens KESB, Gericht und Vertrauenspersonen besteht. Die Angehörigen, Betroffenen und Organisationen sind am wenigsten einverstanden mit dieser Regelung.

Abbildung 10: Urteilunfähigkeit als kein Kriterium



Nachfolgend wird ersichtlich, was aus Sicht der Befragten die Folgen wären, müsste die Urteilsunfähigkeit zwingend vor der FU Anordnung festgestellt werden: Über die Stakeholdergruppen hinweg wird die Unsicherheit bzgl. der Einschätzung am häufigsten als Folge genannt. Aus Sicht der Betroffenen würde die Reduktion der FU Rate als wichtigste Folge eintreten. Für alle anderen Stakeholder würde am häufigsten die Unsicherheit bzgl. Einschätzung als Folge eintreten (Abbildung 11).

Abbildung 11: Folgen der Kriterienanpassung (alle Stakeholder), Mehrfachantwort



Nachfolgend ist in Bezug auf die Abklärung der Urteilsfähigkeit die Nutzung spezifischer Tools (Abbildung 12) resp. die Nutzung fachlicher/klinischer Expertise (Abbildung 13), getrennt nach befragte Stakeholdergruppe resp. Kanton, dargestellt.

Nutzung Tools: Insgesamt ist zu sehen, dass ein Fünftel (sehr) häufig Tools einsetzt. Etwas über ein Viertel (27%) nutzt Tools (eher/sehr) selten oder nie (17%). Jede vierte Person kennt die Tools nicht. Prozentual am häufigsten nutzen die Tools die Gerichte und KESB, am seltensten die Vertretungen der Gesundheitsberufe.

Nutzung klinischer Erfahrung: Insgesamt setzen 83% der Befragten klinische/fachliche Einschätzungen ein für die Abklärung der Urteilsfähigkeit, die Stakeholdergruppe der Zuweisenden (Ärzt:innen; Psycholog:innen) etwas häufiger als die Ärzt:innen resp. Psycholog:innen, welche in den Einrichtungen tätig sind. Es gilt zu erwähnen, dass Psycholog:innen zwar die Urteilsfähigkeit abklären, aber keine FU anordnen dürfen. Letzteres ist der KESB und Ärzt:innen vorbehalten. Kantonal gibt es keine relevanten Unterschiede, tendenziell ist im Kanton ZH der Einsatz der klinischen/fachlichen Expertise am wenigsten häufig.

Abbildung 12: Nutzung Tools Urteilsfähigkeitsabklärung

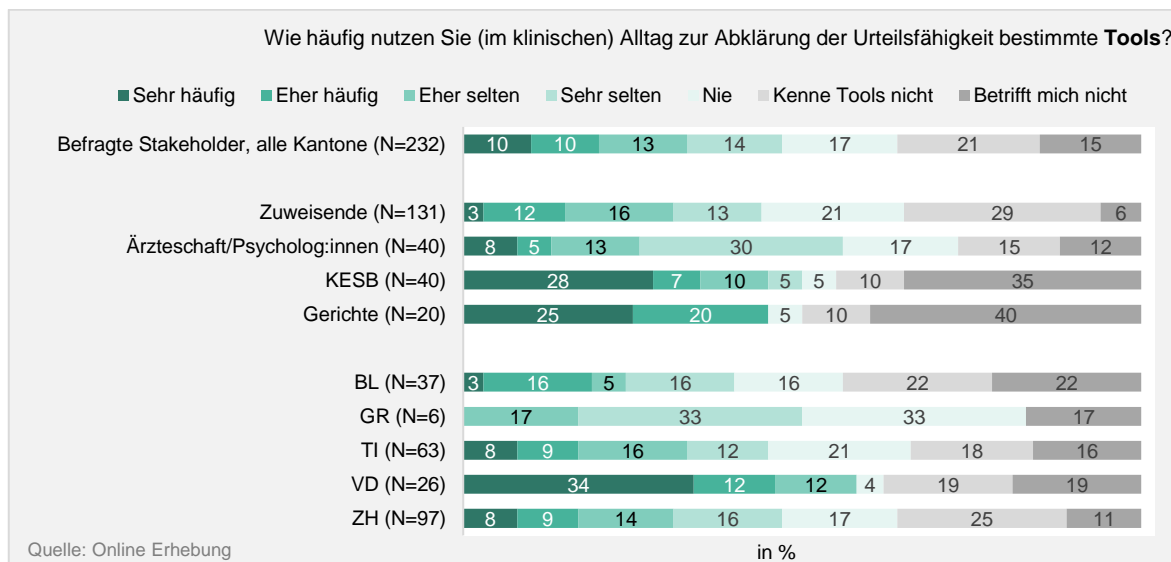
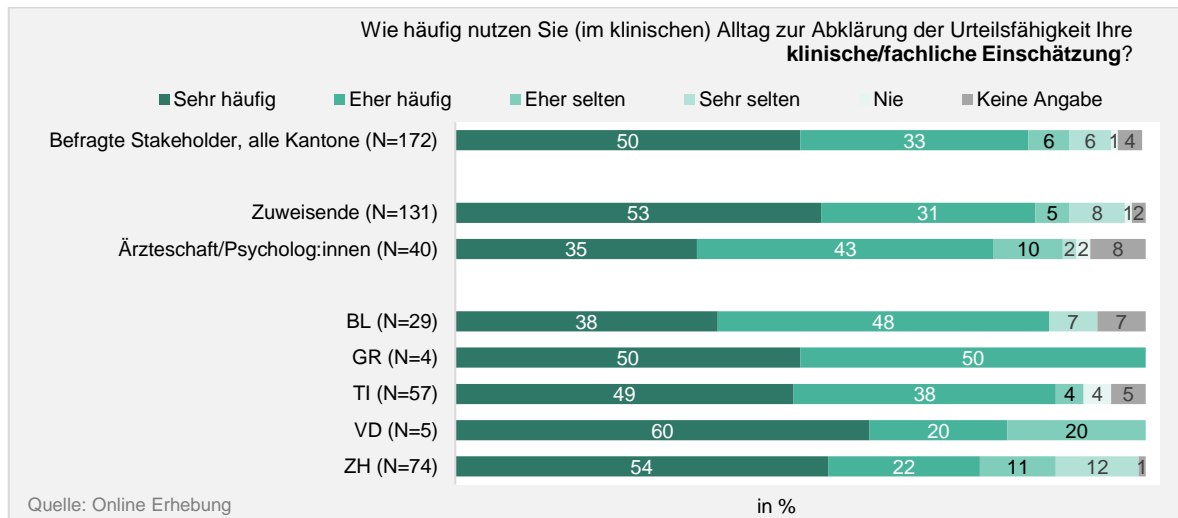


Abbildung 13: Nutzung fachliche/klinische Einschätzung Urteilsfähigkeitsabklärung

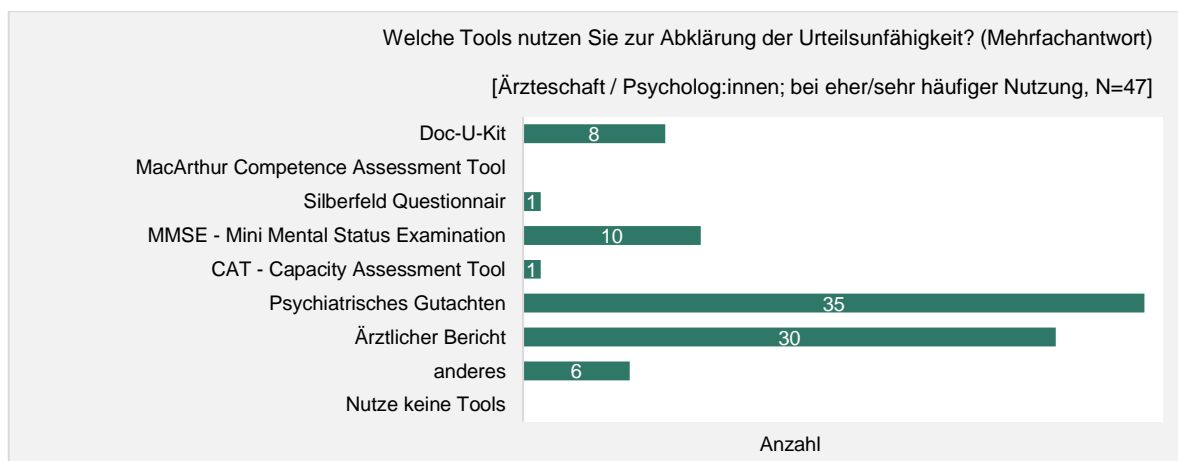


Personen, welche angegeben haben, spezifische Tools *eher oder sehr häufig* zu nutzen, nutzten am häufigsten psychiatrische Gutachten oder ärztliche Berichte (vgl. Abbildung 14).

Unter anderem wurde folgendes genannt:

- Beurteilung einer Handlung anhand gezielter Fragen
- Formular der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW
- Psychologische Einschätzung des Kollegiums
- Testung neurokognitiver Funktionen

Abbildung 14: Art der eingesetzten Tools



Um die Urteilsfähigkeit zu beurteilen, werden zudem folgende Aspekte berücksichtigt:⁸⁶

- Kognitive Fähigkeiten der Betroffenen (z.B. Situations- und Krankheitsverständnis, Wahl- und Entscheidungsfähigkeiten, Reflexionsfähigkeit, Auffassungsfähigkeit, logisches Denkvermögen, Realitätsbezug, Orientierungsfähigkeit etc.)
- Aktueller Zustand der Betroffenen (z.B. Genereller Eindruck, Intoxikation, Selbst-, Fremdgefährdung, Verhalten im Heimalltag, Stimmungsstörungen etc.)
- Instrumente und Methoden (z.B. Eigen- und Fremdanamnese, SAMW-Richtlinien, (neurologische) Kognitionstests, Beobachtung der Pflege etc.)

⁸⁶ Detailergebnisse finden sich im Anhang, Tabelle 26.

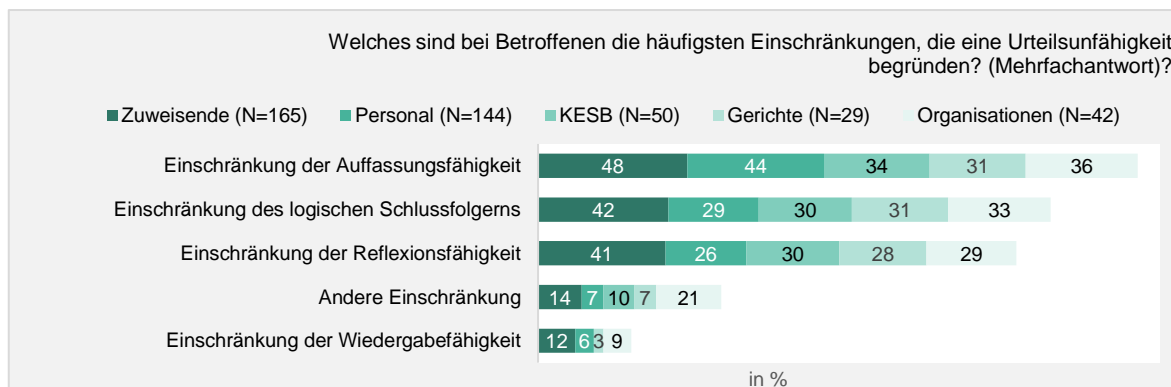
3.2.3.2 Einschränkung der Urteilsfähigkeit

Abbildung 15 gibt die häufigsten Ursachen für die Einschränkung der Urteilsfähigkeit wider. Die Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben. Diese konnten unter «anderes» ergänzt werden.

Am häufigsten wird die Auffassungsfähigkeit, gefolgt von logischem Schlussfolgern und Reflexionsfähigkeit herangezogen. Deutlich seltener Wiedergabefähigkeit. Unter «anderes» wurden zusammengefasst und abstrahiert folgende Angaben gemacht:

- Akzentuierte Suizidalität
- Einschätzung der Konsequenzen
- Emotionale Zustände (Angst, Manie)
- Eingeschränkte Erkenntnisfähigkeit
- Fehlende Umsetzungsfähigkeit
- Geistige Inkohärenzen
- Geistige/kognitive Faktoren (Behinderung, Demenz, Orientierungsunfähigkeit, Inkohärenzen, Delir)
- Gesamtheit aller Kriterien
- Körperlicher Status
- Einschränkung von kognitiven Fähigkeiten
- Sucht
- Wahn (Realitätsverkennung, -verzerrung, psychotisches Verhalten)
- Fehlende Willensbildungsfähigkeit, Willensumsetzungsfähigkeit

Abbildung 15: Häufigste Einschränkungen der Urteilsfähigkeit

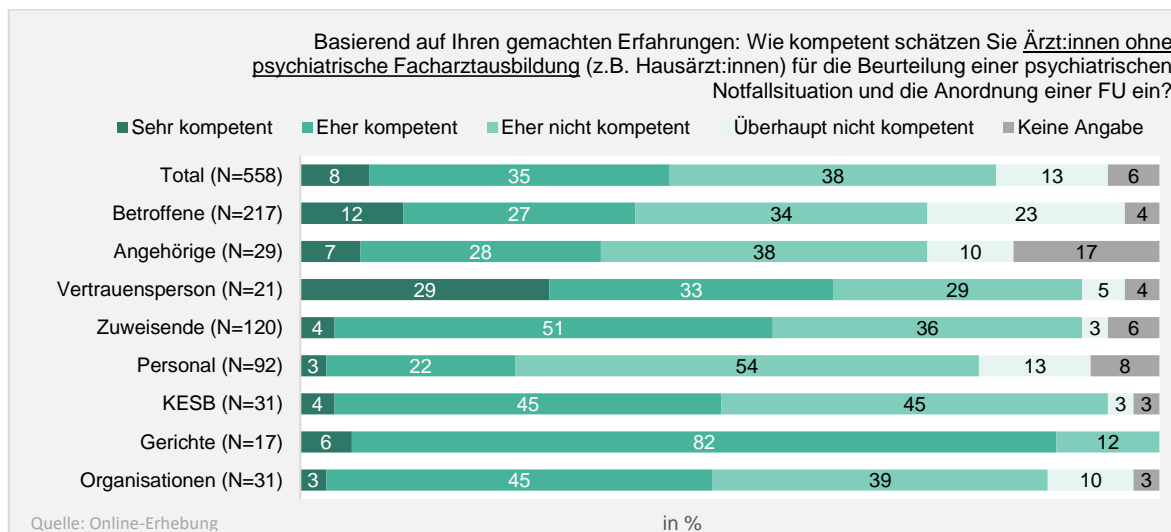


3.2.4 Kompetenz

3.2.4.1 Kompetenz der Fachpersonen

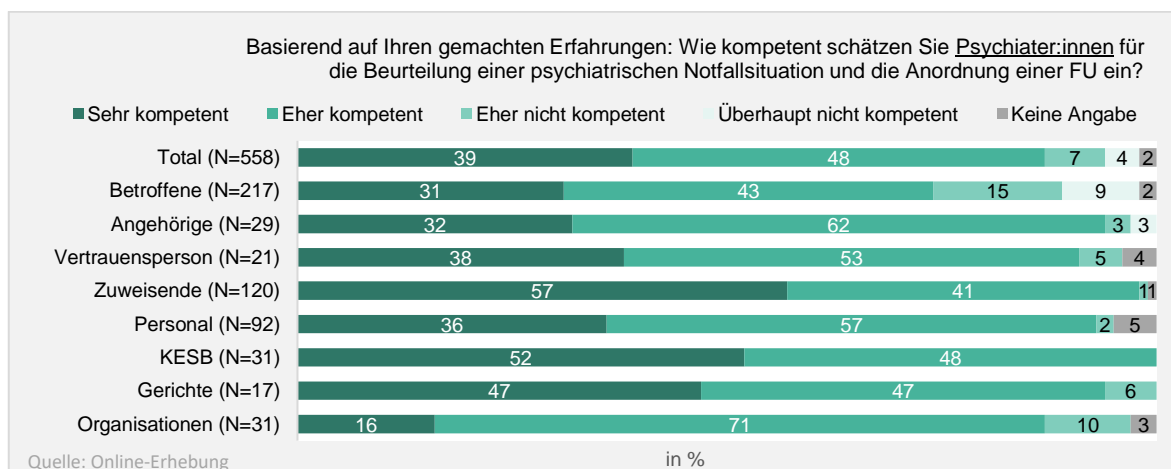
In Abbildung 16 ist die Einschätzung der Befragten hinsichtlich der Kompetenz der Ärzt:innen ohne psychiatrische Facharztausbildung für die Beurteilung einer psychiatrischen Notfallsituation und die Anordnung einer FU dargestellt. Man sieht, dass insgesamt 43% der Befragten diese Berufsgruppe als (sehr/eher) kompetent einschätzen. Über die Hälfte beurteilt diese Berufsgruppe als (eher/gar) nicht kompetent ein. Je nach Stakeholdergruppe variiert die Einschätzung: Insbesondere das Personal beurteilt Ärzt:innen ohne psychiatrische Facharztausbildung als (eher/gar) nicht kompetent (67%). Eine (eher) gute Kompetenz schreibt dieser Berufsgruppe hingegen Vertretende des Gerichts (86%) und Vertrauenspersonen (62%) zu.

Abbildung 16: Erfahrungen mit Ärzt:innen ohne psychiatrische Facharztausbildung



In Abbildung 17 ist die Einschätzung der Befragten hinsichtlich der Kompetenz der Psychiater:innen für die Beurteilung einer psychiatrischen Notfallsituation und die Anordnung einer FU dargestellt. Man sieht, dass insgesamt die Mehrheit der Befragten (87%) diese Berufsgruppe als (sehr/eher) kompetent einschätzen. Nur ein geringer Anteil (11%) beurteilt diese Berufsgruppe als (eher / gar) nicht kompetent ein. Das Muster ist für alle Stakeholdergruppen vergleichbar.

Abbildung 17: Erfahrungen mit Psychiater:innen



3.2.4.2 Voraussetzungen zur Einschätzung der FU Rechtfertigung

Zuweisende, Vertretende des Personals, KESB, Gericht und von (Betroffenen-) Organisationen wurden gebeten einzuschätzen, welche Voraussetzungen Ärzt:innen ohne psychiatrische Facharztausbildung mitbringen sollten, um zu entscheiden, ob eine FU gerechtfertigt ist und angeordnet werden kann. Folgende Voraussetzungen wurden genannt:⁸⁷

- Wissen (z.B. Psychiatrische und medizinische Grundkenntnisse, Notfallmedizin, Suizidalität etc.)
- Ausbildung / Berufserfahrung (z.B. Facharztausbildung (innere Medizin), spezifische Weiterbildungen zu FU; (mehrjährige) klinische Erfahrung, Erfahrung Notfalldienst, akutpsychiatrische Erfahrung etc.)

⁸⁷ Detailergebnisse finden sich im Anhang, Tabelle 27.

- Kenntnisse FU (z.B. Voraussetzungen Anordnung, FU Prozess, alternative Behandlungsmöglichkeiten, rechtliche Kenntnisse etc.)
- Weitere Fähigkeiten (z.B. Beurteilung Fremd-/Eigengefährdung; gesunder Menschenverstand, Einfühlungsvermögen, Verantwortungsbewusstsein, Auffassungsgabe, Engagement und Motivation etc.)

3.2.4.3 FU-Anordnungen ohne Behandlungsauftrag

Tabelle 14 gibt Hinweise über die Häufigkeit der FU-Anordnungen ohne Behandlungsauftrag nach Kanton.

**Lesebeispiel Kanton BL:*

Frage an Stakeholder: Wie häufig erhalten Sie FU-Anordnungen ohne Behandlungsauftrag? Angabe in Prozent aller FU-Anordnungen (Schätzung).

N= 3 Personen (=11%) gaben an, dass sie in 10% (=Angabe, Antwort) aller FU-Anordnungen eine FU-Anordnung ohne Behandlungsauftrag erhalten.

Zwischen den Kantonen und innerhalb eines Kantons gibt es grosse Unterschiede. Prozentual (gemessen an allen FU-Anordnungen) ordnen die Kantone VD und BL durchschnittlich am häufigsten FU ohne Behandlungsauftrag an, der Kanton GR am deutlich seltensten. Es ist zu beachten, dass die Strichprobengrösse teilweise stark variiert.

Tabelle 14: Häufigkeit der FU-Anordnung ohne Behandlungsauftrag, nach Kanton

Geschätzte Häufigkeit der FU-Anordnung ohne Behandlungsauftrag (ausschliesslich aufgrund einer stationären Betreuungsbedürftigkeit, Abstinenz von Alkohol, etc.), nach Kanton Angabe in % aller FU-Anordnungen														
BL			GR			TI			VD			ZH		
Angabe / Antwort	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%
0	8	30	0	5	83	0	12	33	0	1	8	0	26	39
2	1	4	5	1	17	1	2	6	15	2	15	2	1	2
5	1	4				3	1	3	20	3	23	3	1	2
*10	3	11				5	2	6	30	3	23	5	4	6
15	1	4				10	4	11	50	1	8	7	1	2
25	1	4				15	1	3	60	1	8	10	10	15
35	1	4				20	1	3	100	2	15	15	1	2
40	1	4				25	1	3				20	6	9
50	1	4				30	1	3				30	2	3
60	1	4				40	3	8				40	3	4.5
70	1	4				50	1	3				50	6	9.1
80	2	7				70	1	3				70	1	1.5
90	1	4				75	1	2.8				90	2	3
100	4	15				80	3	8.3				99	1	1.5
						90	2	5.6				100	1	1.5
Total	27	100	Total	6	100	Total	36	100	Total	13	100	Total	66	100
Zentrale Werte														
Mittelwert	36		Mittelwert	0.83		Mittelwert	24		Mittelwert	37		Mittelwert	18	

Geschätzte Häufigkeit der FU-Anordnung ohne Behandlungsauftrag (ausschliesslich aufgrund einer stationären Betreuungsbedürftigkeit, Abstinenz von Alkohol, etc.), nach Kanton Angabe in % aller FU-Anordnungen														
BL			GR			TI			VD			ZH		
Angabe / Antwort	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%
Median	15		Median	0		Median	10		Median	30		Median	9	
Modus	0		Modus	0		Modus	0		Modus	20, 30		Modus	0	
Min.	0		Min.	0		Min.	0		Min.	0		Min.	0	
Max.	100		Max.	5		Max.	90		Max.	100		Max.	100	

*Hinweise: Median = 50% aller Werte liegen darunter resp. darüber; Modus = häufigster Wert; Min= Minimum, kleinster Wert; Max= Maximum, grösster Wert.
 Anmerkung: Befragt wurden die Stakeholdergruppen Zuweisende, Personal, KESB, Gericht*

Tabelle 15 gibt Hinweise über die Häufigkeit der FU-Einweisungen ohne Behandlungsauftrag nach Kanton.

**Lesebeispiel Kanton BL:*

*Frage an Stakeholder: Wie häufig erhalten Sie FU-Einweisungen ohne Behandlungsauftrag?
 Angabe in Prozent aller FU-Einweisungen ohne Behandlungsauftrag (Schätzung).*

N=31 Personen (=18%) gaben an, dass sie in 10% (=Angabe, Antwort) aller FU-Einweisungen eine FU-Einweisung ohne Behandlungsauftrag erhalten.

FU-Einweisungen ohne Behandlungsauftrag sind prozentual (gemessen an allen erhaltenen FU Einweisungen) durchschnittlich am häufigsten im Kanton TI (40%). In den anderen Kantonen ist die durchschnittliche Häufigkeit vergleichbar (21-24%).

Tabelle 15: Häufigkeit Erhalt FU-Einweisung ohne Behandlungsauftrag, nach Kanton

Geschätzte Häufigkeit Erhalt einer FU-Einweisung ohne Behandlungsauftrag (ausschliesslich aufgrund einer stationären Betreuungsbedürftigkeit, Abstinenz von Alkohol, etc.), nach Kanton (Angabe in % aller FU-Einweisungen ohne Behandlungsauftrag)														
BL			GR			TI			VD			ZH		
Angabe / Antwort	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%
0	3	27	0	2	40	0	1	9	0	1	17	0	1	6
*10	2	18	10	1	20	5	1	9	5	1	17	5	1	6
30	2	18	30	1	20	20	2	18	10	1	17	6	1	6
33	1	9	80	1	20	25	1	9	30	1	17	10	5	28
40	2	18				30	1	9	40	1	17	15	1	6
70	1	9				60	2	18	60	1	17	30	6	33
						70	1	9				40	3	17
						75	1	9						
						80	1	9						
Total	11	100	Total	5	100	Total	11	100	Total	6	100	Total	18	100
Zentrale Werte														
Mittelwert	24		Mittelwert	24		Mittelwert	40		Mittelwert	24		Mittelwert	21	

Geschätzte Häufigkeit Erhalt einer FU-Einweisung ohne Behandlungsauftrag (ausschliesslich aufgrund einer stationären Betreuungsbedürftigkeit, Abstinenz von Alkohol, etc.), nach Kanton (Angabe in % aller FU-Einweisungen ohne Behandlungsauftrag)									
BL		GR		TI		VD		ZH	
Median	30	Median	10	Median	30	Median	20	Median	23
Modus	0	Modus	0	Modus	20; 60	Modus	0; 5; 10; 30; 40; 60	Modus	30
Min.	0	Min.	0	Min.	0	Min.	0	Min.	0
Max.	70	Max.	80	Max.	80	Max.	60	Max.	40

*Hinweise: Median = 50% aller Werte liegen darunter resp. darüber; Modus = häufigster Wert; Min= Minimum, kleinster Wert; Max= Maximum, grösster Wert.
 Anmerkung: Befragt wurde die Stakeholdergruppe Personal.*

3.2.4.4 Alternativen zur FU

Zur Sicherstellung der Prüfung weniger einschneidender Massnahmen als Alternativen zur FU werden eine Vielzahl verschiedener Aspekte berücksichtigt. Sie sind nachfolgend zusammenfassend abstrahiert aufgeführt.⁸⁸

- 72 Stunden Rückbehalt in der Klinik
- Nutzen-Risiken Abwägung
- Sicherstellung von Ressourcen (zeitlich, personell, Know-how)
- Anwendung Rekursrecht
- Richterliche Anhörung
- Einhaltung Prinzip der Verhältnismässigkeit
- Prüfung von Alternativen / weniger freiheitseinschränkender Massnahmen / Hometreatment
- 4-Augenprinzip / CO-Beurteilung / interdisziplinäre Beurteilung (behördlich/medizinisch)
- Wiederholte Beurteilung / FU-Einschätzung
- Beizug von Vertrauensperson / Beistand

Die wichtigsten genannten Gründe für den Entscheid einer FU resp. gegen weniger einschneidende Massnahmen sind nachfolgend zusammenfassend abstrahiert aufgeführt.⁸⁹

- Personenbezogene Gründe (z.B. akute Selbst-, Fremdgefährdung, drohende Verwahrlosung, eingeschränkte kognitive Fähigkeiten, Intoxikation, klinische Zustände, Verschlechterung des Zustandes etc.)
- Strukturelle Gründe (z.B. ausgeschöpfte, unwirksame Behandlungsmöglichkeiten, fehlende Alternativen, äusserer Druck (behördlich, zeitlich, Umfeldbezogen), Folgen des Subsidiaritätsprinzips⁹⁰, fehlende Kapazitäten/Ressourcen etc.)

⁸⁸ Detailergebnisse zu den Antworten nach Kantonen finden sich im Anhang, Tabelle 28. Es gibt grundsätzlich viel Übereinstimmung zwischen den Kantonen.

⁸⁹ Detailergebnisse finden sich im Anhang.

⁹⁰ Sind mehrere Massnahmen geeignet, ist die am wenigsten belastende Massnahme zu wählen. Vgl. SAMW, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft, Zwangsmassnahmen in der Medizin, Medizin-ethische Richtlinien, Weblink: https://www.humanrights.ch/cms/upload/pdf/160112_richtlinien_zwangsmassnahmen.pdf.

3.2.5 Berücksichtigung Dritte

3.2.5.1 (Nicht-) Einbezug Dritter bei FU-Entscheid

Tabelle 16 gibt Hinweise zu kantonalen Angaben zum Einbezug Dritter (Angehörige, Bekannte von Betroffenen). Befragt wurden die KESB und Gerichte.

**Lesebeispiel Kanton BL:*

Frage an Stakeholder: Wie häufig ziehen Sie bei der Entscheidung über eine FU Angehörige, Bekannte usw. der Patient:innen mit ein? Angabe in Prozent (Schätzung).

N=1 Person (=10%) gab an, dass sie in 10% (=Angabe, Antwort) aller FU-Entscheide Dritte einbeziehe.

Die Handhabung variiert innerhalb der Kantone stärker als zwischen den Kantonen. Gemessen an den Mittelwerten ist der Einbezug Dritter in den Kantonen VD und TI tendenziell am höchsten, gefolgt von den Kanton ZH, BL und GR. Allerdings ist die unterschiedliche Stichprobengrösse zu beachten.

Tabelle 16: Einbezug Dritter bei FU Entscheid

Geschätzte Häufigkeit Einbezug Angehöriger, Bekannter der Betroffenen beim FU Entscheid (Angabe in %)														
BL			GR			TI			VD			ZH		
Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%
0	2	11	5	1	33	0	3	8	5	1	10	0	3	14
5	1	5	20	1	33	5	1	3	35	1	10	20	2	9
*10	1	5	30	1	33	10	1	3	60	1	10	25	1	5
15	1	5				20	1	3	70	2	20	30	3	14
20	1	5				25	1	3	80	1	10	50	2	9
30	3	16				30	2	6	85	1	10	60	1	5
50	2	11				50	6	17	90	2	20	70	1	5
60	2	11				60	2	6	100	1	10	75	1	5
70	2	11				70	1	3				80	8	36
80	1	5				75	1	3						
95	1	5				80	6	17						
99	1	5				90	2	6						
100	1	5				100	9	25						
Total	19	100	Total	3	100	Total	36	100	Total	10	100	Total	22	100
Zentrale Werte														
Mittelwert	46		Mittelwert	18		Mittelwert	62		Mittelwert	69		Mittelwert	50	
Median	50		Median	20		Median	73		Median	75		Median	55	
Modus	30		Modus	5; 20; 30		Modus	100		Modus	70; 90		Modus	80	
Min.	0		Min.	5		Min.	0		Min.	5		Min.	0	
Max.	100		Max.	30		Max.	100		Max.	100		Max.	80	
<i>Hinweise: Median = 50% aller Werte liegen darunter resp. darüber; Modus = häufigster Wert; Min= Minimum, kleinster Wert; Max= Maximum, grösster Wert.</i>														

Als Gründe des *Nicht-Einbezugs* von Angehörigen werden folgende mehrfach genannt:

Patient:innen bezogene Gründe

- Akute Bedrohlichkeit / Dringlichkeit der Situation
- Fehlende Kooperation/Verweigerung der Betroffenen zur Kontaktaufnahme mit Angehörigen
- Dysfunktionale Beziehung zu Angehörigen

Angehörigenbezogene Gründe

- Nichterreichbarkeit der Dritten innert der geforderten Frist
- Fehlender Wille der Angehörigen
- Es gibt keine Angehörigen
- Co-Abhängigkeit der Angehörigen
- Problematiken bei Angehörigen (z.B. Substanzabhängigkeit)
- Fehlen von Kontaktdaten zu Angehörigen (bei vorsorglichen FU)
- Dysfunktionale Beziehung zu Betroffenen, Konflikte
- Misstrauen oder Ablehnung der Angehörigen von Betroffenen gegenüber der FU
- Überforderung der Angehörigen
- Schuldgefühle der Angehörigen
- Fehlende Neutralität gegenüber den Betroffenen
- Voreingenommenheit

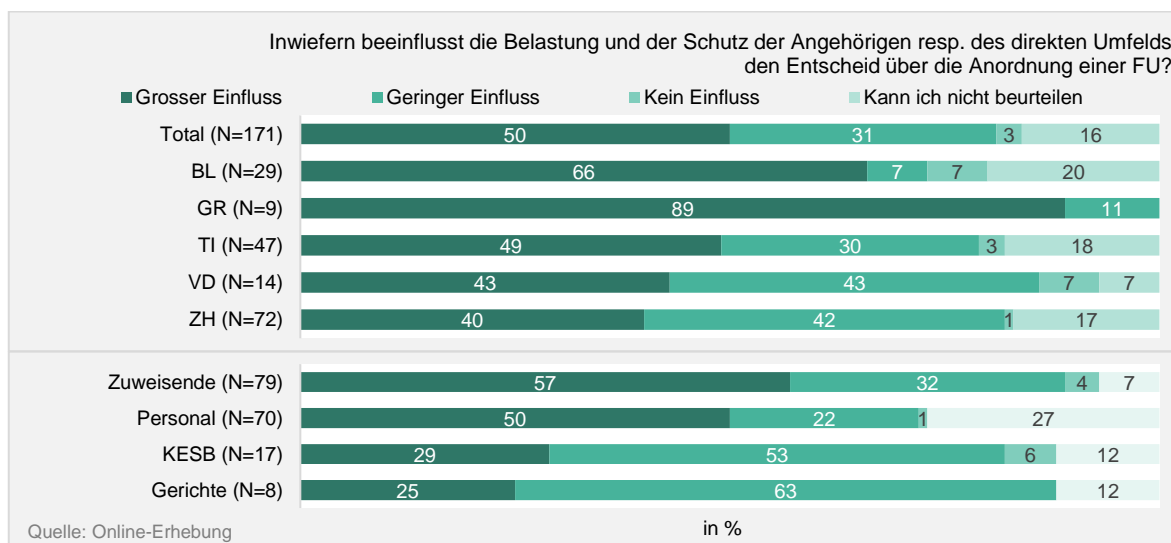
Weitere Gründe

- Zeitnot
- Gutachtensituation
- Ökonomische Gründe
- Klare Beurteilbarkeit möglich ohne deren Einbezug

3.2.5.2 *Schutz Dritter bei FU-Entscheid*

In Abbildung 18 ist ersichtlich, inwiefern die Belastung resp. der Schutz Angehöriger den Entscheid über die FU-Anordnung beeinflusst. Über alle Kantone hinweg sagt die Hälfte, dass diese Aspekte einen grossen Einfluss haben, für einen Drittel ist der Einfluss gering. Einen grossen Einfluss hat der Schutz Dritter in den Kantonen GR und BL (oben). Zudem scheint bei Gesundheitsfachpersonen der Einfluss grösser als bei KESB und Gerichten (unten).

Abbildung 18: Einfluss Schutz Dritter bei FU-Entscheid



Die Hälfte der Befragten Stakeholder ist der Meinung, die Belastung Dritter sollte als FU Grund berücksichtigt werden (Abbildung 19, oben). Die Zustimmung ist seitens Gericht und Betroffenen am grössten, während sie bei der KESB am tiefsten ist. Man beachte jedoch die unterschiedliche Stichprobengrösse, was die Vergleichbarkeit einschränkt.

Den Schutz Dritter als FU Grund befürworten 80% der Stakeholder. Mit Ausnahme der KESB ist die Zustimmung bei allen Stakeholdern sehr hoch (Abbildung 19, unten).

Im Kantonsvergleich sieht man, dass in Bezug auf die Belastung Dritter als FU Grund die grösste Zustimmung aus dem Kanton TI kommt (57%), die tiefste Zustimmung aus dem Kanton VD (43%). In Bezug auf den Schutz Dritter als FU Grund ist die Zustimmung in den Kantonen TI (76%) und VD (73%) am tiefsten (Abbildung 20).

Abbildung 19: Belastung und Schutz Dritter (nach Stakeholder)

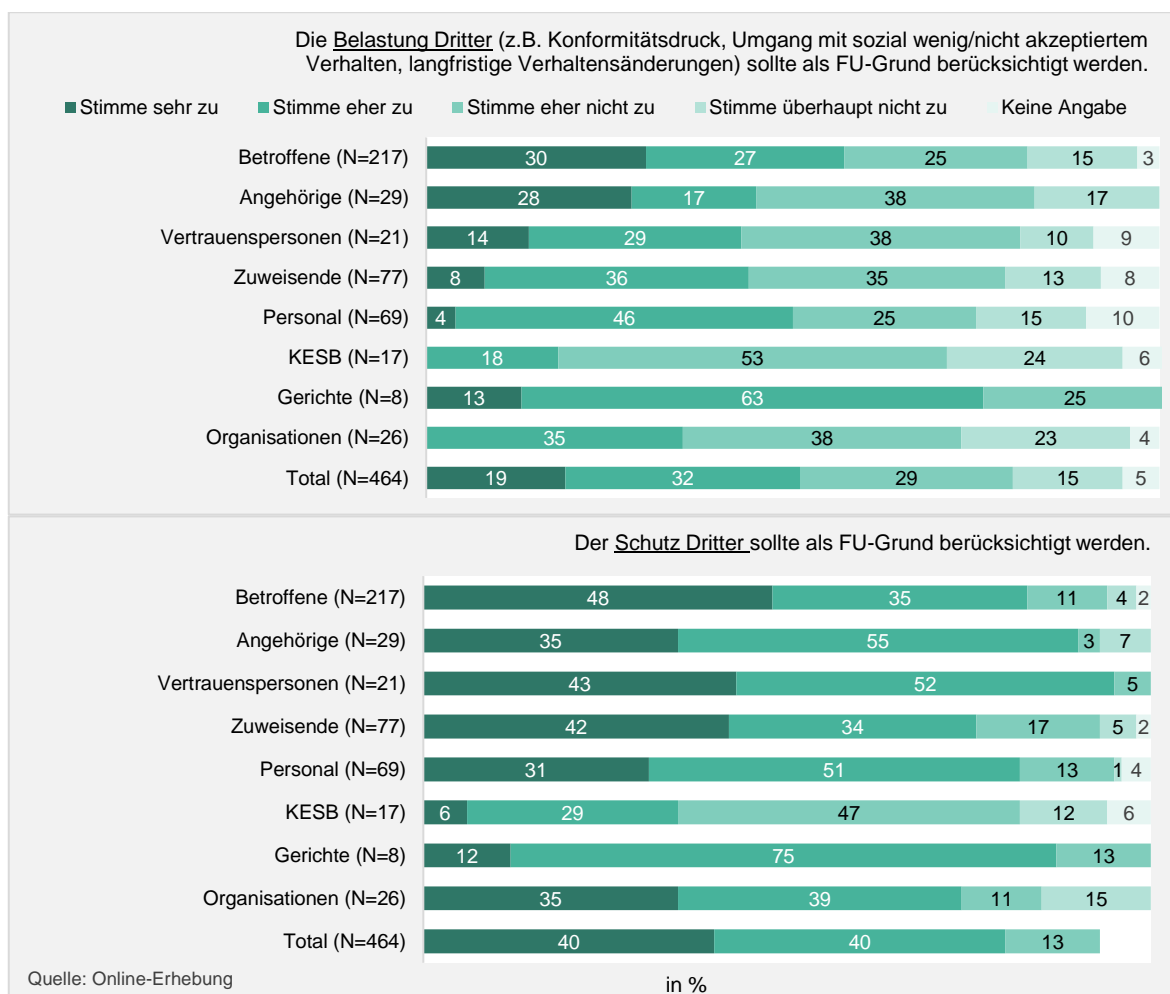
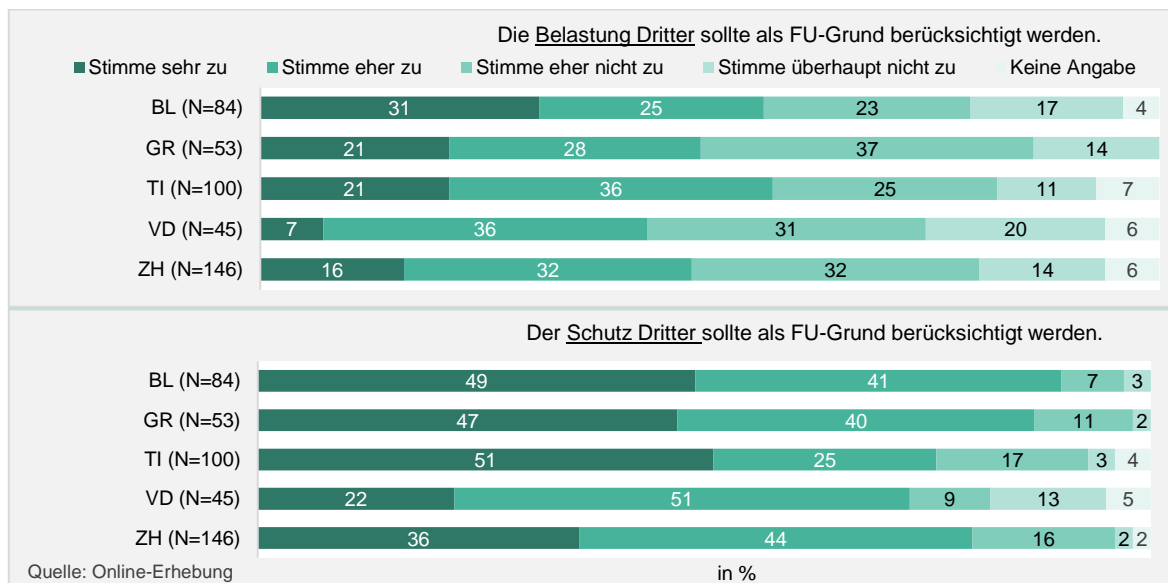


Abbildung 20: Belastung und Schutz Dritter (nach Kanton)



3.2.5.3 Anordnungsbedingungen bei FU-Anordnung

Nachfolgende Abbildung 21 zeigt die Beurteilung der Stakeholder, ob die FU durch eine:n Arzt:in (oben) oder zwei Ärzt:innen (unten) angeordnet werden sollte. Insgesamt sind 70% der Befragten der Meinung, dass *ein:e* Ärzt:in die Anordnung vornehmen soll. Die Zustimmung ist bei Vertretenden von KESB (94%) und Gericht (88%) höher als bei Gesundheitsfachpersonen (63-76%) resp. (Betroffenen-)Organisationen (46%).

Abbildung 22 zeigt dieselbe Einschätzung je Kanton. Es sind kantonale Unterschiede zu beobachten. Die Zustimmung für die alleinige Anordnung ist am deutlich grössten im Kanton ZH (84%), gefolgt von den Kantonen GR (69%) und TI (70%). Bei den Kantonen BL und VD ist die Zustimmung am geringsten (55 resp. 54%).

Abbildung 21: Anzahl Ärzt:innen bei FU-Anordnung, nach Stakeholder

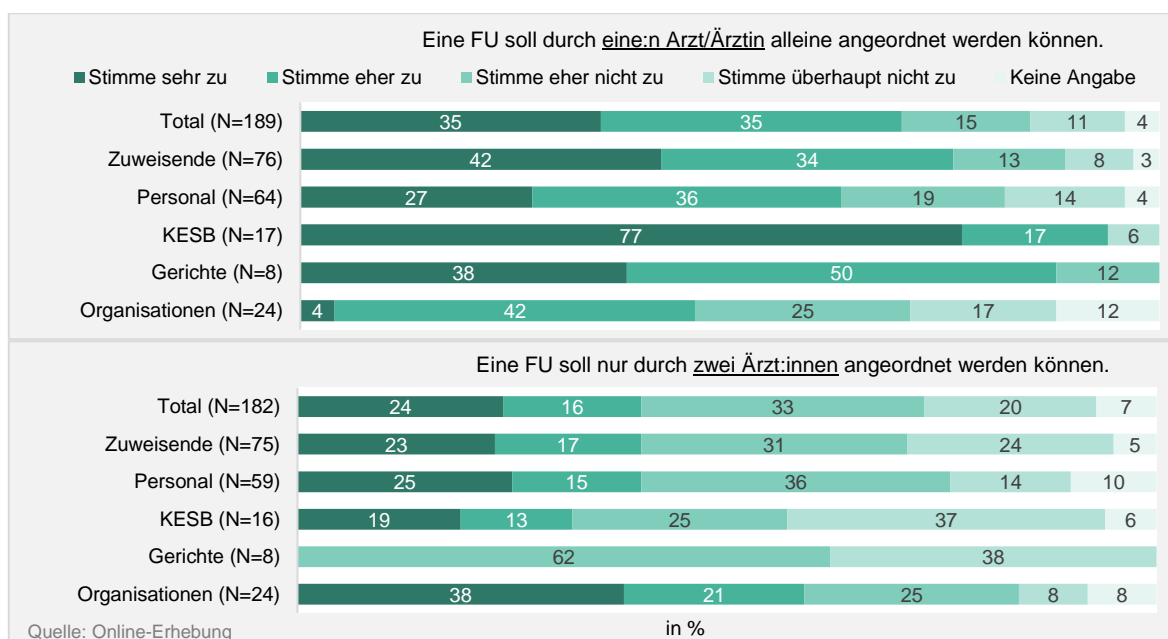


Abbildung 22: Anzahl Ärzt:innen bei FU-Anordnung, nach Kanton

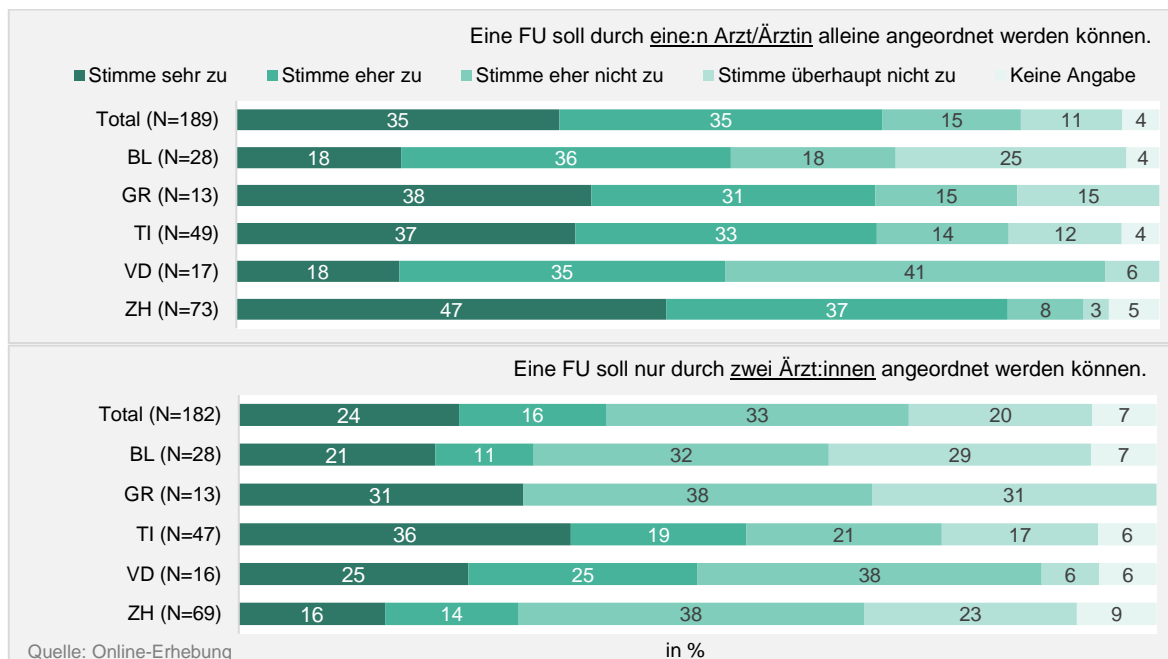


Tabelle 17 führt auf, wie häufig bei FU die Belastung Dritter mitberücksichtigt wird.

*Lesebeispiel Kanton BL:

Frage an Stakeholder: Wie häufig sprechen Sie eine FU unter mehrheitlicher Berücksichtigung der Belastung und des Schutzes von Angehörigen und Dritten aus? Angabe in Prozent (Schätzung).

N=3 Personen (=17%) gaben an, dass sie in 20% (=Angabe, Antwort) aller Fälle die Belastung Dritter einbeziehen.

Die mehrheitliche Berücksichtigung der Belastung Dritter beim FU-Entscheid variiert zwischen den Kantonen und auch innerhalb der Kantone. Aufgrund der kleinen Stichprobengrösse pro Kanton sind die Resultate als Tendenz zu interpretieren.

Tabelle 17: Häufigkeit FU unter mehrheitlicher Berücksichtigung der Belastung Dritter

Häufigkeit FU unter mehrheitlicher Berücksichtigung der Belastung Dritter, nach Kanton Angabe in %														
BL			GR			TI			VD			ZH		
Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%
0	3	17	0	1	20	0	7	24	0	1	13	0	7	23
10	2	11	20	1	20	5	2	7	5	1	13	5	5	16
15	1	6	50	2	40	10	7	24	10	3	38	10	4	13
*20	3	17	70	1	20	20	3	10	50	1	13	20	4	13
25	1	6				25	1	3	80	1	13	30	3	10
30	4	22				30	3	10	90	1	13	40	4	13
50	4	22				50	4	14				50	2	6
						70	2	7				80	2	6
Total	18	100	Total	5	100	Total	29	100	Total	8	100	Total	31	100

Häufigkeit FU unter mehrheitlicher Berücksichtigung der Belastung Dritter, nach Kanton Angabe in %									
BL		GR		TI		VD		ZH	
Zentrale Werte									
Mittelwert	24	Mittelwert	38	Mittelwert	21	Mittelwert	32	Mittelwert	21
Median	23	Median	50	Median	10	Median	10	Median	10
Modus	30; 50	Modus	50	Modus	0; 10	Modus	10	Modus	0
Min.	0	Min.	0	Min.	0	Min.	0	Min.	0
Max.	50	Max.	70	Max.	70	Max.	90	Max.	80

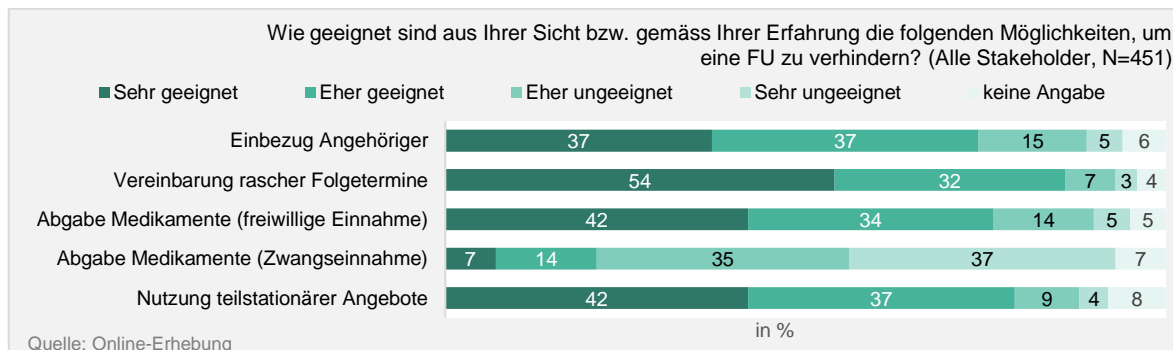
Hinweise: Median = 50% aller Werte liegen darunter resp. darüber; Modus = häufigster Wert; Min= Minimum, kleinster Wert; Max= Maximum, grösster Wert.

3.2.6 Massnahmen zur Verhinderung einer FU

3.2.6.1 Möglichkeiten zur Verhinderung einer FU

In Abbildung 23 ist dargestellt, wie geeignet die Befragten (N=451) verschiedene Möglichkeiten⁹¹ zur Verhinderung einer FU erachten, damit sich Betroffene freiwillig in eine Behandlung begeben. Mit Ausnahme der Abgabe von Medikamenten in Form einer Zwangseinnahme werden die weiteren Möglichkeiten von der Mehrheit als sehr oder eher geeignet betrachtet.

Abbildung 23: Eignung bestimmter Massnahmen zur Verhinderung einer FU



3.2.6.2 Praxis bzgl. freiwilliger Behandlung

Um Betroffene zu überzeugen, sich freiwillig in Behandlung zu begeben, erfolgt insgesamt über alle Kantone hinweg am häufigsten die Informationen und Aufklärung über die Sichtweise auf die Situation. Ebenfalls häufig werden Argumente für die freiwillige Hospitalisation genutzt (Abbildung 24). Nur in seltenen Fällen kommen psychologischer Druck⁹², Androhung negativer Konsequenzen⁹³ oder Überzeugungen zum Beschwerderückzug⁹⁴ zum Einsatz. Zudem werden folgende weiteren Möglichkeiten zur Überzeugung für die freiwillige Behandlung genutzt: Appell an die Vernunft, Netzwerktreffen, Information zur Beschwerdemöglichkeit, tägliche Kurztermine, Zielformulierung.

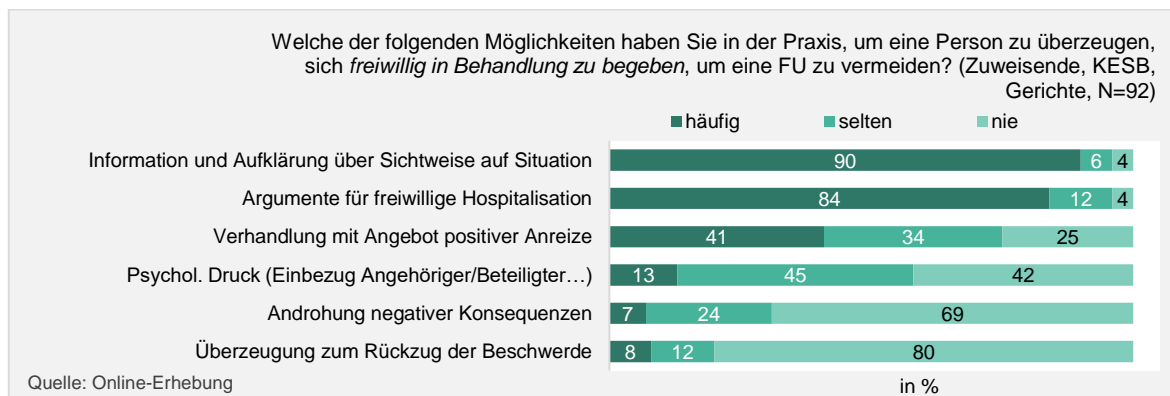
⁹¹ Mit Folgetermine sind ambulante Therapiesitzungen gemeint.

⁹² Nennung „häufig“ in den Kantonen BL (N=2), TI (N=5), VD (N=1), ZH (N=4).

⁹³ Nennung „häufig“ in den Kantonen TI (N=2), VD (N=1), ZH (N=3).

⁹⁴ Nennung „häufig“ in den Kantonen BL (N=1), TI (N=2), ZH (N=4).

Abbildung 24: Möglichkeiten zur Überzeugung zu einer freiwilligen Behandlung



3.2.7 Voraussetzungen für eine FU

Eine FU-Anordnung bedarf einer sorgfältigen Abklärung, ob einer der drei in Artikel 426 Abs. 1 ZGB genannten Grundvoraussetzungen erfüllt ist. Im Rahmen der Evaluation von besonderem Interesse war dabei die schwere Verwahrlosung. Die Anwendung der hierfür bestehenden Kriterien ist nachfolgend beschrieben.

3.2.7.1 Schwere Verwahrlosung

Tabelle 18 zeigt den Anteil schwerer Verwahrlosung als Hauptgrund auf, Tabelle 19 den Anteil urteilsfähiger Personen bei schwerer Verwahrlosung nach Kanton.

**Lesebeispiel Kanton BL:*

Frage an Stakeholder: Wie hoch ist schätzungsweise der Anteil an FUs mit "schwerer Verwahrlosung" als einzigem Grund oder als Hauptgrund? Angabe in Prozent (Schätzung).

N=5 Personen (=28%) gaben an, dass sie in 10% (=Angabe, Antwort) aller FU schwere Verwahrlosung als einziger Grund vorkommt.

Befragt wurden Zuweisende, Personal, KESB und Gerichte. Man sieht, dass es innerhalb der Kantone eine grosse Variabilität gibt. Es ist hervorzuheben, dass schwere Verwahrlosung in allen Kantonen eher selten ein Hauptgrund für die Anordnung einer FU darstellt. Der Anteil urteilsfähiger Personen variiert innerhalb der Kantone und liegt insgesamt mehrheitlich unter 50%. Aufgrund der kleinen Stichprobengrösse pro Kanton sind die Resultate als Tendenz zu interpretieren.

Tabelle 18: Schwere Verwahrlosung als Hauptgrund

Wie hoch ist schätzungsweise der Anteil an FUs mit "schwerer Verwahrlosung" als einzigem Grund oder als Hauptgrund? (Angabe in %)														
BL			GR			TI			VD			ZH		
Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%
0	1	6	5	3	50	0	3	9	5	2	33	0	5	14
1	2	11	10	1	17	5	6	18	10	1	17	2	1	3
2	1	6	20	1	17	10	10	29	15	1	17	3	1	3
5	2	11	40	1	17	15	1	3	50	1	17	5	10	29
*10	5	28				20	1	3	80	1	17	10	7	20
15	2	11				30	5	15				20	5	14
20	3	17				40	1	3				25	1	3

Wie hoch ist schätzungsweise der Anteil an FUs mit "schwerer Verwahrlosung" als einzigem Grund oder als Hauptgrund? (Angabe in %)														
BL			GR			TI			VD			ZH		
30	2	11				50	4	12				30	4	11
						70	2	6				70	1	3
						80	1	3						
Total	18	100	Total	6	100	Total	34	100	Total	6	100	Total	35	100
Zentrale Werte														
Mittelwert	12		Mittelwert	14		Mittelwert	23		Mittelwert	28		Mittelwert	13	
Median	10		Median	8		Median	10		Median	13		Median	10	
Modus	10		Modus	5		Modus	10		Modus	5		Modus	5	
Min.	0		Min.	5		Min.	0		Min.	5		Min.	0	
Max.	30		Max.	40		Max.	80		Max.	80		Max.	70	
<i>Hinweise: Median = 50% aller Werte liegen darunter resp. darüber; Modus = häufigster Wert; Min= Minimum, kleinster Wert; Max= Maximum, grösster Wert.</i>														

Tabelle 19: Anteil urteilsfähiger Personen bei schwerer Verwahrlosung

Wie hoch ist dabei schätzungsweise der Anteil urteilsfähiger Personen? (Angabe in %)														
BL			GR			TI			VD			ZH		
Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%	Angabe	N	%
0	4	25	5	1	17	0	4	14	0	3	38	0	6	22
5	1	6	50	3	50	5	1	4	20	1	13	5	1	4
10	1	6	60	1	17	10	3	11	30	2	25	10	2	7
20	1	6	90	1	17	15	2	7	50	2	25	20	3	11
25	1	6				20	3	11				30	1	4
50	3	19				30	1	4				50	6	22
70	1	6				50	4	14				70	1	4
75	1	6				70	3	11				80	3	11
90	2	13				75	1	4				90	2	7
100	1	6				80	1	4				100	2	7
						90	3	11						
						99	1	4						
						100	1	4						
Total	16	100	Total	6	100	Total	28	100	Total	8	100	Total	27	100
Zentrale Werte														
Mittelwert	40		Mittelwert	51		Mittelwert	42		Mittelwert	23		Mittelwert	91	
Median	38		Median	50		Median	40		Median	25		Median	50	
Modus	0		Modus	50		Modus	0; 50		Modus	0		Modus	0; 50	
Min.	0		Min.	5		Min.	0		Min.	0		Min.	0	

Wie hoch ist dabei schätzungsweise der Anteil urteilsfähiger Personen? (Angabe in %)									
BL		GR		TI		VD		ZH	
Max.	100	Max.	90	Max.	100	Max.	50	Max.	100
Hinweise: Median = 50% aller Werte liegen darunter resp. darüber; Modus = häufigster Wert; Min= Minimum, kleinster Wert; Max= Maximum, grösster Wert.									

Damit schwere Verwahrlosung als alleiniger Grund für eine FU ausreicht, müssen aus Sicht der Befragten (Zuweisende, Personal, KESB, Gerichte, Organisationen) nachfolgend genannte Kriterien erfüllt sein. Es sind dies:

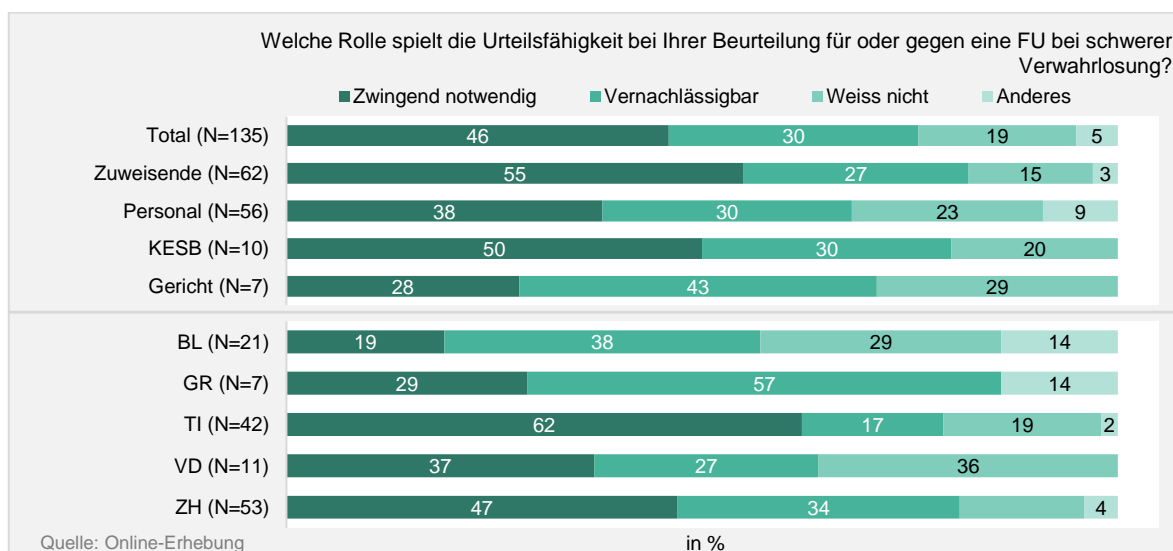
- Fachlich-medizinische Gründe (z.B. akute Selbst-, Fremdgefährdung, akut lebensbedrohliche Verwahrlosung, Unterernährung, chronische Krankheiten, chronischer Substanzkonsum etc.)
- Soziale Gründe (z.B. Kündigung des Mietverhältnisses, menschenunwürdige Wohnzustände, öffentliches Ärgernis, Verweigerung von Hilfsangeboten etc.)

Vereinzelt wurde auch geäußert, dass schwere Verwahrlosung nie als alleiniger Grund herangezogen werden soll.

3.2.7.2 Rolle der Urteilsfähigkeit bei schwerer Verwahrlosung

Für knapp die Hälfte der Befragten ist die Urteilsfähigkeit zwingend notwendig, um bei schwerer Verwahrlosung eine FU anordnen zu können, für knapp einen Drittel ist sie vernachlässigbar (Abbildung 25). Die Zuweisenden (55%) und KESB (50%) erachten die Beurteilung der Urteilsfähigkeit bei schwerer Verwahrlosung am notwendigsten. Für einen Grossteil der Gerichtsvertretenden ist sie vernachlässigbar. Die Notwendigkeit wird im Kanton TI (62%) am stärksten hervorgehoben, gefolgt vom Kanton ZH (47%).

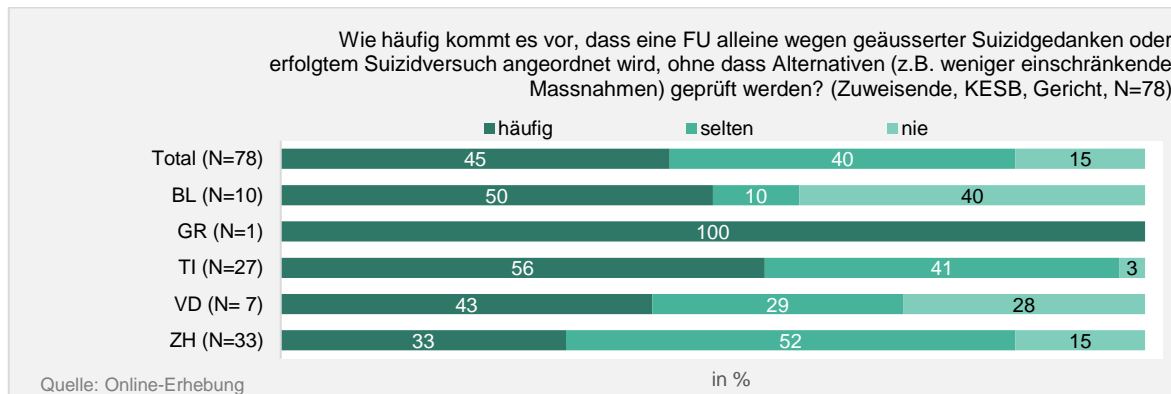
Abbildung 25: Rolle der Urteilsfähigkeit bei schwerer Verwahrlosung



3.2.7.3 FU Anordnung bei Suizidgedanken resp. -versuchen

Abbildung 26 zeigt, inwiefern bei Suizidgedanken oder erfolgtem Suizidversuch eine FU ohne die Prüfung von Alternativen angeordnet wird. Gefragt wurden Zuweisende, KESB und Gerichte. Man sieht, dass ähnlich viele Personen sagen, dass dies häufig resp. selten vorkommt. Eine Minderheit bekundet, dass dies nie geschieht. Es gibt jedoch kantonale Unterschiede (häufiger im Tessin und BL, deutlich seltener in ZH), wobei die unterschiedliche Stichprobengrösse zu berücksichtigen ist.

Abbildung 26: FU Häufigkeit bei Suizidgedanken (-versuchen)

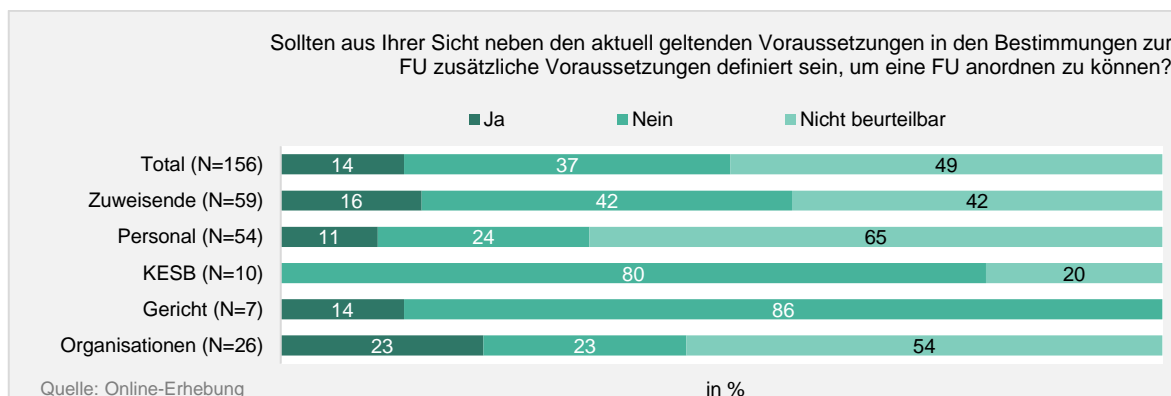


3.2.7.4 Voraussetzungen zur FU-Anordnung

Aus Sicht der Befragten sollten insgesamt eher keine zusätzlichen Voraussetzungen definiert werden, um eine FU anordnen zu können. Je nach Stakeholdergruppe kann die Frage jedoch von einem Grossteil nicht beurteilt werden. Am ehesten stimmen Organisationen zusätzlichen Voraussetzungen zu. Die deutlich grösste Ablehnung kommt von Seiten KESB und Gericht (Abbildung 27). Personen, welche zusätzliche Voraussetzungen befürworten würden, nennen folgende Möglichkeiten:

- 4-Augenprinzip / Qualitätssicherung
- Qualifikation / Fachkompetenz der Berechtigten inkl. deren Zertifizierung
- Eindeutiges Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung
- Anordnung ausschliesslich durch Fachärzt:innen Psychiatrie und Psychotherapie; falls durch KESB ausschliesslich mit Einbezug von Fachärzt:innen Psychiatrie und Psychotherapie
- Berücksichtigung äusserer Faktoren (Familiensystem)
- Urteilsunfähigkeit
- (Latente) Selbstgefährdung ohne Urteilsfähigkeit
- Fremdgefährdung, Drohungen gegenüber Dritten/Angehörigen
- Gesetzliche Verankerung Fremdgefährdung
- Einbezug von Angehörigen / Vertrauenspersonen

Abbildung 27: Zusätzliche Voraussetzungen für FU-Anordnung



3.2.7.5 FU Anordnungen für vom Gesetz bisher nicht vorgesehene Fälle

Auf die Frage, inwiefern es Fälle gibt, die vom Gesetz nicht vorgesehen sind, für die aber eine FU möglich sein sollte, geben 60% der N=341 Antwortenden an, dies nicht beantworten zu können, 30% meinen, dass es solche Fälle gibt. Gemäss den Befragten handelt es sich dabei um folgende Fälle. Es gilt zu beachten, dass es sich dabei teilweise um strafrechtlich relevante Delikte handelt, für welche das Strafgesetzbuch Massnahmen vorsieht:⁹⁵

- Gewalt
- Missbrauch / starke Vernachlässigung in der Familie
- Massive Fremd- oder Selbstgefährdung
- Drogenmissbrauch und -handel
- (Pädo-)Sexuelle Straftaten (inkl. Übergriffe)
- Spezifische Symptomaten (Wahn, Psychosen, Abhängigkeit)
- Instabile Persönlichkeitsmuster.

3.2.8 Geeignete Einrichtungen

Welche geeigneten Einrichtungen lassen sich in den fünf Kantonen erfassen?

Eine allgemeingültige Definition der als «geeignet» erachteten Einrichtungen existiert bis dato nicht. Eine Übersicht über die geeigneten Einrichtungen existiert entsprechend nicht. Ebenfalls gibt es keine diesbezügliche schweizweit standardisierte Erfassung. Dies stellt somit eine Lücke dar, die es zwingend zu bearbeiten gilt (vgl. Schlussfolgerungen). Nachfolgende Abschnitte geben Auskunft darüber, wie die Verfügbarkeit geeigneter Einrichtungen eingeschätzt wird sowie, wie bei mangelnder Verfügbarkeit umgegangen wird.

Abbildung 28 zeigt die Einschätzung von Zuweisenden, Personal, KESB, Gerichten und Organisationen hinsichtlich der Verfügbarkeit von geeigneten Einrichtungen für die Behandlung und Betreuung im Rahmen einer FU. Aufgrund der Stichprobengrösse wurde nicht weiter nach Stakeholder unterschieden.

Man sieht, dass insgesamt ähnlich viele angeben, es habe genügend resp. nicht genügend geeignete Einrichtungen. Ein erheblicher Anteil kann dies nicht einschätzen. Behandlungseinrichtungen scheinen am stärksten im Kanton BL zu fehlen, am wenigsten im Kanton VD. Betreuungseinrichtungen scheinen am stärksten im Kanton TI zu fehlen, am wenigsten im Kanton GR.

43% der Befragten geben an, dass zum Einweisungszeitpunkt schon einmal keine geeignete Einrichtung verfügbar war (Abbildung 29). 21% können dies nicht einschätzen. Es gibt zudem kantonale Unterschiede, wobei die unterschiedliche Stichprobengrösse berücksichtigt werden muss.

⁹⁵ Z.B. Das Strafrecht sieht Massnahmen bei (Pädo-)sexuellen Straftaten vor, z.B. eine Einweisung in die Psychiatrie. Dabei genügt eine Entscheidung des Strafgerichts und eine FU ist nicht erforderlich.

Abbildung 28: Kapazitäten für Behandlung und Betreuung im Rahmen der FU

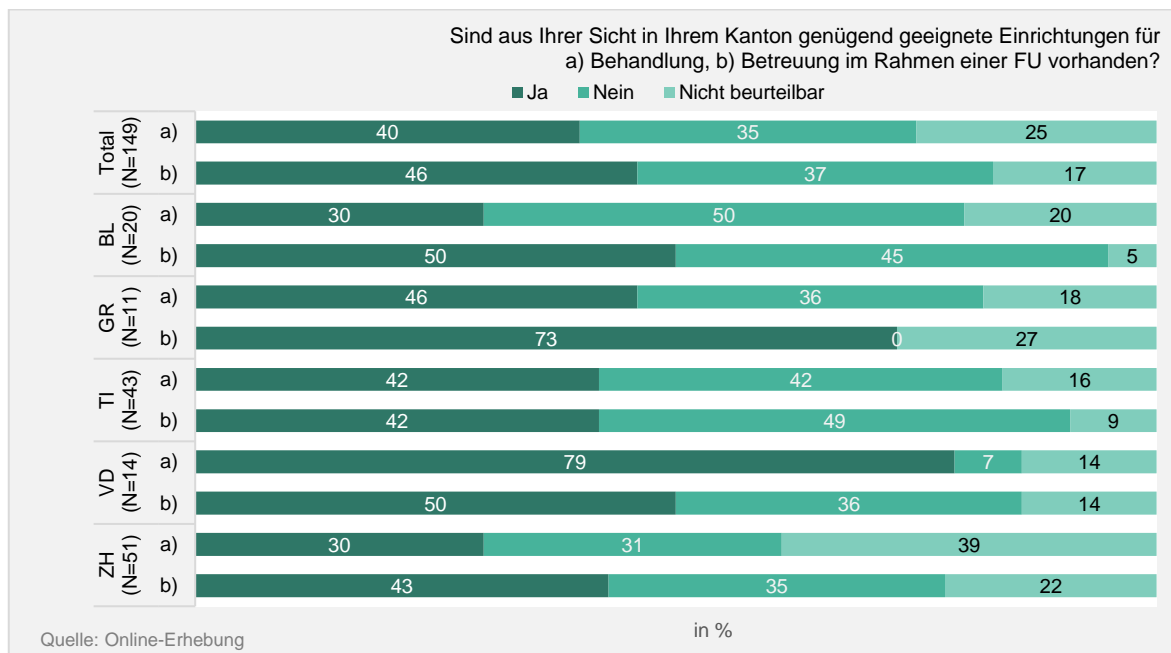
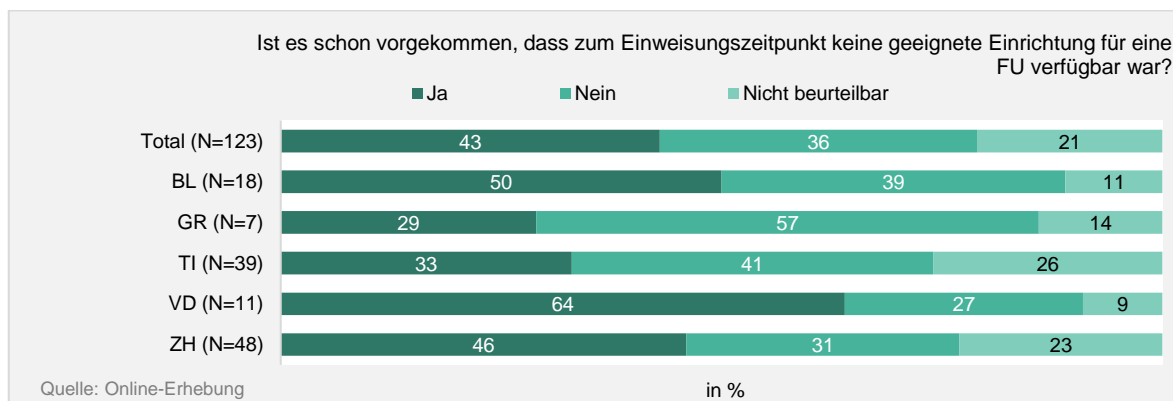


Abbildung 29: Verfügbarkeit von geeigneten Einrichtungen für FU



In Fällen, in denen geeignete Einrichtungen fehlten, wurde wie folgt vorgegangen:

Externe Möglichkeiten

- Anfrage bei Nachbarkantonen
- Anfrage bei Partnerkliniken
- Kliniken mit Aufnahmepflicht anvisieren
- Definition / Wahl der bestmöglichen Ersatzinstitution
- Anmeldung bei nötigen Institutionen
- Einbezug von Angehörigen, Prüfung des Aufenthaltes zuhause

Interne Möglichkeiten

- Angebot von Kurzkonsultationen
- Weiterführung der stationären Behandlung
- Raschere Austritte, um Plätze zu schaffen
- Zwischenbetreuung durch Pflege
- Belegung von Überbetten
- Verbleib in somatischer Abteilung mit Sitzwache
- Notbett in Flur
- Verzicht auf FU
- Erhöhung der Sedierung

Die dringlich notwendige Behandlung/Betreuung in einer Einrichtung, die nicht für die Unterbringung von FU geeignet ist, wird durch verschiedene Massnahmen sichergestellt:

- 1:1 oder 2:1 Betreuung
- Mobiles Krisenteam
- Beizug von Polizei
- Spezielle Überwachungsformen, Sitzwachen
- Temporäre Erhöhung des Personals
- Stärkung des interdisziplinären Teams
- Übertritt in geschlossene Abteilung
- Reduktion von Sicherheitsmängeln (Vermeidung von Suizid/Fremdgefährdung)
- Medikamentöse Anpassungen
- Bestmögliche Settinganpassung
- Beteiligung der kantonalen Psychiatrischen Klinik.

Vereinzelt wird bekundet, dass dies schwierig bis unmöglich zu garantieren sei. Einige der Befragten können dies nicht beurteilen.

3.2.9 Anhörung und Information Betroffener

3.2.9.1 Anhörung und Information der Betroffenen

Die gesetzlich festgelegte Anhörung wie auch die gesetzlich festgelegte Information der Betroffenen erfolgt über alle Kantone hinweg am häufigsten durch Zuweisende und etwas seltener durch die Klinikärzteschaft, resp. die KESB. Am deutlich seltensten werden Anhörung und auch die Information durch die Gerichte vorgenommen (Abbildung 30). Dieses Muster ist in allen Kantonen ausser dem Kanton VD zu beobachten, wo die Anhörung/Information ähnlich häufig durch Zuweisende und Klinikärzt:innen erfolgen und häufiger durch die Gerichte statt die KESB.

Abbildung 31 zeigt, durch wen Betroffene vor der Anhörung bzgl. der Begründung für die Anordnung einer FU oder weiteren Behandlungen informiert werden. In allen Kantonen erfolgt die Information am häufigsten durch die Zuweisenden oder Klinikärzt:innen. Mit Ausnahme des Kantons BL gibt ein erheblicher Anteil an, nicht informiert worden zu sein (14-36%). Unter anderem wird genannt: Dipl. Pflegefachperson, Notfallpsychiater:in.⁹⁶

Der Vergleich der Abbildung 30 und Abbildung 31 zeigt, dass eine dahingehende Diskrepanz besteht, dass Betroffene deutlich seltener als die anderen Stakeholder (Zuweisende, Personal, KESB) angeben, durch die KESB oder das Gericht informiert worden zu sein.

⁹⁶ Es handelt sich um Einzelaussagen, weshalb sie nicht in der Grafik erscheinen.

Abbildung 30: Anhörung und Information der Betroffenen

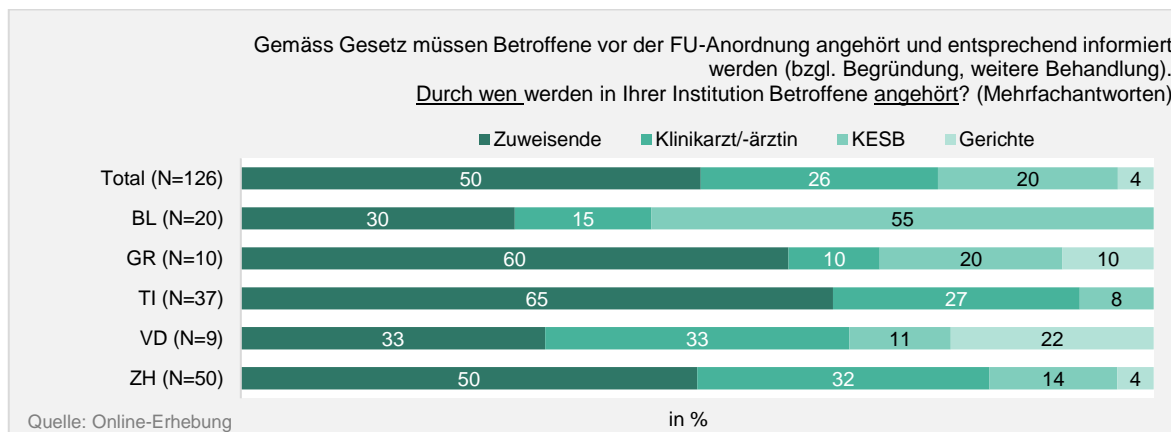
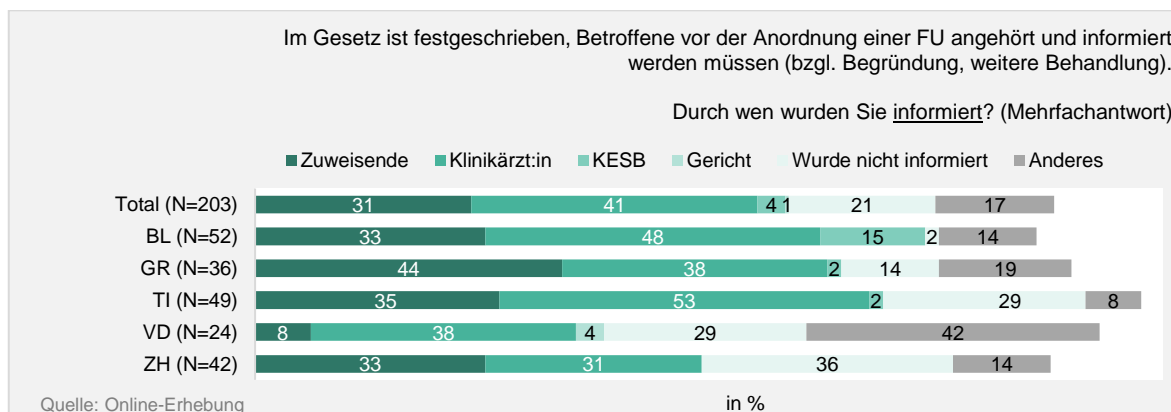
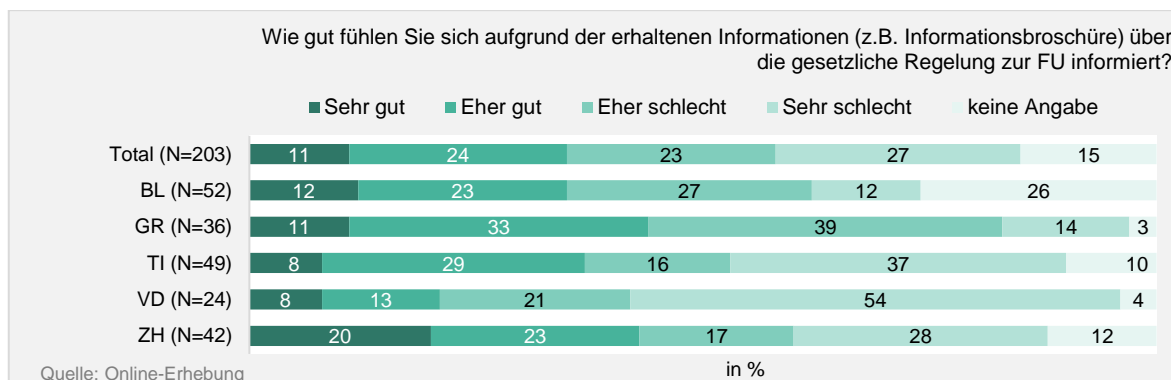


Abbildung 31: Information der Betroffenen



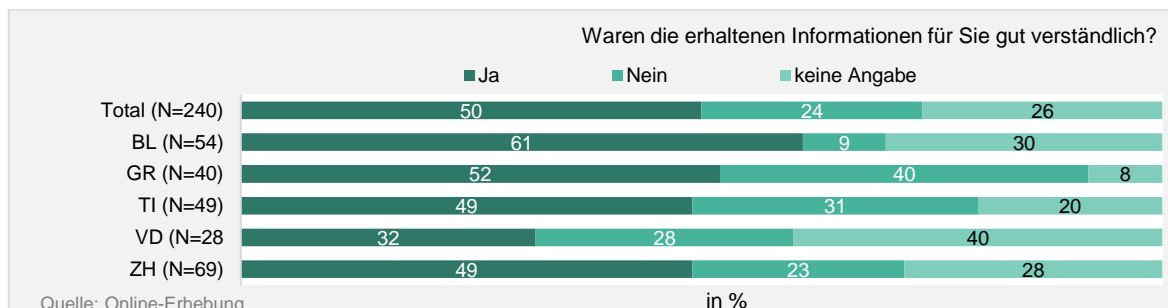
Nach der Güte der Information befragt, ist in allen Kantonen, und insbesondere im Kanton VD, der Anteil Betroffener, die sich (eher/sehr) schlecht informiert fühlen grösser als der Anteil Betroffener, die sich (sehr/eher) gut informiert fühlen (Abbildung 32).

Abbildung 32: Güte der Information



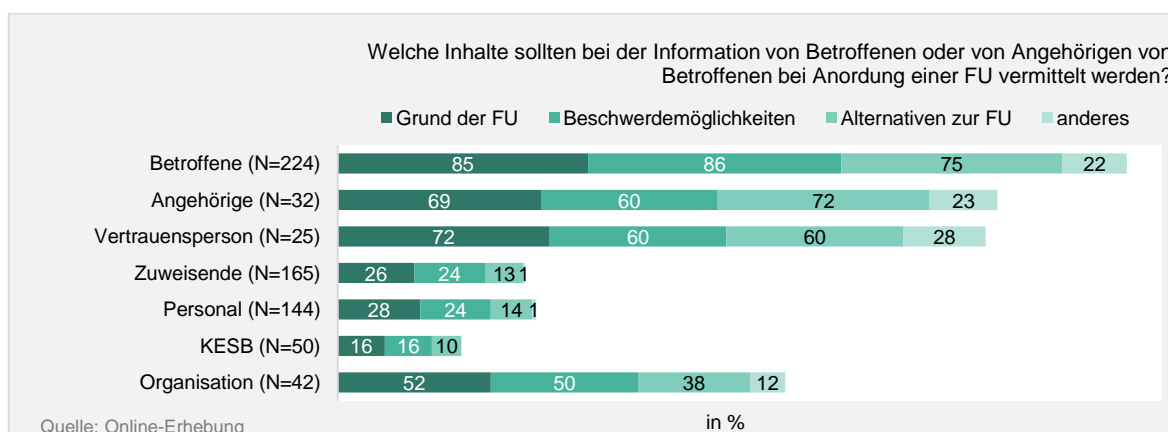
Die Hälfte der Betroffenen, Angehörigen und Vertrauenspersonen in allen Kantonen ausser dem Kanton VD geben an, dass die erhaltenen Informationen verständlich waren. Für einen Viertel waren die Informationen nicht verständlich, der Rest konnte es nicht beurteilen (Abbildung 33).

Abbildung 33: Verständlichkeit der erhaltenen Informationen



In Abbildung 34 ist dargestellt, welche Inhalte bei der FU-Anordnung aus Sicht der Befragten vermittelt werden sollten. Es ist eine deutliche Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen der Betroffenen, Angehörigen resp. Vertrauenspersonen und Fachpersonen beobachtbar. Während sich ein sehr grosser Anteil der Betroffenen Informationen zu den Gründen, Beschwerdemöglichkeiten und Alternativen zur FU wünschen (75-86%), ist nur ein relativ kleiner Anteil von Zuweisenden, Personal und KESB der Meinung, diese Informationen vermitteln zu müssen (10-28%).

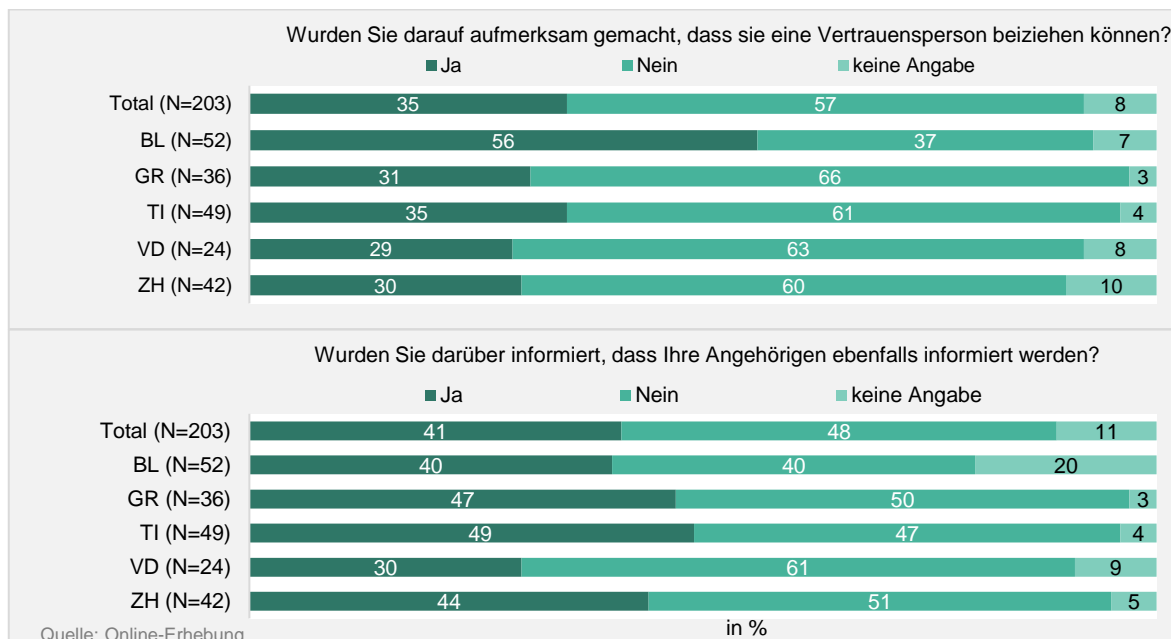
Abbildung 34: Zu vermittelnde Inhalte bei FU Anordnung



3.2.9.2 Information bzgl. Beizug einer Vertrauensperson

Die Frage, ob auf die Möglichkeiten des Beizugs einer Vertrauensperson aufmerksam gemacht worden sei, wird von einem grösseren Anteil Betroffener verneint (57%) als bejaht (35%). Dieses Muster ist in allen Kantonen ausser dem Kanton BL zu finden (Abbildung 35, oben). Hingegen geben ähnlich viele Betroffene an, (nicht) darüber informiert worden zu sein, dass Angehörige ebenfalls informiert werden. Dieses Muster ist in allen Kantonen ausser dem Kanton VD zu finden (Abbildung 35, unten).

Abbildung 35: Information zu Beizug einer Vertrauensperson



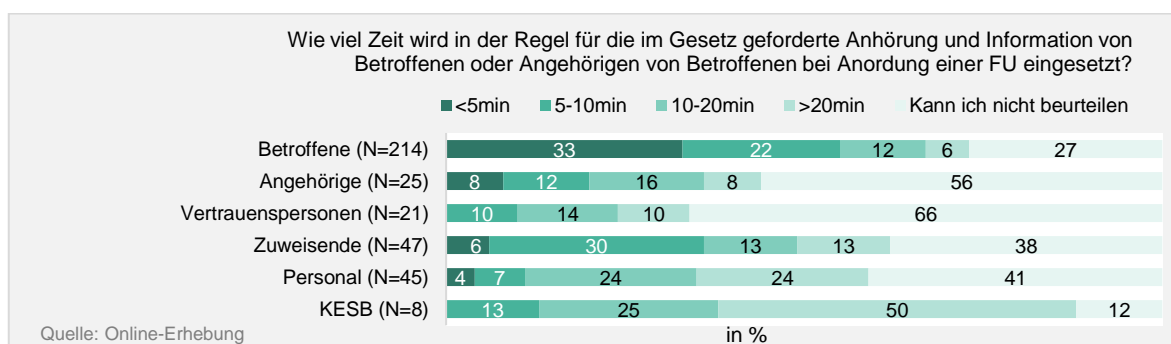
3.2.9.3 Setting der Anhörung

Insgesamt N=167 Personen gaben an, schon einmal an einer Anhörung teilgenommen zu haben. Im Durchschnitt waren nebst der antwortenden Person 4 weitere Personen anwesend. Die Bandbreite erstreckt sich zwischen 0 und 10 weiteren anwesenden Personen.

75% geben an, dass diese Anzahl so stimmig war. 15% gaben an, dass es zu viele Personen waren und 10 gaben an, dass es zu wenige waren.

In Bezug auf die wahrgenommene Dauer der Anhörung und Information gibt Abbildung 36 Auskunft. Man sieht, dass die Betroffenen die eingeräumte Zeit deutlich kürzer einschätzen als die anderen Stakeholder und die KESB deutlich länger.

Abbildung 36: Wahrgenommene Dauer der Anhörung und Information



3.2.9.4 Positive Erfahrungen mit der FU aus Sicht der Betroffenen

Betroffene schildern verschiedene positive Erfahrungen mit der FU: Konkret bietet die FU den Betroffenen *Schutz und Unterstützung*. Sie stellt eine *Entlastung für die Angehörigen* dar. Durch die FU wird das *Durchbrechen bestehender Muster* ermöglicht, *Selbstreflektion* der Betroffenen angeregt und Raum für die Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten geboten. Durch die FU kann *eine positive Veränderung* für die Betroffenen bewirkt werden (Verbesserung der Gesundheitssituation, Überprüfung bestehender Therapien, umfassenderes Betreuungs- und Pflegeangebot). Die beteiligten *Stellen werden als kompetent und einfühlsam* eingeschätzt und eine gute Zusammenarbeit als wichtig

erachtet. Die Abwicklung der FU wird als positiv beurteilt (Schnelligkeit, Dauer, Beurteilung des Gerichts, Kompetenz der involvierten Akteur:innen). Durch die FU haben Betroffene die Möglichkeit, *Kontakte mit anderen Betroffenen zu knüpfen*, in Gesellschaft zu sein, sowie Austausch und gegenseitige Unterstützung zu pflegen. Die *Beziehung zum Klinikpersonal* wird als *sehr gut* eingestuft und Gespräche mit diesem als hilfreich empfunden. Die generelle *Aufenthaltsqualität* (Verpflegung, Sauberkeit, sich willkommen und aufgehoben fühlen, Umgebung) wird als *gut* befunden.

3.2.9.5 Negative Erfahrungen und Optimierungspotenzial aus Sicht verschiedener Stakeholder

Die verschiedenen Stakeholder wurden nach ihren allgemeinen Erfahrungen mit der FU gefragt. Bei (eher) negativen Erfahrungen wurde nach Optimierungspotenzial gefragt. Nachfolgend finden sich die Optimierungsvorschläge der Befragten.

- Betroffene wünschen sich bei eher negativen Erfahrungen folgende Verbesserungen:
 - ausführlichere Informationen (bzgl. Gründen für die FU, möglicher Alternativen zur FU, Ablauf der FU und vorgesehener Massnahmen, Ansprechpersonen, Kosten, Dauer des Aufenthalts, rechtliche Möglichkeiten);
 - besserer Umgang und Art der Kommunikation (menschlicher, persönlicher, mehr Verständnis für individuelle Situationen der Betroffenen aufweisen, zuhören, ehrlich kommunizieren, FU «entdramatisieren», auf Augenhöhe, ruhig, freundlich, positiv),
 - stärkerer Einbezug/Beizug weiterer Personen (ambulante Behandler und Angehörige hinzuziehen, Zweitmeinungen für die Anordnung einer FU einholen),
 - mehr eingeräumte Zeit (Verständnis der Betroffenen sicherstellen, Informationen wiederholen, wenn notwendig nachbesprechen, auf individuelle Situation eingehen),
 - idealeren Zeitpunkt der Information (so wählen, dass Betroffene aufnahmefähig sind), sowie Schriftliche Informationen (gut verständlich, in mehreren Sprachen, Dokumentation des Gesprächs, in grosser Schrift).
- Angehörige wünschen sich bei eher negativen Erfahrungen folgende Verbesserungen:
 - ausführlichere Informationen (bzgl. Diagnose, Medikation, Behandlungsmassnahmen, Heilungsprognose, Regeln, Dauer der FU, Rekurs Möglichkeiten)
 - stärkerer Austausch zwischen allen beteiligten Stellen
 - rasche und frühzeitige Information
 - Alternativen zur FU aufzeigen
 - offenere Kommunikation
 - Anlaufstelle für Fragen bekannt geben
 - wichtige Informationen in schriftlicher Verfügbarkeit
- Vertrauenspersonen: wünschen sich bei eher negativen Erfahrungen folgende Verbesserungen:
 - Beizug von Angehörigen (möglichst vor der Anordnung der FU, spätestens bei der Einlieferung)
 - ausführlichere Informationen für die Betroffenen (Gründe für die FU, Notwendigkeit)
 - Information über die Rechte der Vertrauenspersonen
 - freundlicherer Umgang mit den Betroffenen
- (Betroffene-)Organisationen wünschen sich bei eher negativer Erfahrung folgende Verbesserungen:
 - Aufklärung über Rechte der Vertrauenspersonen
 - Kommunikation

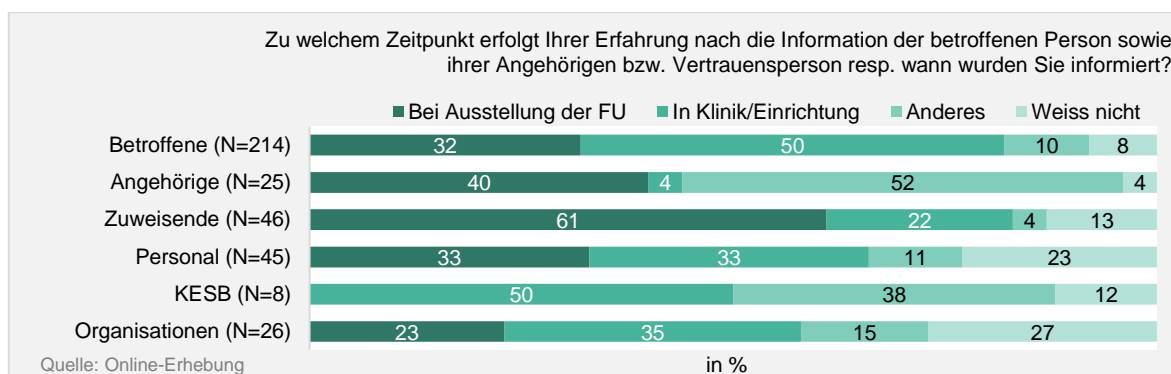
3.2.9.6 Zeitpunkt der Information

In Bezug auf den Zeitpunkt der Information gibt die Mehrheit der Betroffenen an, in der Klinik informiert worden zu sein. Gemäss Zuweisenden erfolgt die Information der Betroffenen resp. ihrer Angehörigen oder Vertrauensperson vorwiegend bei Anordnung der FU, seltener in der Einrichtung selbst. Gemäss Personal findet die Information ähnlich häufig bei Ausstellung der FU resp. in der Einrichtung statt. Aus Sicht von KESB und Organisationen wird häufiger in der Einrichtung informiert als bei Anordnung der FU. Einige können die Frage nicht beantworten (Abbildung 37).

Unter anderem wurden selten anderweitige Zeitpunkte genannt, sondern allgemeine Kommentare angebracht. Als anderweitige Zeitpunkte können jedoch folgende identifiziert werden, wobei diese mehrfach genannt wurden

- Durch die Polizei
- Bei der Verhaftung
- Ausschliesslich auf Bitte / Anfrage während des Aufenthalts
- Im Nachhinein, einige Tage nach der Anordnung der FU
- Vor der Anordnung der FU
- Gar nicht

Abbildung 37: Zeitpunkt der Information



3.2.9.7 Umsetzung der ZGB-Vorgabe bzgl. Anhörung und Information

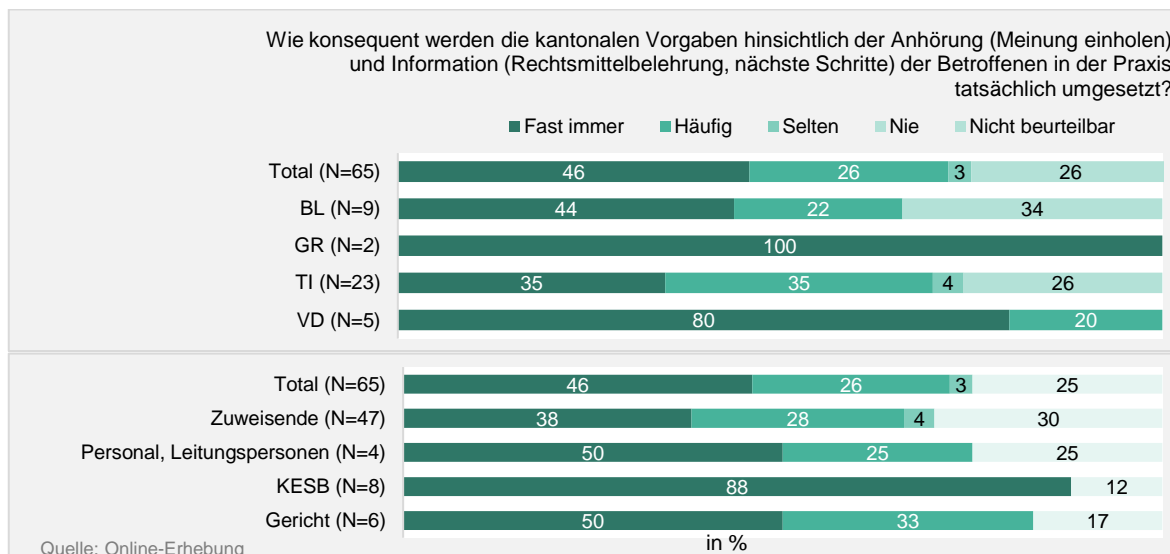
Gemäss KESB hat sich die ZGB-Vorgabe⁹⁷, dass bei der KESB die Anhörung in der Regel im Kollegium stattzufinden hat, für 38% der N=8 teilnehmenden KESB Vertretenden bewährt. Für 50% hat sich die Vorgabe nicht bewährt, 12% wissen es nicht (ohne Abbildung).

Über alle Stakeholder hinweg geben drei Viertel an, die jeweiligen kantonalen⁹⁸ Vorgaben bzgl. Anhörung und Information der Betroffenen fast immer oder häufig konsequent umzusetzen. Ein Viertel kann die Frage nicht beurteilen. Die Einschätzung der konsequenten Umsetzung variiert je nach Stakeholdergruppe geringfügig. Mehr KESB und Gericht Vertretende als Zuweisende geben an, dass die Umsetzung fast immer/häufig konsequent umgesetzt wird. Das allgemeine Muster, dass die Vorgaben nur selten umgesetzt werden, ist auch in den Kantonen zu beobachten (Abbildung 38).

⁹⁷ Die Bestimmung, wonach ein Kollegium die betroffene Person anzuhören hat, ist an die KESB gerichtet (Art. 447 ZGB) sowie an die gerichtliche Beschwerdeinstanz (Art. 450e Abs. 4 ZGB), nicht aber an andere Zuweisende oder an die Ärzteschaft in den Kliniken.

⁹⁸ Hinweis: Es ist darauf zu verweisen, dass die Vorgaben bundesrechtlich geregelt sind. In der vorliegenden Frage wurde jedoch nach kantonalen Vorgaben gefragt.

Abbildung 38: Umsetzung der kantonalen Vorgaben zu Anhörung und Information



3.2.9.8 Einschätzung des Austrittsgesprächs aus Sicht Betroffener

Die Betroffenen wurden nach ihrer subjektiven Einschätzung des Austrittsgesprächs gefragt. Sie beurteilen dieses sehr unterschiedlich – von positiv (ca. 25%), ambivalent (ca. 30%) bis negativ (45%):

In Zusammenhang mit einer *positiven Beurteilung* des Austrittsgesprächs wurden genannt:

- **Gesamteindruck:** Das Gespräch wird als angenehm, zufriedenstellend und hilfreich beurteilt, ohne dass weitere Begründungen oder Ausführungen zu dieser Einschätzung abgegeben werden.
- **Informationsgehalt und Nutzen:** Das Austrittsgespräch wird als hilfreich, relevant und informativ beurteilt.
- **Gesprächsführung:** Die am Gespräch anwesenden Personen werden als kompetent und freundlich wahrgenommen.
- **Klinikaufenthalt:** Das Austrittsgespräch wird positiv bewertet, weil es das Ende des Klinikaufenthalts markiert.

In Zusammenhang mit *einer negativen Beurteilung* des Austrittsgesprächs wurden genannt:

- **Gesamteindruck:** Gespräch wird als nutzlos empfunden, ohne dass weitere Begründungen oder Ausführungen dazu abgegeben werden.
- **Informationsgehalt und Nutzen:** Gespräch wird als wenig hilfreich, teilweise zu kurz beurteilt und als Pflicht- resp. Routineaspekt gesehen («keine ernstgemeinte Durchführung»).
- **Informationen nach dem Austritt:** Die am Gespräch vermittelten Informationen zur weiteren Behandlung und Betreuung werden als unzureichend bewertet (z.B. werden Informationen zu ambulanter Behandlung oder FU gewünscht).
- **Gesprächsführung:** Gesprächsführende Person wird als negativ bewertet (zu wenig Kenntnis der Patientin / des Patienten, Patient:in fühlt sich nicht wohl in der Anwesenheit der gesprächsführenden Person, ihr Verhalten wird kritisiert).
- **Emotionale Komponente:** Das Gespräch löst negative Gefühle aus (wirkt verstörend, wird als Belästigung empfunden, Patient:in fühlt sich unverstanden).
- **Klinikaufenthalt:** Ausschlaggebend für die negative Bewertung des Austrittsgesprächs ist eine Unzufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt, dem Austrittszeitpunkt und/oder den weiteren, verordneten Massnahmen.

Bei Vorliegen einer *ambivalenten* (weder vollständig positiven noch vollständig negativen) Beurteilung des Austrittsgesprächs wurden genannt:

- Gesamteindruck: Das Austrittsgespräch wird als in Ordnung, sachlich, kurz oder mittelmässig beurteilt.
- Informationsgehalt: Das Gespräch an sich wird als angenehm empfunden, jedoch wurden nicht alle Erwartungen erfüllt und der Informationsgehalt (insb. bezüglich der weiteren Behandlung und Betreuung) als unzureichend empfunden und/oder Informationen wurden erst auf Nachfrage der Patientin / des Patienten vermittelt.
- Individueller Gemütszustand: Betroffene fühlen sich aufgrund von Schmerzen oder einer negativen Gefühlslage unwohl, auch wenn Gespräch und Gesprächsführung als positiv bewertet werden.

3.2.10 Vertrauenspersonen

Wie werden Vertrauenspersonen und gesetzliche Vertretungen in den fünf Kantonen genutzt und wahrgenommen?

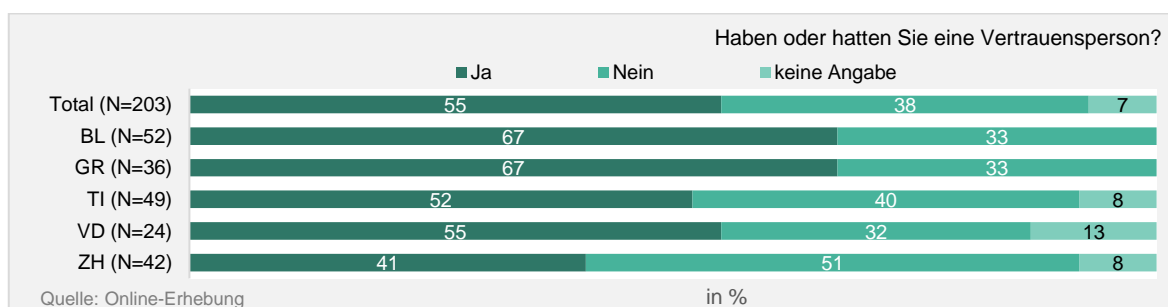
3.2.10.1 Beizug von nahestehenden Personen / Vertrauenspersonen

Wie in Abbildung 39 zu sehen ist, ist der Anteil der befragten Betroffenen mit einer Vertrauensperson grösser (55%) als der Anteil Betroffener ohne Vertrauensperson (38%). Der Anteil Betroffener mit Vertrauensperson ist in den Kantonen BL und GR deutlich grösser (67%) als im Kanton ZH (41%).

Personen, die keine Vertrauensperson haben oder hatten, geben folgende Gründe an:

- Keine Information diesbezüglich erhalten (sehr häufige Nennung)
- Diesbezügliche Rechte sind nicht bekannt (mehrfache Nennung)
- Kein Bedürfnis danach gehabt, nicht gewollt (mehrfache Nennung)
- Keine passende Person im (familiären) Umfeld gekannt (mehrfache Nennung)
- Das Umfeld sollte nicht damit belastet werden (seltene Nennung)

Abbildung 39: Häufigkeit Beizug Vertrauensperson



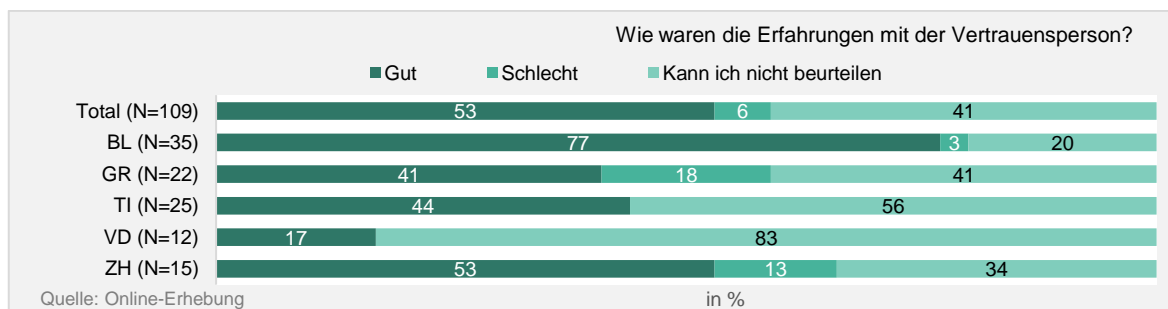
Die Erfahrungen mit Vertrauenspersonen sind insgesamt deutlich häufiger gut (53%) als schlecht (6%). Ein Grossteil kann es nicht beurteilen (befragt wurden nur Personen, welche angegeben haben, eine Vertrauensperson gehabt zu haben). Das Muster ist in allen Kantonen vergleichbar. Der Anteil Personen, die die Frage nicht beantworten können, variiert sehr stark. Folgende Gründe werden für *gute Erfahrungen mit Vertrauenspersonen* abgegeben:

- Wahrgenommene Unterstützung (alles erzählen können, es wird geholfen, finanzielle Angelegenheiten werden geregelt)
- Vertrauensverhältnis
- Gute Kenntnis der Betroffenen (Persönlichkeit)
- Art des Umgangs (freundlich, empathisch, wertschätzend, geduldig)
- Fachwissen der Vertrauensperson

Folgende Gründe werden für *schlechte Erfahrungen mit Vertrauenspersonen* abgegeben:

- Vertrauensmissbrauch
- Unprofessionalität der Vertrauensperson
- Bevormundendes Verhalten der Vertrauensperson

Abbildung 40: Erfahrungen mit Vertrauenspersonen



Nachfolgende Tabelle zeigt, welche Aufgaben die Vertrauenspersonen bei einer FU übernommen haben. Es sind Antworten der Betroffenen, Angehörigen und der Vertrauenspersonen dargestellt.

Tabelle 20: Aufgaben der Vertrauenspersonen

Welche Aufgaben hat Ihre Vertrauensperson übernommen?	
Betroffene	<p>Folgende Aufgaben haben die Vertrauenspersonen aus Sicht der Betroffenen übernommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Generelle Unterstützung und Begleitung (emotionale Stütze, gute Gespräche, Rat geben, Unterstützung bei Entscheidungen, Struktur geben, Erklärung von medizinischen Informationen) ▪ Administration (Buchhaltung, Finanzen, Termine, Post, Ausfüllen von Formularen) ▪ Unterstützung im Alltag (Unterstützung bei der Körperpflege, Sport, Einkaufen, Aufräumen, Fahrdienst, Hilfe bei der Suche nach einer neuen Unterkunft, sich um Haustiere kümmern) ▪ Zusammenarbeit und Kommunikation mit weiteren involvierten Stellen und Personen (Teilnahme an Standortgesprächen, Ansprechperson für Klinikpersonal oder betreutes Wohnen) ▪ Unterstützung in rechtlichen Fragen (Berufungsprozesse, Beschwerdemöglichkeiten) ▪ Erleichterung von Klinikaufhalten (Kleider und weitere persönliche Sachen mitbringen, regelmässige Besuche oder Telefonate) ▪ Vertretung der Interessen der Betroffenen ▪ Beistandschaft
Welche Aufgaben haben Sie als Vertrauensperson übernommen?	
Angehörige (nicht in der Rolle als Vertrauensperson)	<p>Folgende Aufgaben haben Angehörige in ihrer Rolle als Vertrauensperson aus eigener Sicht übernommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Generelle Unterstützung (emotionale Unterstützung, als angehörige Person da sein für Betroffene, Freundschaft) ▪ Zusammenarbeit und Kommunikation mit weiteren involvierten Stellen und Personen (Ansprechperson für Klinikpersonal und weitere Angehörige während Klinikaufenthalt, Teilnahme an Gesprächen) ▪ Betreuung der Kinder der Betroffenen ▪ Wohnbegleitung ▪ Administration ▪ Beistandschaft ▪ Sprecher:in der Patient:innen
Vertrauenspersonen (nicht Angehörige)	<p>Folgende Aufgaben haben Vertrauenspersonen aus eigener Sicht übernommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Generelle Unterstützung (Zuhören, Interesse am Mensch zeigen, Betroffene beruhigen)

Welche Aufgaben hat Ihre Vertrauensperson übernommen?	
Betroffene	
▪	Aufklärung (Betroffene über Rechte aufklären, Situationen und Gesprächsinhalte verständlich erklären)
▪	Unterstützung beim Klinikaufenthalt (Hilfe beim Packen, Besuche, Durchsetzung von Wünschen und Anliegen der Betroffenen)
▪	Unterstützung im Alltag (Einkäufe, Korrespondenzen, Freizeitgestaltung)
▪	Unterstützung in behördlichen und rechtlichen Angelegenheiten (Begleitung zu Behörden- und Gerichtsterminen, Hilfestellung bei behördlichen Eingaben)
▪	Administration (Finanzen, Koordination)
▪	Teilnahme an Gesprächen
▪	Unterstützung und Ansprechperson für Angehörige sein
▪	Aufbau einer Vertrauensbeziehung mit den Betroffenen

Gemäss Art. 432 ZGB kann jede Person, die in einer Einrichtung untergebracht ist, eine nahestehende Person oder Vertrauensperson beiziehen. Abbildung 41 zeigt, dass aus Sicht der Betroffenen insgesamt ähnlich häufig darüber informiert (43%) resp. nicht informiert (46%) wird.

Abbildung 41: Information bzgl. Beizug von Vertrauenspersonen

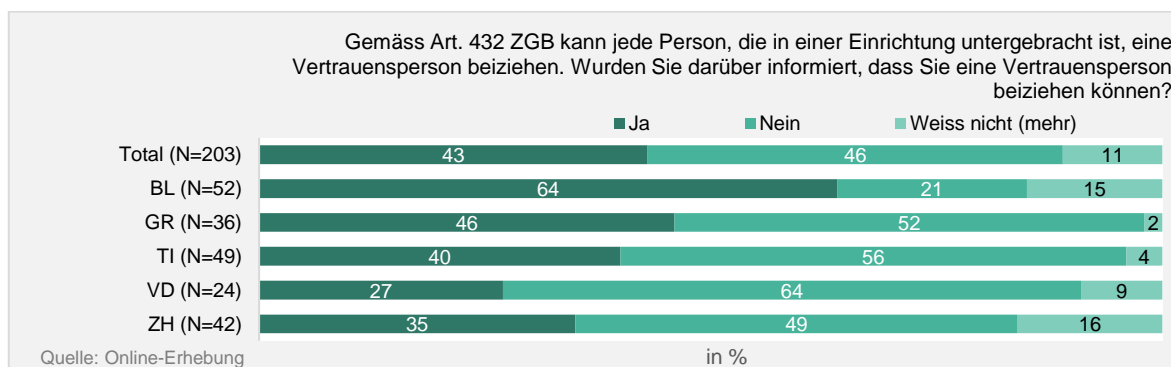
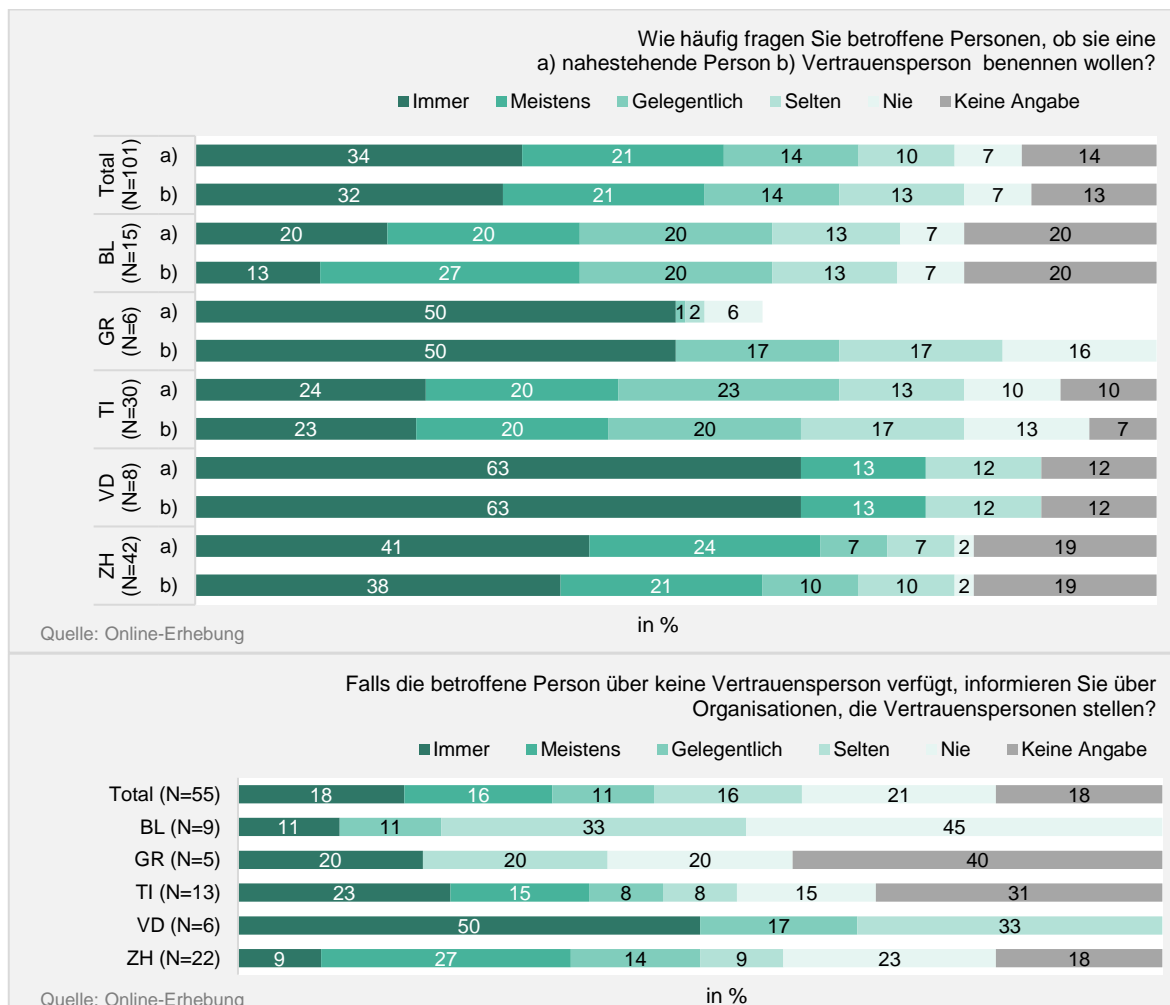


Abbildung 42 zeigt, inwiefern gemäss den Stakeholdern Betroffene diesbezüglich befragt werden. Man sieht, dass insgesamt die Hälfte angibt, dass dies immer resp. meistens umgesetzt wird. 17% geben an, dass dies selten oder nie umgesetzt wird. Es sind kantonale Unterschiede zu erkennen, man beachte aber die unterschiedliche Stichprobengrösse. In den Kantonen VD und ZH scheint häufiger als in den anderen Kantonen immer oder meistens danach gefragt zu werden, ob eine nahestehende Person / Vertrauensperson benannt werden soll.

Wenn Betroffene über keine Vertrauensperson verfügen, informiert rund ein Drittel der Teilnehmenden immer/meistens über Organisationen, welche Vertrauenspersonen zur Verfügung stellen. In den Kantonen VD, TI und ZH wird dies prozentual am häufigsten gemacht, prozentual am wenigsten tun dies die Kantone BL und GR (Abbildung 42).

Abbildung 42: Frage nach Benennung nahestehender Person / Vertrauensperson



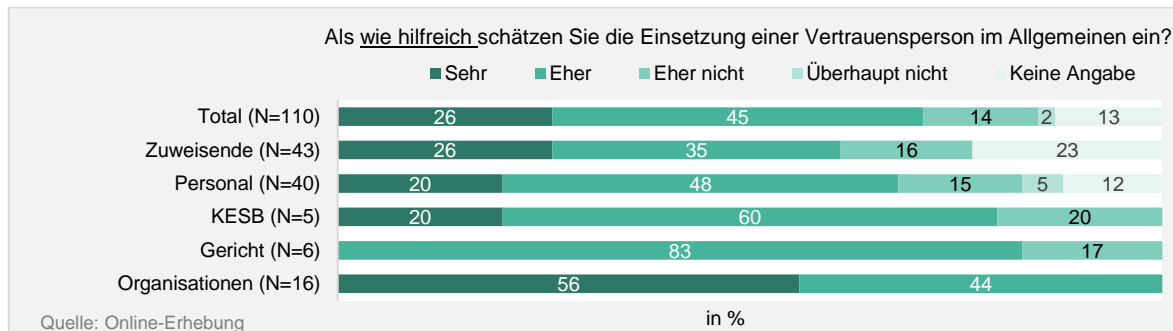
Nachfolgend ist beschrieben, wie die verschiedenen Stakeholder vorgehen, wenn Betroffene keine Vertrauensperson bezeichnen möchten oder können. Es handelt sich um abstrahierte zusammenfassende Erläuterungen, welche mehrheitlich Einzelmeinungen darstellen.

- Entscheid wird akzeptiert, respektiert
- Entscheid wird offen gelassen und vertagt
- Abgabe von Informationen zu Rechten der Betroffenen und Nützlichkeit von Vertrauenspersonen
- Unterstützung innerhalb der Einrichtung
- Einbezug von Dritten (Angehörigen, Beistand, KESB, Therapeut:innen,
- Vorgehen ist nicht bekannt, es wird nichts unternommen
- Ad Interim Übernahme der Rolle einer Vertrauensperson durch medizinische Direktion.

Nützlichkeit des Einsatzes von Vertrauenspersonen

Abbildung 43 zeigt, wie hilfreich der Einsatz von Vertrauenspersonen eingeschätzt wird. Über alle Stakeholder hinweg wird der Einsatz grossmehrheitlich (71%) als sehr oder eher hilfreich eingeschätzt. 16% erachtet den Einsatz als eher oder überhaupt nicht hilfreich. Die Einschätzung der Stakeholder unterscheidet sich nur geringfügig. Der Einsatz von Vertrauenspersonen wird am stärksten von (Betroffenen-)Organisationen, KESB und Gericht als hilfreich beurteilt.

Abbildung 43: Nützlichkeit Einsatz Vertrauensperson



Wie in Abbildung 44 zu sehen ist, unterscheiden sich die Erfahrungen mit Vertrauenspersonen je nach Stakeholdergruppe. Insgesamt geben 53% an, (sehr/eher) gute Erfahrungen gemacht zu haben. Nur eine Minderheit (7%) gibt an, (eher/gar) nicht gute Erfahrungen gemacht zu haben. Zu beachten ist auch der relativ grosse Anteil, der die Frage nicht beurteilen kann.

Abbildung 44: Erfahrungen mit Vertrauenspersonen

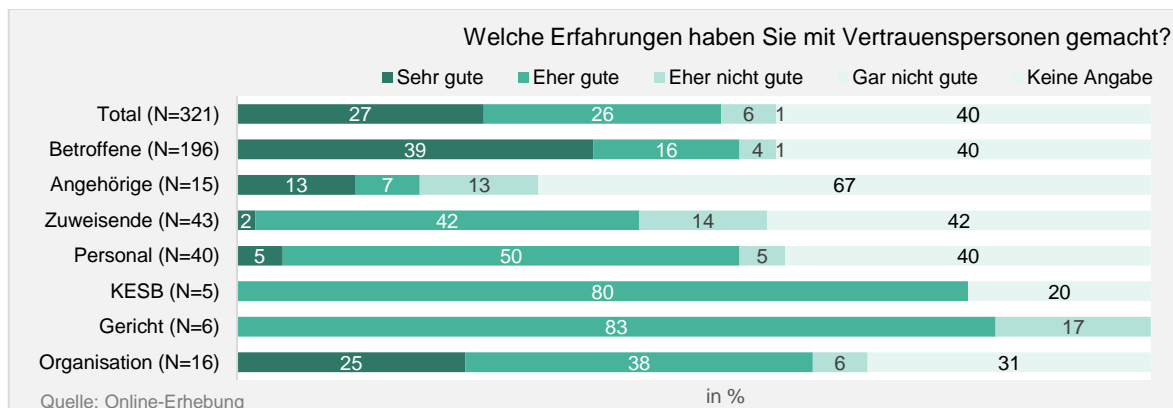
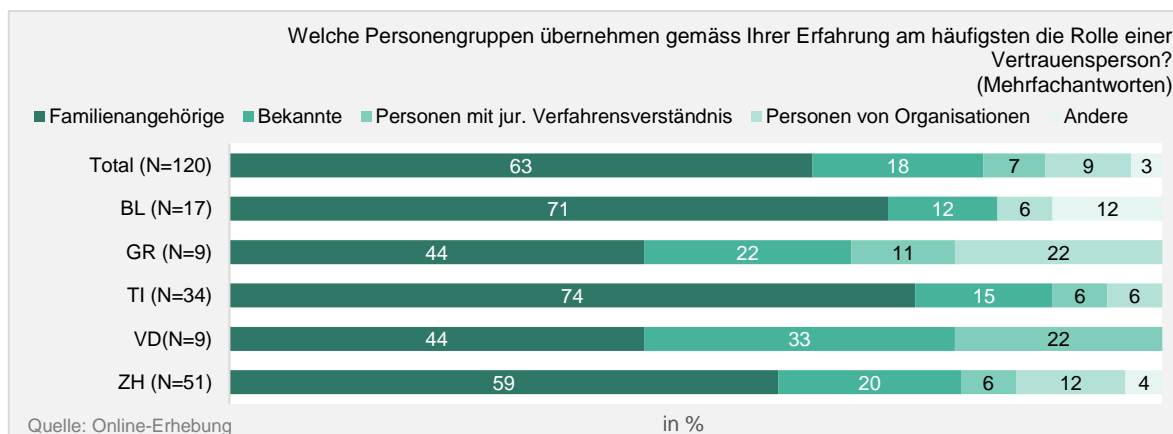


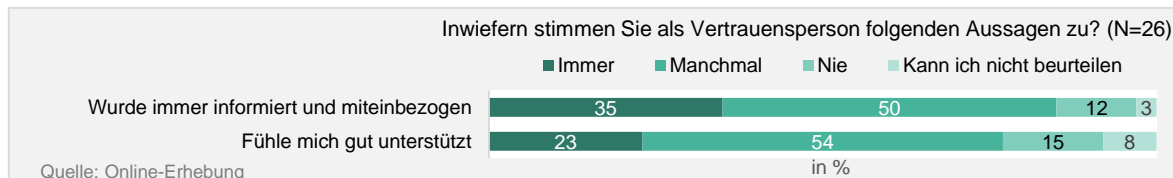
Abbildung 45 zeigt, wer am häufigsten die Rolle der Vertrauensperson übernimmt. Über alle Kantone hinweg sind dies aus Sicht der Befragten am häufigsten Familienangehörige, gefolgt von Bekannten, nur selten sind es Personen mit einem juristischen Verfahrensverständnis oder Organisationsvertreter. Dieses Muster ist in allen Kantonen zu beobachten. Unter anderem wird genannt (jeweils Einzelnennungen): Freiwillige, KESB, Psychiater, Peers (Expert:innen durch Erfahrung), Seelsorger. Ein Grossteil der Befragten gibt unter anderem an, dies nicht beurteilen zu können.

Abbildung 45: Rollenbesetzung der Vertrauenspersonen



Wie in Abbildung 46 zu sehen, gibt nur ein kleiner Anteil der Vertrauenspersonen an, nie informiert resp. miteinbezogen oder nie unterstützt worden zu sein.

Abbildung 46: Miteinbezug und erhaltene Unterstützung der Vertrauenspersonen



In Tabelle 21 ist dargestellt, welche Rollen den Vertrauenspersonen aus Sicht der Stakeholder zukommt. Aufgrund der teilweise kleinen Stichprobengrößen sind die absoluten Zahlen angegeben. Am deutlich häufigsten wird die «Unterstützung der Betroffenen» und die «Vermittlung zwischen Betroffenen und dem Behandlungsteam» genannt. Bei den anderen möglichen Rollen gibt es unterschiedliche Haltungen.

Tabelle 21: Rolle der Vertrauenspersonen

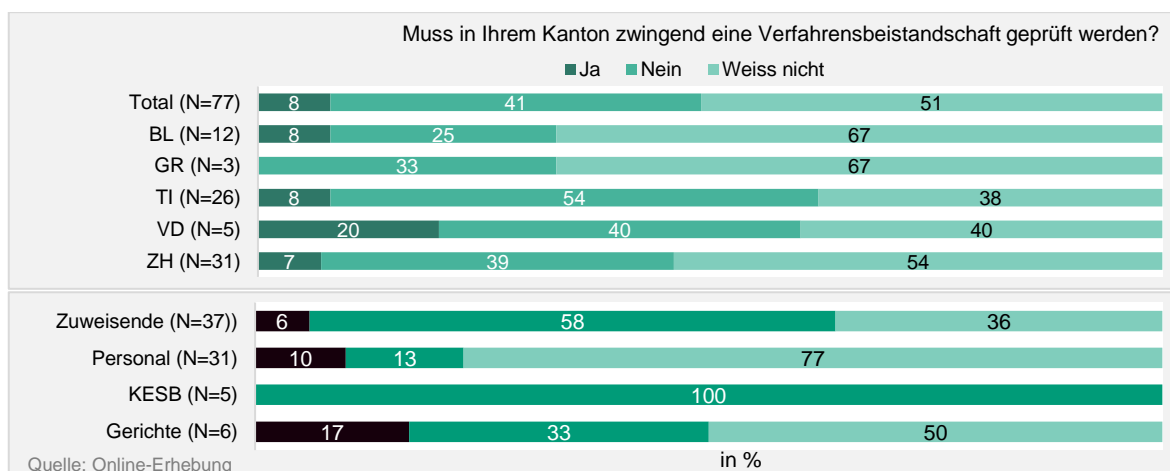
Welche der folgenden Aspekte gehören aus Ihrer Sicht zur Rolle einer Vertrauensperson?								
Beurteilung	Betroffene (N=195)	Angehörige (N=13)	Vertrauensperson (N=13)	Zuweisende (N=36)	Personal (N=32)	KESB (N=5)	Gericht (N=6)	Organisation (N=14)
Unterstützung der Betroffenen								
sehr	163	9	11	27	24	3	1	6
eher ja	25	3	2	6	6	1	4	7
eher nicht	2	0	0	0	0	0	1	0
überhaupt nicht	0	0	0	0	0	0	0	0
keine Angabe	5	1	0	3	2	1	0	1
Vermittlung zwischen Betroffenen und dem Behandlungsteam								
sehr	103	8	8	17	17	1	1	6
eher ja	56	3	5	14	8	2	5	6
eher nicht	21	1	0	1	4	1	0	1
überhaupt nicht	11	0	0	1	1	0	0	0
keine Angabe	4	1	0	3	2	1	0	1
Funktion einer Beistandschaft								
sehr	70	1	3	5	5	1	0	2
eher ja	39	8	5	8	15	0	4	4
eher nicht	36	1	3	13	6	2	1	3
überhaupt nicht	33	1	2	7	3	1	1	3
keine Angabe	17	2	0	3	3	1	0	2
Juristische Kenntnisse								
sehr	72	3	2	3	5	0	0	1
eher ja	52	5	4	8	9	1	2	2
eher nicht	35	4	5	16	11	3	4	6
überhaupt nicht	26	0	1	6	3	0	0	3

Welche der folgenden Aspekte gehören aus Ihrer Sicht zur Rolle einer Vertrauensperson?								
Beurteilung	Betroffene (N=195)	Angehörige (N=13)	Vertrauensperson (N=13)	Zuweisende (N=36)	Personal (N=32)	KESB (N=5)	Gericht (N=6)	Organisation (N=14)
keine Angabe	10	1	1	3	3	1	0	2
Unterstützung für Behandlungsteam								
sehr	63	3	4	7	5	1	0	3
eher ja	46	5	4	10	14	1	3	4
eher nicht	35	4	2	11	7	2	2	4
überhaupt nicht	41	0	1	4	2	0	0	1
keine Angabe	10	1	2	4	3	1	1	2

3.2.11 Verfahrensbeistandschaft

Abbildung 47 stellt das Wissen über die kantonale Prüfung der Verfahrensbeistandschaft dar. Man sieht, dass dies insgesamt die Hälfte der Teilnehmenden nicht weiss. Das Personal macht die grösste Gruppe aus, die dies nicht beantworten kann. Auch beim Gericht kann die Hälfte der Teilnehmenden keine Auskunft geben. Man beachte jedoch die teilweise sehr kleine Stichprobe.

Abbildung 47: Prüfung Verfahrensbeistandschaft



In Abbildung 48 ist zu sehen, inwiefern eine zwingende Anordnung einer Verfahrensbeistandschaft als notwendig eingeschätzt wird. Insgesamt sagen nur 7% der Befragten, dass diese notwendig ist. Allerdings ist im Kanton VD die Zustimmung etwas grösser. Allerdings sind die kleinen Stichprobengrössen zu beachten. Über alle Kantone hinweg meint knapp die Hälfte, dass diese nicht notwendig ist. Ein Grossteil kann dazu keine Angabe machen.

Abbildung 48: Notwendigkeit Verfahrensbeistandschaft

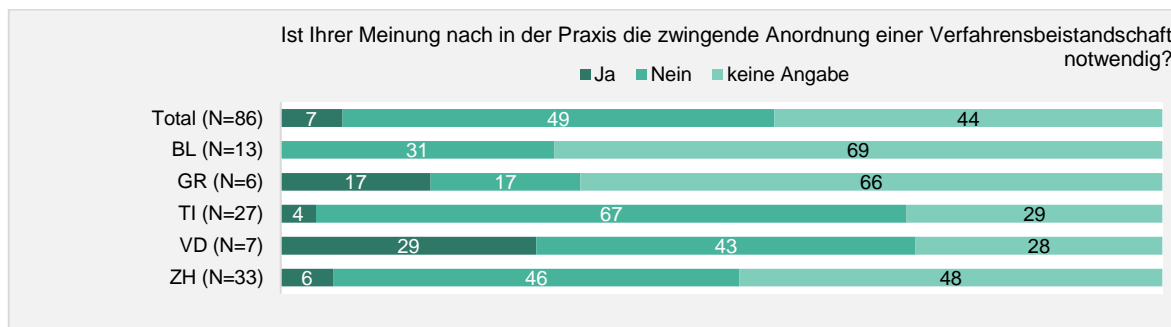
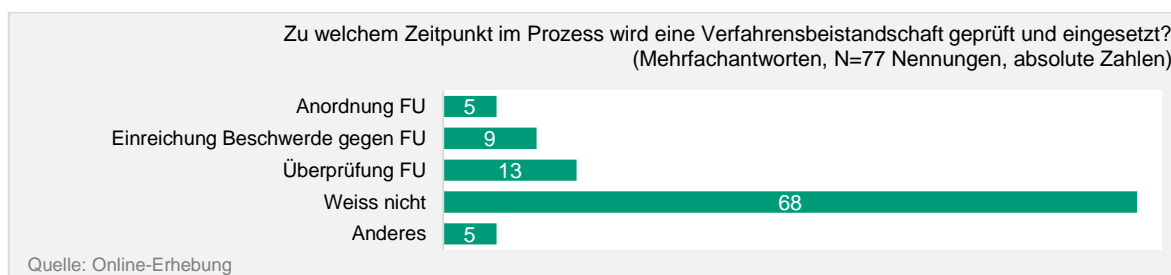
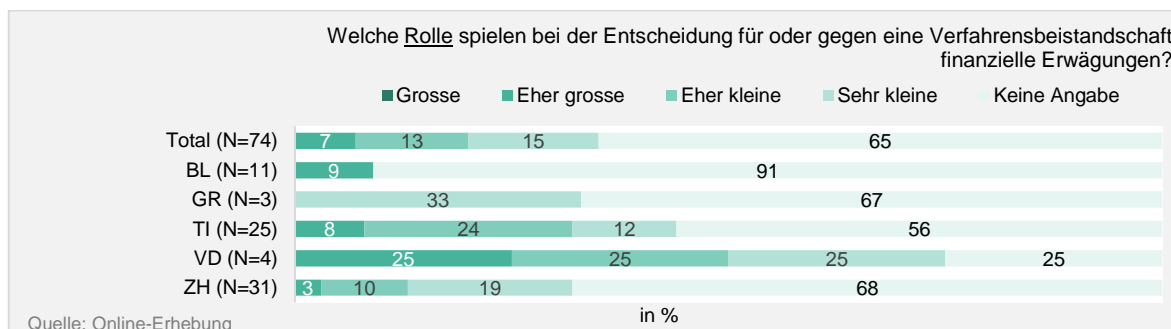


Abbildung 49: Prüfung und Einsetzung Verfahrensbeistandschaft



Über die Rolle finanzieller Erwägungen bei der Entscheidung für oder gegen eine Verfahrensbeistandschaft gibt Abbildung 50 Auskunft. Man sieht, dass über alle Kantone hinweg finanzielle Überlegungen tendenziell eine eher kleine bis sehr kleine Rolle spielen (28%). Lediglich 7% geben an, dass Finanzen eher eine grosse Rolle spielen und dies am ehesten im Kanton VD. Zwei Drittel können die Frage nicht beantworten.

Abbildung 50: Rolle finanzieller Erwägungen bei Verfahrensbeistandschaft



3.2.12 Zwangsbehandlung / Medizinische Massnahmen ohne Zustimmung

Wie und anhand welcher Kriterien erfolgt die Anwendung von Zwangsmassnahmen (Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Zwangsbehandlung) in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?

In Bezug auf die Existenz von Standards zum Vorgehen bei medizinischen Massnahmen ohne Zustimmung (MMoZ) ist in Abbildung 51 zu sehen, dass über alle Kantone hinweg 70% der Befragten die Existenz bejahen. Etwa ein Drittel hat keine diesbezügliche Kenntnis. Dort wo Standards bestehen, können sie gemäss den N=21 Antwortenden im klinischen Alltag immer konsequent (52%) oder meistens konsequent (48%) berücksichtigt werden (keine Abbildung).⁹⁹

⁹⁹ Weitere Antwortmöglichkeiten waren: Manchmal, selten, nie, wobei diese nicht angewählt wurden.

Abbildung 51: Medizinischen Massnahmen ohne Zustimmung (MMoZ) in der Praxis

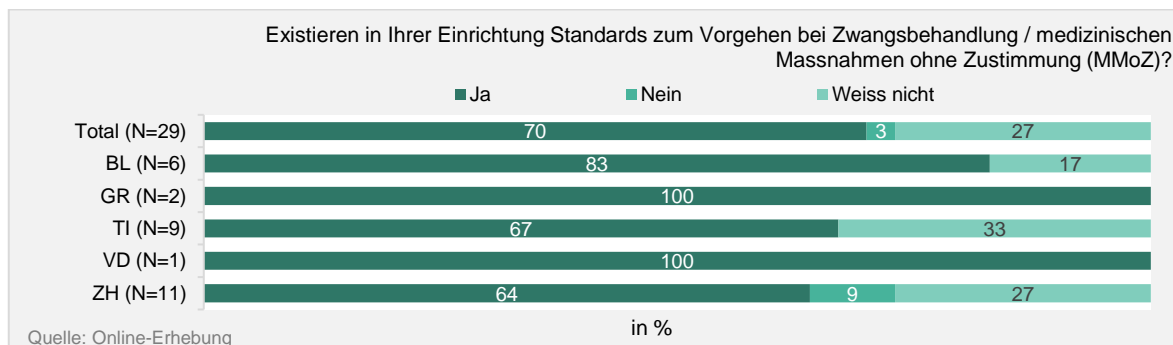
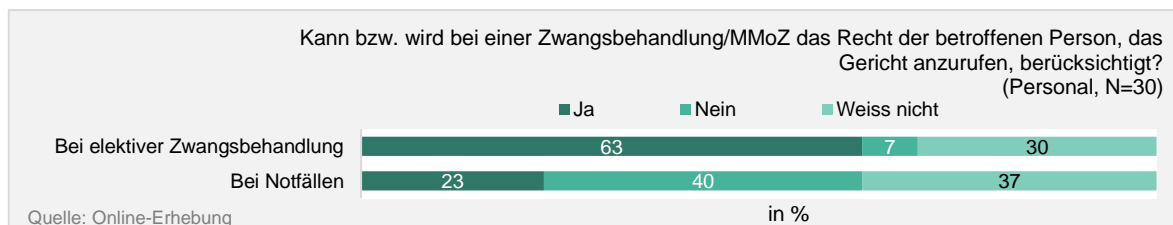


Abbildung 52 informiert darüber, inwiefern bei Zwangsbehandlungen das Recht der Betroffenen, das Gericht anzurufen, berücksichtigt wird. Man sieht, dass bei elektiven Zwangsbehandlungen gemäss dem befragten Personal dieses Recht deutlich häufiger (63%) berücksichtigt wird als bei Notfällen (23%). Ein erheblicher Anteil kann die Frage nicht beantworten. Die Berücksichtigung erfolgt auf verschiedene Arten:

- Mündliche Aufklärung / Information (durch Pflege) bzgl. Rekursmöglichkeiten, Beschwerdemöglichkeiten
- Schriftliche Information zu Beschwerdemöglichkeiten
- Rekursmöglichkeit bei juristischer Kommission
- Angebot der Möglichkeit, mit dem Gericht zu telefonieren
- Allgemein Rechtsbelehrung.

Abbildung 52: Anruf Gericht bei MMoZ



3.2.12.1 Einbezug der Chefärzt:innen bei elektiven Zwangsbehandlungen

In Bezug auf den Einbezug der Chefärzt:innen bei elektiven Zwangsbehandlungen nach Art. 434 ZGB gibt 54% des teilnehmenden Personals (N=30) an, dass die Chefärzt:innen einbezogen werden (39%: immer; 4% meistens, 11% teilweise). 46% geben an, dass Chefärzt:innen nicht einbezogen werden (7%: fast nie, 39% nie). Somit ist deren Rolle nicht eindeutig geklärt.

Als Argumente *für* den sofortigen Beginn einer Zwangsbehandlung/MMoZ ohne Abwarten der 10-Tages-Frist werden genannt:

- Bei massiver oder gefährlicher Selbst-/Fremdgefährdung (Mehrfachnennung)
- Bei schwerem Krankheitsverlauf
- Bei Risiko aggressiven Verhaltens ohne Medikation
- Bei Dringlichkeit eines Behandlungsbeginns
- In Notfallsituationen generell.

Als Argumente *gegen* den sofortigen Beginn einer Zwangsbehandlung/MMoZ werden genannt:

- Bei Reizabschirmung gibt es evtl. Besserung ohne Medikation
- Ausnutzung der Beschwerdemöglichkeit ermöglicht Betroffenen, doch noch freiwillig der Medikation zuzustimmen
- Wahrung der Rechte der Patient:innen

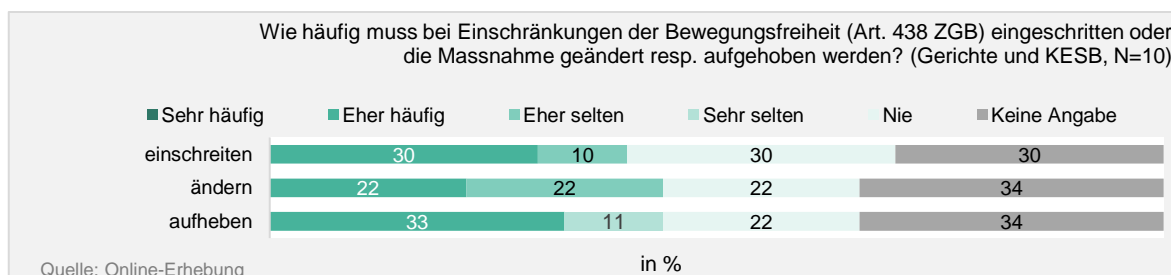
- Zu einschneidender Eingriff
- Bei schlechtem Zustand der Patient:innen
- Bei Verweigerung der Behandlung und Therapie
- Bei Vorliegen einer Verfügung mit Wunsch nach Alternative zu Medikamenten.

3.2.13 Einschränkung der Bewegungsfreiheit

Abbildung 53 gibt an, welche Erfordernisse bei Einschränkungen der Bewegungsfreiheit vorkommen. Befragt wurden Vertretende der Gerichte und der KESB. Die kleine Stichprobengrösse gilt es zu beachten, weshalb die Ergebnisse nur ein Stimmungsbild, nicht aber generalisierbare Aussagen darstellen.

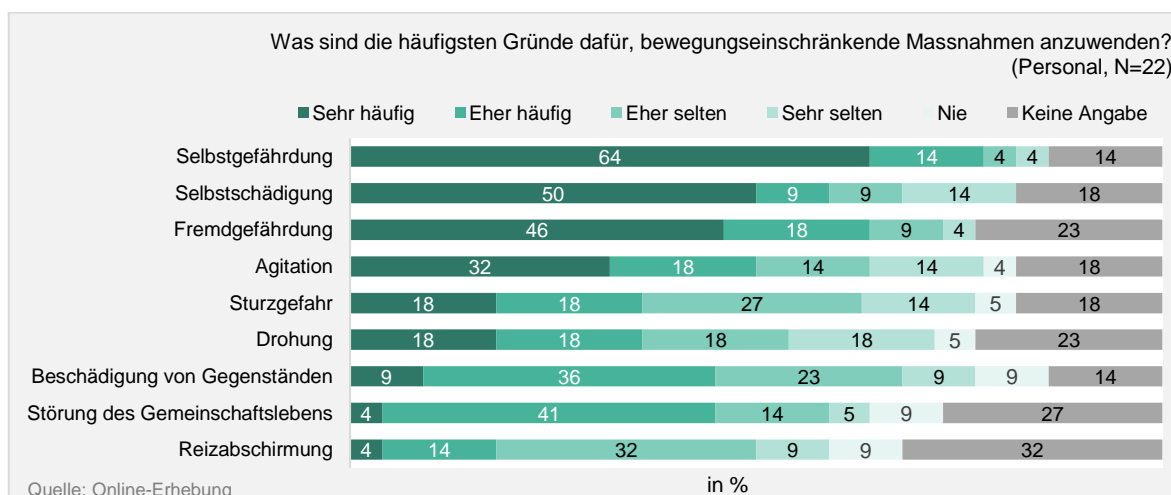
Man sieht, dass 40% angeben, dass eher selten bis nie *eingeschritten* werden muss. 30% sagen, dass dies eher häufig notwendig ist. Ein ähnliches Muster ist bzgl. *Massnahmenänderung* zu sehen: 44% sagen, dass Änderungen selten bis nie vorkommen, 33% sagen, Änderungen seien eher häufig. Bezüglich der *Massnahmenaufhebung* sagen ähnlich viele, dass dies eher häufig (33%) resp. sehr selten bis nie (33%) vorkomme. Jeweils ein Drittel kann die Frage nicht beantworten.

Abbildung 53: Einschränkungen der Bewegungsfreiheit



Über die Gründe für den Einsatz bewegungseinschränkender Massnahmen aus Sicht des Personals gibt Abbildung 54 Auskunft. Die Antwortkategorien waren vorgegeben. Am häufigsten wird Selbstgefährdung als sehr/eher häufiger (78%) Grund angegeben, gefolgt von Fremdgefährdung (64%) und Selbstschädigung (59%). Ein eher seltener Grund ist Reizabschirmung (28%).

Abbildung 54: Gründe für bewegungseinschränkende Massnahmen



3.2.13.1 Anwendung der bewegungseinschränkenden Massnahmen

Die Mehrheit des Personals (N=22) gibt an, dass Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit sowohl bei Urteilsfähigen und Urteilsunfähigen (55%) eingesetzt werden. Nur eine Minderheit

gibt an, solche Massnahmen nur bei Urteilsunfähigen (9%) resp. nur bei Urteilsfähigen (5%) einzusetzen. Ein Drittel kann die Frage nicht beantworten. Wenn noch nicht eindeutig geklärt ist, ob die betroffene Person urteilsunfähig ist, wird in Notfällen verschiedentlich vorgegangen: Abwarten, Beizug des (interdisziplinären) Behandlungsteams, des Oberarztes oder des Beistandes, Information der Behörde, Forderung eines schriftlichen Konsenses.

3.2.13.2 Einbezug der Betroffenen und weiterer Personen

Die Hälfte des befragten Personals gibt an, dass ihrer Erfahrung nach die von den bewegungseinschränkenden Massnahmen betroffenen Personen einbezogen und informiert werden. 5% geben an, dass kein Einbezug oder keine Information erfolgt. Nach Gründen gefragt, warum der Einbezug nicht erfolgt, gibt es keine Erläuterungen. 45% können dies nicht beantworten. Der Einbezug erfolgt im mündlichen Gespräch, gemeinsam mit dem Kernteam oder Oberarzt.

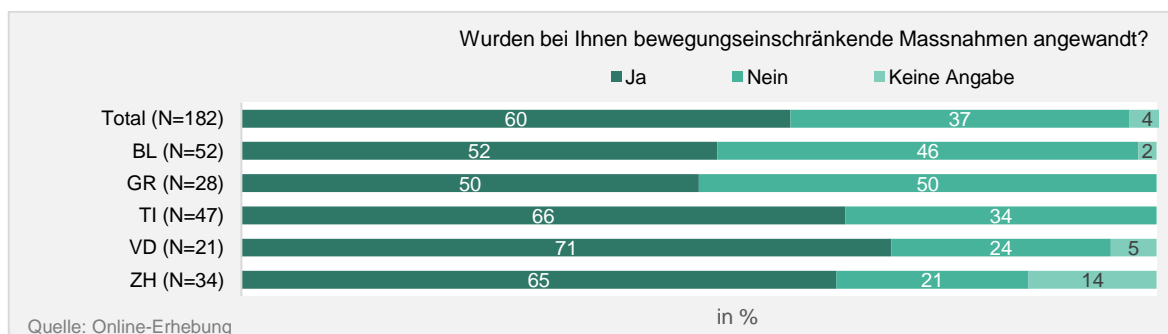
43% des Personals gibt an, bei bewegungseinschränkenden Massnahmen weitere Personen einzubeziehen resp. zu informieren. Es sind dies v.a. Vertrauenspersonen, aber auch Angehörige oder Betreuende. Der Einbezug resp. die Information erfolgt schriftlich und/oder telefonisch. 29% geben an, keine weiteren Personen einzubeziehen. Nach Gründen des Nicht-Einbezugs gefragt wird von niemandem eine Begründung abgegeben. 28% können die Frage nicht beantworten.

Bei Einschränkungen der Bewegungsfreiheit ausserhalb von Notfall-Situationen geben alle 8 antwortenden Personalvertretenden an, dass eine ärztliche Verordnung im KIS erfolgt. Sechs von 8 geben an, dass die Massnahmen auf chefärztliche Anordnung verfügt wird.

3.2.13.3 Erfahrungen mit bewegungseinschränkenden Massnahmen

Zwei Drittel aller befragten Betroffenen hat bewegungseinschränkende Massnahmen erfahren, pro Kanton sind es mindestens 50% der befragten Betroffenen. Dabei gibt es geringfügige kantonale Unterschiede. Der Anteil Personen mit Erfahrungen mit bewegungseinschränkenden Massnahmen ist in den Kantonen GR und BL am tiefsten, im Kanton VD am höchsten (Abbildung 55).

Abbildung 55: Erfahrungen mit bewegungseinschränkenden Massnahmen



57% der Betroffenen, welche Bewegungseinschränkende Massnahmen erfahren haben, wurden zu den Gründen informiert, 37% wurden nicht informiert, 6% kann keine Angabe machen. Betroffene geben an, aus folgenden Gründen eine bewegungseinschränkende Massnahme erfahren zu haben:

- Selbstgefährdung (Selbstverletzung, Suizidversuch)
- Fremdgefährdung (Aggressivität, Körperverletzung, verbale Aggressionen, Beleidigungen)
- Störendes Verhalten in der Klinik (Randalieren, Laut sein)
- Entzug (Alkohol, Drogen)
- Fluchtverhinderung
- Dekompensation (Ruhigstellung bei Psychosen und manischen Zuständen)
- Weiteres (kein anderes Zimmer frei, Regelbehandlung)
- Grund nicht klar (keine Erklärung erhalten)

Für 64% war die erhaltene Begründung (voll und ganz) nachvollziehbar. Für 12% waren die Gründe eher nicht nachvollziehbar und für 24% überhaupt nicht nachvollziehbar.

3.2.14 Somatische Erkrankungen bei FU

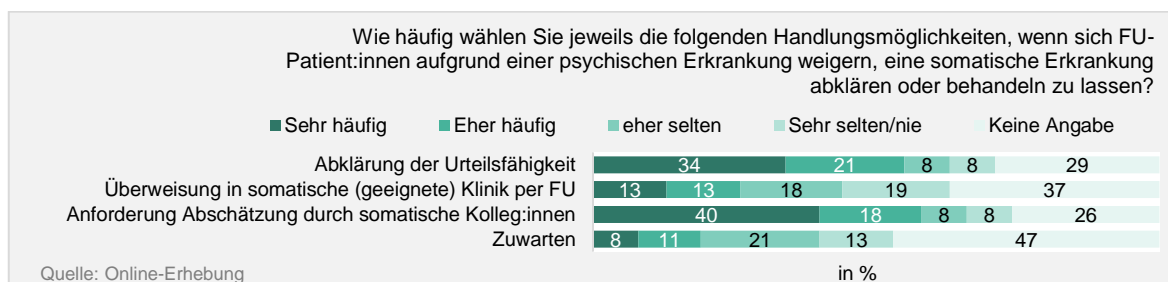
Wie wird mit somatischen Erkrankungen bei Patienten und Patientinnen mit FU in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone umgegangen?

Professionelle im Gesundheitsberuf (N=165 Zuweisende, N=144 Personal; total N=309) wurden zu ihrer Einschätzung bezüglich Möglichkeiten, mit somatischen Unfällen und Erkrankungen bei FU-Patient:innen umzugehen befragt.

Der Aussage, dass die ursprüngliche FU eine Verlegung wegen somatischer Komplikationen erlaubt, stimmten N=16 voll und ganz oder eher zu. Demgegenüber standen N=26 die dem eher oder überhaupt nicht zustimmten oder keine Angabe machten.

Als mögliche Handlungsmöglichkeiten, wenn sich FU-Patient:innen im Rahmen einer psychischen Erkrankung weigern, eine somatische Erkrankung abklären oder behandeln zu lassen, wird am häufigsten eine Abklärung der Urteilsfähigkeit oder die Einschätzung durch somatische Kolleg:innen vorgenommen. Eine Überweisung in eine somatische (geeignete) Klinik per FU oder Zuwarten erfolgt, dies jedoch eher seltener (Abbildung 56).

Abbildung 56: Umgang mit somatischen Erkrankung bei FU-Patient:innen



3.2.15 Psychiatrische Patientenverfügung

Wie ist der Umgang mit psychiatrischen Patientenverfügungen in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?

Von den teilnehmenden Betroffenen (N=224) gaben N= 25 (11%) an, eine psychiatrische Patientenverfügung (PPV) zu besitzen. Von diesen kam bei N=11 (5%) die PPV bereits zur Anwendung und bei N=9 (4%) wurde sie auch berücksichtigt.

Auf die Frage, ob eine PPV genauso verbindend sein sollte wie Patientenverfügungen, welche im somatischen Bereich angewendet werden, wurde von allen Teilnehmenden mehrheitlich (N=159) bejahend geantwortet, während N=78 angaben, dies nicht beantworten zu können und N=31 dies verneinten. Es zeigte sich eine Tendenz, dass Zuweisende und Personal hier eher ablehnend waren, während Betroffene, Peers (Expert:innen durch Erfahrung) und Angehörige eher eine Gleichstellung der Patientenverfügungen präferierten.

Die Frage, ob in Zusammenhang mit der PPV (ungenutzte) Chancen bestehen, bejahten N=159 (22%), N=31 (4%) verneinten. Der Rest machte keine Angaben oder gab an, dies nicht zu wissen. Diejenigen, welche die Frage mit Ja beantwortet hatten, wurden um stichwortartige Ausführung gebeten. Aus den N=67 Freitextantworten lassen sich folgende Kategorien ableiten:

Betroffene Personen

- Präferenzen in Behandlung und Informationen zur betroffenen Person können erfasst werden und stehen Angehörigen oder Professionellen zur Verfügung (N=17)
- Auf frühere Behandlungserfahrungen aufbauende Vorausverfügung, welche Interventionen im Falle zukünftiger Krisen, bei denen es zu Urteilsunfähigkeit kommt, gewünscht oder nicht gewünscht werden ((N=14)
- Förderung Autonomie (N=10)
- Bietet betroffener Person und Therapeut:in Möglichkeit zur Reflexion und Einigung (N=3)
- Anderes (N=11).

Restliche Stakeholder

Aufgrund der kleinen Stichprobengrösse wurden die Antworten aller restlichen Stakeholder zusammengefasst.

- Berücksichtigung von Erkenntnissen aus früheren Krisen für spätere Krisen mit Entscheidungsunfähigkeit (N=2)
- Bietet betroffener Person und Therapeut:in Möglichkeit zur Reflexion und Einigung (N=2)
- Präferenzen in Behandlung und Informationen zur betroffenen Person können erfasst werden und stehen Angehörigen oder Professionellen zur Verfügung (N=1)
- Förderung Autonomie (N=1)
- Anderes (N=6).

Bei den übrigen Kommentaren wurde relativ oft angegeben, dass die PPV zu wenig bekannt sei.

Auf die Frage an Professionelle (Personal, Zuweisende, KESB, Gerichte), wie sie sicherstellen, dass sie über eine allfällige PPV informiert sind, gaben N=23 (3%) an, die Patient:innen zu fragen, N=11 (1%) gaben an, im Patienteninformationssystem nachzusehen, N=19 (3%) gaben an Angehörige/Vertrauenspersonen zu kontaktieren.

Als Gründe, eine PPV nicht zu berücksichtigen, wurden angegeben: Gefahr in Verzug (N=27, 4%), fehlende Ressourcen (N=8, 1%), Widerspruch zu Behandlungsleitlinien (N=5, 1%) und anderes (N=13, 2%) wie bspw., dass der Patient seine Wünsche dementieren könnte oder dass Patientinnen keine Auskunft über PPV geben.

Tabelle 22: (Ungenutzte) Chancen der PPV

Bestehen aus Ihrer Sicht (ungenutzte) Chancen in Zusammenhang mit der psychiatrischen Patientenverfügung? Falls Ja, notieren Sie diese nachfolgend stichwortartig.
Betroffene
Folgende Chancen werden genannt: <ul style="list-style-type: none">▪ Individualität wird gewahrt (Autonomie wahren, Einbindung der Betroffenen, Respekt vor den Entscheidungen Betroffener, Wünsche werden respektiert)▪ Bedürfnisorientierte und individuelle Behandlungen werden ermöglicht (schnellere Beurteilung, auf Bedürfnisse abgestimmte Behandlungen, Berücksichtigung der individuellen Vorgeschichte)▪ Betroffenen wird der Eigenschutz ermöglicht (Vermeidung ungewollter Medikationen, Gesundheitsrisiken aufgrund von Unverträglichkeiten vorbeugen)▪ Schutz weiterer involvierter Personen wird gewährleistet (Schutz Angehöriger vor schwierigen Entscheidungen, Entscheidungshilfen für Personal)
Betroffene sehen die folgenden, <u>noch nicht ausgeschöpften Chancen</u> der psychiatrischen Patientenverfügung: <ul style="list-style-type: none">▪ Bekanntheit der PVV steigern und Möglichkeiten der PPV stärker vermitteln▪ Klare Massnahmen bei Eskalationen definieren▪ Vermehrt auf PPV zurückgreifen▪ Informationen aus PVV verstärkt zugunsten bedürfnisorientierter Behandlungen nutzen (nicht nur im Krisenfall)▪ Ergänzung weiterer patientenbezogener Informationen innerhalb der PPV▪ PPV könnten genutzt werden, um festzulegen, ob Angehörige Einsicht in die Krankenakte haben dürfen (ggf. auch mit Angabe, ob dies im Falle eines Todesfalls gewünscht ist).▪ Verständlichkeit der PPV erhöhen

Bestehen aus Ihrer Sicht (ungenutzte) Chancen in Zusammenhang mit der psychiatrischen Patientenverfügung?
Falls Ja, notieren Sie diese nachfolgend stichwortartig.

Angehörige

Angehörige sehen die folgenden, noch nicht ausgeschöpften Chancen der psychiatrischen Patientenverfügung:

- Gewünschte Behandlungen und Medikationen noch klarer definieren
- PPV bei den Betroffenen bekannter machen

Weitere Stakeholder

- Vertrauenspersonen würden eine Aktenregelung für Angehörige begrüßen, so dass diese die Möglichkeit haben, die PPV eines verstorbenen Betroffenen zu erhalten.
- Zuweisende / einweisende Personen sehen die PPV als hilfreiches Instrument an, das jedoch noch zu wenig bekannt ist und dessen Umsetzung (insb. Ausfüllen und Aktualisieren der PPV) aufwändig ist.
- Das Klinikpersonal ist ebenfalls der Meinung, dass die PPV noch zu wenig bekannt ist und gibt an, dass Entschiede, die im symptomfreien Zustand getroffen wurden bei Vorliegen von Symptomen geprüft werden sollten.
- Betroffenen-Organisationen empfinden die PPV ebenfalls als noch zu wenig bekannt, zudem halte sich das Personal nicht immer an diese.

3.2.16 Entlassungskompetenz und -gesuch

Wie ist der Umgang mit Entlassungsgesuchen in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?

3.2.16.1 Zurückbehaltung bei Entlassungsgesuch

Auf die Frage, wie oft es beim Entlassungsgesuch einer freiwillig eingetretenen Person zu einer Zurückbehaltung resp. einem Rückbehaltungsbeschluss gemäss Art 427 ZGB kommt, geben 60% des befragten Personals (N=15) an, dass dies (sehr) selten vorkommt, 7% sagen, es komme oft vor, 33% können keine Angabe machen.

Inwiefern grundsätzliche Unterschiede im Vorgehen bestehen, falls ein Entlassungsgesuch durch Patient:innen versus durch Dritte gestellt wird, ist 85% der N=20 antwortenden Personalvertretenden nicht beurteilen. 5% sagen ja, 10% sagen nein.

Gemäss dem Personal (N=5) kommt es in 80% (sehr) oft vor, dass der vollstreckbare Unterbringungsentscheid geliefert wird bzw. die freiwillig eingetretene Person nach Ablauf der Frist die Einrichtung verlassen kann. 20% können die Frage nicht beantworten. Man beachte die sehr kleine Stichprobe.

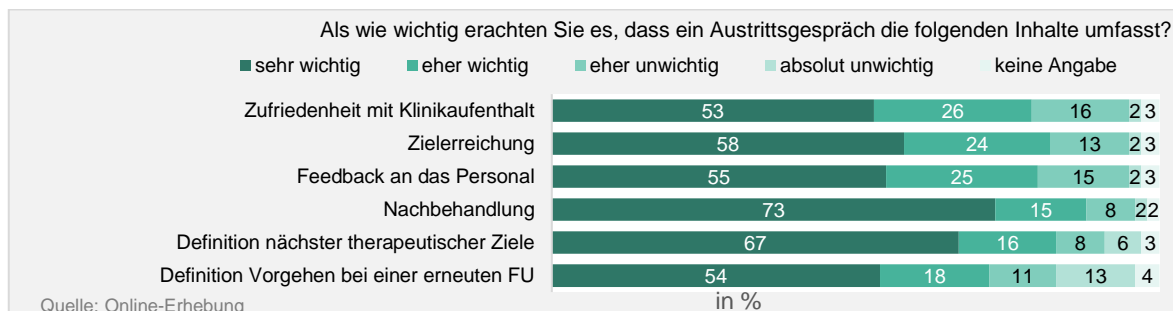
3.2.17 Austrittsgespräche und Behandlungsgrundsätze

Wie erfolgt die Umsetzung von Austrittsgesprächen und – wenn indiziert – die Erstellung von Behandlungsgrundsätzen?

Die Professionellen welche Fragen zu Austrittsgesprächen beantworteten gaben an, in 90-100% Austrittsgespräche bei FU-Patient:innen zu führen. Jeweils der Grossteil dieser Professionellen (N=12, 80%) gaben an, Austrittsgespräche als sehr oder eher nützlich im Allgemeinen und für zukünftige Behandlungen zu empfinden.

Von den Betroffenen gaben N=92 (55%) an, dass schon einmal ein Austrittsgespräch nach einem FU-Aufenthalt geführt wurde. Austrittsgespräche nach einer FU wurden von N=60 (65%) der Betroffenen als eher oder sehr nützlich empfunden. 13% (N=12) gaben an, dass diese überhaupt nicht nützlich seien. Die nächste Abbildung zeigt, wie wichtig Betroffene gewisse Aspekte von Austrittsgesprächen empfinden.

Abbildung 57: Einschätzung der Austrittsgespräche aus Betroffenenansicht



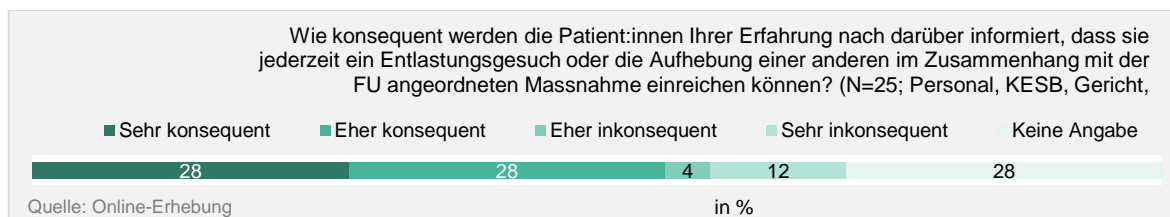
Bei N=45 der Betroffenen wurden schon einmal Behandlungsgrundsätze erstellt. Der Grossteil der Betroffenen (N=38, 83%) empfand das Erstellen von Behandlungsgrundsätzen als eher oder sehr nützlich.

3.2.18 Gerichtliche Beschwerdeinstanz

Wie erfolgt die Nutzung der gerichtlichen Beschwerdeinstanz in den fünf Kantonen und was sind mögliche Outcomes?

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, dass Betroffene ihrer Erfahrung nach (sehr) konsequent über die Möglichkeit der jederzeitigen Einreichung eines Entlastungsgesuchs resp. der Aufhebung einer Massnahme informiert werden. Ein Grossteil macht keine Angabe (Abbildung 58).

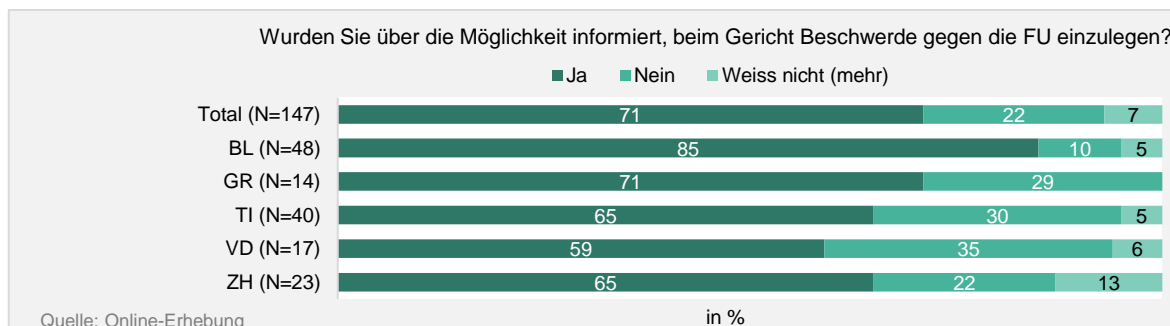
Abbildung 58: Information bzgl. Entlassungsgesuch



Die Mehrheit der Betroffenen gibt an, über die Möglichkeit, beim Gericht eine Beschwerde einzulegen, informiert worden zu sein. Das Muster ist über alle Kantone hinweg vergleichbar.

Am häufigsten wurden die Betroffenen durch das Klinikpersonal (30%) informiert. Seltener durch die Zuweisenden (11%), Mitpatient:innen (5%), Angehörige (3%), Bekannte (2%) oder eigene Recherche (1%). Einzelnennungen waren: KESB, Anwalt, allgemeines Wissen, gemäss Entscheid. Es waren mehrere Antworten möglich.

Abbildung 59: Information bzgl. Beschwerdemöglichkeiten



3.2.19 Schutz von Kindern

Wie ist die Schnittstelle zum Kinderschutz in den fünf Kantonen geregelt (z.B. bei FU eines Elternteils)?

Die Hälfte der befragten insgesamt N=30 antwortenden Vertretungen des Personals, der KESB und Zuweisenden gibt an, meistens darüber informiert worden zu sein, ob eine Person mit FU Kinder hat. 20% geben an, immer darüber informiert worden zu sein. 26% werden teilweise, 3% fast nie darüber informiert. Von diesen 30 Personen geben 37% an, in solchen Fällen Massnahmen zu ergreifen, 26% ergreifen keine Massnahmen. 37% machen keine Angaben. Als ergriffene Massnahmen werden genannt: Kinderbetreuung resp. Schutz der Kinder; Einbezug von Angehörigen; Kontaktaufnahme mit direktem Umfeld, Sozialdienst, Gemeinde, Polizei.

Die N=27 antwortenden Vertretungen des Personals resp. Zuweisende geben an, die KESB meistens (30%), immer (19%), teilweise (26%), fast nie (11%) resp. nie (15%) aktiv darüber zu informieren, dass die Person mit FU Kinder hat.

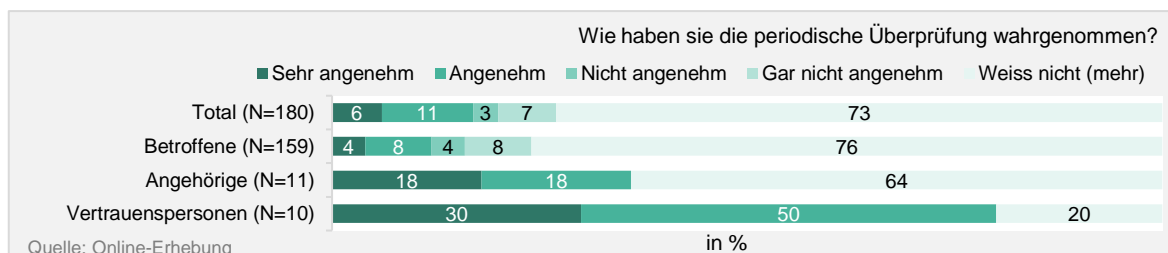
Hinzuweisen ist, dass die vorliegende Evaluation nicht untersuchte, wie die praktische Umsetzung der sinngemässen Anwendung der Bestimmungen über das Verfahren vor der Erwachsenenschutzbehörde gemäss Art. 314 Abs. 1 ZGB für kinderschutzrechtliche Verfahren erfolgt. Hierfür wäre eine separate Untersuchung erforderlich.

3.2.20 Periodische Überprüfung

Wie verlaufen ärztliche und behördliche FU und wie wird die periodische Überprüfung und Aufhebung einer FU in den fünf Kantonen geregelt?

Die periodische Überprüfung wird von den Betroffenen gleich häufig als (gar) nicht angenehm (12%) resp. (sehr) angenehm (12%) wahrgenommen. Die restlichen 76% wissen es nicht (mehr). Angehörige und Vertrauenspersonen nehmen die Überprüfung ausschliesslich positiv wahr, wobei die Stichprobengrösse relativ klein ist und ebenfalls viele es nicht mehr wissen.

Abbildung 60: Wahrnehmung der periodischen Überprüfung



Folgende Tabelle gibt die Änderungsvorschläge im Zusammenhang mit der periodischen Überprüfung wieder:

Tabelle 23: Änderungsvorschläge bzgl. periodischer Überprüfung

Welche Änderungsvorschläge im Zusammenhang mit der periodischen Überprüfung haben Sie?	
Betroffene	
Betroffene geben folgende Änderungsvorschläge in Zusammenhang mit der periodischen Überprüfung ab:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verstärktes Eingehen auf Betroffene (nach Wohlbefinden fragen, besser zuhören, den Freiheitsbedürfnissen der Betroffenen Rechnung tragen, Betroffene ernster nehmen, Betroffenen auf Augenhöhe begegnen) ▪ Bessere Kommunikation und mehr Informationen (Betroffene an Termin der nächsten periodischen Überprüfung erinnern, über Ablauf und Rechte informieren) ▪ Häufigere Überprüfungen ▪ Mehr Zeit für periodische Überprüfungen ▪ Beschleunigung des Entscheidungsprozesses 	

Welche Änderungsvorschläge im Zusammenhang mit der periodischen Überprüfung haben Sie?

Angehörige

Angehörige nennen die folgenden Änderungsvorschläge in Zusammenhang mit der periodischen Überprüfung:

- Angehörige zu periodischer Überprüfung einladen
- Klarere Informationen zu den Ergebnissen der Überprüfung abgeben
- Möglichst kontinuierliche Überprüfungen resp. Häufigkeit der Überprüfungen möglichst an das Zustandsbild und die Situation angepasst

3.2.21 Langzeitpflege

Die Totalrevision des Erwachsenenschutzrechts zielt auch auf die Verbesserung der gesetzlichen Regelungen zu bewegungseinschränkenden Massnahmen bei urteilsunfähigen Personen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen (z.B. Langzeitpflege bei Personen, wenn die Urteilsfähigkeit irreversibel gestört ist). Es wird u.a. auf die Vertretungskompetenz von Ehepartner:innen und Angehörigen, Betreuungsverträgen und gesetzlichen Regelungen zu bewegungseinschränkenden Massnahmen¹⁰⁰ verwiesen. Es stellt sich die Frage mit welchen Mitteln im Alltag der Langzeitpflege der aktive Persönlichkeitsschutz der schutzbedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner sichergestellt wird, die Partizipation ermöglicht wird und die Aufsichtspflicht (Ausgestaltung, Form, Mindestbestand von qualifiziertem Personal, Sanktionsmöglichkeiten) über diese Institutionen gewährleistet wird. Aus der aktuellen Literatur ist abzuleiten, dass die strukturell schwache Position der betroffenen Person gegenüber der Einrichtung zu thematisieren ist (beschränkte Verfügbarkeit der Wohn und Pflegeplätze, geringer Verhandlungsspielraum bezüglich Wohnbedingungen/Betreuungsmodalitäten).¹⁰¹ Die hier vorliegende Untersuchung kann hierzu jedoch aufgrund des fehlenden Datenrücklaufs keine empirischen Ergebnisse vorweisen.

¹⁰⁰ Art 383 ff. ZGB.

¹⁰¹ Büchler, A., Michel, M. (2020). Medizin-Mensch-Recht, Eine Einführung in das Medizinrecht der Schweiz, Schulthess Verlag, 2. Auflage.

3.3 Konkrete Fallbeispiele und ihre multiperspektivische Beurteilung (Teilprojekt 3)

Neben den grossteils quantitativen Auswertungen von Teilprojekt 1 und 2 wurden in Teilprojekt 3 fünf Fallvignetten mit insgesamt N=41 relevanten Stakeholdern anhand von qualitativen Interviews vertieft analysiert. Dabei kam pro Kanton je eine Fallvignette zum Einsatz. Jede Fallvignette wurde mit verschiedenen Stakeholdern (Betroffenen, Angehörigen, Vertrauenspersonen, Zuweisenden, Vertretungen des Personals, KESB, Gericht, (Betroffenen-) Organisationen) entlang der gleichen Fragestellungen besprochen, um inhaltlich triangulierend die verschiedenen Perspektiven aufzuzeigen.

Bei den Fallvignetten handelte es sich um die folgenden:

- Fallvignette 1: «19-jährige Frau mit FU und Zwangsernährung bei Magersucht», Kanton BL
- Fallvignette 2: «78-jähriger Herr mit Harnwegsinfekt bei bestehender Demenz», Kanton GR
- Fallvignette 3: «25-jährige Frau mit Rückbehalt bei Borderline Persönlichkeitsstörung», Kanton TI
- Fallvignette 4: «43-jährige Frau mit FU bei Alkoholintoxikation», Kanton VD
- Fallvignette 5: «39-jähriger Herr mit wiederholten FU bei paranoider Schizophrenie», Kanton ZH

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Fallvignetten vorgestellt. Die konkrete Fallvignette ist grau hervorgehoben.

3.3.1 Fall 1: «19-jährige Frau mit FU und Zwangsernährung bei Magersucht», Kanton BL

Zur Fallvignette wurden mehrere Personen befragt, um unter Einbezug verschiedener Perspektiven, aufzuzeigen. In dieser Fallvignette waren dies konkret:

- 1 Betroffene Person
- 1 Angehörige/Vertrauensperson
- 1 Vertretung einer (Betroffenen-)Organisation
- 2 Vertretungen der KESB
- 2 Zuweisende
- 2 Vertretungen des Personals

Fallhintergründe

Eine 19-jährige Frau entwickelt nach Beginn ihres Studiums eine Magersucht (Körpergrösse 1.63m, Körpergewicht 36kg, BMI 13,5) und vernachlässigt zunehmend soziale Kontakte. Sie möchte keine Termine bei ihrem: ihrer früheren Psycholog:in oder einem: einer neuen Therapeut:in wahrnehmen, die besorgten Eltern rufen einen Arzt (mobiler allgemeinärztlicher Notfalldienst). Dieser verfügt, nach Durchführung eines Untersuchungsgesprächs, wegen Selbstgefährdung (bei bestehendem Schwächezustand durch das Essverhalten) eine FU in einer psychiatrischen Klinik (Akutstation).

Prozedurale Gerechtigkeit

Wie gerechtfertigt finden Sie die FU?

Die befragten Stakeholder sind sich mehrheitlich einig, dass die FU gerechtfertigt ist.

Als *rechtfertigende* Argumente werden genannt:

- Ein BMI von 13,5 kann als Selbstgefährdung eingeschätzt werden (Personal, Zuweiser:in, KESB, Organisation).
- Bei lebensbedrohlicher Situation ist die FU gerechtfertigt. (KESB)
- Auch der soziale Rückzug spricht für eine FU (Betroffene/r)
- Bei längerer schwieriger Vorgeschichte ist die FU mit diesem BMI gerechtfertigt. (Angehörige/r)
- Aufgrund des BMI ist es besser eine FU auszustellen als wegzuschauen; auf die Gefahr hin, dass es eine FU zu viel ist. (Zuweisende:r)

Welche Fragen bleiben offen?

Für die befragten Stakeholder bleibt eine Vielzahl an Fragen offen:

- Informationen zur somatischen Situation z.B. zum Stoffwechsel und Folge-Symptomen, die durch Unterernährung entstehen können. (Personal, KESB, Angehörige)
- Wie ausgeprägt sind die akute Selbstgefährdung und der Notfall? (Personal, KESB)

- War Kontakt zur Psychologin wirklich nicht möglich bzw. wie lang probierte man schon, die Patientin zu motivieren einen Termin bei dem:der Therapeut:in wahrzunehmen? (KESB, Angehörige:r, Zuweise:r:in)
- Wie lange dauert die bestehende Symptomatik bereits? Was wurde schon probiert? Wie belastet sind die Eltern (Betroffene:r, Angehörige:r, KESB)
- Nimmt die Patientin ihre Krankheit überhaupt wahr? Ist sie urteilsfähig? (Zuweisende:r, Betroffene:r, Organisation)
- Stimmen die Angehörigen der FU zu bzw. sind sie mit der FU einverstanden? (Organisation)
- Darf ein allgemeiner Notfalldienst eine FU machen? (Angehörige/r)

Kompetenz

Ist der über die FU entscheidende Arzt aus Ihrer Sicht für diesen Entscheid geeignet?

Einige der befragten Stakeholder geben zu bedenken, ob der mobile Notfallarzt genügend Wissen hat und geeignet ist, die FU anzuordnen. Die Mehrheit der befragten Stakeholder ist der Meinung, dass Psychiater:innen oder sogar ein multidisziplinäres Team den Entscheid FU fällen sollte. Interessant ist, dass es hingenommen wird, dass dies nicht immer möglich ist, wenn sich z.B. die Situation ausserhalb «normaler» Arbeitszeiten oder in der Nacht ereignet.

Die Antworten im Detail:

- Jede:r Allgemein Ärzt:in ist hier geeignet. (Betroffene:r)
- Im Notfall sind alle geeignet. Sinnvolle / erste Wahl wäre ein:e Psychiater:in oder multidisziplinäres Gremium. (Zuweisende:r, KESB).
- Es ist wohl immer besser, wenn ein:e Facharzt:in das macht. Ein:e andere:r Ärzt:in tendiert eher rascher zu einer FU. In der Klinik ist ohnehin das Personal für die weitere Überprüfung zuständig. (KESB)
- Da in dem Fall die Gefährdung auch körperlich begründet ist, kann auch ein:e Ärzt:in die Beurteilung machen. Es braucht nicht unbedingt ein:e Psychiater:in. Allerdings ist das System in Baselland sehr gut, wo eine FU nur durch die KESB veranlasst werden darf. So sind wirklich alle Voraussetzungen auf rechtlicher Ebene erfüllt und der Entscheid ist auch für einen Nichtmediziner verständlich. (Personal)
- Nein, es braucht unbedingt Psychiater:innen (Personal, Organisation) bzw. zweite Person (Angehörige/r)

Kritische Bemerkung:

- Ein Amtsarzt ist zum Teil nicht erreichbar. Es kam vor, dass zur Beurteilung ein Veterinär kam. Das ist nicht in Ordnung. (Betroffene:r)

Wer sollte bei solchen Massnahmen die Entscheidungshoheit haben: Ärzt:innen unabhängig von ihrer Fachrichtung, ein spezialisiertes Ärzteteam (FÄ Psychiatrie und Psychotherapie, Amtsärzte), die Behördenmitglieder der KESB, weitere?

Alle befragten Stakeholder finden, dass Psychiater:innen besser geeignet sind als Allgemeinärzt:innen. Jemand von der KESB räumt hierzu ein, dass es darauf ankommt, ob die Situation auf die Verfügbarkeit von Psychiater:innen warten kann oder nicht.

Das Hinzuziehen der KESB wird von Personal und KESB befürwortet, von Betroffene:r nur als letzte Möglichkeit wahrgenommen. Ein multidisziplinäres Team wäre am idealsten; mit folgender Zusammensetzung: Patient:in, Angehörige, Spezialarzt (Psychiater oder Amtsarzt), behandelnder Arzt (Beziehung sollte vorhanden sein), KESB als Repräsentant des Staats, ggf. noch andere involvierte Person (z.B. Spitex). (Zuweisende:r)

Alternative

Welche Vorgehensweisen könnten Alternativen zu der angeordneten Massnahme sein?

Die befragten Stakeholder sehen folgende Alternativen zu einer FU:

- Von Anfang an die KESB hinzuziehen. (Personal)
- Die Patientin direkt in ein somatisches Spital einweisen. Ein psychiatrischer Liaisondienst kann das somatische Spital beraten. (Zuweisende:r)
- Einbinden einer Vertrauensperson, der Angehörigen, Freunde für die Anamnese resp. vertiefte Abklärung des gesamten Systems der Betroffenen (KESB, Organisation).
- Wenn die Patientin wieder urteilsfähig ist, sollte unbedingt geklärt werden, was ihr Wunsch ist. (KESB)
- Zuweisung auf eine spezialisierte (Personal) oder zumindest offene Station (Betroffene:r).
- aufsuchende Behandlung (Psychiatriespitex, Open-Dialog- und Care Teams), tagesklinische Behandlung, schränken die Autonomie der Patientin weniger ein, setzen sie weniger unter Druck. (Personal, Zuweise:r:in, Betroffene:r, KESB)
- Wenn man alles vergebens probiert hat und es keine Alternative gibt, dann sollte man nicht zu lange warten, denn damit macht man der Patientin auch keinen Gefallen. (Betroffene:r)

Fallhintergründe ff.

In der psychiatrischen Klinik verweigert die Patientin weiterhin einen Kostenaufbau. Sie beharrt darauf, dass es ihr gut gehe, sieht keinen Handlungsbedarf. Die Klinikleitung (Chefärzt:in) entscheidet, neben der leitlinienorientierten Behandlungsplanung, nach weiterem Gewichtsverlust der Patientin, zusätzlich eine Ernährung gegen den Willen (Magensonde) anzuordnen. Das nahegelegene Spital lehnt eine Übernahme ab, sie seien nicht für das Anlegen der Magensonde bei einer Patientin mit Magersucht zuständig. Die Patientin verbleibt in der Psychiatrie und erhält dort die Magensonde.

Prozedurale Gerechtigkeit

Wie gerecht / angebracht finden Sie die Zwangsmassnahme (Magensonde)?

Alle befragten Stakeholder finden die Magensonde gerechtfertigt, sofern man andere weniger einschneidende Massnahmen erfolglos probiert hat.

Vertiefende Anmerkungen:

Massnahme allerdings nur angebracht, wenn sie in Absprache mit bzw. in der Somatik erfolgte, da dort weitere Abklärungen möglich sind wie EKG, Rhythmusstörungen, Blutwerte, Stoffwechsel. Es gäbe auch Patient:innen mit BMI 12,5, die man noch nicht zwangsernähre. (Personal, Zuweiser:in)

Welche Fragen bleiben offen?

Für die befragten Stakeholder bleibt eine Vielzahl an Fragen offen, es sind dies:

- Liegt eine (temporäre) Urteils(un)fähigkeit vor? (Personal)
- Was war die Entscheidungsgrundlage? «Nur» BMI oder wurden noch weitere Parameter miteinbezogen? Sind Organschädigungen (schon) vorhanden? Gibt es Komorbiditäten? (Personal, Zuweisende)
- Welche Alternativen wurden bereits (erfolglos) getestet? (Personal, Angehörige:r, Organisation)
- Was ist das unterliegende Problem, die Gründe für die Magersucht und wie chronifiziert ist die Erkrankung. (KESB, Organisation)
- Wie ist die Beziehung zur Patientin / erreicht man sie? (KESB)
- Wie gross ist der Aufwand für die Psychiatrie? Müsste man Patientin nicht in ein somatisches Spital verlegen? (KESB)

Kompetenz

Ist die psychiatrische Klinik, welche die Zwangsmassnahme anordnet aus Ihrer Sicht für diesen Entscheid / diese Massnahme geeignet?

Die Frage wird von den Teilnehmenden unterschiedlich, teils widersprüchlich beantwortet:

- Psychiatrie ist hier am besten geeignet (Personal, KESB, Organisation, Betroffene:r).
- Ein somatisches Spital ist bei so einem Fall überfordert/nicht geeignet (Betroffene:r, Zuweiser:in)
- Komplexkliniken, die alles am gleichen Ort behandeln oder multidisziplinäres Care-Team wäre am idealsten (Zuweiser:in, Organisation, Angehörige:r)
- Der Behandlungsschwerpunkt legt fest, ob Psychiatrie oder somatisches Spital geeignet ist, so oder so sollte ein Konsiliardienst vom anderen Gebiet hinzugezogen werden. (Personal)
- Fallvignette zeigt ein strukturelles Problem bei komplexen Patient:innen mit somatischen und psychiatrischen Problemen, die oft zwischen Stuhl und Bänke fallen, weil sich niemand zuständig fühlt. (Angehörige:r)

Wer sollte bei dieser Massnahme die Entscheidungshoheit haben?

Auch diese Frage wird unterschiedlich, teils widersprüchlich beantwortet:

- Die Entscheidungshoheit sollte bei der behandelnden bzw. psychiatrischen Klinik liegen (KESB, Personal)
- Der Entscheid sollte durch mehrere Personen/Fachdisziplinen, ggf. durch Ethikkonferenz, allenfalls auch mit den Angehörigen zusammen gefällt werden (Zuweiser:in, eine Personalvertretung, Angehörige:r, Organisation, Betroffene:r). Die Patientin sollte in diesem Team auch eine Stimme haben (Zuweiser:in) und wissen, was die Alternativen sind (Betroffene:r).
- Modell Baselland ist gut, KESB und auch gesetzliche Vertreter sollten involviert werden. (Personal)
- Es ist besser, wenn mehrere Instanzen entscheiden. Das bedeutet zwar lange Wege, aber wenn nur eine Person bzw. nur die Psychiatrie drauf schaut, ist das auch nicht gut. (Angehörige:r)

Gilt bei der Entscheidung zur Magensonde die Vertretungskaskade oder liegt die Befugnis (soweit eine FU besteht) bei den Chefärzt:innen der Psychiatrie?

Hier sind sich alle ausser ein:e Zuweiser:in einig, dass die Befugnis bei den Chefärzt:innen der Psychiatrie liegen und die Vertretungskaskade nicht greifen sollte.

Folgende Bemerkungen wurden gemacht:

- Ein Alleinentscheid durch Chefarzt der Psychiatrie entspricht nicht dem Ideal, aber er kann jemanden nicht sehenden Auges verhungern lassen. (Zuweiser:in)
- Wenn die Vertretungskaskade greifen würde, müsste die Patientin sich an die KESB wenden und dort Beschwerde einlegen. Wenn die KESB die Beschwerde ablehnt, würde es Wochen gehen, bis die Behandlung losgeht. Die Vertretungskaskade wäre also zu langwierig. (beide KESB)
- Nie sollten Angehörige allein die Entscheidung treffen dürfen! Sie sind emotional belastet, müde, können nicht mehr, wollen ihren Liebsten keinen Zwang antun oder haben vielleicht kein gutes Verhältnis. Es ist wichtig, dass Angehörige angehört werden, aber Entscheid sollte bei Fachleuten der Ärzteschaft liegen. (Angehörige:r). Eine vorhandene Vertrauensperson sollte auch ein Stimmrecht haben. (Betroffene:r)
- Eine Mischform wäre gut. Gegebenenfalls könnte man es so regeln, dass die ersten drei Tage die Klinik entscheidet und danach sollte die Vertretungskaskade miteinflussen oder eine Ombudsstelle oder andere Strukturen. (Organisation)

Alternative

Was könnte eine alternative Vorgehensweise zur angeordneten Massnahme ein?

Hier werden verschiedene Therapiemöglichkeiten erwähnt, davon ausgehend, dass solche im vorliegenden Fall bereits probiert wurden:

- Allenfalls medikamentöser Ansatz. Etwaige Komorbiditäten sollte man mitbehandeln. Zum Beispiel Medikamente zur Appetitsteigerung oder Antidepressiva. (Personal)
- Beizug von Familie und/oder Interessenvertretung der Patientin oder jemand der das Vertrauen der Patientin hat wie ein:e Peer oder Vertrauensperson. (Personal, Betroffene:r)
- Versuch, Beziehung aufzubauen, um dann Behandlung freiwillig zu ermöglichen. (Zuweiser:in)
- Man könnte ein Time-out machen, die Patientin in Ruhe lassen und im Verlauf nochmals fragen. (Betroffene:r)
- Multidisziplinäres Careteam oder Ethikkommission könnte in der Situation Alternativen entwickeln. (Zuweiser:in, Personal)
- Psychoedukation, über Rechte informieren, einschalten von anderen Betroffenen (Peers), Selbstbefähigung der Patientin fördern. (Betroffene:r, Angehörige:r)

Fallhintergründe ff.

Die Patientin reicht Beschwerde ein. Sie lehnt einen Aufenthalt in der Psychiatrie und eine Zwangsernährung ab, da sie selbst am besten wisse, was sie braucht. Da sie mehrfach die Sonde entfernt, wird die Patientin in einem Fixierbett fixiert (7-Punkte), mit dem Argument der Abwendung von Eigengefährdung.

Die zuständige Gerichtsstanz lehnt am Tag 7 der Zwangsernährung (Tag 10 des Aufenthaltes) das Gesuch der Patienten auf Stopp dieser Zwangsmassnahme und Entlassung ab.

Die Patientin wird im Verlauf per FU in eine spezialisierte Klinik im Nachbarkanton verlegt. Erneut beschwert sich die Patientin beim kantonalen Bezirksgericht. Sie erhält die Rückmeldung, dass das Bezirksgericht im Ursprungskanton zuständig sei.

Prozedurale Gerechtigkeit

Wie gerecht / angebracht finden Sie den Entscheid des Gerichts bei der 1. Verhandlung (Tag 7 mit Magensonde)?

Die befragten Stakeholder sind hier unterschiedlicher Meinung, mit folgenden Argumenten:

- Ein Entscheid des Gerichts ist eine Entlastung für das ganze System. Das Gericht übernimmt dann die Verantwortung. (Zuweiser:in)
- Der Entscheid ist nicht gerecht, sondern übereilt, da nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft wurden. (Personal)
- Wenn der Beschwerde nicht stattgegeben wird, müsste die Massnahme begrenzt sein, zum Beispiel auf 14 Tage (bzw. bis sich der Zustand der Patientin verbessert hat), danach sollte eine erneute Überprüfung durch das Gericht stattfinden. (Organisation)

Zu der Anzahl Tage wurden folgende Bemerkungen gemacht:

- Im Sinne der Rechtsgleichheit sollte eigentlich jeder Kanton gleich organisiert sein. Es sollte eigentlich in den Kantonen gleiche medizinische Versorgung möglich sein. (KESB)

- Es sollte schnell gehen. Andererseits haben die Gerichte wohl auch sehr viel zu tun und will man eine sorgfältige Abklärung. (Angehörige:r)

Neben der Magensonde gab es auch Bemerkungen zur Fixierung. Sie wurde von fast allen der befragten Stakeholder als nicht angemessen betrachtet:

- Fixation sollte allerletztes Mittel sein, es muss sehr sauber dokumentiert sein, was man schon anderes versucht hat und warum das nicht funktionierte. (Personal)
- Fixierung ist ganz kritisch. Angehörige müssen beigezogen werden. Ständig, muss geprüft werden, ob man sie noch braucht. (Personal)
- Fixieren ist hier hochproblematisch, nicht angemessen. Fixierung ist so viel Gewalt, das kann zu enormen Traumata führen. Das wäre nur gerechtfertigt bei grosser Gewalt (jemand rennt mit Messer durch Strassen). Ist hier nicht angebracht. Wie weit will man gehen, jemandem sein Glück aufzuzwingen? (Angehörige:r).
- Mit Zwang erreicht man nicht viel. (Betroffene:r)
- Es ist eine hilflose Entscheidung des Systems, das nicht anders mit der Patientin umgehen kann. (Zuweisende/r)

Welche Fragen bleiben offen?

Folgende Fragen haben sich die Stakeholder gestellt:

- Besteht Urteils(un)fähigkeit? Ist sich die Frau bewusst, dass sie aus dem Leben gehen möchte? (Personal, Organisation, Betroffene:r)
- Welche anderen Möglichkeiten wurden ausgeschöpft? Wie war der Verlauf in diesen 7 Tagen? (Personal)
- Es fehlt eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Lebenssituation der Frau. Was braucht die Patientin? Wer führt differenzierte Abklärung durch? Wer finanziert dies? (Zuweise:r:in)
- Was besagt die Zweitmeinung und wer brachte diese ein? Sollte man dieser Person nicht eine:n Anwalt:in zur Seite stellen? Da ist man jedoch zurückhaltend, da dies Kosten generieren kann. (KESB)
- In der beschriebenen Klinik scheint die Expertise zu fehlen. War Zuweisung in die Spezialklinik nicht direkt möglich? (Angehörige:r, Organisation)

Kompetenz

Ist das Gericht, welches nach der 1. Beschwerde über die Zwangsmassnahme entscheidet aus Ihrer Sicht für diesen Entscheid / diese Massnahme zuständig?

- Ja (Beide Personal, Betroffene:r, Zuweise:r:in, KESB)
- Das Gericht ist nicht vollkommen geeignet, wenn es die Entscheidung alleine trifft. ((KESB, Organisation, Zuweise:r:in)

Wer sollte bei solchen Massnahmen die Entscheidungshoheit haben?

Die Antworten der Stakeholder fallen unterschiedlich aus.

- Im Idealfall wäre ein spezialisiertes, interdisziplinäres Gericht mit mehreren Personen und Zeit für ausführliches Gutachten oder andere Personen. (KESB, Angehörige:r, Zuweise:r:in)
- Chefärzt:in/Oberärzt:in, Hauptbehandelnde bzw. die behandelnde Institution. (Personal)
- Die behandelnden Ärzte und Pflgeteam. Nur Gericht bei Patienten, wo es gar nicht geht. (Betroffene:r)
- Entscheidungshoheit sollte bei der KESB liegen. (Ein:e Zuweise:r:in)

Welche kantonale Gerichtsinstanz ist Ihrer Meinung nach bei der 2. Beschwerde zuständig?

- Zuständigkeit sollte beim Gericht des Kantons, wo Patient:in wohnt, resp. wo die FU ausgestellt wurde, bleiben, resp. wo betroffene Person wohnt. Sonst ginge es dann ans nächsthöhere Gericht, Bundesgericht (KESB, Angehörige:r, Betroffene:r)
- Zuständigkeit sollte beim neuen Kanton liegen. Dieser übernimmt FU und Behandlung. Entsprechend ist dann auch das Gericht dieses Kantons zuständig. (Zuweise:r:in, Organisation, Personal)
- Es scheint problematisch, dass der:die Patient:in hin und hergeschoben wird, dass sich niemand in Nessel setzen möchte. (Zuweise:r:in)

In welchem Kanton findet die Verhandlung statt (Kanton in dem FU verfügt wurde/Wohnkanton oder Kanton, in dem die Patientin sich aktuell aufhält)?

- Die Verhandlung solle an dem Ort stattfinden, an dem sich die Patientin aufhält. Sonst wäre ein Transport nötig, ggf. unter Zwang. Das würde ggf. eine grosse Belastung für die Patientin darstellen und auch für andere Instanzen wäre der Aufwand gross. Das Gericht im Behandlungskanton hat häufiger mit Fällen aus dieser Klinik zu tun. (Organisation, Personal)

- Gericht kann auch in den Kanton reisen, wo angeordnet wurde. Es kann nicht sein, dass der Kanton einer Klinik, die spezialisiert ist auf alle Beschwerden reagieren muss. (Angehörige:r, Betroffene:r, KESB)
- Die Gerichtsstanz, die formal zuständig ist, sollte entscheiden können, was am praktikabelsten ist und dann die Betroffenen informieren. (Zuweise:r, KESB; Angehörige)

Wer soll die anfallenden Kosten der Verhandlungen tragen?

Die Mehrheit der Stakeholder findet, dass die Kosten von der öffentlichen Hand getragen werden sollten und haben dazu folgende Bemerkungen:

- Die Kosten sollten keinesfalls von der betroffenen Person getragen werden, sondern von:
 - Kanton, wo Verhandlung stattfindet (Angehörige:r)
 - Öffentliche Hand (Organisation)
 - Staats- oder Kantonskasse (Personal, Zuweise:r, Betroffene:r)

Mit folgenden Argumenten:

- Freiheitsrechte werden beschnitten, daher sollte es eine gesellschaftliche Aufgabe sein, diese Kosten zu decken. (Personal)
- Es handelt sich um einen Einspruch gegen hoheitlich angeordnete Massnahmen, daher ist es eine öffentliche Aufgabe, die Kosten zu tragen. (Organisation)
- Etwas gegen eigenen Willen sollte man nicht bezahlen müssen. (Angehörige:r)
- Wenn die betroffene Person das bezahlen muss, schreckt das ab, Rechtsmittel zu ergreifen. (KESB)
- Die Kosten sollten aufgeteilt werden: Ein Teil Patientin via Krankenkasse, ein Teil Wohnkanton, ein Teil ggf. Staat, der die Rechtsordnung festlegt und das Interesse der Bevölkerung abbildet. (Zuweise:r)
- Wer im Gericht unterliegt, soll die Kosten tragen. In anderen Prozessen gilt eine gleiche Regelung und es sollte keine Unterscheidung geben. Wer zu wenig Geld hat, der bekommt ohnehin Unterstützung. (KESB)

Alternative

Fallen Ihnen alternative Vorgehensweisen zur angeordneten Massnahme ein?

Folgende Alternativen werden von den befragten Stakeholdern genannt:

- 1:1 Betreuung, Behandlungsvereinbarung, Einbezug Peer (Personal, Betroffene:r)
- Sedierung in Rücksprache mit KESB und Angehörigen. Hätte etwas weniger Traumata-Potential als Fixierung. (Angehörige:r)
- Angehörige, soziales Umfeld miteinbeziehen. (Zuweise:r, KESB). Man sollte versuchen sich nicht zu leicht hinter der Schweigepflicht zu verstecken. Es ist immer besser mit den Leuten zu reden. Notfalls (Urteilsunfähigkeit, massive Beeinträchtigung) ist es besser, die Angehörigen zu informieren, auch wenn die Patientin nicht einverstanden ist. (Zuweise:r)
- Allenfalls einen Beistand beiziehen (KESB)
- Time-out vereinbaren und dann nochmals fragen. (Betroffene:r)

Sind die in diesem Fall beschriebenen Vorgehensweisen mit der gesetzlichen Auslegung in Ihrem Kanton konform? (beantwortet ausschliesslich durch Gericht, KESB, Klinik)

- Nein, in Baselland ist die KESB von Anfang dabei (Zuweise:r)
- Weitgehend konform. Allerdings ist die KESB bereits bei der FU-Anordnung involviert. Das ist eine sehr wichtige Gewaltentrennung. Am besten nochmals erweitert um verschiedene Interessensvertreter. Spätestens bei Rekurs sollte erweitertes Gremium Stellung beziehen. (Zuweise:r)
- In Baselland dürfen Ärzt:innen nicht selbst eine FU verfügen. Die rufen die KESB, diese verfügt dann eine FU (was Kosten für die Betroffenen generiert). Dieses Vorgehen ist eher eine Erschwernis, denn die Betroffenen müssen aufgesucht werden. Die Einschätzung durch die KESB innert 24 h bringt keinen Mehrwert, da KESB nicht unabhängig der Klinik entscheiden will. 1/3 ist innert 24 h aufgrund des Krankheitsbildes nicht anhörbar und urteilsunfähig. 1/3 schläft nach medikamentöser Beruhigung und kann nicht angehört werden. Dem Rest kann das Vorgehen erklärt werden, davon weiss ein Teil, wie es läuft. Aus der Erfahrung entscheidet die KESB eigentlich nicht entgegen der Klinik. Eine zusätzliche Überprüfung durch die KESB macht ggf. eher nach mehreren Tagen und wenn sich Klinik ein besseres Bild gemacht hat Sinn. Die Klinik jedoch ist froh, dass sie sich so auf Behandlung konzentrieren können, da der Entscheid über die FU dann bei KESB liegt. (KESB)

Lassen die Versorgungsstrukturen Ihres Kantons das beschriebene Vorgehen zu?

- Nein, Magensonde geht in der Psychiatrie Baselland nicht, dafür muss man ins somatische Spital. (Zuweise:r)
- Ja ist möglich. (KESB)

3.3.2 Fall 2: «78-jähriger Herr mit Harnwegsinfekt bei bestehender Demenz», Kanton GR

Zur Fallvignette wurden mehrere Personen befragt, um verschiedene Perspektiven aufzuzeigen. Bei dieser Fallvignette waren dies konkret:

- 1 betroffene Person
- 1 Angehörige/Vertrauensperson
- 1 Vertretung einer (Betroffenen-)Organisation
- 2 Vertretungen der KESB
- 2 Zuweisende
- 2 Vertretungen des Personals

Fallhintergründe

Der 78-jährige Herr F. wird von seiner Tochter auf die Innere Medizin des Kantonsspitals gebracht, weil die Alzheimerdemenz (mittelgradig) zunehme, er Schmerzen beim Harnlassen habe und die Tochter mit der Pflege überfordert sei. Sie wünsche (Behandlungsauftrag), dass das Spital ihn behandle und eine Wohnrichtung suche. Da ausser einem Harnwegsinfekt keine internistische Akutbehandlung indiziert erscheint, wird Herr F. noch am selben Abend auf eine alterspsychiatrische Akutstation verlegt.

Im psychiatrischen Aufnahmegespräch zeigt sich, dass der Patient nicht zu Ort, Situation und Zeit orientiert ist. Der diensthabenden Klinikpsychiater fordert einen klinikexternen Psychiater an, da der Patient sich nicht bzgl. seinem Einverständnis zum Aufenthalt/zur Behandlung in der Psychiatrie äussern kann.

Der externe Arzt (Unabhängigkeit von der Klinik ist gesichert) verfügt eine FU in der psychiatrischen Klinik bei psychischer Störung (Demenz) und Betreuungsbedarf.

Auf Station wirkt der Patient weiterhin überfordert, orientierungslos und kann nicht schlafen. Der Zustand von Herrn F. verschlechtert sich. Nach einer Woche wird er zur medizinischen Abklärung in das somatische Spital zurückverlegt. Von dort wird er nach einem weiteren Tag und einer unauffälligen Ultraschalluntersuchung wieder zurück in die Psychiatrie verlegt. Alle Verlegungen (psychiatrische Klinik-Spital-psychiatrische Klinik) finden unter der bei Aufnahme in der psychiatrischen Klinik verfügten ärztlichen FU statt.

Prozedurale Gerechtigkeit

Wie gerechtfertigt finden Sie die FU?

Die Personengruppen unterscheiden sich in der Einschätzung, ob die FU gerechtfertigt ist.

- Gerechtfertigt, sofern wirklich deutlich ist, dass eine Selbstgefährdung besteht bzw. deutliche Weglaufgefahr oder Verwahrlosung und es keine weniger einschneidenden Alternativen gibt. (Personal, Zuweiser:in, KESB)
- Gerechtfertigt, da der Patient wegen seiner Demenz nicht handlungsfähig ist. (Zuweiser:in)
- Der Patient wäre wohl auch aus freien Stücken dortgeblieben (bzw. hingegangen). (KESB)
- Fraglich, ob eine FU bei Demenz nötig ist oder ob hier abgeschoben wird, Tochter muss einbezogen werden (Angehörige:r, Organisation, Betroffene:r)

Welche Fragen bleiben offen?

Die befragten Stakeholder verlangen mehr Angaben zu den folgenden Punkten:

- Ausmass der Selbst-/Fremdgefährdung bzw. der Verwahrlosung. (Zuweiser:in)
- Was für eine Betreuungsform nötig ist. (Personal, Zuweiser:in)
- Bestehen eines Weglauf-Risikos resp. das Ausmass des Weglauf-Risikos. (Personal, 2x KESB)
- Wird die Station offen oder geschlossen geführt? (KESB)
- Mehr Informationen zum physischen und psychischen Zustandsbild inkl. einer ausführlichen Diagnose z.B. mit MRI (Demenz sei keine Diagnose) sowie zum Zeitraum der Verschlechterung. (beide Personal, Zuweiser:in)
- Wie ist die Wohnsituation? (Personal)
- Was für eine Funktion haben Hausarzt & Tochter? (beide Personal, Organisation)
- Warum fokussiert man nicht direkt auf einen Heimplatz? / Geht es um die Behandlung der Demenz oder wo Patient später hin verlegt wird? (Personal, Zuweiser:in)
- Gibt es keine Alternativen wie Spitex, Tagesklinik (Personal, Zuweiser:in, Organisation, Betroffene:r)
- Gibt es eine Patientenverfügung, Verfahrensbeistand (449 ZGB) oder eine Vertrauensperson? (Personal, Organisation, KESB)

Kompetenz
Ist der über die FU entscheidende Arzt aus Ihrer Sicht für diesen Entscheid geeignet?
Die Mehrheit der befragten Stakeholder findet den externen Psychiater geeignet. Die Präzisierungen, Begründungen und Ergänzungen fallen allerdings unterschiedlich aus: <ul style="list-style-type: none">▪ Ja (KESB) es muss ein:e Psychiater:in sein (Personal, Zuweiser:in)▪ Ja, idealerweise Psychiater:in von extern (Personal, Betroffene:r)▪ Die KESB sollte hinzugezogen werden. (Zuweiser:in)▪ Geeignet sind Ärzt:in/Psychiater:in wenn es um die Behandlung geht, KESB wenn Betreuung im Vordergrund steht. (KESB)▪ Ja und nein. Wie kann man einen Patienten innerhalb einer Stunde einschätzen? Wie weit wird der externe Psychiater von den Vorinformationen beeinflusst? Gespräch mit Pflege und Angehörigen oder Betroffenen ist nötig. (Angehörige:r, Organisation)
Wer sollte bei dieser Massnahme die Entscheidungshoheit haben?
Die Antworten hier fallen ähnlich aus, wie bei der vorhergehenden Frage.
Lassen sich alle Verlegungen mit der ersten (ärztliche FU in die psychiatrische Klinik) verfügbaren FU rechtfertigen?
Alle Stakeholder sind sich einig, dass es mehrere FUs braucht. Dies mit folgenden Bemerkungen: <ul style="list-style-type: none">▪ FU ist ja örtlich gebunden. Es bräuchte mehrere FU. In der Klinik gäbe es ein Verlegungs-FU – und beim Zurückverlegen muss man neu beurteilen, ob die FU noch nötig ist. Es kann schon paradox erscheinen, dass es bei solchen Konstellationen innerhalb 5 Tagen 3 FU braucht. Im Sinne der Betroffenen ist es gut, wenn es streng gehandelt wird. (Personal)▪ Ja, denn es geht um eine Behandlung, welche nicht in einem einzigen Spital möglich ist. (Zuweiser:in)▪ Im Prinzip hätte es gemäss Kantonsgericht immer eine neue FU gebraucht, da im Gesetz steht, dass man in eine spezifische Klinik einweisen muss. Unterschiedliche Institution brauchen dann je eine neue FU. (KESB)

Alternative
Fallen Ihnen alternative Vorgehensweisen zum skizzierten Vorgehen ein?
Hier sind die Antworten praktisch identisch mit den Antworten unter «welche Fragen bleiben offen» bei der ersten Frage: hauptsächlich wird das Involvieren von Hausarzt, Tochter, Familie und Pflege genannt und das Berücksichtigen von ambulanten Angeboten.

Fallhintergründe ff.

Nach vier Wochen in der Psychiatrie wird ein Pflegeheimplatz gefunden. Das Pflegeheim fordert eine behördliche FU, da die ärztliche FU in diesem Kanton «nur» max. 6 Wochen gültig sei. Die Kosten für die FU-Anordnung / FU-Verlängerung werden dem Patienten in Rechnung gestellt.

Nach 7 Monaten in dem Pflegeheim verschlechtert sich der Zustand des Patienten, er wird wegen aggressiver Verhaltensweise unter der behördlichen FU (Verlängerung erfolgte auf Antrag am 25. Tag der ärztlichen FU durch die zuständige KESB) in die Psychiatrie zugewiesen.

Prozedurale Gerechtigkeit
Wie gerechtfertigt finden Sie die behördliche FU?
Das Personal und ein:e Zuweiser:in sehen die behördliche FU gerechtfertigt, während die anderen Stakeholder grosse Zweifel haben oder sie nicht gerechtfertigt finden. <ul style="list-style-type: none">▪ Ist gerechtfertigt, hätte aber schon früher erfolgen sollen. KESB hätte man sofort informieren sollen. (Personal)▪ Gerechtfertigt. Vom Gesetz her braucht es eine neue FU. Klinik ist mit den 6 Wochen limitiert. (Zuweiser:in)▪ Ärztliche FU geht hier nicht. Wenn Wechsel dann via neue FU und tatsächlich dann eine behördliche FU. (KESB)▪ Behördliche FU nur, weil Pflegeheim das will, ist heikel. Es geht nicht hervor, ob der Patient davonlaufen würde oder nicht. Keine FU ohne Selbst- oder Fremdgefährdung. (KESB, Organisation, Betroffene:r)▪ Vielleicht wäre gar keine FU nötig gewesen, je nach Diagnostik. (Zuweiser:in)▪ Es ist der worst case, wenn die KESB ins Spiel kommt. Das gilt es abzuwenden. Meistens sind behördliche FU nicht gerechtfertigt. Hier auch nicht. (Angehörige:r)

Welche Fragen bleiben offen?

Hier sind die Antworten praktisch identisch mit den Antworten unter «welche Fragen bleiben offen» bei der ersten Frage:

- Freiwilligkeit überprüfen, sind Kriterien für FU immer noch gegeben? (Personal)
- Hat Patient einen Vormund? Was ist mit der Tochter? Nimmt sie die Interessen des Pat. wahr? Diagnostik für mehr Informationen zum Zustandsbild (Zuweiser:in)
- Ist der Pflegeheimplatz geschlossen oder nicht? Bestehen Weglauftendenzen? Kann sich der Patient eine Meinung zum Aufenthaltsort bilden? Wie viel tatsächlichen Pflegebedarf, Überwachungsbedarf, Kontrollbedarf braucht es wirklich? (KESB)
- Gibt es eine Weglauftendenz? Wenn wirklich dement und nicht urteilsfähig hat man Verfahrensbeistandschaft geregelt? Wer hat Heimunterbringungsvertrag überschrieben? Wer übernimmt rechtliche Vertretung dieser Person? (KESB)
- Warum will Heim überhaupt eine FU? Was verspricht sich das Heim davon? (Angehörige, Organisation, Betroffene:r)

Bräuchte es bei der erneuten Zuweisung aus dem Pflegeheim nach 7 Monaten in eine psychiatrische Klinik wegen einer vermuteten Verschlechterung des Gesundheitszustands, eine neue Anordnung zur FU in die geeignete Einrichtung (in diesem Fall die psychiatrische Klinik)?

Personal, Zuweisende und Betroffene:r finden alle, es bräuchte eine neue FU inkl. neuer Beurteilung des Gesundheitszustandes. Die Antworten der anderen Teilnehmenden sind im Detail ausgeführt.

- Das hätte man früher abklären müssen, vor einem Monat. Je nach dem, was dann dort stand, wäre neue FU einfacher/deutlicher. (KESB)
- Nach 6 Monaten wird FU überprüft. Da hätte man Bedarf gesehen. FU in FU ist schwierig. Man hätte Um-Unterbringungs-Antrag an KESB stellen, den FU anpassen (aufheben oder ändern) können. In der Praxis werden bei Verlegungen oft ärztliche FU gemacht, weil das schneller geht als eine Anpassung via KESB. Vielleicht hätte es auch keinen FU gebraucht. Im Rahmen einer behördlichen FU kann es zu Belastungserprobungen ausserhalb der Einrichtung, für welche die behördliche FU ausgestellt ist, kommen. In solchen Fällen wird die KESB informiert, ändert jedoch vorerst nichts am FU-Status. Dies könnte man auch bei kurzfristigen ärztlichen Abklärungen so handhaben. (KESB)
- Es hätte keine neue FU gebraucht (Angehörige:r)
- Braucht es wirklich eine FU? Ist dies nicht auf freiwilliger Basis möglich? (Organisation)

Kompetenz

Welche Personen sollten bei der periodischen Überprüfung der FU involviert sein?

Alle Stakeholder sind sich einig, dass es mehrere Personen sein sollen. Folgende Zusammenstellungen werden genannt und diese unterscheiden sich nur wenig voneinander:

- KESB, Behandler (inkl. Pflege), externer Psychiater. (Personal)
- Hausarzt, Angehörige, KESB, allenfalls Vormundschaftsbehörde und die Behandelnden (= Ärzteschaft und Pflege). (Zuweiser:in)
- Idealerweise: Arzt vom ersten FU (wenn möglich) damit man Verlauf sieht, sicher Institutionsseite und externe Fachmeinung. In diesem Fallbeispiel auch die Meinung der Tochter. Aber schlussendlich entscheidet die Behörde nach Einholen von Meinungen/Gutachten. (KESB)
- Mindestens ein Kurzgutachten sollte es geben und die für die Behandlung zuständigen Personen sollten involviert sein (Ärzterschaft, Pflege (-leitung)), Bezugsperson(en), Gutachter, allenfalls Familienmitglieder, KESB). (KESB2)
- Behandelnde Ärzteschaft, Konsiliarärzte, die die Heime besuchen, ambulante Psychiater, Pflege und die Angehörigen. (letztere am liebsten persönlich) (Angehörige:r)
- Vertrauensperson und Pflege (sind näher beim Patienten als Ärzt:innen), Angehörige, behandelnde Ärzt:innen als Sachverständiger. (Organisation)
- Tochter, Psychiater; Patient selber kann man wohl nicht einbeziehen, sonst Patient. Ansonsten muss Tochter ihn vertreten. (Betroffene:r)

In welchen zeitlichen Abständen sollte eine periodische Überprüfung stattfinden?

Alle Stakeholder sind sich einig, dass es eine periodische Überprüfung braucht. Die meisten erwähnen zudem, dass der ideale zeitliche Abstand, in welchem die Überprüfung stattfinden sollte, vom Fall bzw. der Akuität abhängt:

- Überprüfung ist wichtig, mindestens 1-mal pro Woche in akuter Phase. In diesem Fall hier ist ja vielleicht Weglauftendenz nicht mehr da, bei behördlicher FU 6 Monate. (Personal, Zuweiser:in)

- Erste Überprüfung nach 6 Monaten, dann wieder 6 Monate, danach mindestens jährlich. Bei Akutsituation natürlich häufiger. Ein Minimum sollte man im Gesetz schon festlegen. Jederzeit kann der Patient oder das Heim die Überprüfung der FUs beantragen lassen. Das geht schnell: innerhalb 5 Tagen (KESB)
- Immer bei einer Verschlechterung, Verbesserung. Ansonsten 6-8 Wochen. Oder allenfalls bei einer Medikamenten-Anpassung. (Angehörige:r)
- Mindestens monatlich. (Betroffene:r)

Alternative

Fallen Ihnen alternative Vorgehensweisen zum skizzierten Vorgehen ein?

Hier sind die Antworten praktisch identisch mit den Antworten unter «welche Fragen bleiben offen» bei der ersten Frage. Neue Bemerkungen sind:

- Es gibt viel Unkenntnis bei den Heimen, was sie können, was nicht. Ich hätte erst mit dem Pflegeheim Kontakt gesucht. Mehr Ab-/Erklärungen gemacht. Nicht gleich verlegen, nur weil ein Platz frei ist. (KESB)
- Gefährdungsmeldung an KESB. Prüfung Beistandschaft. Tochter involvieren. Das ganze ohne FU machen. (KESB)

Bemerkungen zur Kostenverteilung (FU-Anordnung / FU-Verlängerung)

Zu den im Fallbeispiel erwähnten Kostenverteilung sind folgende Bemerkungen gekommen:

- Dass Kosten bei Patient:in liegt, ist so üblich. (Zuweiser:in, KESB)
- Patient will die FU ja nicht. Kanton/Gemeinde sollte diese Kosten übernehmen. (Personal)
- Kosten sollten nicht beim Patienten liegen. (Organisation)
- Kosten: Sollen mit Auftraggeber abgerechnet werden, das heisst, die Rechnung geht bspw. an die Kantonspolizei. (Zuweiser:in)

Sind die in diesem Fall beschriebenen Vorgehensweisen mit der gesetzlichen Auslegung in Ihrem Kanton konform? (beantwortet ausschliesslich durch Gericht, KESB, Klinik)

Dies wurde von allen befragten Stakeholdern bejaht.

Lassen die Versorgungsstrukturen Ihres Kantons das beschriebene Vorgehen zu?

Alle befragten Stakeholder bejahten dies. Dazu gab es folgende Bemerkungen:

- In Graubünden ist die geografische Distanz ein Problem: Jemand vom Münstertal muss nach Chur in die Psychiatrische Klinik, das sind 2h Autostunden. Ein weiteres Problem ist auch, dass es keine italienisch sprachige Klinik gibt. Auch für die romanisch sprachigen gibt es wenig Angebote. Personen die Begutachtungen durchführen sind auch fast alle deutschsprachig, was teils Dolmetschen nötig macht. (KESB)

3.3.3 Fall 3: «25-jährige Frau mit Rückbehalt bei Borderline-Persönlichkeitsstörung», Kanton TI

Zur Fallvignette wurden mehrere Personen befragt, um verschiedene Perspektiven aufzuzeigen. Bei dieser Fallvignette waren dies konkret:

- 1 betroffene Person
- 1 Vertretung einer (Betroffenen-)Organisation
- 1 Vertretung der KESB
- 2 Zuweisende
- 1 Vertretung des Personals
- 1 Vertretung des Gerichts

Fallhintergründe

Eine 25-jährige Patientin mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp kommt nachts mit dem Taxi zur chirurgischen Notfallabteilung. Sie hat zwei Schnittwunden an den Handgelenken, die genäht werden müssen und gibt an, Suizidgedanken zu haben. Die Patientin stimmt dem Vorschlag der

Chirurgin zu, sich in stationäre psychiatrische Behandlung zu begeben. In der psychiatrischen Klinik eingetroffen, lehnt sie einen weiteren Verbleib ab. Der diensthabende Psychiater spricht einen Rückbehalt aus, da er im Rahmen der akuten Krise von einer anhaltenden Selbstgefährdung bei emotionaler Instabilität ausgeht.

Prozedurale Gerechtigkeit

Wie gerechtfertigt finden Sie den Rückbehalt?

Mit Ausnahme der KESB scheint der Rückbehalt allen befragten Stakeholdern gerechtfertigt. Als *rechtfertigende* Argumente werden genannt:

- Vorliegen von Selbstverletzungen, (schweren) Selbstmordversuches, Selbstmordgefährdung, emotionaler Instabilität (Zuweiser:in)
- Die Selbstsicherheit wird durch den Krankheitsaufenthalt ermöglicht (Zuweiser:in)
- Die Art der Symptomatik (ambivalenter, frustrierender, manipulativer Beziehungstyp) erfordert eine Entscheidung und Einschränkung des Handlungsspielraums (Zuweiser:in)
- Sicherstellung, dass Art. 426 ZGB erfüllt wird (Gericht)
- Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose und bestehender Gefahr für sich oder andere (Gericht)
- Bestehende Gefahr der Dekompensation (Personal)
- Zeitrahmen des Rückbehalts gilt es auf jeden Fall klar zu kommunizieren (Personal)
- Vorliegen einer Notfallsituation (Organisation)

Als *nicht rechtfertigende* Argumente werden genannt:

- Nicht diensthabende Psychiater:innen, sondern die medizinische Leitung hat zu beurteilen (KESB)
- Bewertung der Subsidiarität (Suche anderer Lösungen) ist nicht gegeben (KESB)

Welche Fragen bleiben offen?

Für die befragten Stakeholder bleiben verschiedene Fragen offen. Diese geben Hinweise darauf, worauf sie im konkreten Fall Wert legen würden. Die offenen Fragen sind:

- Wie ist die Lebenssituation, der Lebenskontext, die sozialen Aspekte der Patient:innen (alleine, mit Partner:in, mit Familie)? (Zuweiser:in)
- Was sind (vorangehende) Umstände des Selbstmordversuchs? (Zuweiser:in)
- Warum stellt nicht eine dritte/externe Person (Ärzt:in) die ärztliche Verordnung aus, um die Unabhängigkeit zu gewähren? (Gericht)
- Gibt es eine Patientenverfügung? (KESB; Organisation)
- Wurden Vertrauenspersonen / benannte Personen befragt/informiert? (KESB; Organisation)
- Besteht eine Selbstgefährdung bei der isolierten Rückkehr auf die Strasse? (KESB)
- Was sind alternative Rückkehrmöglichkeiten für die Patientin (z.B. zu Familie)? (KESB)
- Welche Berufsgruppen dürfen über eine FU entscheiden? (Organisationen)
- Gibt es Kontakte zu Vertrauenspersonen? (Organisationen)
- Wurde später eine zweite Einschätzung vorgenommen? (Organisation)
- Ist ein späteres ausführliches Gespräch unter Einbezug des behandelnden Arztes zur Überprüfung der häuslichen Situation geplant? (Personal)
- Wurde die Patientin über die Aufnahme und das weitere Vorgehen informiert? (Personal)

Kompetenz

Wer sollte bei solchen Massnahmen (Rückbehalt) die Entscheidungshoheit haben?

Aus Sicht der Stakeholder haben folgende Personengruppen Entscheidungshoheit:

- Alle (Fach-)Ärzt:innen, z.B. Psychiater:innen (Zuweiser:in)
- Ärzt:innen mit spezifischem psychiatrischem Fachwissen (Gericht)
- Personen, welche dafür verantwortlich und autorisiert sind (Gericht)
- Spezialisiertes Team von Ärzt:innen (Zuweiser:in)
- Multidisziplinäres Team von 2-3 Personen (KESB)
- Medizinische Leitung der Institution (KESB)
- Personen mit erweiterten umfassenden Kenntnissen (rechtlich, sozial, medizinisch, psychologisch) (KESB)
- Fachärzt:in Psychiatrie (Personal)

Als nicht geeignete Personengruppen werden genannt:

- Kantonsärzt:innen wegen fehlender Verfügbarkeit und Spezialisierung (Gericht)
- Behandelnde:r Psychiater:in (KESB)

Alternative
Fallen Ihnen alternative Vorgehensweisen zum skizzierten Vorgehen ein?
Die Stakeholder nannten folgende Alternativen: <ul style="list-style-type: none">▪ Patient:innen müssen über das Recht auf Widerspruch informiert werden. Dies ist sowohl ein Rechts- als auch ein Therapieinstrument (Zuweiser:in)▪ Kontaktaufnahme mit dem sozialen/institutionellen Netzwerk (Zuweiser:in; Personal; KESB)▪ Abklärung, ob eine solide familiäre oder institutionelle Unterstützung (Foyer) vorhanden ist, um abzuschätzen, ob die Person in Begleitung entlassen werden kann (Zuweiser:in; Personal)▪ Entlassung der Person aufgrund von solider familiärer oder institutioneller Unterstützung ist an die Bedingung geknüpft, dass die Person ein Beruhigungsmittel einnimmt und Zuhause überwacht wird (Zuweiser:in)▪ Aufbau eines ambulanten Netzes mit Dienst vor Ort. Multidisziplinäres, unabhängiges Team bestehend aus Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Sozialarbeitende welche auf Psychiatrie spezialisiert sind (Zuweiser:in; Organisation; Gericht; KESB)▪ Mobiles multidisziplinäres Behandlungsteam als Unterstützung der Notaufnahme, ein laufendes 4-jähriges Pilotprojekt im Kanton TI (Personal)¹⁰²

Fallhintergründe ff.

Die Patientin gerät über den Rückbehalt ausser sich und beginnt um sich zu schlagen. Sie wird vom Sicherheitsdienst festgehalten. Daraufhin steigt ihre Anspannung und sie schlägt bei jedem Versuch sie loszulassen mit dem Kopf gegen den Tisch. Das Stationsteam entscheidet sie zu fixieren und ihr ein beruhigendes Medikament gegen den Willen zu spritzen.

Prozedurale Gerechtigkeit
Wie gerechtfertigt finden Sie die Zwangsmassnahmen?
Mit Ausnahme der KESB und der Organisation scheint die Verabreichung eines beruhigenden Medikaments allen befragten Stakeholdern gerechtfertigt. Als <i>rechtfertigende</i> Argumente werden genannt: <ul style="list-style-type: none">▪ Es handelt sich um eine vorübergehende Massnahme zur Eindämmung (Zuweiser:in)▪ Es ist eine therapeutische Massnahme, welche den Patienten, die Patientin beruhigt und nicht in den Schlaf versetzt (Zuweiser:in)▪ Sedierung ist gesetzlich erlaubt, es sollen vor dieser Massnahme jedoch weniger einschneidende Alternativen vorausgehen (Gericht; Personal)▪ Zwangsmassnahmen sind nur anzuwenden, wenn es keine Alternative gibt (Personal)▪ Der Person muss die Zwangsmassnahme erklärt werden (Zuweiser:in; Personal) Als nicht rechtfertigende Argumente werden genannt: <ul style="list-style-type: none">▪ Beurteilung hat durch die medizinische Leitung zu erfolgen, nicht durch die diensthabenden Psychiater:innen (KESB)▪ Bewertung der Subsidiarität (Suche anderer Lösungen) ist nicht gegeben (KESB)▪ Die Polizei muss einbezogen werden (Personal)
Welche Fragen bleiben offen?
Für die befragten Stakeholder bleiben verschiedene Fragen offen. Diese geben Hinweise darauf, worauf sie im konkreten Fall Wert legen würden. Die offenen Fragen sind: <ul style="list-style-type: none">▪ Welche Verantwortung müssen Ärzt:innen übernehmen im Falle der Entlassung der gefährdeten Person? (Zuweiser:in)▪ Ist das Risiko der Zurückhaltung kleiner als das Risiko der Entlassung? (Zuweiser:in)▪ In welcher Art soll die Massnahme gegenüber den Patient:innen gerechtfertigt werden? (Dialog, Diskussion, Erläuterung) (Gericht)▪ Wurde das Umfeld kontaktiert? (Personal)▪ Wurden alle Ressourcen ausgenutzt? Wurde mit Unterstützung des ganzen Teams multidisziplinär und gemeinsam interveniert? (Personal)

¹⁰² Hinweis: Es gibt keine diesbezüglichen weiterführenden Informationen (Homepage etc.).

Kompetenz
Ist der Sicherheitsdienst, welcher die Patientin festhält aus Ihrer Sicht für diese Massnahme geeignet?
Alle Stakeholder sind sich einig, dass der Sicherheitsdienst nicht geeignet ist für diese Massnahme. Folgende Gründe werden genannt: <ul style="list-style-type: none">▪ Der Sicherheitsdienst soll nur in Notfällen und bei Gefängnispatienten eingeschaltet werden (Zuweiser:in)▪ Es gibt keinen Sicherheitsdienst auf den Intensivstationen (Gericht)▪ Die Polizei sollte dem Sicherheitsdienst vorgezogen werden (Gericht; Zuweiser:in; KESB; Personal)▪ Personen in polizeilicher Uniform sind grundsätzlich unverhältnismässig in dieser Situation (Gericht; Personal, Organisation)▪ Der Sicherheitsdienst ist nicht befugt und nicht dafür ausgebildet, um Personen festzuhalten (Zuweiser:in; KESB)▪ Die Person, welche die Patientin gegen ihren Willen festhält, sollte ein Polizist oder eine Polizistin sein, damit die "Figur des Bösewichts" nicht auf das Pflegepersonal übertragen wird (KESB)
Ist das Stationsteam, das in der Akutsituation entscheidet, die Patientin zu fixieren und ihr ein Medikament zu spritzen, aus Ihrer Sicht für diesen Entscheid/ diese Massnahme geeignet?
Mit Ausnahme des Gerichts und der KESB stimmen die Stakeholder dieser Aussage zu. Folgende Argumente wurden gegen die Eignung des Stationsteams genannt: <ul style="list-style-type: none">▪ Es sollte eine neutrale Person eingreifen (Gericht)▪ Das Sedierungsverfahren muss von der ärztlichen Leitung angeordnet werden (KESB)
Wer sollte bei solchen Massnahmen die Entscheidungshoheit haben?
Aus Sicht der Stakeholder haben folgende Personengruppen Entscheidungshoheit: <ul style="list-style-type: none">▪ Externe Person, wegen Vertrauensverlust der Person (Gericht)▪ Gesundheitsbehörde (Personal)▪ Arzt oder Ärztin (Zuweiser:in)▪ Medizinische Leitung (KESB)

Alternative
Fallen Ihnen alternative Vorgehensweisen zur angeordneten Massnahme ein?
Die Stakeholder nannten folgende Alternativen: <ul style="list-style-type: none">▪ Dialog suchen (Zuweiser:in; Gericht)▪ Patient:in in ein separates Zimmer mit nur zwei Personen verlegen, um zu sehen, ob eine therapeutische Allianz gebildet werden kann (Zuweiser:in)▪ Patient:in sollte in ein Einzelzimmer verlegt werden (Zuweiser:in)▪ Vertrauensperson kontaktieren (Zuweiser:in; KESB)▪ Gemäss Art. 32 ZUG103 muss die Zustimmung des Nutzers vorliegen. Wird die Zustimmung verweigert, muss ein externer kantonaler psychosozialer Ausschuss (interdisziplinäres Team) in Zusammenarbeit mit der medizinischen Leitung (Art. 36) das Medikament verabreichen (KESB)▪ Dringlichkeit der Situation prüfen (KESB)▪ Familienmitglieder miteinbeziehen (Personal)▪ Vor der Einlieferung in den Notfall sollte das mobile Team ein persönliches Gespräch vorschlagen, z.B. auf einem Spaziergang. Eine einvernehmliche Aufnahme könnte dadurch erzielt werden (Personal)▪ Heimpflege anstatt psychiatrisches Krankenhaus (Organisation)

Fallhintergründe ff.

Noch in derselben Nacht wird durch eine Psychiaterin (Klinikmitarbeiterin, die zusätzlich Teilzeit in eigener Praxis arbeitet und am vorgeschriebenen kantonalen Notfalldienst teilnimmt) eine FU in der psychiatrischen Klinik bei psychischer Störung (Borderlinestörung) und Behandlungsbedarf verfügt. Am Folgetag bringt die Mutter der Patientin, die auch als Vertrauensperson fungiert, eine psychiatrische Patientenverfügung auf die Station. Die Mutter ist verärgert, dass sie als Vertrauensperson nicht sofort über die FU informiert wurde.

¹⁰³ Bundesgesetz über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger, Zuständigkeitsgesetz ZUG

Inbesondere weil die Patientenverfügung beschreibt, dass die Patientin Zwangsmedikamente und Fixierungen ablehnt und wenn möglich ein gemeinsamer Gang auf das Klinikareal zur Entspannung beitragen kann. In einer Nachbesprechung der Zwangsmassnahme wird besprochen, wie das Behandlungsteam in Zukunft auf die Patientin eingehen kann und wie man die Patientenverfügung und die Information über die vorhandene Vertrauensperson für Notfallsituationen zugänglich machen kann.

Prozedurale Gerechtigkeit

Wie ordnen Sie ein, dass die psychiatrische Patientenverfügung erst am nächsten Tag durch die Mutter/Vertrauensperson gebracht wird?

Die Stakeholder ordnen die Situation unterschiedlich ein. Folgende Erklärungen werden genannt:

- Die Existenz der Patientenverfügung war nicht bekannt (Zuweiser:in).
- Die Patientenverfügung hat in der kritischen Situation der Selbstschädigung keine Priorität (Zuweiser:in; Personal).
- Patient:innen möchten teilweise nicht, dass Familienmitglieder kontaktiert werden (Zuweiser:in).
- Kontaktaufnahme mit den behandelnden Ärzt:innen, war zum Zeitpunkt nicht möglich (Zuweiser:in).
- Patientenverfügungen, sofern vorhanden, sollten in einem Fall wie diesem zugänglich sein (Gericht).
- Patient:in wurde nicht nach der Verfügung gefragt und Vertrauensperson wurde nicht kontaktiert (Zuweiser:in).
- Die Situation erfordert eine elektronische Patientenverfügung (App), die eingesehen werden kann. In der Westschweiz existiert ein solches Programm (Organisation).

Welche Fragen bleiben offen?

Für die befragten Stakeholder bleiben verschiedene Fragen offen. Diese geben Hinweise darauf, worauf sie im konkreten Fall Wert legen würden. Die offenen Fragen sind:

- Das FU-Formular beschreibt, dass eine nahestehenden Person der Patient:innen kontaktiert werden muss. Was ist, wenn Patient:innen nicht möchten, dass ein Familienmitglied kontaktiert wird? (Datenschutz und die Person ist volljährig) (Gericht; Zuweiser:in)
- Handelt es sich um einen bekannten Fall? Dann kann das Verfahren nicht indirekt durch das Vorliegen einer Patientenverfügung gerechtfertigt werden (Gericht).

Zusätzliche Bemerkungen der Stakeholder sind:

- Über die FU muss zum Zeitpunkt der Beschwerde entschieden werden (Zuweiser:in)
- Es ist ein grosser Mehraufwand, Leitlinien zu recherchieren (Organisation)
- Patientenverfügungen spielen eine Rolle in der Psychiatrie, stehen aber nicht im Vordergrund (Gericht)

Kompetenz

Wer sollte die Kompetenz haben Patientenverfügungen im Notfall einsehen zu können und wie kann das aus Ihrer Sicht gewährleistet werden?

Die Stakeholder nannten folgende Instanzen für die Einsicht in die Patientenverfügung:

- Der leitende Arzt oder die leitende Ärztin (Gericht)
- Alle Personen welche eine medizinische Entscheidung treffen müssen (KESB).

Die Gewährleistung der Einsicht wird aus Sicht der Stakeholder wie folgt gesichert:

- Zirkulation der Informationen innerhalb des Teams, auch über die Hierarchie hinaus (Organisation)

Alternative

Fallen Ihnen alternative Vorgehensweisen zur angeordneten Massnahme ein?

Die Stakeholder nannten folgende Alternativen

- Häusliche Behandlung in Begleitung eines krankenhauspsychiatrischen Dienstes (Zuweiser:in)
- Es fehlte der Dialog mit Patient:innen (Gericht)
- Es fehlte der interne Dialog mit einer Fachperson (Ärzt:in) die, die:den Patient:in bereits behandelt (Gericht)
- Patientenverfügungen können sich im Laufe der Zeit ändern, sie sind von geringem Wert. Die Beurteilung obliegt dem medizinischen Team (Zuweiser:in).

Kantonale Regelung (beantwortet durch Gericht, KESB, Klinik):
Sind die in diesem Fall beschriebenen Vorgehensweisen mit der gesetzlichen Auslegung in Ihrem Kanton konform?
Die Stakeholder befinden die beschriebenen Vorgehensweisen grundsätzlich als konform mit der kantonalen Auslegung in ihrem Kanton. Es wurden folgende Bemerkungen gemacht: <ul style="list-style-type: none">▪ Das kantonale Gesetz (TI) ist angemessen, aber es ist in der Praxis schwierig umzusetzen (KESB)▪ Die Frage der Benachrichtigung der Familie wurde beim Vorgehen nicht erwähnt (Zuweiser:in)▪ Teilweise weigern sich Patient:innen, das FU-Formular mit den Kontaktpersonen zu unterschreiben (Zuweiser:in)▪ In der Praxis werden Personen, die den Patient:innen nahestehen, oft erst ein paar Tage später informiert, das ist eine Schwierigkeit (KESB)▪ Im Tessin ist die Polizei angehalten, auf öffentlichen Plätzen zu intervenieren, nicht aber innerhalb von Gebäuden, dieser Aspekt muss berücksichtigt werden (Personal)▪ Patient:innen können Berufung gegen die FU einlegen, dies passiert sehr oft. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass etwas nicht in Ordnung ist (Organisation)
Lassen die Versorgungsstrukturen Ihres Kantons das beschriebene Vorgehen zu?
Zwei der Stakeholdergruppen (Gericht; Zuweiser:in) bejahen die Frage. Die weiteren Stakeholder sind nur teilweise mit der Aussage einverstanden oder lehnen diese ab. Es wurden folgende Aussagen gemacht: <ul style="list-style-type: none">▪ Einen 24-Stunden Dienst, mit einem multidisziplinären Team, einzurichten, welches den Fall kennt, ist schwer umsetzbar. Das verfahrenstechnische System muss vertieft werden (KESB)▪ Pro Mente Sana ist eine gute Referenz, um Patient:innen während der FU zu unterstützen (KESB)▪ Es fehlt ein Krisendienst, welcher sich mit der Verhältnismässigkeit der Einweisung befasst (Personal)▪ Es besteht ein Bedarf an Prävention auf der Ebene der Gestaltung der psychiatrischen Versorgung (Organisation)▪ Es braucht psychiatrische Notaufnahmen, welche die Menschen ganzheitlich betrachten (Organisation)

3.3.4 Fall 4: «43-jährige Frau mit FU bei Alkoholintoxikation», Kanton VD

Zur Fallvignette wurden mehrere Personen befragt, um verschiedene Perspektiven aufzuzeigen. Bei dieser Fallvignette waren dies konkret:

- 2 Zuweisende
- 2 Vertretungen des Gerichts
- 2 Vertretungen des Personals
- 1 angehörige Person

Wie zu sehen ist, konnte nach mehrmaligen Versuchen leider keine betroffene Person befragt werden, da die angefragten entweder nicht mehr bereit dazu waren oder nicht erreichbar waren.

Fallhintergründe

Die Mutter der 43-jährigen Frau D. ruft die Polizei. Die Tochter sei ausser Kontrolle. Die Tochter habe eine Alkoholabhängigkeit und eine Persönlichkeitsstörung.

Die Polizei bringt die alkoholisierte, randalierende Frau, ohne Beizug des Notarztes/Sanität in die nächstgelegene Psychiatrie, in der sie in der Vergangenheit bereits einige Male stationär behandelt wurde.

Frau D. weist bei der Aufnahmeuntersuchung einen Atemalkohol von 4,2 Promille auf. Da sie eine stationäre Aufnahme in der Psychiatrie ablehnt, wird sie wegen akuter Selbstgefährdung und bestehendem Schwächezustand vom Klinikpsychiater per FU in ein Spital zur kontrollierten Entgiftung zugewiesen.

Prozedurale Gerechtigkeit

Wie gerechtfertigt finden Sie die FU?

Auf der Grundlage der verfügbaren Informationen gibt es unter den Befragten keinen allgemeinen Konsens darüber, ob die FU gerechtfertigt ist oder nicht. Folgende Argumente wurden angebracht:

Prozedurale Gerechtigkeit

- Drei Personen bewerteten die FU unter bestimmten Bedingungen als eher gerechtfertigt (1 Zuweiser:in, 2 Personal), während vier Personen sie als eher nicht gerechtfertigt bewerteten. (1 Zuweiser:in, 2 Gericht, 1 Angehörige:r)
- Es wurde zudem darauf hingewiesen, dass Situationen, die einen (Alkohol-)Entzug erfordern, besonders schwierig sind, da sie eine Grauzone darstellen.
- Diejenigen, welche die FU als ungerechtfertigt einstufen, begründeten ihre Einschätzung damit, dass ein sehr hoher Blutalkoholspiegel nicht ausreicht, um eine FU auszusprechen. Liegt also primär ein somatischer Grund vor, ist die Unterbringungsentscheidung nicht gerechtfertigt (Gericht, Zuweiser:in). Eine Vertretung des Gerichts wies darauf hin, dass es im Kanton VD keine FU wegen hoher Alkoholwerte mehr geben sollte. Für den Vertreter der Angehörigen schliesslich war die Unterbringung insofern nicht gerechtfertigt, als die Person sich offenbar von der Polizei abführen liess.

Diejenigen, welche die Platzierung für gerechtfertigt hielten, verwiesen jedoch auf mehrere notwendige Bedingungen:

- Zwei Personalvertretende gaben an, dass die FU gerechtfertigt sein könnte, wenn der/die Ärzt:in eine akute Gefahr und ein gefährliches Verhalten im Zusammenhang mit dem enthemmten Verhalten feststellt.
- Je eine Vertretung des Personals und Zuweisenden) erwähnten auch, dass eine FU für die somatische Behandlung unter diesen Umständen nur in einem somatischen Krankenhaus gewährt werden könne.

Welche Fragen bleiben offen?

Die Befragten sind sich einig, dass es mehrere offene Fragen gibt, um eine fundierte Entscheidung über die FU zu treffen. Dabei handelt es sich vor allem um medizinische Fragen, die sich auf den Zustand der Person zum Zeitpunkt ihrer Ankunft in der psychiatrischen Klinik, auf ihre Vorgeschichte und auf die durchgeführte Untersuchung bezogen. Es sind dies:

- Welche Gespräche wurden zwischen dem/der Psychiater:in und der betroffenen Person im Zusammenhang mit der FU geführt? Hat der/die Psychiater:in beurteilt, ob die Bedingungen erfüllt sind? (Gericht)
- Warum brachte die Polizei die betroffene Person in die psychiatrische Notaufnahme gebracht und nicht in die Notaufnahme? (Personal)
- Was ist die Vorgeschichte der betroffenen Person? (Zuweiser:in)
- Wird die betroffene Person wegen einer Suchterkrankung behandelt (Zuweiser:in)?
- Wie schwer ist der Alkoholismus und wie wirkt er sich auf die Gesundheit der betroffenen Person aus (akute Zirrhose)? (Zuweiser:in)
- Was ist die mittel- und langfristige Perspektive der betroffenen Person (Zuweiser:in)
- Wie hoch ist der tatsächliche Rauschzustand der betroffenen Person: Der Atemalkoholwert von 4,2 Promille sagt an sich nichts aus, es gibt unterschiedliche Toleranzschwellen für Alkohol, ausserdem ist fraglich, ob der Wert von 4,2 Promille stabil ist oder wieder steigen wird. Besteht das Risiko einer Verschlimmerung? (Personal, Gericht)
- Die effektiven Turbulenzen (randalierendes Verfahren) müssen genauer erklärt werden (Zuweiser:in; Angehörige:r)
- Es fehlen weiterführende Informationen, um die unmittelbare akute Gefahr für sich und andere zu definieren (Personal, Gericht)
- Es mangelt an einer umfassenden Beurteilung, welche über die akute Alkoholisierung hinausgeht (psychiatrisch, Urteilsfähigkeit, Trauma im Zusammenhang mit Alkoholkonsum) (Zuweiser:in)
- Es besteht Ungewissheit über das Alter: Bei Minderjährigen ergeben sich andere rechtliche Fragen als bei Erwachsenen (andere Beurteilung der Urteilsfähigkeit) (Zuweiser:in)

Kompetenz

Ist die Zuführung in eine Klinik durch die Polizei ohne den vorherigen Beizug eines Notarztes in dieser Situation gerechtfertigt?

Alle Fachleute sind sich einig, dass eine direkte Überweisung durch die Polizei in eine psychiatrische Klinik im Kanton VD nicht möglich ist. Nur der Vertreter der Angehörigen hielt eine Überstellung durch die Polizei für sinnvoll, betonte aber, dass die Polizei nicht befugt sei, eine FU auszustellen.

Den Vertretungen des Gerichts zufolge gibt es ein sehr klares Protokoll darüber, was die Polizei zu tun hat. Die Polizei darf eine Person nicht direkt in ein psychiatrisches Krankenhaus bringen, sondern in eine somatische Einrichtung. Bestehen Zweifel am psychischen Zustand der Person, muss die Polizei einen Dienstarzt hinzuziehen, der eine Beurteilung vornimmt und eine Einweisung in ein Krankenhaus anordnet. Weigert sich die Person, kann der Präfekt die Einweisung in ein Krankenhaus anordnen.)

In der Praxis kommen solche Patient:innen also mit dem Krankenwagen, wobei die Polizei einen Krankenwagen oder sogar einen Arzt auffordert). (Zuweiser:in)
Ist der über die FU entscheidende Klinikpsychiater ¹⁰⁴ aus Ihrer Sicht für diesen Entscheid geeignet?
Alle Befragten waren der Meinung, dass der/die Psychiater:in zu den Akteur:innen gehört, die diese Entscheidung treffen können. Voraussetzung ist, dass sie oder er ausgebildet ist und auf kantonaler Ebene akkreditiert ist (Zuweiser:in). 2 Befragte gaben an, dass in der Regel die Klinikleitung oder eine medizinische Führungskraft die Entscheidung trifft (Zuweiser:in, Personal)
Wer sollte das Recht haben, über solche Maßnahmen zu entscheiden?
Insgesamt stellte keiner der Befragten die derzeitige Definition der Entscheidungsbefugnisse für medizinische FU in Frage. Ein Mitglied des Personals wies darauf hin, dass es kompliziert wäre, die Entscheidung über eine medizinische Notfall-FU einem Gericht zu übertragen, aufgrund der Notwendigkeit der durchgehenden Erreichbarkeit tags und nachts, und dass der öffentliche Gesundheitsauftrag der Ärzteschaft auch den Schutz der Bevölkerung einschliesse. (Personal)

Alternative
Fallen Ihnen alternative Vorgehensweisen zum skizzierten Vorgehen ein?
Es werden mehrere Alternativen genannt: <ul style="list-style-type: none">▪ Die Person hätte direkt in einen Notfalldienst gebracht werden müssen (Zuweiser:in; Personal, Gericht). Die somatischen Notfalldienste sind es gewohnt, Ausnüchterung zu behandeln, und die psychologische Barriere ist für die Menschen weniger wichtig (Personal)▪ Im somatischen Notfalldienst sollte genügend Zeit zum Ausnüchtern bestehen und erst dann eine Untersuchung durchgeführt werden. Die Frage nach der Notwendigkeit der FU hätte erst an dieser Stelle gestellt werden sollen (Zuweiser:in)▪ Man hätte sich zuerst auf die Patientenverfügung oder einen therapeutischen Vertreter oder sogar auf einen gemeinsamen Krisenplan stützen sollen bzw. stützen müssen (Zuweiser:in, Angehörige:r).▪ Im Kanton VD ist der gemeinsame Krisenplan ein Instrument zur Antizipation von Entscheidungen, die im Bereich der psychischen Gesundheit im Falle einer Krise zu treffen sind. Dies wird derzeit im Kanton VD umgesetzt. Es handelt sich um eine neuere Form der Patientenverfügung, die es ermöglicht, eine mögliche künftige Krise zu verhindern und besser zu bewältigen, indem die Präferenzen der Nutzenden in Bezug auf Pflege und Behandlung berücksichtigt werden. Im Gegensatz zur Patientenverfügungen ist der gemeinsame Krisenplan das Ergebnis eines gemeinsamen Entscheidungsprozesses zwischen den Nutzenden und dem professionellen und/oder persönlichen Unterstützungsnetz, wo die Rolle jedes Einzelnen vor der Krise festgelegt ist. Ein weiterer Unterschied zur Patientenverfügungen besteht darin, dass die gemeinsame Krisenplanung über den medizinischen Bereich hinausgeht und auch Aspekte der materiellen oder menschlichen Versorgung umfassen kann, die die Kooperation der Patient:innen verbessern können. Die Ergebnisse einer Pilotphase wären gemäss der befragten Angehörigen sehr ermutigend. So wurden 90 % der Patient:innen, die nach 9 Monaten erneut ins Krankenhaus eingeliefert werden, nicht unter Zwang hospitalisiert.▪ Bei chronischem Alkoholismus oder wiederholtem starkem Alkoholmissbrauch könnte eine langfristige FU mit einer anfänglichen Entzugsphase in einer psychiatrischen Einrichtung und einer anschliessenden Stabilisierung in einer in Suchtbereich spezialisierten Einrichtung in Betracht gezogen werden. Dies würde dann aber mit dem Netzwerk besprochen werden (Gericht).

Fallhintergründe ff.

Im Spital erfolgt die Entgiftung auf der Intensivstation. Am Folgetag wird die Patientin zur weiteren Entzugsbehandlung bei bestehender FU zurück in die Psychiatrie verlegt.

Der Entzug erfolgt ohne weitere Komplikationen. Die Patientin will nach wenigen Tagen wieder entlassen werden. Da keine unmittelbare akute Selbst- oder Fremdgefährdung besteht, wird die FU aufgehoben und Frau D. entlassen.

¹⁰⁴ Hinweis: Eine FU-Anordnung (ausser im Falle von Art. 427 ZGB) ist Ärzt:innen der Klinik, in der sie arbeiten, nicht erlaubt. Klinikärzt:innen können nur FU-Anordnungen/-Einweisungen für andere Kliniken vornehmen.

Prozedurale Gerechtigkeit

Wie gerechtfertigt finden Sie die Verlegung pro FU in die Psychiatrie?

Diejenigen, die sich zu dieser Frage äusserten, bewerteten die Rechtfertigung für die Überweisung in die Psychiatrie unterschiedlich.

- Die FU ist gerechtfertigt, sofern ausserhalb der Alkoholsituation eine psychiatrische Pathologie entdeckt wird (Zuweiser:in)
- Die Verlegung ist nicht gerechtfertigt, wenn keine somatische Gefahr mehr besteht, die betroffene Person nicht an einem Entzug interessiert ist und sich nach einer Beurteilung keine weiteren Elemente ergeben haben (Personal).
- Es wurde zudem betont, dass zunächst die Frage nach der Indikation für eine stationäre Behandlung gestellt werden sollte, gefolgt von den Zielen, die mit einer FU verfolgt werden. Dies, da Zwang im Falle von Abhängigkeiten oft nicht funktioniert. Gleichzeitig sei es in bestimmten Situationen manchmal sinnvoll, einen Entzug im Rahmen einer FU zu versuchen, wenn bestimmte Voraussetzungen gegeben sind (um die Spirale des Konsums zu stoppen, und wenn die Person bereits den Wunsch nach Abstinenz geäussert hat) (Zuweiser:in)

Kompetenz

Kann die Patientin mit der in der Psychiatrie verfüzten FU in das Spital zurück in die Psychiatrie verlegt werden?

Es bestand unter den Befragten allgemeines Einverständnis darüber, dass eine Verlegung in ein psychiatrisches Krankenhaus mit derselben FU nur im Rahmen einer FU-Verlängerung mit Standortwechsel möglich ist. (Zuweiser:in, Personal)

Es wurde klargestellt, dass eine Übertragung innerhalb derselben FU auch von den Gründen abhängt, die in dem ursprünglichen FU angegeben sind. Wenn die angegebenen Gründe nur mit Alkohol und Schwächezustand zu tun hätten, wäre eine Verlegung in eine psychiatrische Abteilung nicht möglich (Gericht).

Alternative

Fallen Ihnen alternative Vorgehensweisen zum skizzierten Vorgehen ein?

Alle befragten Fachleute sind sich einig, dass nach 24 Stunden eine erneute Bewertung der Situation und der Angemessenheit der FU erforderlich wäre (Zuweiser:in, Personal, Gericht). Anschliessend wären die möglichen Optionen folgende:

- Wenn es sich nur um eine Trinksituation handelte, entlassen sie die Betroffenen (Personal)
- Bei Interesse an einem Entzug, kann eine freiwillige Hospitalisierung erfolgen, da Zwang im Kontext der Sucht oft nicht funktioniert (Zuweiser:in, Personal)
- Ergibt die Beurteilung, dass keine unmittelbare Gefahr besteht, könnte eine ambulante Nachuntersuchung erfolgen (möglicherweise mit einer weiteren Neubewertung und gegebenenfalls FU). Generell sollte die Förderung eines freiwilligen oder ambulanten Ansatzes Vorrang vor der FU haben, hängt aber auch von der Pathologie, der sozialen und familiären Situation der Person, ihrem Netzwerk und der Qualität der Nachsorge durch den:die behandelnde:n Ärzt:in ab (Zuweiser:in)
- Eine Verlängerung der FU in einer psychiatrischen Einrichtung wäre denkbar, aber mit einer neuen Bewertung der Situation (Personal)

Schliesslich stellten zwei Personen die Rechtfertigung einer so raschen Aufhebung der FU in Frage, mit der Begründung, dass keine unmittelbare akute Gefahr mehr bestehe. Ihrer Ansicht nach ist dieser Grund nicht ausreichend, um die FU aufzuheben (Zuweiser:in, Angehörige:r).

- Die FU könnte noch einige Tage aufrechterhalten werden, um die Abstinenz im Krankenhaus zu verlängern und um zu versuchen, die Situation zu verstehen und gemeinsam mit der betroffenen Person Lösungen zu finden. Wenn die Person so entlassen wird, wie sie hereingekommen ist, scheint die FU nutzlos, sowohl für die Person selbst als auch für die Menschen in ihrem Umfeld (z. B. die Mutter). (Zuweiser:in, Angehörige)
- Langfristig könnte eine Rückkehr nach Hause mit ambulanten Zwangsmassnahmen betrachtet werden (Angehörige)

Fallhintergründe ff.

Noch am Entlassungstag trinkt Frau D abends erneut Alkohol. Die Mutter ruft diesmal den Notarzt, der eine FU in der Psychiatrie verfügt. Am 3. Tag, nach komplikationsloser Entgiftung, wünscht Frau D. wieder die Entlassung. Da die Ärzte mit Verweis auf die zeitnahe erneute Zuweisung im Rahmen der Rückfälle nicht zustimmen, reicht sie Beschwerde gegen die FU ein. Der Beschwerde wird nach 5 weiteren Tagen durch

das Gericht stattgegeben. Frau D. wird entlassen, ohne sich auf das Angebot einzulassen noch eine ambulante Behandlung zu initiieren

Prozedurale Gerechtigkeit

Wie gerecht/angebracht finden Sie die Aufhebung der FU durch das Gericht? Welche Fragen bleiben?

Es fehlt gemäss den Befragten an Beweisen, um zu beurteilen, ob die Entscheidung des Gerichts gerecht/angemessen war. Die folgenden Fragen bleiben offen:

- Wie ist die Gesamtbeurteilung der Person? (Zuweisender)
- Warum waren sich die Ärzte nicht einig: Was war ihr Plan? (Zuweiser:in)
- Warum ist die Person nicht bereit, die Behandlung fortzusetzen? Was wollen sie? (Zuweiser:in)
- Stimmt die Person einer Behandlung oder Nachbehandlung zu?

Auf der Basis der vorhandenen Information herrscht keine Einigkeit über die Rechtfertigung der Aufhebung.

- Es scheint problematisch, dass das Gericht die FU-Massnahme zu schnell aufhebt (Zuweiser:in, Angehörige:r)
- Was wird der Familie gesagt? Was wird unternommen, wenn die Person das nächste Mal in der gleichen Situation ist? Ausserdem zeigen ambulante Massnahmen kurzfristig oft keine unmittelbare Wirkung.
- Wenn man die FU anhebt, sieht die betroffene Person aus wie eine Marionette. Warum wurde dann eine FU angeordnet? (Angehörige:r)

Das befragte Personal hält die Entscheidung des Gerichts hingegen für gerechtfertigt:

- Die Aufgabe der FU bestehe darin, der Person zu helfen, ihre Urteilsfähigkeit wiederzuerlangen. Solange die betroffene Person urteilsfähig ist und die Situation verleugne, ist jede Hilfe kompliziert.
- Es müsste eine konkrete Gefährdung vorliegen, damit die FU beibehalten wird (Gericht)
- FU sollten nicht regelmäßig eingesetzt werden. Ist dies der Fall, sollte eine längerfristige Lösung in Betracht gezogen werden. (Gericht)

Kompetenz

Finden Sie es angebracht, dass das Gericht in solchen Situationen die Entscheidungshoheit hat?

Alle Befragten sind sich einig, dass es sehr wichtig sei, dass die Menschen ein Recht auf die Anrufung des Gerichts haben und dass das Gericht über die Frage entscheiden kann.

Nach Ansicht mehrerer Befragter (Zuweiser:in, Personal) sei es wichtig, dass die Entscheidung des Gerichts auch auf ein neutrales medizinisches Gutachten gestützt werden kann. Genau dies sei der Fall (Gericht). Alle Beschwerden werden von einer einzigen kantonalen Dienststelle mit 4 Expert:innen im Kanton VD) neutral (vereinfacht) begutachtet, um eine Harmonisierung der Begutachtungspraxis zu gewährleisten.

Es wird ausserdem erläutert, dass die Anhörungen nicht nur die Begründetheit der FU prüfen, sondern auch die Möglichkeit bieten, die Bedingungen für den Krankenhausaufenthalt zu untersuchen und das Netzwerk in Bewegung bringen (Gericht):

- Bei der Berichterstattung müssen sich die Ärzte mit einem geplanten Entlassungstermin zurückmelden und sich fragen, was sie als nächstes tun sollen. Beim Erstellen des Berichts an das Gericht setzen sich die Ärzt:innen mit der Behandlungsplanung (geplante Interventionen und Dauer des Aufenthalts) auseinander.
- Manchmal treffen die Betroffenen zum ersten Mal die Sozialarbeitenden des Spitals, welche sie zur Anhörung begleiten. Der Einbezug der Sozialarbeitenden könnte bei der Entlastung helfen, um den gesamten administrativen und finanziellen Kontext der betroffenen Person zu prüfen.

Alternative

Fallen Ihnen alternative Vorgehensweisen zum skizzierten Vorgehen ein?

Im Allgemeinen bleiben die genannten Alternativen dieselben wie zuvor und gehen in Richtung eines längerfristigen, ambulanten Ansatzes, der auf der Eigenverantwortung der:des Betroffenen beruht, Familie und Freund:innen einbezieht und Zwangsmaßnahmen (Krankenhaus und ambulant) nur als letztes Mittel vorsieht:

- Ausstiegsvorbereitung (Antizipation von Handlungsoptionen für den Fall eines Rückfalls) sollte durchgeführt worden sein (Zuweiser:in)
- Die Familie (Mutter) vor dem Spitalaustritt einbeziehen oder konsultieren (Zuweiser:in, Personal)
- Die Person zu einer:inem Partner:in in der Behandlung machen (Personal, Angehörige:r)
- Krankenhauseinweisung nur als letzter Ausweg, nach einem Versuch der ambulanten, freiwilligen oder möglicherweise erzwungenen Nachsorge (Personal, Zuweiser:in, Gericht)

- Eine zivilrechtliche FU mit dem Netzwerk berücksichtigen (Entscheidung = Gericht), z.B. bei schweren und chronischen gesundheitlichen Auswirkungen von Alkohol (Demenz, epathische Zirrrose) (Personal, Gericht)
- Es wird darauf hingewiesen, dass Notfallärzt:innen die FU nicht aus der Ferne durchführen können. Sie müssen die Person sehen können, um eine FU anzuordnen (Zuweiser:in, Personal)

Kantonale Regelung (beantwortet durch Gericht, KESB, Klinik):

Sind die in diesem Fall beschriebenen Vorgehensweisen mit der gesetzlichen Auslegung in Ihrem Kanton konform?

Als nicht konform werden folgende Elemente erwähnt:

- Die Tatsache, dass die Polizei die Betroffenen in die psychiatrische Klinik bringt (Zuweiser:in, Gericht)
- Die Anordnung der FU nach der telefonischen Meldung der Mutter (Personal)

Lassen die Versorgungsstrukturen Ihres Kantons das beschriebene Vorgehen zu?

Grundsätzlich bejahen diese Frage alle Befragten. Als positiv werden folgende Elemente genannt:

- Struktur der delegierten Ärzt:innen in den Bezirken, die den Kantonsarzt vertreten, um die Praxisärzt:innen bei Entscheidungen zu unterstützen.
- Verfügbarkeit eines breiten Spektrums institutioneller Massnahmen (Zuweiser:in, Angehörige:r)
- Kantonale FU-Treffen, um den Dialog zwischen den Akteur:innen zu fördern und ein einheitliches Verständnis der FU-Praktiken zu entwickeln

Einige allgemeine Herausforderungen und Probleme wurden ebenfalls erwähnt:

- Die Ärzteschaft ist nicht immer mit den Bedingungen und der Funktionsweise des FU vertraut, insbesondere die Assistenzärzt:innen (die nur sechs Monate bleiben). Dies führt manchmal zu Problemen bei der Einhaltung der Fristen (maximal 6 Wochen). (Gericht)
- Problem der verfügbaren Plätze (Zuweiser:in, Gericht)
- Problem der verfügbaren Humanressourcen, auch auf Gerichtsebene (Gericht)
- Unterschiedliche Koordination zwischen den Akteuren je nach kantonalen Sektoren und manchmal sogar innerhalb derselben Organisation (z.B. innerhalb des psychiatrischen Krankenhauses, je nach Grund des Krankenhausaufenthalts)
- Schliesslich wird betont, dass Zwang nicht immer zu verbieten sei, sondern mit Bedacht eingesetzt werden sollte. Zwangsmassnahmen heilen zwar nicht, aber sie sind unter bestimmten Umständen notwendig, um die Person zu schützen und ein Bewusstsein zu schaffen. Die allgemeine gegenwärtige Einschätzung, dass FU grundsätzlich falsch sind, wäre zu revidieren. (Zuweisender; Angehörige).

3.3.5 Fall 5: «39-jähriger Herr mit wiederholten FU bei paranoider Schizophrenie», Kanton ZH

Zur Fallvignette wurden mehrere Personen befragt, um verschiedene Perspektiven aufzuzeigen. Bei dieser Fallvignette waren dies konkret:

- 1 Betroffene Person
- 1 Vertrauensperson
- 1 Vertretung einer (Betroffenen-)Organisation (gleichzeitig Angehörige Person)
- 1 Vertretung der KESB
- 2 Zuweisende
- 2 Vertretungen des Personals
- 1 Vertretung des Gerichts

Fallhintergründe

Ein 39-jähriger Patient wird bei Zunahme von Stimmen (akustischen Halluzinationen), die ihn zum Suizid auffordern, nachts per FU in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Auf Station reagiert er wahnhaft auf das Personal, dieses würden ihn vergiften. Er wirkt ängstlich-misstrauisch. Im Verlauf der Aufnahmeprozedur wird er aggressiv, das anwesende Pflegepersonal isoliert den Patienten und spritzt ihm die empfohlene Zwangsmedikation als Notfallmedikation. Der Dienstarzt wird anschliessend informiert und gebeten die entsprechenden Verordnungen im elektronischen Klinikinformationssystem zu veranlassen. Die Isolierung wird alle 30 Minuten durch ein Sichtfenster an der Tür durch das Pflegepersonal kontrolliert. Alle 3 Stunden wird die Isolierung durch den Dienstarzt und PP überprüft, indem das Isolierzimmer betreten und ein Gesprächsangebot gemacht wird. Der Patient wird nach 4 Stunden ruhiger, schläft, ist dabei bei den 2-stündlichen Kontrollen weckbar. Der Patient bekommt ein reguläres Mehrbettzimmer zugewiesen. In der Nacht

erfolgte, bei hohem Dienstaufkommen, keine Rechtsmittelbelehrung bzgl. der Isolierung und Zwangsmedikation. Am Folgetag kann die Isolierung aufgehoben werden.

Prozedurale Gerechtigkeit

Wie gerechtfertigt finden Sie die Zwangsmassnahmen?

Die befragten Stakeholder sind sich mehrheitlich einig, dass die ZM (hier: Zwangsmedikation, Isolierung). gerechtfertigt ist. Jedoch wird auch angemerkt, dass für die Beurteilung mehr Informationen notwendig wären und es gibt auch kritische Stimmen.

- Zum Schutz für Patient:innen oder Umfeld bleibt einem manchmal nichts anderes übrig. In der Situation scheint die ZM gerechtfertigt. Man muss die:den Patient:innen aber sicher informieren. (Personal)
- Um dies zu beurteilen, bräuchte es mehr Informationen, insbesondere zur Gefährdungslage. Psychopathologie und Aggression sind per se noch kein Grund für ZM (2 Personal, Zuweiser:in)
- Es scheint sich hier um einen Notfall zu handeln. Der Patient leidet an einer akuten Psychose, Kooperation scheint krankheitsbedingt nicht möglich. Das Personal weiss nichts vom Patienten. Gefährdungsaspekte scheinen vorhanden und verlangen rasches konsequentes Eingreifen. (Zuweiser:in, Gericht, Organisation, Betroffene:r)
- Gerechtfertigt ist es, wenn Patient:innen auf Menschen losgehen. Wenn nur eine verbale Drohung erfolgt, wäre es unverhältnismässig. (KESB)
- Vom Patienten wird dies als Körperverletzung empfunden. Daher soll eine ZM nur letzte Wahl bei Selbst-/Fremdgefährdung darstellen. Egal in welchem Zustand, der Patient muss ein Rechtsmittel erhalten, auch wenn er nicht empfänglich dafür ist. Es ist wichtig, dass Patienten Dokument bekommen, auch wenn sie diese aktuell nicht erfassen können. Das Personal soll, sobald er empfänglich ist, Belehrung nochmal durchführen. Ansonsten wird Patient erst recht misstrauisch. (Vertrauensperson)

Welche Fragen bleiben offen?

Von einigen Teilnehmenden wurden vertiefende Fragen zu Symptomatik und Aggressivität des Patienten gestellt. Es kam zu Fragen zum Ablauf und im Vorfeld versuchter, weniger einschneidender Massnahmen. Auch wurde in Frage gestellt, ob ein Patient bei akuter Symptomatik die Belehrung aufnehmen kann.

- Inwieweit kann der Patient die Belehrung bei bestehendem Wahn bzw. unter Medikamenteneinfluss aufnehmen? (Personal)
- Welche Alternativen (bspw. Rückzugsort) wurden versucht um zu deeskalieren? Wurde die Zwangsmedikation bereits vom Dienstarzt verordnet oder wurde sie durch das Pflegepersonal ohne Rücksprache verabreicht? Die Entscheidungshoheit muss beim Dienstarzt liegen. (Personal, Gericht)
- Bei der Ausstellung der FU hätte eine Rechtsmittelbelehrung durchgeführt werden sollen. Gibt es Angehörige/Vertrauensperson? Wurden Alternativen zur ZM versucht? (2 Zuweiser:in)
- Wie stark war Gefährdung ausgeprägt. Prinzipiell sollte eine ausgeprägte Bedrohung vorliegen, und die Schwelle ZM anzuwenden, sollte hoch liegen. (KESB)
- Eine FU ist per se eine Riesenkränkung. Es muss alles getan werden, um weiterem Zwang (Isolation) entgegenzuwirken. Um ein besseres Verständnis für den Patienten zu erhalten, müssen soziale Situation, Umfeld, Verfügbarkeit Angehöriger unbedingt geklärt werden. (Organisation)
- Wer hat die FU ausgestellt? Hatte er schon Medikamente, ist eine Schizophrenie schon diagnostiziert. Für Vertrauenspersonen ist es wichtig, Informationen zu Patienten zu haben und diese um Information von anderen Personen zu erweitern. (Vertrauensperson)
- Wurden die Zwangsmedikamente einfach gespritzt, ohne das Angebot, dass er sie selber oral einnehmen kann? Warum wurde die Isolierung so schnell aufgehoben? (Betroffene:r)

Kompetenz

Ist das über die Zwangsmassnahmen entscheidende Klinikpersonal aus Ihrer Sicht für diesen Entscheid geeignet?

- PP darf nicht ohne Verordnung Zwangsmassnahmen durchführen. Insb. Medikamente darf nur der Arzt verordnen, diese Kompetenz hat PP nicht. Die Dringlichkeit scheint hier nicht so vorhanden. Dementsprechend hätte der Arzt noch hinzugezogen werden sollen. Es darf nur in massiv akuten Situationen passieren, dass Pflegepersonal ohne Verordnung einen Entscheid trifft. Wenn eine Isolation ohne Rücksprache stattfindet, dann sollte Arzt sofort informiert werden. (1 Personal, Zuweiser:in, KESB, Gericht)
- In Notfällen kann PP unter Druck kommen zu entscheiden. Wichtig ist, dass der Dienstarzt den Patienten zumindest einmal vor Verordnung der Massnahme beurteilt hat. (Zuweiser:in)

- Im Sinne des 4-Augenprinzips, resp. der Interdisziplinarität, wäre es wichtig, dass Ärzt:innen und PP sich austauschen. (Zuweiser:in, Organisation)
- Abhängig von subjektiver Ängstlichkeit ist ggf. die Schwelle für Zwangsmassnahmen unterschiedlich. Da braucht es eine fundierte ärztliche Einschätzung und es muss eine reale Gefährdung von der Person ausgehen. (KESB)
- Wenn möglich sollte der Einbezug Angehöriger in der Entscheidungsfindung stattfinden. Dann muss aber eine Entbindung der Schweigepflicht vorliegen. (Organisation)
- Das Personal arbeitet ganz nahe an Patient:innen. Wenn das Personal entscheidet, ist das kritisch da die Vertrauensbasis gestört wird. Auf der einen Seite ist Personal erfahren und geschult. (Vertrauensperson)
- Das ist in Ordnung. PP ist ja immer vor Ort und kann das gut einschätzen. (Betroffene:r)

Wer sollte bei solchen Massnahmen die Entscheidungshoheit haben?

Auch hier wurde mehrheitlich angegeben, dass die Entscheidung durch eine:n Ärzt:in erfolgen soll. Von einzelnen Teilnehmenden wurde geäussert, dass in Notfällen auch PP ZM ohne Latenz entscheiden können sollte.

- Der Heim-/Klinikerarzt. (Personal, Zuweiser:in, KESB) und allenfalls eine juristische Stelle. (Personal, Zuweiser:in)
- Wenn eine absolute Notfallsituation vorliegt, soll ggf. Pflegepersonal auch Entscheid treffen dürfen, Arzt dann aber schnellstmöglich hinzuziehen. (Personal, Zuweiser:in)
- Je früher eine Überprüfung der FU (wenige Tage) durch externe Personen erfolgt, desto besser wäre es. (Zuweiser:in)
- Zwangsmedikamente müssen eine ärztlich angeordnete Massnahme sein. Isolation kann, wenn rasch nötig, direkt durch PP verordnet werden. Das Abwarten eines richterlichen Entscheids ist aufgrund der Dringlichkeit nicht sinnvoll. (Gericht)
- Wenn Möglichkeit besteht zuzuwarten, dann sollte der Entscheid lieber durch eine andere Instanz stattfinden. Wenn andere entscheiden ist die Verantwortung bei anderer Person und Vertrauensaufbau eher möglich. (Vertrauensperson)
- Ärzt:in sollte unbedingt Meinung der Pflege einholen. Ihre Meinung sollte fast noch höheren Wert haben. Die sind ja durchgehend bei den Patient:innen. (Betroffene:r)

Alternative

Fallen Ihnen alternative Vorgehensweisen zum skizzierten Vorgehen ein?

Einige Teilnehmende nennen Deeskalationsmassnahmen und die Wichtigkeit diese zu dokumentieren.

- Es geht sehr schnell, dass der Patient bei Eintritt in Isolation kommt. Wichtig wäre, Deeskalationsmassnahmen zu nutzen und zu dokumentieren (bspw. 1:1 Betreuung. Beziehungsaufbau). (2 Personal)
- Wichtig wäre, Fragen nach Umfeld, Vorbehandelnden, VP, PPV oder sonstigen Strukturen klären. (Zuweiser:in)
- Grundsätzlich findet in der Psychiatrie Beziehungsarbeit statt und es sollte alles getan werden, um die Beziehung zu wahren. Hier ist Erfahrung des Personals wichtig. (Zuweiser:in)
- Ggf. könnte ambulante psychiatrische Notfallversorgung oder ein Kriseninterventionszentrum einer FU vorbeugen. (KESB)
- Einer Stigmatisierung durch Einweisung in Psychiatrie muss entgegengewirkt werden. Aufnahme-prozedur muss so niederschwellig wie möglich für Patient:innen geschehen. Das ist ja eine Riesenanforderung für Betroffene (zwischen Administration und aktueller Belastungssituation). Möglichst wenig und nur notwendig
- Dinge besprechen und ggf. später weitere Infos einholen.
Ideal und Zielführend wäre sofortige 1:1 Betreuung durch eine Bezugsperson, die Beruhigung herstellen kann. Ähnlich dem Soteria-Konzept. Isolation kann stattfinden, wenn nötig, aber mit 1 Person, welche der:die Patient:in wünscht. Das können Angehörige sein oder Professionelle. Angehörige müssen einbezogen werden, wenn der Patient dies erlaubt. (Organisation)
- Wichtig ist auch bei bereits bekannten Patient:innen die Diagnose immer wieder zu überdenken und nicht jemanden zu schnell in Schublade zu stecken. Wichtig, so viele Informationen einzuholen wie möglich. (Vertrauensperson)
- Man hätte ihn vielleicht auch direkt in ein Mehrbettzimmer oder sonst ein normales (Einzel-)Zimmer verlegen können. (Betroffene:r)

Fallhintergründe ff.

Der Patient beschwert sich bei der zuständigen Beschwerdeinstanz bezüglich der FU. Die Verhandlung wird nach 3 Arbeitstagen durchgeführt und das Bezirksgericht lehnt die Beschwerde ab. Der Patient reagiert verärgert, wirft einen Stuhl auf dem Stationsflur um und wird erneut isoliert. Im Verlauf, nach Deeskalation, entfernt er sich unerlaubt bei einem begleiteten Spaziergang auf dem Klinikareal. Er wird bei der Polizei

Fahndung ausgeschrieben und von dieser nach 48 Stunden zurückgebracht. Im Verlauf der nächsten 14 Tage entweicht der Patient insgesamt 4-mal von der geschlossen geführten Station bzw. aus den begleiteten Spaziergängen. Die Polizei hinterfragt das Vorgehen in der psychiatrischen Klinik, nachdem sie den Patienten jeweils nach Ausschreibung, in die psychiatrische Klinik zurückführte.

Prozedurale Gerechtigkeit

Wie gerechtfertigt finden Sie a) die Weiterführung der FU b) die begleiteten Spaziergänge (frische Luft und Bewegung auf dem Klinikareal, in Begleitung) und die mehrfachen Ausschreibungen?

a) die Weiterführung der FU

- gerechtfertigt (Personal, Betroffene:r)
- Einen Stuhl umzuwerfen ist noch kein Grund für FU oder Isolation. Sind die Suizidgedanken noch vorhanden? Das wäre ggf. ein Grund für die Weiterführung der FU. Auch wenn psychotische Symptome weiterhin vorhanden sind, scheint eine FU gerechtfertigt. (Personal)
- Wenn das Gericht Gefährdungslage, prozedurale Aspekte (VP, PPV) und Alternativen evaluiert und ärztliche Einschätzung in Entscheid miteinbezieht, wird der Entscheid fundiert sein. (2 Zuweiser:in, KESB)
- Es wäre wichtig, etwas zur Vorgeschichte zu wissen. Wenn die Situation sich seit Eintritt nicht erheblich verbessert hat, scheint der Entscheid gerechtfertigt. (Gericht)
- Die Ablehnung des Gerichts löst verständlicherweise Ärger aus. Es scheint verständlich, dass der Patient einen Stuhl wirft. Die Isolation scheint nicht gerecht in der Situation. Besser wäre es, das Gespräch zu suchen. (Organisation)
- Kann man nach drei Tagen überhaupt schon so viel aussagen? Es würde Sinn machen, wenn das Gericht sich mehr Zeit nimmt, um den Entscheid auf einer fundierteren Basis zu treffen. (Vertrauensperson)
- Das scheint gerechtfertigt. (Betroffene:r)

b) die begleiteten Spaziergänge (frische Luft und Bewegung auf dem Klinikareal, in Begleitung)

Die Möglichkeit an die frische Luft zu gehen, wird von den meisten Teilnehmenden als wichtig angesehen. Dabei würden die meisten die Gefahr einer Entweichung in Kauf nehmen. In dem Zusammenhang wird aber die Wichtigkeit eines Austauschs mit der Polizei betont, um gegenseitiges Verständnis zu fördern.

- Es ist gut, wenn Patient:innen nach draussen können. Man kann sie ja nicht einsperren. Andererseits handelt es sich um eine FU und man hat als Einrichtung auch eine Verpflichtung gegenüber Einweiser/Gesellschaft/Polizei. Die Frage der Polizei ist verständlich. (Personal)
- Begleitete Spaziergänge sollen stattfinden; auch unter FU. FU heisst nicht gleich geschlossene Station. Mehrfache Ausschreibungen sind in Kauf zu nehmen. (Personal)
- FU sollte in eine geeignete Institution erfolgen. Hat die Institution Strukturen, um Entweichungen vorzubeugen? Wenn er tatsächlich 4-mal entweicht und alle 4 Male nichts passiert ist, sollte man sich fragen: Ist die FU noch gerechtfertigt (Gefährdungslage)? Entweder die Gefährdung ist richtig eingeschätzt und der:die Patient:in wird nicht adäquat überwacht oder die FU scheint unnötig. Wäre da ggf. ein Wohnheim eine bessere Option? Oder kann der Patient zu Angehörigen gehen? (Zuweiser:in, Organisation)
- Es macht Sinn an frische Luft zu gehen, man kann nicht jemanden einsperren, nur weil eine FU vorliegt. Ausschreibungen sind wohl sinnvoll, weil die FU aufrechterhalten bleibt, sonst gäbe es ja keinen Grund für FU. Es wäre sinnvoll übergeordnet Öffentlichkeitsarbeit zu machen und Kontakt zur Polizei zu pflegen, um Verständnis zu schaffen, weshalb man das Risiko in solchen Situationen eingeht. (Zuweiser:in, KESB)
- Die FU wurde wegen Selbstgefährdung angeordnet. Solange Gefährdung weiterhin vorhanden ist, ist die Ausschreibung gerechtfertigt. Es ist dann nicht relevant, ob 1- oder 4-mal ausgeschrieben werden muss. (Gericht, Vertrauensperson)
- Man könnte die Ausgänge reduzieren; er verstösst ja gegen eine Abmachung. Aber ist schon gut, dass er Spazieren darf. Gerechtfertigt wären Ausgänge mit mehr Personal. Was bringt ihm das Weglaufen? Man könnte die Kommunikation/Zusammenarbeit zwischen Polizei und Klinik verbessern. Vielleicht könnte die Polizei auch mit auf den Spaziergang. (Betroffene:r)

Welche Fragen bleiben offen?

- Behandlungsmotivation scheint nicht gross zu sein. Macht es jetzt Sinn den Patienten hier zu behalten. (Personal)
- Gefährdungslage ist nicht klar, Alternativen müssen geklärt werden, Umfeld einbeziehen. (Zuweiser:in)
- Erfassung der Vorgeschichte und Beziehungsarbeit ist notwendig für die Behandlung. (Zuweiser:in, Organisation)
- Es wäre interessant, ob und in welcher Form notfallmässige Zwangsmassnahmen vor Gericht gebracht werden könnten. In der Praxis wird das nicht verfolgt. Das Bezirksgericht Zürich vertritt Haltung, dass wenn etwas nicht mehr verändert werden kann, ist FU-Richter nicht mehr zuständig sind. Retrospektiv kann das Bezirksgericht

nicht sinnvoll beurteilen, ob eine ZM gerechtfertigt war. Es gibt aber keine Instanz, die das sonst abklären könnte. (Gericht)

- Wie konnte das überhaupt passieren? Meist geht man doch eher Spazieren, wenn man stabiler ist. Aber wichtig, dass es diese Freiheit gibt. Wie funktioniert eigentlich eine Ausschreibung? Wird da ein Foto zur Polizei gesendet? (Betroffene:r)

Kompetenz

Ist die über die Ausschreibung entscheidende Klinik aus Ihrer Sicht für diesen Entscheid geeignet?

Diese Frage wird mehrheitlich bejaht.

- Bei einmaligen Entweichungen ist es sicher sinnvoll, wenn die Klinik die Entscheidung trifft. Bei wiederholten Entweichungen sollte sie ggf. die KESB einschalten, um noch eine andere Instanz einzubeziehen, welche die Situation beurteilt. Im Einzelfall oder im Notfall sollte es jedoch bei Klinik liegen, sodass diese rasch handeln kann. (Personal)
- Ja, die Klinik kennt den Patienten. Sie ist für ihn zuständig und kann am ehesten eine aktuelle Gefährdungs-evaluation durchführen. (2 Zuweiser:in). Vor einer Ausschreibung wäre eine Kontaktaufnahme mit dem Umfeld oder auch dem:der vorbehandelnden Psychiater:in wichtig. (Zuweiser:in2)
- Das muss die Klinik sein. Wer sollte sonst eine bessere Einschätzung abgeben. Die KESB wäre dazu nicht bereit da es unsinnig und umständlich wäre. (KESB)
- Ja (Gericht)
- Die Klinik ist geeignet. Entscheid sollte aber möglichst interdisziplinär und in Absprache mit Angehörigen stattfinden. Angehörige können ggf. Patient:in anders erreichen und wieder zu Klinikeintritt bewegen, wenn nötig. Letzteres setzt fehlende Gefährdungsaspekte voraus. (Organisation)
- Die Klinik ist für den Schutz verantwortlich, daher muss sie die Entscheidung fällen dürfen. (Vertrauensperson)

Wer sollte bei solchen Massnahmen die Entscheidungshoheit haben?

- Folgendes Gremium hat sich bewährt: Ärzt:in; Psychiater:in; Stationsleitung. (Personal)
- Bei akuter Gefährdung die Klinik, bei weniger akuten Situationen oder Wiederholungen wäre es sinnvoll noch die KESB hinzuzuziehen. (Personal)
- Sie sollte nicht bei einer anderen Instanz liegen, die den Patienten nicht gesehen hat. (Zuweiser:in)
- Bspw. Ambulanter Psychiater, sofern einer vorhanden ist. Idealerweise sollten von der Klinik bei der Entscheidungsfindung Personen einbezogen werden, die den Patienten schon länger kennen. (Zuweiser:in, KESB, Organisation)
- Sicher die Klinik; KESB oder Gericht scheinen nicht passend. (Gericht)
- Klinik. Aber wenn es mehrfach zu Entweichungen kommt, dann könnte sich die Klinik fragen ob überhaupt eine weitere Behandlung sinnvoll scheint. Speziell bei Patient:innen, die mehrere FU erfahren haben kann es zu solchen Situationen kommen. (Vertrauensperson)
- Es wäre sinnvoll Pro Juventute hinzuzuziehen, dass sich der Patient besser verstanden fühlt. Die Meinung einer Patientenvertretung wäre einzuholen. (Betroffene:r)

Alternative

Fallen Ihnen alternative Vorgehensweisen zum skizzierten Vorgehen ein?

Daneben, dass von einigen angemerkt wird, dass Ausgangsverbot keine sinnvolle Alternative darstellt, wird vereinzelt auf alternative Behandlungsmodelle (Home-Treatment) verwiesen, die Erstellung einer PPV und der Einbezug anderer Personengruppen vorgeschlagen.

- Allenfalls kann man probieren, die Spaziergangerlaubnis hinauszuzögern, wenn Unsicherheiten bestehen. (Personal)
- Eine Alternative, die nicht gut ist, wäre den Patienten nicht mehr hinauszulassen. Manchmal stellt sich schon die Frage, ob bei so vielen Entweichungen eine Behandlung überhaupt Sinn macht und man die FU auflösen sollte. Gelegentlich funktioniert es aber dranzubleiben und doch Beziehung aufzubauen. Ggf. Hometreatment wo das Setting offener ist und die Patient:innen sich eher einlassen können. Es gibt Patient:innen, die sagen, ich mache alles mit, wenn ich nicht in der Klinik bleiben muss. Daher die Frage: Braucht es denn ein anderes Setting? (Personal)
- Es scheint nicht sinnvoll jemand anderen zu involvieren, der weniger involviert ist und dann ggf. eher restriktiv entscheidet, um sicher zu sein. (Zuweiser:in)

- Ausschreibung soll keine pädagogische Massnahme sein. Es muss medizinisch begründet sein. Erste Episode war ein Notfall. Nun kommt die Frage auf, wie notfallmässig alles noch ist. Je mehr Zeit jemand in der Klinik verbringt, desto differenzierter sollte man mit der Situation umgehen können und desto besser sollte man die Vorlieben der Patient:innen kennen. (Zuweiser:in)
- Wichtig ist, dass die Klinik ausschreibt und gehandelt wird, wenn die Situation als gefährlich eingeschätzt wird. (KESB)
- Nein; Es gab Bundesgerichtsentscheide, wer entlassen darf. Wie geht man damit um, wenn der:die Patient:in erst nach 1 Woche aufgegriffen wird? Dann bräuchte es eigentlich eine neue Einschätzung. (Gericht)
- Wenn es dem Patienten wieder gut geht, könnte man ihn unterstützen, eine Patientenverfügung zu erstellen. (Organisation)
- Möglicherweise wäre es genau in der Situation gut eine Vertrauensperson einzubeziehen. Diese hat einen anderen Blick auf Patient:in und Behandlung und kann vielleicht auf andere Art begleiten. Die VP kann dem:der Patient:in gegenüber dem als mächtig erlebten Stationspersonal eine zusätzliche Stimme geben, kann gegenüber Stationsteam vermittelnd auftreten. Auch nach Austritt kann Begleitung stattfinden, da der Klinikaufenthalt häufig abrupt endet. Es kommt oft gut an, dass eine VP den Patienten nach Aufenthalt noch mehrfach trifft, um Kontinuität zu gewährleisten. (Vertrauensperson)
- Ggf. Sozialarbeiter hinzuziehen. Der:die Patient:in sollte Stimme bekommen. Es sind so viele Ärzt:innen und Pflege um einen rum, dann fühlt man sich «outnumbered» alleine. Familienmitglieder könnte man auch hinzuziehen. (Betroffene:r)

Fallhintergründe ff.

Im weiteren Verlauf verhält sich der Patient ruhig auf der Station, er sitzt häufig im Aufenthaltsraum, gelegentlich wirkt er gedanklich abwesend. Da er weiterhin die empfohlene Medikation und sonstige Behandlungsangebote ablehnt wird er nach 42 Tagen (maximale Länge der ärztlichen FU) entlassen.

In den nächsten 3 Jahren kommt es zu insgesamt 5 stationären psychiatrischen Behandlungen jeweils bei einer diagnostizierten Schizophrenie. Der Patient reagiert jeweils gut auf die Medikation, sein Zustand stabilisiert sich, aber er setzt die Medikamente nach der Akutbehandlung jeweils immer wieder ab, da er Nebenwirkungen beklagt.

Bei der nächsten FU in der psychiatrischen Klinik ordnet die Klinik eine medikamentöse Zwangsbehandlung für die Dauer von 1 Jahr an (alle 4 Wochen zu erneuern über die Dauer von mindestens einem Jahr) und initiiert eine umgehende medikamentöse Depotgabe. Der Patient erhält noch am selben Tag die Zwangsmedikation, ohne das eine vorherige richterliche Entscheidung abgewartet wird.

Der Patient beschwert sich bzgl. der Behandlung ohne Zustimmung, da kein Notfall vorliegen würde. Die Klinikvertreter argumentieren in ihrer Stellungnahme mit der dringenden Behandlungsbedürftigkeit, die bei Ausbleiben zu einem prolongierten Krankheitsverlauf beitragen würde.

Prozedurale Gerechtigkeit

Wie gerechtfertigt finden Sie die sofortige Depotgabe ohne Abwarten des Gerichtsentscheids?

Die Teilnehmenden finden die Depotgabe ohne Abwarten des Gerichtsentscheids durchwegs ungerechtfertigt.

- Inadäquat, es liegt kein Notfall vor, bei dem man sofort handeln muss, es ist keine akute Gefährdung vorhanden. Es ist null zeitlicher Druck vorhanden. Daher Abwarten des Gerichtsentscheids. Ein zusätzliches Problem ist, wenn das Depot verabreicht ist und das Gericht der Beschwerde stattgibt, dann wäre das Depot drinnen und der Patient könnte ggf. klagen. (2 Personal)
- Es besteht ein längerer Verlauf. Eine Woche mehr oder weniger macht wohl keinen Unterschied. Man sollte unbedingt zuwarten, bis das Gericht entschieden hat. Akute Gefährdungsaspekte sind nicht beschrieben. Es gibt ein Recht auf Krankheit. Der Patient begründet seine Ablehnung (Nebenwirkung, NW), das kann man nicht einfach übergehen. Es ist ein katastrophaler Verlauf, ist ein Versagen der psychiatrischen Grundversorgung. Der Patient wurde ggf. jeweils zu früh entlassen. (2 Zuweiser:in, Vertrauensperson)
- Um eine Drehtürpsychiatrie zu vermeiden, sollte versucht werden, was möglich ist, um das zu durchbrechen. Eine ambulante Massnahme würde hier in ihrer aktuellen Form keine Handhabe bieten. Wenn dringend vor Ort Medikamente notwendig sind, dann ist das in Kompetenz der Klinik. Jedoch stellt sich die Frage, ob eine Klinik eine Massnahme für 1 Jahre verordnen kann? (KESB)
- Das geht nicht. Da geht es nicht um einen Notfall. Vor allem wenn es um die Anordnung von 1 Jahr geht, dann ist das Recht auf persönliche Freiheit derartig eingeschränkt. Eine derartig lange Anordnung scheint sicher nicht gerechtfertigt, besonders vor dem Hintergrund, dass der Verlauf bisher wie beschrieben ist. (Gericht)
- Gericht sollte nicht zu unüberlegt eingebunden werden. Gerichte entscheiden häufig ohnehin im Sinne der Klinik. Gerichte haben Mehraufwand, Kosten werden generiert, das bringt wenig.

Wichtig wäre auf Nebenwirkungen einzugehen und möglichst ein Präparat mit wenig Nebenwirkungen auszuwählen. Man sollte nicht zögerlich sein mit Medikamenten. (Organisation)

- Da der Patient in der Klinik ist, darf sie das machen, wenn er wieder selbst- und/oder fremdgefährdet ist. Es ist fraglich, ob man das Medikament ein Jahr lang gegen den Willen verordnen darf. Während der Patient in der Klinik ist, darf man Zwangsmedikamente geben, aber danach (ausserhalb der Klinik) ist es seine Entscheidung. (Betroffene:r)

Wie gerechtfertigt finden Sie die Dauer der Behandlung unter FU-Bedingungen?

Die Dauer der geplanten Zwangsbehandlung von einem Jahr wird von allen Teilnehmenden als ungerechtfertigt eingeschätzt.

- Die Verordnung für ein Jahr ist sehr lange. (Personal) und absolut nicht gerechtfertigt. (Gericht)
- Für 1 Jahr wäre eine stationäre Behandlung bei dem Patienten völlig absurd. Eine ambulante Massnahme wäre grundsätzlich möglich, wenn bei KESB beantragt. Wenn die KESB die ambulante Massnahme anordnet, muss Patient allerdings trotzdem bereit sein. D.h. die Anordnung wäre unter den aktuellen Umständen nicht durchzusetzen. Der Patient müsste quasi freiwillig mitmachen. (Personal, KESB)
- Antipsychotika über einen langen Zeitraum scheinen indiziert. Die Frage ist, ob dies gegen Willen erfolgen muss. Hier liegt kein Notfall vor und man kann nicht von 12 Monaten Notfall ausgehen. (Zuweiser:in)
- Langzeittherapie scheint wichtig. Aber eben mit Präparat, das möglichst wenig NW hat. Das kann ggf. weiteren FU und Klinikaufhalten entgegenwirken. (Organisation)
- Nicht gerechtfertigt. Es ist wichtig, dass im stationären Aufenthalt nur für den Zeitraum dieses Aufenthalts entschieden wird. Darüber hinaus ist das ambulante Versorgungsnetz zuständig. Empfehlung kann stattfinden, aber keine Verordnung. (Vertrauensperson)
- Nicht gerechtfertigt. Es ist die Entscheidung des Patienten ausserhalb akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, ob er Medikamente nehmen will oder nicht. (Betroffene:r)

Welche Fragen bleiben offen?

Es kommt zu Fragen nach PPV oder VP (Zuweiser:in), Vorhandensein einer ambulanten Behandlung (Zuweiser:in)

- Es ist seltsam, wenn jemand bis Tag 42 behalten und dann entlassen wird. Schräg, dass bis zum Tag 42 Voraussetzungen gegeben sind, jedoch dann nicht mehr. Der Verdacht drängt sich auf, dass Bedingungen vorher bereits nicht erfüllt wurden und man nicht sah, dass KESB Verlängerung beantragen würde. Oder hat man vergessen Verlängerung zu beantragen. (2 Personal)
- Die Gefährdungslage ist unklar. Wo lebt der Patient, warum kommt es immer wieder zu FU? Es scheint ihm bisher nichts passiert zu sein. Er scheint von rechtlichen Werkzeugen Gebrauch zu machen. Weshalb hat er keine PPV oder VP. Warum besteht von Seite der Klinik ein derartiger Zeitdruck? 2 (Zuweiser:in)
- Wenn es absehbar ist, dass längerfristig eine Behandlung notwendig ist, macht eine Kontaktaufnahme mit der KESB Sinn, um zu überlegen, inwiefern eine rechtliche Basis für die weitere Behandlung geschaffen werden kann. Insb. zur ambulanten Massnahme bräuchte es gesetzlich mehr Spielraum. (KESB)
- Wenn der erstinstanzliche Gerichtsentscheid die Beschwerde ablehnt und der Patient beim Obergericht Beschwerde einreicht, sollte, sofern indiziert das Medikament gegen den Willen verabreicht werden. Ansonsten könnte eine notwendige Behandlung über Monate blockiert sein. (Gericht)
- Es wäre noch wichtig zu klären, warum er die Medikamente nicht nehmen will, sie helfen ja. Diese haben wohl viele Nebenwirkungen. (Betroffene:r)

Kompetenz

Ist die über die medikamentöse Zwangsbehandlung für die Dauer von 1 Jahr entscheidende Klinik aus Ihrer Sicht für diesen Entscheid geeignet?

- Nein, das sollte ein Gremium, sprich die KESB entscheiden. (Personal)
- Wenn jemand unter FU-Bedingungen (Behördliche FU) in der Klinik ist, wäre eine chefärztliche Anordnung möglich, dann könnte sich der Patient dagegen beschweren. Dann müsste er jedoch in der Klinik behandelt bleiben. Es muss eine grosse Ausnahme sein, dass jemand 1 Jahr per FU angeordnete Medikation erhalten muss. (Personal, KESB)
- Die Klinikärzt:innen kennen Patient:innen am unmittelbarsten und haben das nötige Fachwissen, um einen Therapievorschlag zu machen. Da kein Zeitdruck besteht, sollte eine ärztliche Empfehlung erfolgen und eine andere Instanz (bspw. Gericht) das überprüfen, gerade wenn von 1 Jahr ausgegangen wird. (Zuweiser:in)
- Das Gesetz sieht vor, dass die Klinikleitung medikamentöse Zwangsbehandlung als Ultima Ratio (letzte Möglichkeit) anordnen kann. Daher wäre die Klinik für den Entscheid zur medikamentösen Zwangsbehandlung prinzipiell geeignet. (Personal)

- Die Dauer ist aber zu lange. Eine solche Verordnung muss gerichtlich überprüft werden. Wenn der Patient keine Beschwerde einreicht, dann wäre für Zeitraum von etwa 3-4 Wochen ein alleiniger Entscheid und Überprüfung durch die Klinik gerechtfertigt. Alles was länger geht, müsste vom Gericht beurteilt werden. (Gericht)
- Ja, mit Einbezug des Umfelds. (Organisation)
- Es soll eine andere Instanz geben, die über derartige Pläne entscheidet. (Vertrauensperson)
- Die Klinik kann den Patient:innen diverse Angebote, Empfehlungen und Alternativen aufzeigen, aber der Entscheid für einen so langen Zeitraum liegt beim Patienten. (Betroffene:r)

Wer sollte bei solchen Massnahmen die Entscheidungshoheit haben?

- Ein Gremium der KESB. Das Klinikpersonal erstellt einen Verlaufsbericht, der für die Entscheidungsfindung genutzt wird. (Personal)
- Wenn die KESB für 1 Jahr eine behördliche FU an Klinik ausstellt, dann wäre es schwierig, wenn die Klinik dann nicht die Entscheidungshoheit haben kann, die Behandlung zu installieren. Dagegen hat der Patient ja Rechtsmöglichkeiten.
Alternative: die KESB ordnet auf Antrag der Klinik Medikamente an (wenn kein Notfall). Das wäre ggf. noch sinnvolle Lösung, wenn noch routinemässig eine Behörde einbezogen wird. Der Antrag würde ja durch die Klinik erfolgen, die die medizinische Expertise einbringt. Die KESB könnte aber nochmals die Verhältnismässigkeit überprüfen. (Personal)
- Wenn eine längere Dauer der Zwangsbehandlung angedacht ist, bräuchte es eine Beurteilung durch das Gericht. Für eine Akutbehandlung sollte Entscheid bei der Klinik liegen. (Zuweiser:in)
- Die Klinik soll bemüht sein, dass sie nicht die Einzige ist, die eine solche Entscheidung trifft. Das beschriebene Dilemma scheint selbstgemacht. Wenn möglich sollte so eine derartige Entscheidung interdisziplinär stattfinden. Das würde dem Patienten vermitteln, dass er gehört und ernstgenommen wird. Das benötigt aber auch Ressourcen. (Zuweiser:in)
- Für eine zeitlich begrenzte Dauer kann die Hoheit auch bei der Klinik liegen, wenn die:der Patient:in keine Beschwerde einlegt. Wenn die Massnahme für längere Zeit (bspw. > 6 Wochen) angedacht ist, sollte das Gericht in jedem Fall einbezogen werden, um das zu überprüfen. Aber dafür braucht es klare gesetzliche Grundlage. Eine Anordnung wie beschrieben wäre unter Umständen mit der aktuellen Gesetzlage denkbar, aber nicht zu empfehlen. Es sollte auch im Interesse der Klinik liegen, nicht noch mehr Verantwortung zu übernehmen. (Gericht)
- Die Klinik in Absprache mit Umfeld. Da liegt Verantwortung auf verschiedenen Schultern. (Organisation)
- Gericht. (Vertrauensperson)
- Die Klinik, solange der Patient in der Klinik ist. Wenn der Patient ausgetreten ist, nur noch er selbst. (Betroffene:r)

Alternative

Fallen Ihnen alternative Vorgehensweisen zum skizzierten Vorgehen ein?

- Hier hätte man eine behördliche FU beantragen sollen. Dann macht ein externer Psychiater ein Gutachten, es ist ein Jurist dabei und 2 Mitglieder der Behörden. Der Entscheid dauert 4 Tage – 1 Woche. So etwas hätte man vorbereiten können und das gibt auch Klarheit für den Patienten. Er würde dann regelmässig das Depot bekommen. Wenn er sich weigert, müsste er zur stationären Behandlung gehen und dort gegen seinen Willen das Depot bekommen. (Personal)
- Hometreatment, resp. Assertive Community treatment. Es scheint wenig versucht zu werden, die Autonomie des Patienten zu fördern, shared decision making herbeizuführen oder an Kompromissen zu arbeiten. Man hört wenig, was Patient wünscht und das sollte neben dem Umfeld des Patienten unbedingt einbezogen werden. Die Zwangsbehandlungen scheinen nicht erfolgsversprechend, wenn nicht anders Kooperation hergestellt werden kann. Die Klinik sollte, wenn irgend möglich, auf Nebenwirkungen eingehen und diese ernstnehmen. Die Schwelle, diese für 1 Jahr zu verordnen ist sehr hoch. (Personal)
- Behandlungsoptionen über die medikamentöse Therapie hinaus müssen mit dem Patienten erarbeitet werden. Dafür braucht man ihn und das benötigt Kreativität und Einsatz. Wenn Ressourcen vorhanden wären, sollte man sich an Milieutherapie ausrichten. Das könnte Zwang vorbeugen, weil weniger Druck für kurze Aufenthalte gegeben wäre. Verbesserung psychischer Probleme benötigt Zeit, die sollten die Betroffenen bekommen. Vertiefte Arbeit ist nicht möglich, wenn zu wenig Zeit vorhanden ist.
Der Patient ist ja mehrfach in Klinik gekommen. Es ist wichtig, hier zu überlegen ob sinnvoll ist, dass er immer auf die gleiche Station kommt, oder ob er einmal einen Wechsel benötigt. Wichtig ist generell, die verschiedenen Aufenthalte gesamthaft zu betrachten und nicht jedes Mal von vorne zu beginnen, sondern auf bereits vorhandenes Wissen zurückzugreifen. (Zuweiser:in)
- Es ist schwierig, Nebenwirkungen auszuhalten, jedoch ist die Erkrankung ja auch mit Leid verbunden. Es kann eigentlich nicht im Interesse einer Person sein, immer wieder in krankem Zustand zu leiden.
Man findet eigentlich keinen Platz mehr für gewisse Personen. Ein Problem der Psychiatrie ist die Haltung, dass, wenn therapeutische Möglichkeiten ausgeschöpft sind, sich die Psychiatrie nicht mehr zuständig fühlt. Es nimmt ihn aber niemand mehr, solange er so wahnhaft ist. Institutionen mit offenen Rahmen brauchen für manche Personen 1:1 Betreuung, was nicht finanzierbar wäre. (KESB)

- Es scheint nicht sinnvoll, bei der Beurteilung über die Verlängerung der FU die KESB einzusetzen. Die KESB ist doch mehr Verwaltungsbehörde. Es fehlt daher die Unabhängigkeit von der Verwaltung. Es ist ein Spezialfall, dass FU-Verlängerungen durch KESB stattfinden sollen. Diese Kompetenz sollte lieber bei Gerichten liegen. Hierfür bräuchte es aber gesetzliche Grundlage. (Gericht)
- Die Klinik sollte möglichst rasch erfassen, welche Ziele Patient:in hat, in welchem Umfeld er oder sie lebt, und das Umfeld miteinbeziehen. Was braucht es aus Sicht der Leute, die im Lebensalltag (ausserhalb der Klinik) mit den Patient:innen zu tun haben? Der Einbezug des Umfelds würde die Barriere zwischen Gesellschaft und Psychiatrie und die Angst vor der Psychiatrie reduzieren. Das würde der Stigmatisierung von Psychiatrie und Patienten entgegenwirken.
Wichtig ist eine Ansprechperson für den Patienten. Da wäre der fachliche Hintergrund weniger wichtig als die Persönlichkeit der Person und die Chemie zwischen Patient:in und Person. Patient:innen sollten auch mitreden können bei der Auswahl dieser Person. (Organisation, Vertrauensperson)
- Die Klinik sollte Alternativen besser aufzeigen. Die Zusammenarbeit mit einem:einer ambulanten Psychiater:in, Tagesklinik sollte verstärkt werden. (Betroffene:r)

Sind die in diesem Fall beschriebenen Vorgehensweisen mit der gesetzlichen Auslegung in Ihrem Kanton konform? (beantwortet ausschliesslich durch Gericht, KESB, Klinik)

- Isolation sollte nur durch Ärzt:innen erfolgen (zu wenig Notfall), Zwangsmedikation ist ohne ärztliche Verordnung nicht möglich (unklar, ob vorverordnet). Ausschreibungen durch die Klinik sind ok. Die 42 Tage FU sind rechtlich ok, wenn die Kriterien noch vorhanden sind, es wirkt aber seltsam, wenn genau die 42 Tage ausgezeit werden. In der Klinik ist die Anordnung einer Behandlung gegen den Willen möglich, ambulante Massnahme müsste man beantragen. Eine Depotmedikation gegen den Willen ohne Gerichtsentscheid abzuwarten ist nicht in Ordnung. (Personal)
- Ja, in Zürich ist das skizzierte Vorgehen weitgehend möglich. Die rechtliche Aufklärung hat nicht gut funktioniert; insb. am Anfang. Eine Depotmedikation vor dem Gerichtsentscheid zu verabreichen ist rechtlich heikel. (Zuweiser:in)
- Die 12 Monate Anordnung der Zwangsmedikamente scheinen nicht konform. (KESB)
- Kritisch ist die Verabreichung von Zwangsmedikamenten durch PP und Verordnung über 12 Monate Zwangsmedikation durch Klinik). (Gericht)

Lassen die Versorgungsstrukturen Ihres Kantons das beschriebene Vorgehen zu?

- Eigentlich ja, ob jemand 1 Jahr stationär behandelt werden muss, ist sehr fraglich. Es braucht mehr Hometreatment als Alternative zu stationären Behandlungen. Das hätte Potential zur Reduktion von Zwangsmassnahmen. (Personal)
- Leider ja. (Zuweiser:in)
- Bis auf Anordnung der Depotabgabe für 12 Monate scheint das geschilderte Vorgehen im Kanton möglich. Die KESB kann im Rahmen ambulanter Massnahmen längere Behandlung anordnen, jedoch ist dies nicht vollstreckbar. (KESB)
- Grundsätzlich wäre das umsetzbar. (Gericht)

3.3.6 Zusammenfassendes Fazit zu Fallvignetten

Die Fallvignetten ermöglichen, den Untersuchungsgegenstand vertiefter zu erfassen und der Komplexität jeder einzelnen von FU betroffenen Personen gerechter zu werden. Zusammenfassend lassen sich einige abstrahierte zentrale Aussagen aus den Fallvignetten qualitativ herauschälen.

Anordnungskompetenz vorzugsweise bei Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie

- *Wichtige Aussagen zur Anordnungskompetenz bzgl. FU*
 - Der Grossteil der Befragten schätzte Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie als kompetent ein, diese Einschätzung vorzunehmen.
 - Es gab Anmerkungen, dass im Notfall auch Ärzt:innen unabhängig der Fachrichtung geeignet seien.
 - Auffallend war, dass in Baselland speziell von Seite der KESB die dort geltende Regelung, KESB innerhalb von 24 Stunden zur FU-Überprüfung hinzuzuziehen, wegen des damit verbundenen Aufwands und der Tendenz, als KESB im Sinne der aufnehmenden Klinik zu entscheiden, hinterfragt wurde.

- Die Polizei sollte nach Empfinden der Befragten nicht über Zuweisungen in die Psychiatrie entscheiden dürfen, sondern, wenn nötig, lediglich ausführendes Organ sein, nachdem die Bedingungen einer FU regelhaft überprüft und als gegeben beurteilt wurden.
- *Wichtige Aussagen zur Anordnungskompetenz bzgl. weiterer Zwangsmassnahmen?*
 - Der Grossteil der Befragten gab an, dass im Notfall die Ärzt:innen und im Falle einer angeordneten Zwangsmassnahme ebenfalls die Ärzt:innen, im Idealfall mit Einbezug der Gerichte (im Vorfeld der Durchführung im Sinne der Beurteilung der Rechtmässigkeit der Massnahme), zuständig sein sollten.
 - Es wurde angemerkt, dass im Notfall auch Pflegeteams ohne Rücksprache mit Ärzt:innen Entscheidungskompetenz über die Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen (z.B. Isolation) haben sollten. Eine Überprüfung durch Ärzt:innen sollte umgehend nachgeholt werden. Der Grossteil der Befragten gab an, dass im Notfall die zuständigen Ärzt:innen für eine Abwägung und Anordnung zuständig sein sollten. Im Falle einer angeordneten Zwangsmassnahme ausserhalb des Notfalls wurden ebenfalls die zuständigen Ärzt:innen, jedoch im Idealfall mit Einbezug der Gerichte, als kompetent für die Anordnung beschrieben. Als Vorteil eines solchen Vorgehens wurde genannt, dass dann zwei Instanzen für den Entscheid zuständig seien.

Hohe Bedeutung der Urteilsfähigkeit bei der Anwendung von Zwangsmassnahmen

- An mehreren Stellen wurde die Wichtigkeit hervorgehoben, die Urteilsunfähigkeit vor der Anwendung von Zwangsmassnahmen, aber auch vor einer FU zu überprüfen.
- Vereinzelt wurde betont, dass in Phasen von Urteilsunfähigkeit der Wille der betroffenen Person zu berücksichtigen sei, unabhängig von den gesetzlichen Regelungen. Letztere besagen, dass die Urteilsfähigkeit zwar bei der Anordnung einer FU keine Rolle spielt, hingegen bei der Zwangsmedikation und bei freiheitsbeschränkenden Massnahmen schon (Art. 383 ff. ZGB).

Einbezug von Angehörigen / Umfeld zentral und deeskalierend

- Mehrfach wurde die Wichtigkeit betont, das Umfeld inkl. ambulanten Therapeut:innen bei der Entscheidungsfindung über eine FU aber auch in die Behandlungsplanung während einer FU einzubeziehen. Damit könne allenfalls Zwang vermieden werden.

Psychiatrische Patientenverfügungen wenig bedeutsam

- Zuweisende und Gerichtsvertretende gaben an, dass Patientenverfügungen in der Psychiatrie eine Rolle spielen, aber nicht im Vordergrund stehen und in kritischen Situationen keine Priorität haben.
- Wichtig ist, nach etwaigen Patientenverfügungen zu fragen und Strukturen zu schaffen, dass diese rasch verfügbar sind (bspw. mittels einer elektronischen Applikation).

Verlegungen zwischen Einrichtungen ohne neue FU

- Für Verlegungen unter FU-Bedingungen sind nach Ansicht des Grossteils der Befragten neue FU mit dem dafür angedachten Auftrag nötig.

«Drehtüren-FU» zeigen Grundsatzfragen zur Aufgabenteilung zwischen Polizei-Medizin-Betreuung

- In Zusammenhang mit mehrfachen Klinikeinweisungen oder Rückführungen durch die Polizei nach Entweichungen sollte hinterfragt werden, ob eine Einrichtung den an sie gerichteten Behandlungs- oder Betreuungsauftrag überhaupt zielführend wahrnehmen kann/soll oder ob eigentlich andere Unterstützungsformen angebracht sind.

Regelungsbedarf bzgl. Beschwerdeverfahren im überkantonalen Setting

- Hier waren die Ansichten unterschiedlich. Teils wurde angegeben, dass die Gerichte des Kantons, in welchem eine FU angeordnet wurde, für die Überprüfung zuständig sein sollten. Teils wurde jedoch auch betont, dass das Gericht des Kantons, in welchem die Behandlung/Betreuung stattfindet, zuständig sein sollte.

- Die Verhandlung sollte auf jeden Fall immer bei der betroffenen Person stattfinden, sodass diese keine Wege unternehmen muss.

Multiperspektivische und regelmässige FU-Überprüfung wichtig

- Alle Stakeholder waren sich einig, dass es mehrere Personen sein sollten. Genannt wurden KESB, Behandlungsteam, ambulante:r Psychiater:in oder Hausärzt:in, Angehörige, Bezugspersonen, Vertrauensperson.
- Die periodische Überprüfung soll regelmässig, in der Frequenz abhängig von der Dringlichkeit resp. Zustandsveränderung stattfinden.

Klärungsbedarf Übernahme Verhandlungskosten bei FU-Überprüfungen

- Hier wurden nicht Stakeholder-spezifische unterschiedliche Haltungen deutlich. Teils wurde angegeben, dass etwaige Kosten durch den Staat übernommen werden müssten. Vorgeschlagen wurde auch eine Aufteilung der Kosten zwischen Betroffenen und anderen oder aber die volle Kostenübernahme durch die Betroffenen.

Ambulante Massnahmen sind Theorie

Es wurde angemerkt, dass diese im Rahmen der aktuell geltenden gesetzlichen Regelung nicht durchsetzbar sind und der Wunsch nach mehr Spielraum resp. Durchsetzungsmöglichkeiten geäussert.

4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

4.1 Beantwortung der Evaluationsfragen

Nachfolgend werden die untersuchungsleitenden Evaluationsfragestellungen (vgl. Kapitel 2.2.2) zusammenfassend beantwortet. Die ersten drei Fragestellungen lassen sich mit den vorliegenden statistischen Daten zur FU (Teilprojekt 1, Kapitel 3.1) beantworten, die darauffolgenden Fragen aufgrund der durch die umfassende Online-Erhebung generierten Antworten zur praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2, Kapitel 3.2).¹⁰⁵

1) Welche Verteilung hinsichtlich der zuweisenden Instanzen besteht innerhalb der einzelnen Kantone und im Vergleich (Verhältnis allgemein-ärztliche FU / psychiatrisch-ärztliche FU / behördliche FU)?

- In allen Kantonen sind über 80% der FU durch Ärzt:innen angeordnet. Von diesen ärztlich angeordneten FU sind mindestens 20% durch Fachärzt:innen Psychiatrie angeordnet. (Kapitel 3.1.1).
- Eine Ausnahme bildet der Kanton GR, wo Psychiater:innen nicht mehr in den FU-Dienst involviert sind und somit keine FU anordnen. (Kapitel 3.1.1).
- Behördliche FU sind in allen Kantonen eher selten, am häufigsten im Kanton VD mit 8%, am seltensten im Kanton ZH mit 2%. Im Kanton BL werden alle FU durch die KESB angeordnet, jedoch basierend auf einer ärztlichen Beurteilung (Kapitel 3.1.1).

2) Wie häufig und in welcher Form werden bewegungseinschränkende Massnahmen angewandt? Bestehen Unterschiede je nach Klinik resp. Kanton?

- Der Anteil Patient:innen mit mindestens einer bewegungseinschränkenden Massnahme liegt zwischen 6.6% (VD) und 14% (BL). (Kapitel 3.1.5).
- Die Fixierung und Isolation sind am höchsten in BL (2 bzw. 9% der Fälle). (Kapitel 3.1.5).
- Keine Fixierungen und Isolationen gibt es in TI, dort ist jedoch die Zwangsmedikationen mit 6% der Fälle am höchsten. (Kapitel 3.1.5).

3) Wie ist die Dauer der Hospitalisierung nach Zuweisung per FU? Bestehen Unterschiede je Kanton / je zuweisender Instanz?

- Die mittlere Dauer beträgt in allen Kantonen zwischen 25 und 33 Tagen. (Kapitel 3.1.3).
- Unterschiede bzgl. der Hospitalisation mit und ohne FU, gibt es nur im Kanton GR (27 bzw. 32 Tage). (Kapitel 3.1.3).
- Die Aufenthaltsdauer ist bei «psychiatrischer FU» in BL, GR und TI 6-12 Tage länger als bei nicht-psychiatrischer ärztlicher Zuweisung. (Kapitel 3.1.3).

4) Wie werden die gesetzlich definierten Voraussetzungen von FU (anordnende Instanz, Anhörung und Information der betroffenen Person) umgesetzt?

- Psychiater:innen werden mehrheitlich (87%) von allen Stakeholdergruppen als kompetent für die Beurteilung von Notfallsituationen eingeschätzt, nicht-psychiatrische Ärzt:innen nur zu 43%. Dieses Ergebnis wird auch durch die Interviews im Rahmen der Fallvignetten gestützt. (Kapitel 3.2.4).

¹⁰⁵ Ergebnisse aus Teilprojekt 3 (Interviews mit Stakeholder) sind als exemplarische Ergänzung vorgesehen. Aufgrund der Einzelaussagen der befragten Personen fließen die Antworten explizit nicht in die Beantwortung der Evaluationsfragen, weil sie als Einzelaussagen keine allgemeine Gültigkeit haben.

- Die alleinige Anordnungscompetenz durch die KESB (Praxis nur in BL) wird von 98% der KESB Mitarbeitenden sowie rund 60% bei anderen Gruppen (Zuweisende, Personal, Gerichte, Organisationen) abgelehnt, insbesondere im Kanton BL. Die grösste Gruppe der Befürworter der alleinigen Anordnungscompetenz durch die KESB ist jene der zuweisenden Ärzte (21%). Voraussetzend für eine derartige alleinige Anordnungscompetenz durch die KESB wäre insbesondere die 24/7 (Pikett) Abdeckung und Ressourcenverfügbarkeit der KESB sowie entsprechendes spezialisiertes Fachwissen. (Kapitel 3.2.2).
- Der Informationsstand über Regelungen zur FU, insbesondere bzgl. Beschwerdemöglichkeit bei Betroffenen und Angehörigen, ist eher niedrig (ca. 40% gut bis sehr gut), bei Zuweisenden und Personal ist der Informationsstand hoch (ca. 90% gut bis sehr gut). Zwei Drittel der (Betroffenen) Organisationen sind gut bis sehr gut informiert. (Kapitel 3.2.2).
- Ein erheblicher Anteil der Betroffenen gibt an, keine Information hinsichtlich der Begründung der FU, weiterer Behandlungen etc. erhalten zu haben (ZH: 36%; VD und TI: 29%; Ausnahme BL: 2%). Der Anteil der Betroffenen, die sich verständlich informiert fühlen, ist in allen Kantonen grösser (32-61%) als der Anteil Betroffener, die sich nicht verständlich informiert fühlen (9-40%). (Kapitel 3.2.9).
- Von Betroffenen, Angehörigen und Vertrauenspersonen wurde die Wichtigkeit der Information über den Grund der FU, Beschwerdemöglichkeiten und Alternativen zur FU sehr hoch (60-90%) eingeschätzt, von Personal und Zuweisenden hingegen als eher gering (10-30%). Somit besteht eine grosse Diskrepanz zwischen Professionellen und Betroffenen. Gleichwohl betont die Gruppe der Zuweisenden, des Personals und der KESB, die Vorgaben zur Anhörung und Information sehr häufig bis immer umzusetzen (96-100%, Kantone TI, ZH). (Kapitel 3.2.9).
- Die Anhörung der Betroffenen erfolgt aus Sicht der potenziell informierenden Stellen entsprechend dem Gesetz durch Zuweisende (einweisende Ärzt:innen bzw. KESB). Aus Sicht der Betroffenen erfolgt die Information je nach Kanton häufiger durch Klinikärzt:innen (Information) als durch Zuweisende (BL, TI, VD), in einzelnen Kantonen häufiger durch Zuweisende als durch Klinikärzt:innen (GR) resp. ähnlich häufig durch diese beiden Berufsgruppen (ZH). (Kapitel 3.2.9).
- Bezüglich Dauer der Anhörung gibt es je nach Stakeholdergruppe unterschiedliche Aussagen: Der grösste Anteil der Betroffenen schätzte die Anhörungsdauer auf unter 5 Minuten (33%). Gemäss den Angehörigen, Vertrauenspersonen, Zuweisenden und Personal dauerte die Anhörung meist bis 20 Minuten. Gemäss der KESB dauerte sie mehrheitlich länger als 20 Minuten. Betroffene wünschen sich bei der Anhörung mehr Zeit und ausführlichere (ggf. schriftliche) Informationen. (Kapitel 3.2.9).

5) Welche geeigneten Einrichtungen lassen sich in den fünf Kantonen erfassen?

- Eine allgemeingültige Definition der als «geeignet» erachteten Einrichtungen existiert bis dato nicht. Eine Übersicht über die geeigneten Einrichtungen existiert nicht. Ebenfalls gibt es keine schweizweit standardisierte Erfassung. In allen Kantonen wird von 30 - 50% der Befragten angegeben, dass die Kapazitäten der geeigneten Einrichtungen für die Behandlung oder Betreuung unzureichend sind bzw. dass Alternativen gesucht werden mussten. (Kapitel 3.2.8).
- Bei Engpässen wird nach externen Möglichkeiten (z.B. Anfrage Nachbarskantone, Partnerkliniken, Kliniken mit Aufnahmepflicht etc.) oder internen Möglichkeiten (z.B. Kurzkonsultationen, Zwischenbetreuung, Weiterführung stationäre Behandlung etc.) gesucht. (Kapitel 3.2.8).

6) Wie werden Vertrauenspersonen (VP) und gesetzliche Vertretungen in den fünf Kantonen genutzt und wahrgenommen? ¹⁰⁶

- 46% der Betroffenen aller Kantone (Ausnahme BL: 21%) geben an, nicht über die Option der Benennung einer Vertrauensperson informiert zu sein. 11% wissen es nicht mehr. (Kapitel 3.2.10).

¹⁰⁶ Hinweis: Im Fragebogen wurde ausschliesslich der Begriff Vertrauensperson verwendet.

- 55% der Betroffenen geben an, eine Vertrauensperson benannt zu haben. Es bestehen kantonale Unterschiede: Der Anteil Betroffener, die angeben, eine Vertrauensperson benannt zu haben, ist in BL und GR am höchsten (67%), in ZH (41%) am geringsten. (Kapitel 3.2.10).
- Häufig wird der Verzicht auf eine Vertrauensperson seitens Zuweisenden, Personal, KESB und Gerichte akzeptiert oder der Entscheid vertagt. (Kapitel 3.2.10).
- Die konkreten Erfahrungen mit der Vertrauensperson werden mehrheitlich als gut bezeichnet, nur 6% macht schlechte Erfahrungen. Der Anteil Personen, welche sehr gute Erfahrungen gemacht haben, ist bei den Betroffenen am grössten (39%). Die Mehrheit aller professionellen Stakeholder¹⁰⁷ (71%) beurteilt Vertrauenspersonen als (sehr) hilfreich, insbesondere (Betroffenen-)Organisationen (100%). Für 16% der Professionellen ist der Einsatz von Vertrauenspersonen «eher nicht oder gar nicht hilfreich». (Kapitel 3.2.10).
- Die Rolle der Vertrauensperson wird in den meisten Fällen (63%) von Familienangehörigen übernommen. Im Kanton VD übernehmen im Vergleich zu den anderen Kantonen etwas häufiger auch Bekannte (33%) oder Personen mit juristischem Verfahrensverständnis (22%) die Funktion der Vertrauensperson. (Kapitel 3.2.10).
- Eine zwingende Anordnung einer Verfahrensbeistandschaft wird insgesamt von deutlich mehr Personen abgelehnt (49%) als begrüsst (7%). Etwas häufiger begrüsst wird diese Anordnung in den Kantonen GR (17%) und VD (29%). Dass finanzielle Erwägungen für oder gegen eine Verfahrensbeistandschaft eine Rolle spielen, bejahen 7% und verneinen knapp 30%, 65% können keine Angabe machen. (Kapitel 3.2.11).

7) Wie erfolgt die Beurteilung von Urteilsunfähigkeit und welche Konsequenzen ergeben sich für die Anwendung von Zwang?

- Zur Abklärung der Urteilsfähigkeit nutzen rund 35-45% der Vertretenden der Gerichte und KESB bestimmte Instrumente (insbesondere psychiatrische Gutachten bzw. ärztlicher Bericht), Kliniker:innen (Ärzt:innen, Psycholog:innen) nur zu rund 15%. (Kapitel 3.2.3).
- Kliniker:innen (Ärzt:innen, Psycholog:innen) nutzen sehr häufig ihre klinische Expertise zur Abklärung der Urteilsfähigkeit, Instrumente sind wenig bekannt. (Kapitel 3.2.3).
- Die Zustimmung, dass die Urteilsunfähigkeit keine Voraussetzung für eine FU sein soll, ist am höchsten bei Gericht, KESB und Vertrauenspersonen (68-73%), am geringsten bei Angehörigen und Betroffenen (42-50%). (Kapitel 3.2.3).
- Die häufigste Begründung für die Feststellung von Urteilsunfähigkeit ist eine Auffassungsstörung (z.B. Verminderte Wahrnehmungsfähigkeit, fehlendes/vermindertes Verständnis von Bedeutungszusammenhängen). (Kapitel 3.2.3).

8) Wie wird mit somatischen Erkrankungen bei Patient:innen mit FU in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone umgegangen?

- Wenn bei Patient:innen mit einer FU eine somatische Krankheit (z.B. Gehirntumor) diagnostiziert wird, wird relativ oft (bei 26%) eine neue FU in ein somatisches Spital angeordnet. (Kapitel 3.2.14).
- Es findet häufig eine konsiliarische Involvierung von somatischen Ärzt:innen statt (58%). (Kapitel 3.2.14).
- Ebenfalls häufig wird die Urteilsfähigkeit bei Patient:innen mit somatischen Erkrankungen in der Psychiatrie abgeklärt (56%). (Kapitel 3.2.14).

¹⁰⁷ Zuweisende, Personal, KESB, Gericht, Organisationen.

9) Wie und anhand welcher Kriterien erfolgt die Anwendung von Zwangsmassnahmen (Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Zwangsbehandlung) in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?

- Standards zum Vorgehen bei medizinischen Massnahmen ohne Zustimmung existieren gemäss dem befragten Personal in fast allen Kantonen. Nur 3% geben an, solche Standards würden nicht existieren. 27% (N=29) hat keine diesbezügliche Kenntnis, insbesondere in den Kantonen TI (33%) und ZH (27%). (Kapitel 3.2.12).
- Über die Möglichkeit zur Anrufung des Gerichts im Falle einer Zwangsbehandlung werden Betroffene von 63% des befragten Personals bei elektiven Massnahmen und von 23% bei Notfallmassnahmen bei Gefahr im Verzug informiert. (Kapitel 3.2.12).
- Bei der Anordnung von elektiven medizinischen Massnahmen ohne Zustimmung wird nur von gut der Hälfte der Befragten angegeben, dass der/die Chefärzt:in involviert wird. (Kapitel 3.2.12).
- Gründe für Einschränkungen der Bewegungsfreiheit sind meist Selbstgefährdung (80%) sowie Fremdgefährdung (65%). (Kapitel 3.2.12).
- 43% des Personals gibt an, Angehörige bzw. Vertrauenspersonen bei bewegungseinschränkenden Massnahmen zu involvieren, 30% verneinen dies. (Kapitel 3.2.12).
- 60% der befragten Betroffenen hat Erfahrung mit bewegungseinschränkenden Massnahmen gemacht. (Kapitel 3.2.12).
- Im Rahmen der Interviews wird die Wichtigkeit einer Prüfung der Urteilsunfähigkeit vor der Anwendung von Zwangsmassnahmen betont, ggf. unter Einbezug des Willens von Betroffenen. (Kapitel 3.2.12).

10) Wie ist der Umgang mit psychiatrischen Patientenverfügungen (PPV) in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?

- 11% der Betroffenen geben an, eine PPV zu besitzen, die bei 4% auch bereits berücksichtigt wurde. Die Mehrheit der Befragten ist der Meinung, die PPV sollte analog zur somatischen Patientenverfügung verbindlich sein. (Kapitel 3.2.15).
- Zuweisende und Personal lehnen eine Gleichstellung der Patientenverfügung im psychiatrischen Kontext gegenüber dem somatischen Bereich eher ab. Betroffene, Angehörige und Peers¹⁰⁸ sprechen sich eher für eine Gleichstellung aus. (Kapitel 3.2.15).
- Etwas mehr als ein Fünftel gibt an, dass bislang noch ungenutzte Chancen bzgl. PPV bestehen. Dazu gehören z.B. Einbezug der Präferenzen bzgl. der Behandlung, Berücksichtigung von Erfahrungen aus früheren Krisen, Autonomieförderung, Förderung von Individualität, Eigenschutz, Schutz weiterer Personen, Definition spezifischer Massnahmen bei Eskalation etc. (Kapitel 3.2.15).
- Aus den Interviews geht hervor, dass die PPV in der Praxis derzeit und insbesondere in kritischen Situationen, wenig bedeutsam ist, aber ggf. wichtig wäre. (Kapitel 3.2.15).

11) Wie verlaufen ärztliche und behördliche FU und wie wird die periodische Überprüfung und Aufhebung einer FU in den fünf Kantonen wahrgenommen?¹⁰⁹

- Aus den Antwortprofilen wurde deutlich, dass die Befragten die periodische Überprüfung nicht differenzieren. Aus Betroffensicht können daher nur wenige Informationen gewonnen werden.

¹⁰⁸ Peers sind Expert:innen mit Erfahrung, d.h. Personen, die selbst von einer FU betroffen waren. Vgl. Pro Mente Sana, Weblink: <https://promentesana.ch/selbstbestimmt-gelesen/grundlagen-zur-genesung/was-ist-ein-peer>.

¹⁰⁹ Ursprüngliche Fragestellung: Wie verlaufen ärztliche und behördliche FU und wie wird die periodische Überprüfung und Aufhebung einer FU in den fünf Kantonen geregelt (statt wahrgenommen)? Da die Antworten keine Rückschlüsse auf die Regelung zulassen, wurde entsprechend den erhaltenen Rückmeldungen die Frage leicht angepasst.

Angehörige und Vertrauenspersonen nehmen die Überprüfung ausschliesslich positiv wahr, wobei ebenfalls nur wenige Personen die entsprechende Frage beantworteten. (Kapitel 3.2.20).

- Die Mehrheit der Betroffenen gibt an, nicht (mehr) zu wissen, wie die periodische Überprüfung wahrgenommen wurde (76%). Diejenigen, welche sich erinnerten, nahmen diese ähnlich häufig als angenehm (12%) resp. nicht angenehm (12%) wahr. Angehörige und Vertrauenspersonen nehmen die periodische Überprüfung durchwegs positiv wahr. Gewünscht wird v.a. ein stärkerer Einbezug der Betroffenen, auch hinsichtlich Kommunikation. (Kapitel 3.2.20).
- Gemäss Interviews sollten mehrere Personen im Sinne einer Mehrpersonenperspektive bei der periodischen Überprüfung involviert sein und die Überprüfung in Abhängigkeit der Dringlichkeit stattfinden. (Kapitel 3.2.20).

12) Wie ist der Umgang mit Entlassungsgesuchen in den teilnehmenden Einrichtungen der fünf Kantone?

- Zurückbehaltungen bei Entlassungsgesuchen kommen nach Aussagen des Personals selten vor (60%). Kantonale Unterschiede können aufgrund der kleinen Stichprobe nicht festgestellt werden. (Kapitel 3.2.16).

13) Wie erfolgt die Umsetzung von Austrittsgesprächen und – wenn indiziert – die Erstellung von Behandlungsgrundsätzen?

- Fachpersonen gaben an, dass Austrittsgespräche bei FU-Patient:innen zu 90-100% stattfinden würden und in der Regel als nützlich beurteilt werden. (Kapitel 3.2.17).
- 55% der teilnehmenden Betroffenen haben bisher an einem Austrittsgespräch teilgenommen. (Kapitel 3.2.17).
- Betroffene beurteilen Austrittsgespräche mehrheitlich als nützlich (65%), eine Minderheit empfand Austrittsgespräche als überhaupt nicht nützlich (13%). Sowohl die Nachbehandlung (88%) als auch die Definition nächster Schritte (83%) wurden als besonders wichtiger Aspekt des Austrittsgesprächs eingeschätzt. (Kapitel 3.2.17).
- Bei einem Viertel der Betroffenen wurden schon einmal Behandlungsgrundsätze erstellt, die von mehr als 80% als nützlich empfunden wurden. (Kapitel 3.2.17).

14) Wie werden ambulante Massnahmen beurteilt und in den fünf Kantonen umgesetzt?

- Hierzu sind keine Ergebnisse aus der Online-Befragung vorhanden. Allerdings bringt die Erhebung im Rahmen der Fallvignetten TP 3 hervor, dass ambulante Massnahmen (z.B. Verpflichtung zu therapeutischen Sitzungen, Einnahme von Medikamenten, Verzicht auf Alkohol etc.) im Rahmen der aktuell geltenden gesetzlichen Regelung nicht durchsetzbar sind. Der Wunsch nach mehr Spielraum resp. Durchsetzungsmöglichkeiten wird geäussert (vgl. Kapitel 1.1).
- In den Interviews wird mehr Spielraum resp. Durchsetzungsmöglichkeiten bezogen auf die ambulanten Massnahmen gewünscht. (Kapitel 3.2.6).

15) Wie erfolgt die Nutzung der gerichtlichen Beschwerdeinstanz in den fünf Kantonen und was sind mögliche Outcomes?¹¹⁰

- Die Information bzgl. gerichtlicher Beschwerdemöglichkeiten erfolgt meist über das Klinikpersonal. (Kapitel 3.2.18).

¹¹⁰ Zahlreiche Fragestellungen, welche Antworten zu dieser Frage liefern sollten, können aufgrund der sehr kleinen Stichprobe nicht plausibel beantwortet werden. Aufgeführt sind Antworten zu diesem Frageblock mit einem höheren Rücklauf und beantworten somit nur einen Teil der Fragestellung.

- Mehr als die Hälfte der Befragten Fachpersonen (Personal, KESB; Gericht) gab an, dass FU-Patient:innen konsequent über die Möglichkeit zur Einreichung eines Entlassungsgesuchs bzw. Aufhebung der Massnahme informiert würden. 71% der Betroffenen gab ebenfalls an, diesbezüglich informiert worden zu sein, 22% seien nicht informiert worden. (Kapitel 3.2.18).
- Hinweis: Repräsentative Zahlen zur Häufigkeit standen für die Evaluation nicht zur Verfügung. Die Anzahl der Rechtsmittelentscheide seien z.B. im Kanton Zürich gemäss Jahresbericht der Aufsichtsbehörde KESB des Kantons Zürich 2020 rückläufig (Stand 2020: 386).¹¹¹
- Gemäss Interviews sollten Verhandlungen zu Beschwerden, wenn immer möglich, ortsnah bei den Betroffenen stattfinden. (Kapitel 3.2.18).

16) Wie ist die Schnittstelle zum Kinderschutz in den fünf Kantonen geregelt (z.B. bei FU eines Elternteils)?

- 50% der Befragten aus Personal, Zuweisenden und KESB gaben an, darüber informiert zu sein, ob eine Person mit FU Kinder hat. (Kapitel 3.2.19).
- Ein Drittel dieser Befragten leitet gemäss eigenen Angaben in solchen Fällen Massnahmen ein (z.B. Kinderbetreuung, Einbezug von Angehörigen etc.). (Kapitel 3.2.19).

4.2 Studiendesign, Rücklauf, Aussagekraft und Limitationen

Gesamthaft erlaubte das Evaluationsdesign mit seinen drei spezifischen Teilprojekten¹¹² einen sehr differenzierten Einblick in die Praxis der FU: Einerseits anhand der Praxis in fünf Kantonen der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz (BL, GR, TI, VD und ZH), andererseits unter dem multiperspektivischen Einbezug der verschiedenen involvierten Stakeholder.¹¹³ Darüber hinaus ermöglichte die multidisziplinäre Zusammensetzung des Evaluationsteams (Medizin, Psychologie, Rechtswissenschaft, Soziale Arbeit) eine differenzierte Einbettung der Kernergebnisse.

Das Evaluationsdesign konnte wie geplant umgesetzt werden: Auf Basis der Studiengenehmigung durch die Ethikkommissionen aller fünf Kantone konnten zahlreiche Einblicke in die heutige Praxis der FU gewonnen werden. Basis der Evaluation sind einerseits 57'000 untersuchte Fälle resp. 33'000 Patient:innen (Teilprojekt 1), andererseits Antworten von 711 mittels Online-Erhebung befragten Personen (Teilprojekt 2) wie auch Einschätzungen von 41 mündlich befragte Personen aus allen drei Sprachregionen (Teilprojekt 3). In Bezug auf die Online-Erhebung ist die grosse Stichprobe der Betroffenen bemerkenswert, welche mit N=224 die grösste befragte Gruppe darstellt und der somit ein grosses Gewicht beigemessen wird. Das Untersuchungsteam bedankt sich an dieser Stelle herzlich bei allen Personen für ihr grosses Engagement.

Die rechtlichen Grundlagen und Regelungen im Erwachsenenschutz sind komplex. Entsprechend komplex gestaltet sich die Umsetzung. Dies abzubilden war mitunter Teil der Evaluation. So sollte mit der vorliegenden Evaluation eine Vielzahl unterschiedlicher und komplexer Fragebereiche geklärt werden und aus verschiedenen Blickwinkeln aller Beteiligten (Betroffene, Angehörige, Vertrauenspersonen, Zuweisende, Personal, KESB, Gericht, (Betroffenen-)Organisationen) beleuchtet werden. Konkret wurden entlang des FU-Prozesses – von der Anordnung, über den Entscheid (FU-Anordnung), die eigentliche Unterbringung, Überprüfung und Entlassung sowie Beschwerdemöglichkeiten – sämtliche für die untersuchte Thematik relevanten Stakeholdergruppen befragt. Dies erlaubte es, die praktische Umsetzung gesamthaft zu beleuchten und auch allfällige unterschiedliche Wahrnehmungen und Einschätzungen im interdisziplinären und multiperspektivischen Setting des Erwachsenenschutzes herauszuarbeiten. Da die grosse Mehrheit der FU in psychiatrischen Kliniken erfolgt und hier auch statistisch valide und verlässliche statistische Daten zum Untersuchungsge-

¹¹¹ Kanton Zürich, Direktion der Justiz und des Innern, Aufsichtsbehörde im Kindes- und Erwachsenenschutz (2021). Jahresbericht 2020.

¹¹² Teilprojekt 1: Statistische Daten; Teilprojekt 2: Breite Online-Erhebung bei diversen involvierten Stakeholdern; Teilprojekt 3: Vertiefende multiperspektivische qualitative Fallvignetten.

¹¹³ Betroffene, Angehörige, Vertrauenspersonen, Zuweisende, Medizinisches Personal, KESB, Gericht sowie (Betroffenen-)Organisationen.

genstand bestehen, konnten überdies klare quantitative Aussagen vorgenommen werden. Zusätzlich konnte mittels fünf Fallvignetten der Gegenstand konkret und ebenfalls multiperspektivisch vertieft werden.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Evaluation auch gewisse Limitationen aufweist, welche es im Sinne einer kritischen Reflexion zu berücksichtigen gilt. Es sind dies:

- Die Bearbeitung des umfangreichen Online-Fragebogens kann, so war dem Evaluationsteam bewusst, für die Befragten eine grosse Herausforderung darstellen und zu einer Abnahme der Beteiligung beitragen. Tatsächlich zeigt der Rücklauf, dass mit zunehmendem Fortschreiten der online-Umfrage mehr Abbrüche erfasst wurden. Entsprechend finden sich für Fragen zum Ende der Umfrage teilweise (sehr) kleine Stichprobengrössen, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Somit sind gewisse Ergebnisse lediglich als Trend zu interpretieren, welche Hinweise darauf geben, wie die Praxis aussehen könnte. Gleichzeitig kann auch angenommen werden, dass Personen, welche die gesamte Umfrage ausgefüllt haben, besonders viel an der Thematik liegt und so die Herausforderungen der umfangreichen Erhebung auf sich genommen haben.
- Die statistische Untersuchung (Teilprojekt 1) bezieht sich, in Ermangelung eines nationalen FU/Zwangs-Registers, auf systematisch erfasste klinische Routinedaten, die den Vorteil einer standardisierten Erfassung bieten und einen Vergleich erlauben, allerdings nur einen begrenzten Interpretationsspielraum erlauben, da wesentliche Variablen zur Varianzerklärung nicht einbezogen werden können.
- Die Fallvignetten erlauben als qualitative Untersuchung, Themen herauszukristallisieren, die gewisse weitere Ergebnisse der Untersuchung verstärken, oder auch auf weitere Themen hinweisen. Rückschlüsse aus diesen sind vorsichtig zu handhaben und müssen gegebenenfalls weiter vertieft untersucht werden.
- Die Untersuchung geht kurz darauf ein, dass bei Erwachsenenschutzmassnahmen auch Kinder mitbetroffenen sein können. Hingegen enthält die vorliegende Evaluation keine Daten oder Auseinandersetzung mit der Frage nach der sinngemässen Anwendung der Bestimmungen des Erwachsenenschutzes für die FU in einer geschlossenen Einrichtung oder einer psychiatrischen Klinik im Rahmen einer Kinderschutzmassnahme gemäss Art. 314b ZGB.¹¹⁴

¹¹⁴ Dies war in der Projektausschreibung (S. 6) explizit ausgeschlossen. Vgl.: <https://www.seval.ch/ausschreibung/evaluation-der-bestimmungen-zur-fuersorglichen-unterbringung-fu-art-426-ff-zgb-evaluation-des-dispositions-relatives-au-placement-a-des-fins-dassistance-pafa-art-426-ss-cc/>.

4.3 Kernergebnisse und Empfehlungen

Zwangsmassnahmen werden seit Jahrhunderten in der Gesundheitsversorgung eingesetzt. In der Gesellschaft und in der psychiatrischen Versorgung wächst das Bewusstsein für die negativen Folgen von Zwangsmassnahmen. Daher wird deren Einsatz zunehmend stärker reguliert. In der Schweiz ist in diesem Zusammenhang die mit der per 1. Januar 2013 umgesetzten Totalrevision des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts einhergehende Stärkung der Selbstbestimmung zu betonen.¹¹⁵ Grundsätzlich weisen die Evaluationsergebnisse darauf hin, dass die gesetzliche Reform die angestrebten Ziele zu grossen Teilen erreicht hat. Aus einer Metaperspektive aller Untersuchungsergebnisse inkl. Einbezug der wissenschaftlichen Literatur betrachtet, lassen sich zentrale Kernergebnisse der Evaluation verdichten. Diese Verdichtung hat das Evaluationsteam interdisziplinär (Medizin – Rechtswissenschaften – Soziale Arbeit) vorgenommen. Die nachfolgend aufgelisteten Kernergebnisse der Evaluation werden im Folgenden weiter ausgeführt:

- Anhaltende Heterogenität bei der Umsetzung der FU und weiterer Zwangsmassnahmen (Kapitel 4.3.1)
- Deutliche Differenzen zwischen den Antworten von Betroffenen/ Angehörigen und denjenigen von Professionellen in zwei Themenbereichen (Kapitel 4.3.2)
- FU-Anordnungen erfolgen mehrheitlich ärztlich (Kapitel 4.3.3)
- «Geeignete Einrichtung» definieren (Kapitel 4.3.4)
- Differenzierung und Klärung der Begriffe im Kontext der FU (Kapitel 4.3.5)
- Settingabhängige Regelung von FU problematisch (Kapitel 4.3.6)
- Spezifische Instrumente zur Stärkung der Selbstbestimmtheit werden kaum genutzt (4.3.7)

4.3.1 Anhaltende Heterogenität bei der Umsetzung der FU und weiterer Zwangsmassnahmen

Die im Jahr 1981 eingeführten Bestimmungen zur fürsorgerischen Freiheitsentziehung haben die Voraussetzungen der Einweisung gegen den Willen bundesrechtlich vereinheitlicht. Das am 1. Januar 2013 in Kraft getretene Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) enthält auch Verfahrensbestimmungen hinsichtlich medizinischer Zwangsmassnahmen¹¹⁶. Es trägt teilweise zu einer Vereinheitlichung der bislang von grossen kantonalen Unterschieden geprägten Rechtslage bei. Trotz dieser Bemühungen besteht eine ausgeprägte kantonsspezifische Heterogenität bzgl. der FU, die sich nicht allein durch Personenmerkmale erklären lässt. Der mit der FU einhergehende Verlust von Autonomie stellt für die Betroffenen eine erhebliche emotionale und körperliche Belastung dar. Dies, trotz der vereinzelt, nachträglich berichteten positiven Erfahrungen der Betroffenen im Zusammenhang mit der FU. Daher liegt es im Interesse der Gesellschaft, sensibel und behutsam mit den betroffenen fürsorgebedürftigen Personen in einem Schwächezustand umzugehen und klar definierte Vorgehensweisen und Kriterien anzuwenden. Ziel jeder Intervention müssen Deeskalation und Vermeidung von Massnahmen gegen den Willen psychisch erkrankter Menschen sein. Es gilt, deren Rechte und Interessen noch stärker zu sichern. Gleichzeitig ist aber auch den Schutzinteressen anderer Menschen Rechnung zu tragen.¹¹⁷

Die vorliegende Evaluation untersuchte in Teilprojekt 1 statistische Daten von 57'000 Fällen (Hospitalisationen mit und ohne FU) resp. 33'000 Patient:innen. In Bezug auf verschiedene Zwangsmassnahmen konnte festgestellt werden, dass über alle Kantone hinweg insgesamt 9.7% der Patient:innen mindestens eine Zwangsmassnahme¹¹⁸ erfahren haben. Dabei gibt es kantonale Unterschiede (zwischen 6.6% VD und 14% BL). Am häufigsten erfolgten die Isolation (5%) und Zwangsmedikation (3.5%).

Der Spitalvergleich zeigte, dass die somatischen Spitäler in der Schweiz sich, ähnlich wie die psychiatrischen Kliniken, fachübergreifend signifikant in der Anwendung von Zwangsmassnahmen unterscheiden. Insgesamt veranlassten 10 Spitäler signifikant weniger und 12 Spitäler signifikant mehr

¹¹⁵ BBI 2006 7008 Ziff. 1.1.

¹¹⁶ Bernhart Rz. 758 ff.; Handbuch KES, Rz 1484 ff.

¹¹⁷ Art. 426 Abs. 2 ZGB; FamKomm ESR-Guillod, Art. 426 N 62 f.

¹¹⁸ Anmerkung: Differenzierung zwischen Fixierung, Isolation, Zwangsmedikation.

Fixierungen als der nationale Durchschnitt.¹¹⁹ So grosse Unterschiede in der Gesundheitsversorgung erscheinen aus fachlicher, ethischer und rechtlicher Sicht bedenklich. Die Förderung einheitlicher Vorgehensweisen würde dazu beitragen, die Heterogenität zu reduzieren. Die einheitliche gesetzliche Regelung des KESR, die mitunter für den Kontext psychiatrischer Einrichtungen gilt, zeigt aber auch auf, dass diese per se nicht ausreicht, um eine einheitliche Umsetzung zu erreichen. Es braucht weitere Bestrebungen, um die Heterogenität zu reduzieren.

Die bewegungseinschränkende Massnahmen in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen werden in Art. 383 ff. ZGB geregelt. Für Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit im Rahmen einer FU wird in Art. 438 ZGB auf die sinngemässe Anwendung der Regelungen von Art. 383 ff. ZGB (Einschränkung der Bewegungsfreiheit bei Aufenthalt in Wohn- und Pflegeeinrichtungen) verwiesen.¹²⁰ Insgesamt 60% der befragten Betroffenen haben gemäss eigenen Angaben Erfahrung mit bewegungseinschränkenden Massnahmen gemacht. Dieser Anteil ist deutlich höher als in der Stichprobe aus Teilprojekt 1 (9.7%). Allerdings beinhaltete Teilprojekt 1 auch Patient:innen ohne FU, was den Unterschied erklären kann. Zudem war die Erfahrung mit Zwangsmassnahmen explizites Einschlusskriterium für die Teilnahme bei Teilprojekt 2. Die Wahl der bewegungseinschränkenden Massnahme (Isolation, Fixierung) unterliegt jedoch unter anderem der jeweiligen Institutionskultur. Im Kanton TI werden in der psychiatrischen Klinik keine Fixierungen und Isolationen durchgeführt. Jedoch ist im TI die Zwangsmedikation mit 6% der Fälle am höchsten im Vergleich zu Kliniken der anderen Kantone.

Empfehlungen

- 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. 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.¹²¹
- Schaffung einer vereinheitlichten Regelung der Aufsichtspflicht in Form einer regelmässigen Kontrolle über Umsetzung der FU und damit verbundenen Massnahmen 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 zumindest kantonalen (gemäss föderaler Struktur) Aufsicht in der Form von öffentlich zugänglichen kantonalen Jahresberichten (idealerweise gebündelt auf Bundesebene¹²²) mit den Ergebnissen und Erkenntnissen (Daten/Informationen/Empfehlungen etc.).
- Prüfung der Einführung einer Meldepflicht von Zwangsmassnahmen¹²³ an die jeweils zuständige KESB.

4.3.2 Deutliche Differenzen zwischen den Antworten von Betroffenen / Angehörigen und denjenigen von Professionellen in zwei Themenbereichen

In zwei Themenbereichen bestehen deutliche Differenzen der Wahrnehmung zwischen Betroffenen und Angehörigen einerseits und Vertretenden der verschiedenen Profi-Systeme (Gerichte, KESB, Medizin) andererseits. Diese Differenzen erscheinen umso bedeutsamer, als das revidierte KESR den Anspruch hat, Selbstbestimmung und Autonomie von Menschen zu stärken:¹²⁴

- *Information über FU, Alternativen zur FU und Beschwerdemöglichkeiten:* Von Betroffenen, Angehörigen und Vertrauenspersonen wurde die Wichtigkeit der Information über den Grund der

¹¹⁹ Thomann et al. (2021).

¹²⁰ FamKomm ESR-Guillod, Art. 438 N 10ff.

¹²¹ Morandi et al. (2021).

¹²² Beispielsweise durch das Bundesamt für Gesundheit BAG.

¹²³ Vgl. 1.2.; 4.3.5.

¹²⁴ Art. 388 Abs. 2 ZGB; BBI 2006 7002 f. und 7011 ff.; Handbuch KES, Rz 144 ff.

FU, Beschwerdemöglichkeiten und Alternativen zur FU als sehr hoch (60-90%) eingeschätzt, von Personal und Zuweisenden hingegen als eher gering (10-30%). Somit besteht eine grosse Diskrepanz zwischen Professionellen und Betroffenen, die in der Praxis prägend sein dürfte und der Autonomie-fördernden Absicht entgegensteht.

- *Relevanz der Urteilsfähigkeit bei einem FU-Entscheid:* Vor dem historischen Hintergrund und der besonders benötigten Sensibilität im Umgang mit gesetzlich gerechtfertigten Autonomieeinschränkungen fällt die unterschiedliche Bedeutung der Urteilsfähigkeit bei FU-Anordnungen (keine Voraussetzung) im Unterschied zur Behandlung ohne Zustimmung (erforderliche Voraussetzung) auf.¹²⁵ In der vorliegenden Befragung teilte sich die Gruppe der Befragten in zwei Lager. Vertretende der Gerichte, KESB und Vertrauenspersonen waren mit 68-73% einverstanden mit der aktuellen Regelung, auf die Urteilsunfähigkeit als notwendige Bedingung bei einer FU-Anordnung zu verzichten. Betroffene und Angehörige hingegen wünschten mit 42-50% die Urteilsunfähigkeit als Bedingung für eine FU-Zuweisung in eine geeignete Einrichtung. Hier scheinen die Perspektiven und Bedürfnisse von Betroffenen und Anordnenden deutlich gegenläufig zu sein. Im Sinne der weiteren Stärkung der Selbstbestimmung und Sicherung der Rechtsgleichheit könnte es konsequent sein, die Bedingung «Urteilsunfähigkeit» auch bei der FU einzuführen. Bei der Behandlung ohne Zustimmung gelten die folgenden, kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen: Behandlung einer psychischen Störung (Art. 433 Abs. 1 ZGB), ernsthafte Eigen- oder Drittgefährdung, wenn die notwendige Behandlung ausbleiben sollte (Art. 434 Abs. 1 Ziff. 1 ZGB), Urteilsunfähigkeit bezüglich der Behandlungsbedürftigkeit (Art. 434 Abs. 1 Ziff. 2 ZGB), sowie Fehlen einer mildereren Massnahme (Art. 434 Abs. 1 Ziff. 3 ZGB). Ähnliche Bestrebungen sind bereits im angelsächsischen Raum zu beobachten, mit dem Argument, dass Menschen mit der Diagnose einer psychischen Störung diskriminiert werden, da ihre Menschenrechte nicht gleichberechtigt mit allen anderen Menschen respektiert werden.¹²⁶ Bereits vorhandene Instrumente könnten hierbei in der Praxis zum Einsatz kommen, bedürften aber eines grösseren Bekanntheitsgrades.

Empfehlungen

- Prüfung eines stärkeren Einbezugs der Betroffenenperspektive im gesamten FU-Prozess. Diesbezüglich ist der Gestaltungsraum gross (z.B. Einbezug von «Peers»¹²⁷, Mitsprachemöglichkeit bei Überarbeitungen der Vorgaben/Vorgehensweisen/Umsetzungen).
- Nachdrückliche Förderung der Information der Betroffenen, Angehörigen und Vertrauenspersonen über den Grund der FU, Beschwerdemöglichkeiten und Alternativen zur FU.
- Steigerung der Autonomiewahrung der Betroffenen durch die Überprüfung der Urteilsfähigkeit¹²⁸ vor der Anordnung einer FU. Als zusätzliche Voraussetzung für eine FU sollte die jeweils spezifische Urteilsunfähigkeit definiert werden.
- Die Abschaffung des Sonderrechts für psychisch kranke Menschen ist zu verfolgen. Die Rechte der Patient:innen sollen diagnoseunabhängig (z.B. bei einer kardiologischen Diagnose und einer psychiatrischen Diagnose) die gleichen rechtlichen Folgen auslösen. Zentrales Kriterium für Feststellung eines Schwächezustandes als eine der Voraussetzungen für die Anwendung von Massnahmen ohne Einverständnis bzw. gegen den Willen sollte nicht die Diagnose, sondern die Urteilsfähigkeit sein. Zudem sollte die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung für alle Patient:innen unabhängig von der Diagnose gleich definiert sein. Dies würde die Gleichstellung und Gleichbehandlung von Patient:innen erlauben.

4.3.3 FU-Anordnungen erfolgen mehrheitlich ärztlich

Bemerkenswert ist, dass in den untersuchten Kantonen der Anteil ärztlich initiiertter FU über 80% liegt und davon mindestens 20% der FU durch Fachärzt:innen der Psychiatrie initiiert werden. In der

¹²⁵ BBI 2006 7062 und 7069.

¹²⁶ Szmukler, G. (2018). Submission to Independent Review of the Mental Health Act Reform of the Mental Health Act and human rights: an analysis.

¹²⁷ Peers sind Expert:innen mit Erfahrung, d.h. Personen, die selbst von einer FU betroffen waren. Vgl. Pro Mente Sana, Weblink: <https://promentesana.ch/selbstbestimmt-genesen/grundlagen-zur-genesung/was-ist-ein-peer>.

¹²⁸ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft SAMW, Richtlinien Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis (2019).

Praxis wird der nach dem KESR den Kantonen zustehende Spielraum somit sehr stark genutzt, wonach das kantonale Recht neben der KESB auch die Ärzt:innen ermächtigen kann, eine FU anzuordnen, so dass in der Praxis mehrheitlich Ärzt:innen dies auch tun.¹²⁹ Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass die angestrebte Professionalisierung seitens des Gesetzgebers auch für jene Fälle zu prüfen ist, in denen mehrheitlich eine Fachgruppe von Ärzt:innen über die Anordnung einer FU entscheiden sollte (z.B. spezifische Ausbildung, Vorhalteleistungen von spezialisierten Teams 24Stunden/7Tage, Qualitätssicherung etc.). Dies wurde ursprünglich mit der Ablösung der Vormundschaftsbehörde durch das Fachgremium der KESB bezweckt.

Die ausnahmsweise alleinige Anordnungscompetenz der KESB (Praxis nur in BL) wird von 98% der KESB Mitarbeitenden sowie rund 60% bei anderen Gruppen (Zuweisende, Personal, Gerichte, Organisationen) abgelehnt. Die grösste Gruppe der Befürwortenden der alleinigen Anordnungscompetenz ist jene der zuweisenden Ärzt:innen (21%). Als Voraussetzung für eine alleinige Anordnungscompetenz wurde insbesondere die 24/7 (Pikett)-Abdeckung und Ressourcenverfügbarkeit der KESB sowie entsprechendes spezialisiertes Fachwissen genannt.

Die gesetzlich vorgesehene Anordnung von FU wird durch die KESB in der Praxis selten vollzogen, obwohl sie der Gesetzgeber als mit der kantonalrechtlich anzuordnenden Kompetenz der Ärzteschaft explizit gleichgeordnet erachtete. Damit besteht eine faktische Hauptverantwortung für die FU-Anordnung bei Ärzt:innen. Basierend auf der kantonalen Gesetzgebung wird diese Rolle von den Ärzt:innen als von der KESB delegiert wahrgenommen, auch wenn keine formelle Delegation vorliegt. Der vorliegende Untersuchungsansatz erlaubt keine kausalen Schlussfolgerungen. Mögliche Gründe für diese praktische Anwendung können Ressourcenfragen sein.

Unterschiedliche Interessen der befragten Gruppen sind im Zusammenhang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen hierbei kritisch zu diskutieren, um eine klare Regelung bzw. Zuordnung der Aufgaben, unter Berücksichtigung des jeweiligen beruflichen Selbstverständnisses, zu erreichen.

Empfehlungen

- Es ist naheliegend, dass aufgrund der unterschiedlichen Qualifikationen und Erfahrungen der FU-anordnenden bzw. beantragenden Personen Qualitätsunterschiede in den Anordnungen vorkommen. Qualitätseinbussen werden in der Praxis immer wieder festgestellt, meist, weil nicht ausreichende psychiatrische Expertise oder zu geringe Kenntnisse der gesetzlichen Voraussetzungen bestehen. Eine restriktivere Handhabung der Zuständigkeiten bzw. eine obligatorische Zertifizierung könnte zu einem einheitlicheren Vorgehen führen. Dies könnte konsekutiv mit der Definition eines Mindeststandards an Kenntnissen und Kompetenzen für die Anordnung einer FU einhergehen.¹³⁰
- Neben der inhaltlichen Expertise muss die Gefahr einer Befangenheit der anordnenden Ärzt:innen eingeschätzt werden. Gerade bei stark wertgeleiteten Entscheidungen und unter Zeitdruck bzw. bei eingeschränkten Informationen fällt die Infragestellung der Einschätzung eines:r Kolleg:in nicht leicht. Und dies insbesondere, wenn es sich um eine Person derselben Institution handelt. Das Recht der Betroffenen auf eine Beurteilung durch eine unabhängige Zweitinstanz muss durch Massnahmen gewährleistet werden.
- Das Problem der Übernahme hoheitlicher Aufgaben durch die Ärzteschaft (Doppelrolle) würde durch eine frühzeitige – ggf. regelhafte, also auch ohne eingehende Beschwerde – juristische Überprüfung der Rechtmässigkeit einer FU entflochten und zur weiteren Förderung der Autonomie der Patient:innen beitragen. Die Eingrenzung der verliehenen hoheitlichen Befugnisse für Ärzt:innen ist daher angezeigt.
- Durchführung von themenrelevanten interdisziplinären Veranstaltungen, Diskussionen, Publikationen oder Fortbildungen zur Sensibilisierung und aktiven Thematisierung der mit bestimmten gesellschaftlichen Erwartungen einhergehenden Gefahr einer Instrumentalisierung der Psychiatrie. Letztere hat nebst ihrem Behandlungsauftrag auch einen Fremdschutzauftrag und wirkt dadurch «versorgend» (Ordnungsauftrag). Die Sensibilisierung und Thematisierung

¹²⁹ In der Botschaft zum neuen Erwachsenenschutz wurde explizit angeführt, dass die Kantone «geeignete» Ärzt:innen für zuständig erklären können, was im definitiven Gesetzestext aber nicht aufgenommen wurde (BBI 2006, 7064 f.).

¹³⁰ Bernhart, Ch. (2011), Ausführungen der Ständeratsdebatte vom 27.9.2007 anlässlich der Diskussion des revidierten Erwachsenenschutzgesetzes.

sollte auch Eingang in die tägliche Praxis finden, wie auch in die jeweiligen Jahresberichte / Evaluationen etc. einfließen.

4.3.4 «Geeignete Einrichtung» definieren

In allen Kantonen wird von 30 – 50% der Befragten angegeben, dass die Kapazitäten für die Behandlung oder Betreuung häufig unzureichend sind bzw. keine geeignete Einrichtung zur Verfügung stand und Alternativen gesucht werden mussten. Dieses Ergebnis weist auf einen Handlungsbedarf bzgl. der zur Verfügung stehenden Einrichtungen sowie den zur Verfügung stehenden «weniger einschneidenden Massnahmen» hin. Letzteres wird durch den Ausbau von stationersetzenden Hilfsangeboten (aufsuchendes Behandlungsangebot, mobile Krisen-Equipe, Abstufungen von betreuten Wohnmöglichkeiten, die in Krisensituationen kurzfristig abrufbar sind und Behandlung ermöglichen) ausserhalb des Kontexts des KESR in einigen Kantonen (z.B. AG, BL, BS, LU, TG, ZH) realisiert. Der Umfang dieser Angebote bleibt aber weiterhin deutlich hinter dem Bedarf zurück.

Die «geeignete Einrichtung» für eine FU als Nachfolgebegriff zur «geeigneten Anstalt» des FFE ist für die praktische Umsetzung nicht klar definiert und ist weit auszulegen.¹³¹ In den meisten Fällen wird zum Zweck der Behandlung (und Betreuung) eine psychiatrische Klinik als geeignet betrachtet. Dies ist für den Schwächezustand «psychische Störung» mit einer Behandlungsbedürftigkeit in aller Regel gut nachvollziehbar und adäquat. In Situationen, in denen jedoch nicht die Behandlung, sondern die Betreuung im Vordergrund steht, treten in der Praxis rasch Spannungsfelder auf, wenn etwa FU Einweisungen in eine psychiatrische Klinik ohne Behandlungsauftrag erfolgen bzw. die Behandlung von der betroffenen Person nachhaltig abgelehnt und keine Voraussetzungen für eine Behandlung ohne Zustimmung gegeben sind. Zusätzliche Probleme treten auf, wenn der Schwächezustand nicht durch eine psychische Störung, sondern eine geistige Behinderung oder eine schwere Verwahrlosung bedingt ist, da für diese Situationen oftmals keine nachhaltigen psychiatrischen Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen und die Lösungsansätze mehr in der Umgebungsgestaltung, in sozialpädagogischen Ansätzen, sowie in der Pflege und Wohnbegleitung bestehen. Hierbei kommt die Definition der «geeigneten Einrichtung» zum Tragen und konsekutiv die der Kostenträger, weil, wenn kein medizinischer Behandlungsauftrag ausgemacht werden kann, die Kosten von den Krankenversicherern (zunehmend) nicht übernommen werden. Hingegen werden hier IV-finanzierte Einrichtungen und andere soziale Betreuungseinrichtungen als geeignet betrachtet, in welche jedoch eine Einweisung per FU seltener in Erwägung gezogen wird, auch da die Mehrheit dieser Einrichtungen nicht auf eine Umsetzung der FU ausgerichtet ist.¹³² Mangels Alternativen erfolgt die FU daher in diesen Fällen ebenfalls in die psychiatrische Klinik, ohne dass dort ein geeignetes Behandlungsangebot oder passende Rahmenbedingungen für die Betreuung vorhanden wären. Eskalationen und daraus folgende Zwangsmassnahmen können die Folge sein.

Empfehlungen

- Einheitliche Definition einer «geeigneten Einrichtung» unter Einbezug der involvierten Disziplinen.
- Schaffung eines diversifizierten Angebotes geeigneter Einrichtungen zur Umsetzung der FU, welches in Ergänzung zur psychiatrischen Klinik für die Behandlung psychischer Störungen auch Einrichtungen zur Betreuung von Menschen ohne akute psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit berücksichtigt.
- Sicherstellung, dass Behandlungsangebote, die im präventiven Sinn einer Klinik vorgeschaltet sind (z.B. klinikäquivalente aufsuchende Behandlungen im häuslichen Umfeld, Tageskliniken, ambulante interdisziplinäre Komplexbehandlungen, Hometreatment etc.) vor einer FU geprüft werden.
- Die FU-Einweisung in Langzeitpflegeinstitutionen und Behinderteneinrichtungen konnte mangels Rücklauf in der hier vorliegenden Evaluation nicht untersucht werden. Dies lässt vermuten, dass die Sensibilität zu FU und weiteren «Zwangsmassnahmen» in diesen Institutionen

¹³¹ BBI 2006 7062; BSK ZGB-Geiser/Etzensberger, Art. 426 N 32 ff.

¹³² Kanton Zürich, Direktion der Justiz und des Innern, Aufsichtsbehörde im Kindes- und Erwachsenenschutz (2021). Jahresbericht 2020.

zu schärfen ist. Die Definition der Umsetzung der Aufsichtspflicht kann hierbei Transparenz und einheitliches Vorgehen sicherstellen. Sicherlich ist hierbei auch die multiprofessionelle Schulung der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie der hierfür zuständigen Führungspersonen erforderlich.

4.3.5 Differenzierung und Klärung der Begriffe im Kontext der FU

Im Kontext der FU – und so auch in der vorliegenden Evaluation – wird oftmals der Begriff «Zwangsmassnahme» als Mantelbegriff verwendet. Er steht im Sinne von Art. 434 f. ZGB für Massnahmen ohne die Zustimmung bzw. gegen den Willen der Betroffenen Person (z.B. Zwangsmedikation, Fixierung, Isolierung, Festhaltetechnik, elektive Behandlung ohne Zustimmung) und weitere Massnahmen der Einschränkung der Bewegungsfreiheit im Sinne von Art. 438 ZGB (Massnahmen, welche die Bewegungsfreiheit in der Einrichtung einschränken, Verwehrung von Ausgang). Im KESR erscheint der Begriff Zwangsmassnahme jedoch nicht. Es handelt sich vielmehr um einen Begriff, der in der Praxis verwendet wird. Es ist daher wichtig, trotz dieser allgemeinen Begriffsverwendung, eine Klärung und differenzierte Verwendung der Begrifflichkeiten zu fördern. Dies, damit in den verschiedenen Kontexten inhaltliche Transparenz und Klarheit besteht (z.B. in der interdisziplinären Praxis, politischen Auseinandersetzung mit dieser Thematik etc.). Um den Diskurs zu vereinheitlichen, ist auch die Klärung und Definition anderer Begriffe, welche in der Praxis Interpretationsspielraum ermöglichen, erforderlich (z.B. schwere Verwahrlosung; geeignete Einrichtung¹³³, Art. 426 ff. ZGB).

Empfehlungen

- Förderung der Bestrebungen hinsichtlich einer differenzierten Verwendung relevanter Begriffe in der Praxis im Kontext der FU, um (in der Praxis) eine stärkere Vereinheitlichung des Diskurses zu bewirken.
- Sensibilisierung hinsichtlich der differenziert anzuwendenden Begriffe, die allgemein unter Zwangsbehandlung subsumiert werden (z.B. Behandlung ohne Zustimmung; Einschränkung der Bewegungsfreiheit) und weiteren Begriffen mit Interpretationsspielraum (z.B. schwere Verwahrlosung, geeignete Einrichtung).

4.3.6 Settingabhängige Regelung von FU problematisch

Die Untersuchung zeigte, dass sich die Umsetzung der «Zwangsmassnahmen» je nach medizinischem Setting (d.h. Institution/ Einrichtung) –Psychiatrie, Akutsomatik, Langzeitpflege – unterschiedlich gestaltet resp. unterschiedlich geregelt ist. Hierbei zeigt sich, dass das KESR nicht systematisch von der Person und ihrer Autonomie aus konstruiert ist, sondern teilweise institutionelle oder einrichtungsspezifische Aspekte priorisiert (z.B. Unterscheidung psychiatrische Klinik zu Spital oder Klinik/Spital zu Pflegeeinrichtung). Von der Person und insbesondere ihrer Autonomie ausgehend sollte das Setting, in welchem eine Person sich aufhält, grundsätzlich keinen Einfluss auf den Umgang mit Zwangsmassnahmen haben, denn diese wirken sich immer auf die Person aus und das Setting – Psychiatrie, Akutsomatik, Langzeitpflege – ändert daran nichts.

Thomann et al. haben in ihrer Untersuchung die nationalen Spitaldaten auf Zwangsmassnahmen hin analysiert. In einer Stichprobe aus 18'938 stationären Patient:innen aus 55 Spitälern in der Schweiz betrug die 30-Tage-Prävalenzrate der Patient:innen mit mindestens einer Zwangsmassnahme 10,2% (n = 1933). Der risikoadjustierte Spitalvergleich zeigte, dass die Spitälern in der Schweiz sich, ähnlich wie die psychiatrischen Kliniken, fachübergreifend signifikant in der Anwendung von Zwangsmassnahmen unterscheiden. Insgesamt veranlassten 10 Spitälern signifikant weniger und 12 Spitälern signifikant mehr Fixierungen als der nationale Durchschnitt. Die Analyse der Basisdaten (Teilprojekt 1) zeigen ebenfalls spitalspezifische Unterschiede in der Anwendung von Zwangsmassnahmen auf. Im Kontext der Menschenrechte erscheinen grosse Unterschiede aus fachlicher, ethischer und rechtlicher Sicht bedenklich.¹³⁴

¹³³ Vgl. diesbezüglicher Diskurs unter. 4.3.4.

¹³⁴ Thomann et al (2021).

Empfehlungen

- Überprüfung der KESR-Bestimmungen hinsichtlich Unterschieden zwischen Psychiatrie, Akutsomatik und Langzeitpflege. Durch die konsequente Ausrichtung auf die Wirkung von Zwangsmassnahmen im Allgemeinen resp. von FUs im Spezifischen auf die betroffene Person sollten die rechtlichen Grundlagen für alle Zwangsmassnahmen unabhängig vom Setting gleich sein.

4.3.7 Spezifische Instrumente zur Stärkung der Selbstbestimmung werden kaum genutzt

Eine Vereinheitlichung in der Vorgehensweise bzgl. FU und anderer Zwangsmassnahmen kann auch über die juristische Überprüfung erreicht werden. Im internationalen Vergleich sticht die Schweiz mit einer juristischen Überprüfung von FU und anderen Zwangsmassnahmen nur bei Beschwerde und Anrufung des Gerichts hervor, während in den meisten europäischen Ländern eine unmittelbare, regelhafte Überprüfung unabhängig vom Eingang einer Beschwerde vorgesehen ist.

Im Hinblick auf die ursprünglich angestrebte Stärkung der Selbstbestimmung und des Rechtsschutzes im Rahmen der Revision des Gesetzes sind zahlreiche Aspekte bedacht und eingeführt worden wie z.B. Patientenverfügungen, Vertrauenspersonen, Behandlungsgrundsätze etc. Diese Massnahmen sind allerdings alle mit einem gewissen administrativen Aufwand auf Seiten der betroffenen Personen bzw. der «geeigneten Einrichtungen» verbunden. Abhängig vom Schwächezustand der betroffenen Person bzw. der Ressourcenlage kommen diese Instrumente zur Stärkung der Selbstbestimmung seit Inkrafttreten der Revision unterschiedlich häufig, aber insgesamt eher selten, zur Anwendung. Der vergleichsweise seltene Einsatz trotz neunjährigem Bestehen wirft die Frage der Umsetzbarkeit und Nützlichkeit auf und öffnet die Diskussion für Massnahmen mit einer Erhöhung der Akzeptanz bzw. einer regelhaften Unterstützung und Kontrolle der Umsetzung (z.B. regelhafte Überprüfung seitens Aufsichtsbehörden innert 24-48 h, regelhafter Einsatz einer Verfahrensvertretung etc.). Das würde allerdings wiederum zu einem Mehraufwand dieser Systeme beitragen. In der Gewichtung der Selbstbestimmung und des Schutzes der Freiheitsrechte im Zusammenhang mit der FU, den bewegungseinschränkenden Massnahmen und der Behandlung ohne Zustimmung bleibt zu berücksichtigen, dass die betroffene Personengruppe besonders schutzbedürftig ist.

Empfehlungen

- Prüfung der Einführung einer regelhaften Überprüfung einer FU innerhalb von 24-72 Stunden, unabhängig davon, ob eine Beschwerde erhoben wird oder nicht.
- Förderung des Einsatzes der im aktuellen Gesetz bestehenden Möglichkeiten zur Stärkung der Selbstbestimmung und des Rechtsschutzes (beispielsweise kostenlose juristische Verfahrensvertretung für Betroffene).

4.4 Beurteilung hinsichtlich Anpassungsbedarf

Aus der umfassenden Untersuchung der FU-Praxis in fünf Kantonen (BL, GR, TI, VD, ZH) resultieren zahlreiche Ergebnisse, wie in Kapitel 3 ausführlich dargelegt. Daraus lassen sich im Hinblick auf die Beurteilung des gesetzgeberischen Handlungsbedarfs verschiedene Themenstellungen ableiten, die in materieller und/oder formeller Hinsicht zu prüfen wären. Dabei zeigt sich, dass viele dieser Themenstellungen auch im Vollzug der heutigen gesetzlichen Regelungen verbessert werden könnten.

Somit heisst die Antwort auf die Frage, ob gesetzgeberischer Anpassungsbedarf der Bestimmungen zu FU besteht: Ja, es besteht durchaus Anpassungsbedarf. Er ist jedoch nur dann nutzbringend, wenn gleichzeitig auch substanzielle Anstrengungen zum sensibilisierten und weiter qualitätsverbessernden Umgang mit der FU erfolgen. Zentral ist dabei eine konsequente Ausrichtung an den allgemeinen Grundsätzen des KESR hinsichtlich der Förderung der Selbstbestimmung und Autonomie von Betroffenen.

Die nachfolgende Tabelle führt die von den Ergebnissen abgeleiteten Themenstellungen und Handlungsfelder auf, hinsichtlich derer ein gesetzgeberischer Überprüfungsbedarf ausgemacht werden konnte. Die Handlungsfelder leiten sich einerseits aus den obigen Empfehlungen ab. Sie stellen jedoch explizit keine Wiederholung dar, sondern sind als weiterführende Ergänzung zu verstehen. Nachfolgend wird angegeben, ob die Themenstellungen und Handlungsfelder materielles und/oder formelles Recht betreffen und inwiefern auch der heutige Vollzug angesprochen ist. Die Reihenfolge widerspiegelt explizit keine Priorisierung.

Tabelle 24: Übersicht Themenstellungen und Handlungsfelder

Themenstellungen	Handlungsfelder	Vollzug	Rechtliches	
			materiell	formell
Sicherstellung der Rechtsgleichheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung der folgenden Voraussetzung bzgl. FU: <ul style="list-style-type: none"> c) Vereinheitlichung der Anwendung des Kriteriums «Urteilsunfähigkeit (UuF)». UuF ist bei FU keine Bedingung, hingegen ist UuF bei der Behandlung ohne Zustimmung eine Bedingung. UuF sollte auch bei der FU eine Bedingung darstellen, wenn die Stärkung der Selbstbestimmung und Autonomie gefördert werden soll (Stichwort Grundrechte, Persönlichkeitsrechte). d) Ausdifferenzierung und Überprüfung des Begriffs «Schwächezustand» (psychische Störung / schwere Verwahrlosung / geistige Behinderung) mit Blick auf geeignete Einrichtung (z.B. Psychiatrische Klinik zur Behandlung einer psychischen Störung, spezifische Wohn-/Pflegeeinrichtung zur Betreuung bei schwerer Verwahrlosung oder geistiger Behinderung). 	x	x	
		x	x	
Abläufe vereinheitlichen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vereinheitlichung der Abläufe in der Umsetzung von FUs. ▪ Vereinheitlichung in Bezug auf die nicht mehr aufrechtzuerhaltende Unterscheidung von somatisch vs. psychiatrischen Behandlungen im Rahmen der Behandlung ohne Zustimmung bei Urteilsunfähigkeit. Und dies unabhängig von der Art der Einrichtung, in welche Personen per FU eingewiesen werden resp. in welcher sich die eingewiesenen Personen aufhalten. 	x		x
		x		x
Stärkung der Selbstbestimmung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stärkung der Selbstbestimmung trotz Vorliegens eines Schwächezustandes bei Patient:innen. ▪ Fördern eines verbindlichen Einsatzes von Hilfsmitteln zur Stärkung der Selbstbestimmung (Verfügung, Vertrauensperson, Behandlungsgrundsätze etc.). 	x	x	x
		x	x	x

Themenstellungen	Handlungsfelder	Vollzug	Rechtliches	
			materiell	formell
Schwere Verwahrlosung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung des Umgangs mit Personen mit schwerer Verwahrlosung in Abhängigkeit der Urteils(un)fähigkeit. 		x	x
Überprüfungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfung einer verkürzten Zeitdauer bis zur regelhaften Überprüfung (resp. Prüfung der Einführung einer automatischen Überprüfung) innert 24 – 48 Stunden durch eine unabhängige Instanz, unabhängig einer Beschwerde der betroffenen Person. 		x	x
Verfahrensvertretung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung einer automatischen Bestellung einer Verfahrensvertretung (ähnlich dem Strafvollzug mit Pflichtverteidigung). 			x
Heterogenität FU-Praxis trotz Anspruch auf Vereinheitlichung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung der gesetzlichen Grundlage der Anordnungs- und/oder Delegationsmöglichkeiten einer FU-Anordnung (faktische «Delegation» durch KESB an Ärzt:innen, vgl. Art. 428 Abs. 2 ZGB), zur Sicherstellung der Professionalität. Beispielsweise durch den Einsatz einer spezialisierte Krisen-Notfall-Equipe 24h/7d. ▪ Stärkung der Schulung und des gemeinsamen Diskurses innerhalb der Fachdisziplinen, v.a. unter den Ärzt:innen, aber auch interdisziplinär, sowie auch interkantonal. 	x	x	x
Schnittstelle Somatik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausweitung der Diskussion über resp. Klärung der FU Praxis auf somatische Spitäler, Pflegeeinrichtungen und soziale Einrichtungen sowie Einbezug entsprechender Stakeholder innerhalb dieser Diskussion. 	x	x	
Schnittstelle Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung eines Pendants zu Chefärzt:innen in Einrichtungen (z.B. Pflegeeinrichtungen, Langzeit-Wohneinrichtungen etc.), die keine chefarztliche Leitung aufweisen (vgl. Art. 434 ZGB). 	x	x	
Beschwerdeverfahren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskussion der kantonalen Unterschiede in Bezug auf die Beschwerdemöglichkeiten und die Information der Betroffenen sowie deren Überprüfung, wie es auch als Vorgabe vorgesehen ist. 	x		x
Gleichstellung bzgl. somatischen und psychiatrischen Diagnosen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung der Gleichstellung von Patient:innen mit somatischen und psychiatrischen Diagnosen bzgl. der Patientenverfügung (Aktuell: Somatik: bindend; Psychiatrie: Orientierungshilfe). ▪ Klärung der Gleichstellung von Patient:innen mit somatischen und psychiatrischen Diagnosen bzgl. der Vertretungskaskade (somatisch) bzw. der Anordnungsregelung durch die Chefärzt:innen (psychiatrisch). 		x	x
Patientenverfügung PV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung, inwiefern eine (somatische oder psychiatrische) oder mehrere (somatische und psychiatrische) Patientenverfügungen erforderlich sind. 	x	x	x
Urteilsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klärung der unterschiedlichen Gewichtung der Urteils(un)fähigkeit: Autonomieeingrenzung bei explizitem Verzicht auf das Erfordernis der Urteilsunfähigkeit bei FU in die geeignete Einrichtung (Grundrechte, Persönlichkeitsrechte) vs. explizites Erfordernis der Urteilsunfähigkeit bei Behandlung ohne Zustimmung 	x	x	
Geeignete Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfung einer präziseren gesetzlichen Definition des Begriffs «geeignete Einrichtung» (Was sind aus welchen Gründen und für welchen Schwächezustand geeignete Einrichtungen?) ▪ Vorgabe und Umsetzung einer standardmässigen schweizweiten Erfassung bestehender geeigneter Einrichtungen (Statistische Datenbank) 	x	x	

Themenstellungen	Handlungsfelder	Vollzug	Rechtliches	
			materiell	formell
Behandlung und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> Erarbeitung von spezifischen Kriterien für die jeweils geeignete Einrichtung, konkret für Institutionen sämtlicher Behandlungs- oder Betreuungsbereiche (z.B. Psychiatrie, Langzeitpflege, Somatik, betreute Wohneinrichtungen), um den Selbst- und Fremdschutz bei verschiedenen Zielsetzungen (z.B. Behandlung, Sicherung eines Wohnortes, körperliches Wohl etc.) zu gewährleisten. 		x	x
Schnittstelle Kinderschutz	<ul style="list-style-type: none"> Vertiefte Analyse der Schnittstelle Erwachsenenschutz <i>und</i> Kinderschutz im Setting der FU, d.h. bei Erwachsenen mit Kindern. Differenzierung dieser Schnittstelle bzgl. erwachsener Patient:innen mit Kindern bei FU und sinngemässer FU-Anwendung bei Kindern/ Jugendlichen. 	x x	x x	x x
Datenerfassung, Datenauswertung und Publikation	<ul style="list-style-type: none"> Prüfung der Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für die schweizweite Datenerhebung bezüglich der Anordnungen von Zwangsmassnahmen (FU, Behandlung ohne Zustimmung, Bewegungseinschränkende Massnahmen). Ebenfalls ist die Auswertung dieser Daten und ggf. ihre Publikation zu prüfen und zu bestimmen. 	x	x	x
Zuständigkeiten/Finanzierungsquellen (KVG / IV / subsidiär Gemeinden etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Aus der Frage der Zuständigkeit (vgl. Behandlung / Betreuung) ergibt sich die Frage der Finanzierung: Klärung der Finanzierung bei einer FU in Kliniken bei fehlenden KVG-Leistungen ohne vorliegende Kostengutsprache (siehe FU mit Entlassungskompetenz bei der KESB bei fehlendem Behandlungsauftrag). 	x	x	x
Ethische Dilemmata und gesetzliche Regelungen	<ul style="list-style-type: none"> Berücksichtigung und Führung einer breiten interdisziplinär geleiteten Diskussion, z.B. zu den Forderungen der UN-BRK bzgl. FU oder der Definition der «Abwendung von akuter Eigengefährdung» bei der elektiven Behandlung ohne Zustimmung. 	x		x

5 Literatur- und Materialienverzeichnis

Zitierte Literatur (alphabetisch)

- Bernhart, Ch. (2011). Handbuch der fürsorgerischen Unterbringung, Helbing Lichtenhahn.
- Büchler, A., Michel, M. (2020). Medizin-Mensch-Recht, Eine Einführung in das Medizinrecht der Schweiz, Schulthess Verlag, 2. Auflage.
- Büchler, A., Häfeli, Ch., Leuba A., Stettler, M. (Hrsg.). (2013). FamKomm: Erwachsenenschutz, Stämpfli Verlag.
- Dressing, H. and Salize, H.J. (2004). Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(10): p. 797-803.
- Gardner, W. et al. (1999). Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *Am J Psychiatry*, 156(9): p. 1385-91.
- Geiser, Th., Foutoulakis, Ch. (Hrsg.). (2018). Basler Kommentar: Zivilgesetzbuch I, 6.A. Helbing Lichtenhahn (zit. BSK ZGB-Autor).
- Hermann H, et al. (2018). Fürsorgerische Unterbringung in psychiatrische Kliniken: Schwierigkeiten und Unterschiede in der praktischen Umsetzung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 99: 524-526.
- Hoff, P. (2015). Zwangsmassnahmen in der Medizin. *Schweizerische Ärztezeitung - Bulletin des medecins suisses - Bollettino dei medici svizzeri*. 96(22): p. 773–775.
- Hotzy, F. et al. (2018). Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. *Swiss Med Wkly*, 148: p. w14616.
- Hotzy, F. et al. (2018). Length of Involuntary Hospitalization Related to the Referring Physician's Psychiatric Emergency Experience. *Adm Policy Ment Health*, 45(2): p. 254-264.
- Hotzy, F. et al. (2019). Involuntary admission for psychiatric treatment: Compliance with the law and legal considerations in referring physicians with different professional backgrounds. *International Journal of Law and Psychiatry*, 64: p. 142-149.
- Hotzy, F. et al. (2019). Involuntary admission of psychiatric patients: Referring physicians' perceptions of competence. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Jaeger, M. et al. (2014). [Quality of involuntary hospital administration in Switzerland]. *Praxis*, 103(11): p. 631-9.
- Kanton Zürich, Direktion der Justiz und des Innern, Aufsichtsbehörde im Kindes- und Erwachsenenschutz (2021). Jahresbericht 2020.
- Keown, P. et al. (2016). Rates of voluntary and compulsory psychiatric in-patient treatment in England: an ecological study investigating associations with deprivation and demographics. *Br J Psychiatry*, 209(2): p. 157-61.
- Kieber-Ospelt, I. et al. (2016). Quality criteria of involuntary psychiatric admissions - before and after the revision of the civil code in Switzerland. *BMC psychiatry*, 16: p. 291.
- Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz KOKES (2021). Empfehlungen der KOKES zur Organisation von Berufsbeistandschaften, S. 2.
- Lay, B., Nordt, C., and Roessler, W. (2011). Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 26(4): p. 244-51.
- Martin, V. et al. (2007). The use of mechanical restraint and seclusion: comparing the clinical practice in Germany and Switzerland. *Psychiatr Prax*, 34 Suppl 2: p. S212-7.
- Molewijk, B. et al. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion: the role of moral doubt and professional context-a cross-sectional survey study. *BMC Med Ethics*, 18(1): p. 37.

- Morandi, S., Silva, B., Masson, A. (2021). Nationale Zahlen zur fürsorgerischen Unterbringung in der Schweiz: Bestandesaufnahme und Perspektiven – Recensement des placements à des fins d'assistance en Suisse: état des lieux et perspectives. Departement of Psychiatry, Lausanne University Hospital, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Priebe, S. et al. (2010). Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 196(3): p. 179-85.
- Priebe, S., et al. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 194(1): p. 49-54.
- Reisch, T. et al. (2018). Comparing attitudes to containment measures of patients, health care professionals and next of kin. *Frontiers in Psychiatry*, 9: 529.
- Riecher, A. et al. (1991). Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychol Med*, 21(1): p. 197-208.
- Riecher-Roessler, A. and Roessler, W. (1993). Compulsory admission of psychiatric patients-an international comparison. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 87(4): p. 231-6.
- Roesch, D., Fountoulakis, Ch. Heck, Ch. (Hrsg.). (2018). *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute*, Haupt (zit. *Handbuch KES*).
- Salize, H.J. and Dressing H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 184: p. 163-8.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft SAMW, *Richtlinien Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis* (2019).
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), *Indikator "Rate fürsorgerischer Unterbringung 2018"*.
- Soininen, P. et al. (2013). Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *Int J Ment Health Nurs*, 22(1): p. 47-55.
- Steinert, T. et al. (2009). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 45(9):889-97.
- Szmukler, G. (2018). *Submission to Independent Review of the Mental Health Act Reform of the Mental Health Act and human rights: an analysis*.
- Team RC. (2015). R: A language and environment for statistical computing. <https://www.r-project.org/>
- Thomann, S., Hahn, S., Schmitt, K.U., Barbezat, I., Siegrist-Dreier, S. & Richter, D. (2021). Restraint use as a quality indicator for the hospital setting: a secondary data analysis. *Swiss Medical Weekly*, 151:w30043.
- Zinkler, M. and Priebe, S. (2012). Detention of the mentally ill in Europe--a review. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 2002. 106(1): p. 3-8; Lay, B., et al., Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care through psycho-education and crisis focused monitoring. *BMC psychiatry*, 12: p. 136.

Zitierte Homepages (alphabetisch)

- Bundesamt für Justiz, Projektausschreibung vom 9.7.2020, Weblink: <https://www.seval.ch/ausschreibung/evaluation-der-bestimmungen-zur-fuersorgerischen-unterbringung-fu-art-426-ff-zgb-evaluation-des-dispositions-relatives-au-placement-a-des-fins-dassistance-pafa-art-426-ss-cc/> (21.4.2022).
- EX-IN Schweiz – Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie, Weblink: <https://www.ex-in-schweiz.ch/> (12.4.2022).
- Gesundheitsobservatorium Schweiz OBSAN, <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/fuersorgerische-unterbringung-in-schweizer-psychiatrien> (12.4.2022).
- Pro Mente Sana – Anlaufstelle für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, deren Angehörige und Fachleute, Weblink: <https://promentesana.ch/> (12.4.2022).
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft, Zwangsmassnahmen in der Medizin, Medizin-ethische Richtlinien, https://www.humanrights.ch/cms/upload/pdf/160112_richtlinien_zwangsmassnahmen.pdf (12.4.2022).
- VASK – Dachverband der Vereinigungen von Angehörigen psychisch Kranker, Weblink: <https://www.vask.ch/de/Home> (12.4.2022).

Rechtsgrundlagen

Kantonale Einführungsgesetze ZGB

- **Kanton BL:** Gesetz über die Einführung des Zivilgesetzbuches, Weblink: https://bl.clex.ch/app/de/texts_of_law/211 (12.4.2022).
- **Kanton GR:** Einführungsgesetz zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch, Weblink: https://www.gr-lex.gr.ch/app/de/texts_of_law/210.100/versions/3220 (12.4.2022).
- **Kanton TI:** Legge di applicazione e complemento del Codice civile svizzero, Weblink: <https://www3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/raccolta-leggi/legge/numero/4.1.1.1> (12.4.2022).
- **Kanton VD:** Loi d'introduction dans le Canton de Vaud du Code civil suisse (LVCC), Weblink: <https://www.lexfind.ch/fe/fr/tol/18874/versions/95461/fr> (12.4.2022).
- **Kanton ZH:** Einführungsgesetz zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch, Weblink: https://www.zh.ch/de/politik-staat/gesetze-beschluesse/gesetzessammlung/zhlex-ls/erlass-230-1911_04_02-1912_01_01-111.html (12.4.2022).

Kantonale Einführungsgesetze KESR

- **Kanton BL:** Gesetz über die Einführung des Zivilgesetzbuches (Art. 78 ff.), Weblink: https://bl.clex.ch/app/de/texts_of_law/211 (12.4.2022).
- **Kanton GR:** Verordnung zum Kindes- und Erwachsenenschutz, Weblink: https://www.gr-lex.gr.ch/app/de/texts_of_law/215.010 (12.4.2022).
- **Kanton TI:** Legge sull'organizzazione e la procedura in materia di protezione del minore e dell'adulto, Weblink: <https://m3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/index.php/raccolta-leggi/legge/num/176> (12.4.2022).
- **Kanton VD:** Loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant, Weblink: <https://www.lexfind.ch/fe/fr/tol/24298/versions/136186/fr> (12.4.2022).
- **Kanton ZH:** Einführungsgesetz zum Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Weblink: https://www.zh.ch/de/politik-staat/gesetze-beschluesse/gesetzessammlung/zhlex-ls/erlass-232_3-2012_06_25-2013_01_01-111.html (12.4.2022).

Anhang

I Detailliertes Inhaltsverzeichnis

Executive Summary – Deutsch	3
Executive Summary – Français	14
1 Einleitung: Kontextualisierung Untersuchungsauftrag	27
1.1 Entwicklungen im Kindes- und Erwachsenenschutz	27
1.2 Die Fürsorgerische Unterbringung: gesetzliche Regelung und Problemfelder	27
1.3 Untersuchungsauftrag und Fragestellungen der Evaluation	30
2 Erhebungs- und Analyseverfahren	31
2.1 Überblick.....	31
2.2 Teilprojekt TP 1 „Statistische Daten zur FU»	33
2.2.1 Ein-/Ausschlusskriterien.....	33
2.2.2 Fragestellungen	33
2.2.3 Methodisches Vorgehen	33
2.3 Teilprojekt TP 2 „Online-Erhebung“.....	34
2.3.1 Ein-/Ausschlusskriterien.....	34
2.3.2 Befragung der Betroffenen.....	35
2.3.3 Fragestellungen	35
2.3.4 Rekrutierung.....	36
2.3.5 Erhebungsmethoden.....	37
2.3.6 Datenauswertung	38
2.4 Teilprojekt TP 3 „Vertiefende Fallvignetten“	38
2.4.1 Ein-/Ausschlusskriterien.....	38
2.4.2 Fallvignetten	39
2.4.3 Rekrutierung.....	39
2.4.4 Semi-strukturierte Interviews.....	39
2.4.5 Datenauswertung	40
3 Ergebnisse	41
3.1 Statistische Daten zur FU (Teilprojekt 1).....	41
3.1.1 Stichprobe und Zuweisende.....	41
3.1.2 Soziodemographische Basisdaten.....	44
3.1.3 Klinische Basisdaten	44
3.1.4 Funktionseinschränkung und Symptombelastung	46
3.1.5 Zwangsmassnahmen (ZM)	47
3.2 Praktische Umsetzung der KESR-Bestimmungen zur FU: Beurteilung aus verschiedener Perspektive (Teilprojekt 2)	48
3.2.1 Beschreibung der Stichprobe	48
3.2.2 Umsetzung der FU	51
3.2.3 Urteilsunfähigkeit.....	55
3.2.4 Kompetenz	58
3.2.5 Berücksichtigung Dritte	63
3.2.6 Massnahmen zur Verhinderung einer FU	68
3.2.7 Voraussetzungen für eine FU	69
3.2.8 Geeignete Einrichtungen.....	73
3.2.9 Anhörung und Information Betroffener.....	75
3.2.10 Vertrauenspersonen.....	82
3.2.11 Verfahrensbeistandschaft	88

3.2.12	Zwangsbehandlung / Medizinische Massnahmen ohne Zustimmung	89
3.2.13	Einschränkung der Bewegungsfreiheit	91
3.2.14	Somatische Erkrankungen bei FU	93
3.2.15	Psychiatrische Patientenverfügung.....	93
3.2.16	Entlassungskompetenz und -gesuch	95
3.2.17	Austrittsgespräche und Behandlungsgrundsätze	95
3.2.18	Gerichtliche Beschwerdeinstanz	96
3.2.19	Schutz von Kindern	97
3.2.20	Periodische Überprüfung	97
3.2.21	Langzeitpflege	98
3.3	Konkrete Fallbeispiele und ihre multiperspektivische Beurteilung (Teilprojekt 3)	99
3.3.1	Fall 1: «19-jährige Frau mit FU und Zwangsernährung bei Magersucht», Kanton BL	99
3.3.2	Fall 2: «78-jähriger Herr mit Harnwegsinfekt bei bestehender Demenz», Kanton GR	105
3.3.3	Fall 3: «25-jährige Frau mit Rückbehalt bei Borderline-Persönlichkeitsstörung», Kanton TI	108
3.3.4	Fall 4: «43-jährige Frau mit FU bei Alkoholintoxikation», Kanton VD	113
3.3.5	Fall 5: «39-jähriger Herr mit wiederholten FU bei paranoider Schizophrenie», Kanton ZH	118
3.3.6	Zusammenfassendes Fazit zu Fallvignetten.....	126
4	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	129
4.1	Beantwortung der Evaluationsfragen	129
4.2	Studiendesign, Rücklauf, Aussagekraft und Limitationen	134
4.3	Kernergebnisse und Empfehlungen	136
4.3.1	Anhaltende Heterogenität bei der Umsetzung der FU und weiterer Zwangsmassnahmen	136
4.3.2	Deutliche Differenzen zwischen den Antworten von Betroffenen / Angehörigen und denjenigen von Professionellen in zwei Themenbereichen	137
4.3.3	FU-Anordnungen erfolgen mehrheitlich ärztlich.....	138
4.3.4	«Geeignete Einrichtung» definieren.....	140
4.3.5	Differenzierung und Klärung der Begriffe im Kontext der FU	141
4.3.6	Settingabhängige Regelung von FU problematisch.....	141
4.3.7	Spezifische Instrumente zur Stärkung der Selbstbestimmung werden kaum genutzt.....	142
4.4	Beurteilung hinsichtlich Anpassungsbedarf.....	143
5	Literatur- und Materialverzeichnis	146
Anhang	149
I	Detailliertes Inhaltsverzeichnis	149
II	Tabellenverzeichnis.....	151
III	Abbildungsverzeichnis	151
IV	Ergänzende Detailergebnisse	153
V	Projektorganisation.....	162
VI	Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)	164

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einbezogene Variablen TP 1.....	34
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien zur Studienteilnahme	34
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien TP 3	38
Tabelle 4: Anzahl Patient:innen und Fälle pro Kanton.....	41
Tabelle 5: Anzahl Fälle mit und ohne FU pro Kanton im Zeitraum 2016-2019.....	42
Tabelle 6: Anzahl Fälle mit / ohne FU nach einweisender Instanz pro Kanton	43
Tabelle 7: Geschlecht pro Kanton, Anteil Fälle mit und ohne FU	44
Tabelle 8: Mittlere und mediane Aufenthaltsdauer pro Kanton (alle Fälle insgesamt)	45
Tabelle 9: Hauptdiagnosekategorien mit und ohne FU pro Kanton	45
Tabelle 10: Aggressives, selbstschädigendes und Konsumverhalten (pro Kanton, Jahre 2016 bis 2019).....	47
Tabelle 11: Zwangsmassnahmen (ZM) pro Kanton	48
Tabelle 12: Stichprobengrösse pro Kanton und Stakeholdergruppe	49
Tabelle 13: Alter der Teilnehmenden (nach Stakeholdergruppe, nach Kanton).....	49
Tabelle 14: Häufigkeit der FU-Anordnung ohne Behandlungsauftrag, nach Kanton.....	60
Tabelle 15: Häufigkeit Erhalt FU-Einweisung ohne Behandlungsauftrag, nach Kanton.....	61
Tabelle 16: Einbezug Dritter bei FU Entscheid	63
Tabelle 17: Häufigkeit FU unter mehrheitlicher Berücksichtigung der Belastung Dritter	67
Tabelle 18: Schwere Verwahrlosung als Hauptgrund.....	69
Tabelle 19: Anteil urteilsfähiger Personen bei schwerer Verwahrlosung.....	70
Tabelle 20: Aufgaben der Vertrauenspersonen	83
Tabelle 21: Rolle der Vertrauenspersonen	87
Tabelle 22: (Ungenutzte) Chancen der PPV.....	94
Tabelle 23: Änderungsvorschläge bzgl. periodischer Überprüfung	97
Tabelle 24: Übersicht Themenstellungen und Handlungsfelder	143
Tabelle 25: Gründe für alleinige Anordnungscompetenz der KESB (Kapitel 3.2.2.2)	153
Tabelle 26: Kriterien zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit (Kapitel 3.2.3.1)	153
Tabelle 27: Voraussetzungen für Ärzt:innen ohne psychiatrische Facharztausbildung (Kapitel 3.2.4.2)	155
Tabelle 28: Sicherstellung der Prüfung weniger einschneidender Massnahmen (Kapitel 3.2.4.4)	158
Tabelle 29: Gründe für FU resp. gegen weniger einschneidende Massnahmen (Kapitel 3.2.4.4)	159
Tabelle 30: Kriterien Anwendung schwere Verwahrlosung als alleiniger FU Grund (Kapitel)	160
Tabelle 31: Projektorganisation und Zuständigkeiten	162
Tabelle 32: Mitglieder der Begleitgruppe	163

III Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl Fälle (Hospitalisationen) im Zeitverlauf, pro Kanton und Jahr	42
Abbildung 2: Anteile FU, pro Kanton und Jahr.....	43
Abbildung 3: Funktionseinschränkungen (HoNOS-Gesamtscore) pro Kanton und Jahr.....	46
Abbildung 4: Geschlecht der Befragten	50
Abbildung 5: Berührungspunkte nach Tätigkeitsgebiet mit FU	51
Abbildung 6: Güte der Informiertheit (alle Stakeholder)	51
Abbildung 7: Güte der Informiertheit (nach Stakeholder).....	52
Abbildung 8: Anordnungscompetenz der KESB	52
Abbildung 9: Dreierbesetzung bzgl. Anordnung der FU in den Kantonen	54
Abbildung 10: Urteilunfähigkeit als kein Kriterium.....	55
Abbildung 11: Folgen der Kriterienanpassung (alle Stakeholder), Mehrfachantwort	56

Abbildung 12: Nutzung Tools Urteilsfähigkeitsabklärung.....	56
Abbildung 13: Nutzung fachliche/klinische Einschätzung Urteilsfähigkeitsabklärung	57
Abbildung 14: Art der eingesetzten Tools	57
Abbildung 15: Häufigste Einschränkungen der Urteilsfähigkeit	58
Abbildung 16: Erfahrungen mit Ärzt:innen ohne psychiatrische Facharztausbildung.....	59
Abbildung 17: Erfahrungen mit Psychiater:innen	59
Abbildung 18: Einfluss Schutz Dritter bei FU-Entscheid	64
Abbildung 19: Belastung und Schutz Dritter (nach Stakeholder).....	65
Abbildung 20: Belastung und Schutz Dritter (nach Kanton).....	66
Abbildung 21: Anzahl Ärzt:innen bei FU-Anordnung, nach Stakeholder	66
Abbildung 22: Anzahl Ärzt:innen bei FU-Anordnung, nach Kanton	67
Abbildung 23: Eignung bestimmter Massnahmen zur Verhinderung einer FU	68
Abbildung 24: Möglichkeiten zur Überzeugung zu einer freiwilligen Behandlung	69
Abbildung 25: Rolle der Urteilsfähigkeit bei schwerer Verwahrlosung	71
Abbildung 26: FU Häufigkeit bei Suizidgedanken (-versuchen)	72
Abbildung 27: Zusätzliche Voraussetzungen für FU-Anordnung.....	72
Abbildung 28: Kapazitäten für Behandlung und Betreuung im Rahmen der FU	74
Abbildung 29: Verfügbarkeit von geeigneten Einrichtungen für FU	74
Abbildung 30: Anhörung und Information der Betroffenen.....	76
Abbildung 31: Information der Betroffenen	76
Abbildung 32: Güte der Information	76
Abbildung 33: Verständlichkeit der erhaltenen Informationen	77
Abbildung 34: Zu vermittelnde Inhalte bei FU Anordnung	77
Abbildung 35: Information zu Beizug einer Vertrauensperson	78
Abbildung 36: Wahrgenommene Dauer der Anhörung und Information.....	78
Abbildung 37: Zeitpunkt der Information	80
Abbildung 38: Umsetzung der kantonalen Vorgaben zu Anhörung und Information.....	81
Abbildung 39: Häufigkeit Beizug Vertrauensperson	82
Abbildung 40: Erfahrungen mit Vertrauenspersonen.....	83
Abbildung 41: Information bzgl. Beizug von Vertrauenspersonen	84
Abbildung 42: Frage nach Benennung nahestehender Person / Vertrauensperson	85
Abbildung 43: Nützlichkeit Einsatz Vertrauensperson	86
Abbildung 44: Erfahrungen mit Vertrauenspersonen.....	86
Abbildung 45: Rollenbesetzung der Vertrauenspersonen	86
Abbildung 46: Miteinbezug und erhaltene Unterstützung der Vertrauenspersonen	87
Abbildung 47: Prüfung Verfahrensbeistandschaft.....	88
Abbildung 48: Notwendigkeit Verfahrensbeistandschaft.....	89
Abbildung 49: Prüfung und Einsetzung Verfahrensbeistandschaft.....	89
Abbildung 50: Rolle finanzieller Erwägungen bei Verfahrensbeistandschaft.....	89
Abbildung 51: Medizinischen Massnahmen ohne Zustimmung (MMoZ) in der Praxis	90
Abbildung 52: Anruf Gericht bei MMoZ	90
Abbildung 53: Einschränkungen der Bewegungsfreiheit	91
Abbildung 54: Gründe für bewegungseinschränkende Massnahmen	91
Abbildung 55: Erfahrungen mit bewegungseinschränkenden Massnahmen.....	92
Abbildung 56: Umgang mit somatischen Erkrankung bei FU-Patient:innen	93
Abbildung 57: Einschätzung der Austrittsgespräche aus Betroffenenensicht	96
Abbildung 58: Information bzgl. Entlassungsgesuch	96
Abbildung 59: Information bzgl. Beschwerdemöglichkeiten.....	96
Abbildung 60: Wahrnehmung der periodischen Überprüfung.....	97
Abbildung 61: Projektorganisation	162

IV Ergänzende Detailergebnisse

Nachfolgt finden sich Detailergebnisse, welche die abstrahiert berichteten Ergebnissen ergänzen. Der Tabellentitel verweist auf das Kapitel, auf welches sich die Detailergebnisse beziehen.

Tabelle 25: Gründe für alleinige Anordnungscompetenz der KESB (Kapitel 3.2.2.2)

Was spricht aus Ihrer Sicht für eine alleinige Anordnungscompetenz der KESB bezüglich FU?
Zuweisende / einweisende Personen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duales Prinzip (fachlich begründeter Antrag auf FU erfolgt durch den Arzt, die Beurteilung des Antrags durch die KESB, Vieraugenprinzip, Gewaltenteilung, multiperspektivische Entscheidung) ▪ Trennung von FU und Behandlung (Behörde ausserhalb des akuten Behandlungssettings, Vorbeugen von negativen Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf und die therapeutische Beziehung bei ärztlich angeordneter FU, Entlastung von Ärzt:innen) ▪ Kompetenzen der KESB (bessere Beurteilungskompetenz bei sozialen Indikationen, juristische Kompetenzen, bessere Kenntnis der Betroffenen, Erfahrung, Neutralität) ▪ Weniger Missbrauch (da Behörde zuständig ist, vorsichtigerer Entscheide, besserer Patientenschutz) ▪ Prozessoptimierung (einheitlicher, einfacher, schneller, bessere Qualität)
Personal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weniger Missbrauch (weniger vorschnelle Anordnungen von FU, höhere Hürden für die Anordnung einer FU) ▪ Objektivität der KESB (Rechtssicherheit, keine finanziellen Anreize eine FU auszusprechen) ▪ Prozessoptimierung (einheitliche Qualitätsstandards, geschultes Personal, klare Richtlinien, klare Kompetenzregelung, kürzere Wege, schnellere Reaktionszeiten, weniger Informationsverlust, frühzeitiger Einbezug der Sozialdienste) ▪ Passendere Platzierungen der Betroffenen ▪ Entlastung des Klinikpersonals (da weniger FU ausgesprochen werden würden) ▪ Kompetenz der KESB (gesetzliche Grundlagen, Fallkenntnis) ▪ Trennung zwischen Behandlungs- und Entscheidungsinstanz (Vermeidung von Rollenkonflikten bei Ärzt:innen)
KESB
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komplettere Sicht auf alle Aspekte der FU (interdisziplinäre Sichtweise, bessere Fall- und Patientenkenntnis, bessere juristische Kenntnisse) ▪ Unabhängigkeit der KESB ▪ Weniger Einweisungen ▪ Einheitliche Handhabung (klare Zuständigkeiten, einheitliche Praxis)
Gerichte
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kompetenzen der KESB (juristische Kenntnisse, Erfahrung) ▪ Duales Prinzip (Vieraugenprinzip, Überprüfung der ärztlich angeordneten FU) ▪ Prozessoptimierung (einheitliches Verfahren, geschultes Personal) ▪ Schutz der Rechte der Betroffenen
Betroffenen-Organisationen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kompetenzen der KESB (Erfahrung, Einfühlungsvermögen, überlegte Entscheide, Professionalität) ▪ Prozessoptimierung (einheitliches Verfahren, strenges Verfahren, schnellere Prozesse, schweizweit ähnliche Prozesse, Prozessklarheit) ▪ Schutz der Rechte der Betroffenen (Einsprachemöglichkeiten)

Tabelle 26: Kriterien zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit (Kapitel 3.2.3.1)

Welche Kriterien berücksichtigen / erfassen Sie bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit?
Zuweisende / einweisende Personen
<p><i>Kognitive Fähigkeiten der Betroffenen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemeine kognitive Fähigkeiten ▪ Situations- und Krankheitsverständnis (Verständnis der Diagnose, Fähigkeit Problematik wiedergeben zu können, Urteilsfähigkeit bezüglich der vorliegenden Fragestellung)

Welche Kriterien berücksichtigen / erfassen Sie bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit?

- Wahl- und Entscheidungsfähigkeit (Wertungsfähigkeit, Willensbildung und -umsetzung, Folgen von Entscheidungen einschätzen können, z.B. Konsequenzen bei nicht durchführen einer empfohlenen Therapie, Folgen für andere Personen abschätzen können)
- Reflektionsfähigkeit (Beurteilung des eigenen Verhaltens, Selbstkritik, Dezentrierung)
- Logik
- Auffassungsfähigkeit
- Realitätsbezug (Fehlurteile mit subjektiver Gewissheit aufrechterhalten und argumentieren)
- Orientierungsfähigkeit über Person, Zeit, Situation, Ort

Aktueller Zustand der Betroffenen

- Psychischer Zustand (Demenz, Vorliegen psychischer Störungen, Grundstimmung)
- Physischer Zustand
- Vorliegen einer Intoxikation, Substanzeinnahme (Alkohol, Medikamente)
- Selbst- oder Fremdgefährdung
- Kontaktfähigkeit
- Handlungsfähigkeit

Instrumente und Methoden

- Eigen- und Fremdanamnese
- Psychopathologischer Befund nach AMDP (Bewusstsein, Orientierung, Auffassung, Konzentration, Gedankengang, Stimmung, Wahn, Sinnestäuschung, Ich-Störung)
- Diagnostische und differentialdiagnostische Überlegungen
- Angaben des Umfeldes (Bezugspersonen, Angehörige, Betreuer:innen, Pfleger:innen)
- Gesamtsituation
- Kriterien gemäss SAMW-Richtlinien
- Mini Mental Status
- Vorgeschichte

Personal

Kognitive Fähigkeiten der Betroffenen

- Situations- und Krankheitsverständnis (Erkennen der Problematik, Einsicht, Fähigkeit die aktuelle Situation zu beurteilen)
- Wahl- und Entscheidungsfähigkeit (Wertungsfähigkeit, Willensbildung, Willenskraft, Konsistenz von Entscheidungen, Konsequenzen der eigenen Entscheidungen einschätzen)
- Auffassungs- und Konzentrationsfähigkeit
- Logik (Verständnis von Zusammenhängen)
- Orientierungsfähigkeit über Person, Zeit, Situation, Ort
- Realitätsbezug

Aktueller Zustand der Betroffenen

- Vorliegen einer Intoxikation, Substanzeinnahme (Alkohol, Medikamente)
- Selbst- und Fremdgefährdung
- Verhalten im Heimalltag
- Fähigkeit zum Selbstschutz
- Stimmungsstörungen

Instrumente und Methoden

- Psychopathologischer Befund
- Anamnese
- Kriterien gemäss SAMW-Richtlinien
- Kognitionstests (Minimental-Status, Uhrentest, externe neuropsychologische Abklärungen)
- Psychologische Tests
- Vorgeschichte (Vorerkrankungen, Anzahl Aufenthalte, therapeutische Auffälligkeiten)
- Beobachtung der Pflege

KESB

Kognitive Fähigkeiten der Betroffenen

- Situations- und Krankheitsverständnis (Erkennen der Problematik, Einsicht, Fähigkeit die aktuelle Situation zu beurteilen)
- Wahl- und Entscheidungsfähigkeit (Willensbildung, Willensumsetzung, Konsequenzen von Entscheidungen einschätzen)
- Realitätsbezug

Instrumente und Methoden

Welche Kriterien berücksichtigen / erfassen Sie bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit?
<ul style="list-style-type: none">▪ Ärztliche Einschätzung▪ Psychiatrisches Gutachten▪ Gespräch mit Betroffenen▪ Vorgeschichte <p><i>Aktueller Zustand der Betroffenen</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Genereller Eindruck▪ Psychischer Zustand
Gerichte
<p><i>Kognitive Fähigkeiten der Betroffenen</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Situations- und Krankheitsverständnis (Erkennen der Problematik, Einsicht, Fähigkeit die aktuelle Situation zu beurteilen)▪ Kohärenz in Diskussionen <p><i>Instrumente und Methoden</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Ärztliche Einschätzung▪ Einschätzung von Gutachter:innen▪ Einschätzung des Umfeldes (Familie, Sozialarbeiter:innen, Betreuer:innen)▪ Vorgeschichte <p><i>Aktueller Zustand der Betroffenen</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Gesundheitszustand▪ Vorliegen einer Intoxikation, Substanzeinnahme (Alkohol, Medikamente) <p><i>Eigenschaften der Person und der aktuellen Lebenssituation</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Alter▪ Soziales Umfeld der Betroffenen▪ Unabhängigkeit (Fähigkeit zur selbstständigen Lebensbewältigung, bestehende Abhängigkeiten, finanzielle Unabhängigkeit)

Tabelle 27: Voraussetzungen für Ärzt:innen ohne psychiatrische Facharztausbildung (Kapitel 3.2.4.2)

Über welche Voraussetzungen müssten Ärzt:innen ohne psychiatrische Facharztausbildung Ihrer Meinung nach verfügen, um kompetent zu entscheiden, ob eine FU gerechtfertigt ist und in einem bestimmten Fall angeordnet werden kann?
<p>Zuweisende / einweisende Personen</p>
<p><i>Wissen</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Psychiatrische Grundkenntnisse (Kenntnis der wichtigsten Psychopathologien und psychiatrischen Krankheitsbildern)▪ Grundwissen zu psychiatrischen Notfällen (insbesondere Suizidalität)▪ Medizinische Grundkenntnisse <p><i>Ausbildung und Berufserfahrung</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Klinische Erfahrung (Erfahrung im Umgang mit Psychiatriepatient:innen, generelle Psychiatrieerfahrung, mind. 1 Jahr Psychiatrieerfahrung)▪ Erfahrung im Notfalldienst (regelmässige Einsätze im Notfalldienst)▪ Facharztausbildung in allg. innerer Medizin▪ Spezifische Aus- oder Weiterbildung zu psychiatrischen Themen und FU, regelmässige Auffrischung <p><i>Generelle Fähigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Fähigkeit zur Einschätzung des kognitiven Zustands der Betroffenen▪ Erfahrung mit Gesprächs- und Deeskalationstechniken▪ Fähigkeit zur Beurteilung einer vorliegenden Fremd- oder Eigengefährdung▪ Gesunder Menschenverstand, gute Menschenkenntnis, Einfühlungsvermögen▪ Bereitschaft, Verantwortung für eigene Entscheide bezüglich FU zu übernehmen <p><i>Kenntnis der FU</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Kenntnis der Gründe und Voraussetzungen zur Anordnung einer FU▪ Kenntnis des Ablaufs einer FU▪ Kenntnis alternativer Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten▪ Kenntnis des rechtlichen Rahmens

Über welche Voraussetzungen müssten Ärzt:innen ohne psychiatrische Facharztausbildung Ihrer Meinung nach verfügen, um kompetent zu entscheiden, ob eine FU gerechtfertigt ist und in einem bestimmten Fall angeordnet werden kann?

Weiteres

- Beurteilung einer FU durch ausgebildete Fachperson, Anordnung durch juristische Stelle
- Keine Anordnung von FU ohne psychiatrische Facharztausbildung
- Rücksprache mit ausgebildeten Fachpersonen halten, bevor FU angeordnet wird
- Mehrjährige Kenntnis der/des Betroffenen (Verhaltensänderungen einschätzen können, pathologische Vorgeschichte kennen)
- Genügend Zeit zur Beurteilung der FU-Anordnung

Personal

Wissen

- Psychiatrische Grundkenntnisse (Kenntnis der wichtigsten Psychopathologien und psychiatrischen Krankheitsbildern)
- Grundkenntnisse Notfallmedizin

Ausbildung und Berufserfahrung

- Klinische Erfahrung (Erfahrung im Umgang mit Psychiatriepatient:innen, generelle Psychiatrieerfahrung, mind. 1 Jahr Psychiatrieerfahrung, Praktika in psychiatrischer Klinik)
- Akutpsychiatrische Erfahrung (insb. bzgl. Suizidalität Psychosen)
- Grundausbildung in psychiatrischen Notfallsituationen (v.a. bzgl. Suizidalität)
- Ärztlicher oder psychologischer Fachtitel
- Spezifische Aus- oder Weiterbildung zu psychiatrischen Themen und FU-Anordnung, regelmässige Auffrischung

Generelle Fähigkeiten

- Erfahrung mit Gesprächs- und Deeskalationstechniken
- Empathie
- Engagement und Motivation
- Fähigkeit zur Beurteilung einer vorliegenden Fremd- oder Eigengefährdung
- Unabhängigkeit
- Selbstvertrauen
- Gute Auffassungsgabe

Kenntnis der FU

- Kenntnis der Kriterien für die Anordnung einer FU
- Alternative Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten
- Kenntnis des rechtlichen Rahmens
- Kenntnis der Folgen einer FU-Anordnung

Weiteres

- Keine Anordnung von FU ohne psychiatrische Facharztausbildung
- Rücksprache mit Fachpersonen halten, bevor FU angeordnet wird
- Mehrjährige Kenntnis der/des Betroffenen (Vorgeschichte, Umfeld)
- Genügend Zeit zur Beurteilung der FU-Anordnung
- Beobachtungen und Einschätzungen des Netzwerks berücksichtigen

KESB

Ausbildung und Berufserfahrung

- Psychiatrische Fachausbildung
- Somatische Ausbildung
- Spezifische Aus- oder Weiterbildung zur FU-Anordnung
- Psychiatrisches Coaching
- Erfahrung im Notfalldienst
- Klinische Erfahrung (Praktika, langjährige Tätigkeit in diesem Bereich)

Generelle Fähigkeiten

- Gute Auffassungsgabe
- Fähigkeit, objektiv über den Gesundheitszustand der Betroffenen urteilen zu können
- Fähigkeit zur Beurteilung einer vorliegenden Fremd- oder Eigengefährdung
- Gesunder Menschenverstand
- Unabhängigkeit

Kenntnis der FU

Über welche Voraussetzungen müssten Ärzt:innen ohne psychiatrische Facharztausbildung Ihrer Meinung nach verfügen, um kompetent zu entscheiden, ob eine FU gerechtfertigt ist und in einem bestimmten Fall angeordnet werden kann?

- Kenntnis der Kriterien für die Anordnung einer FU
- Kenntnis des rechtlichen Rahmens
- Kenntnis des Ablaufs einer FU
- Praxiserfahrung in der Anordnung und im Ablauf einer FU
- Kenntnis alternativer Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten

Weiteres

- Kenntnis der Betroffenen
- Kenntnis der Vorgeschichte
- Keine Anordnung von FU ohne psychiatrische Facharztausbildung

Gericht

Kenntnis der FU

- Kenntnis des rechtlichen Rahmens
- Kenntnis der Folgen einer FU
- Kenntnis der Voraussetzungen für die Anordnung einer FU

Ausbildung und Berufserfahrung

- Allgemeine medizinische Ausbildung
- Mehrjährige Berufserfahrung

Weiteres

- Kenntnis der familiären Situation der Betroffenen
- Mehrjährige Betreuung und Begleitung der Betroffenen
- Einbezug des Umfeldes der Betroffenen

Betroffenen-Organisationen

Wissen

- Psychiatrisches Grundwissen (Krankheitsbilder)

Ausbildung und Berufserfahrung

- Spezifische Aus- oder Weiterbildung zu psychiatrischen Themen und FU-Anordnung, spezifische Zertifizierung, regelmässige Weiterbildung
- Erste-Hilfe-Kurs für psychisch Kranke
- Psychiatrische Grundausbildung
- Psychiatrische Berufserfahrung (Tätigkeit in Psychiatrie, Erfahrung im Umgang mit psychisch kranken Menschen)

Generelle Fähigkeiten

- Objektivität
- Gesprächsführungsfähigkeiten
- Fähigkeit zur Beurteilung des Krankheitsbildes und passender Behandlungsmöglichkeiten
- Fähigkeit zur Beurteilung der Suizidalität
- Fähigkeit des Zuhörens
- Professionalität
- Kritisches Denken

Kenntnis der FU

- Kenntnis alternativer Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten
- Kenntnis der Folgen der FU-Anordnung / der Nicht-Anordnung

Weiteres

- Vier-Augen-Prinzip
- regelmässige Fallreflexion mit behandelnden Klinikärzten
- Verpflichtende Auflagen (z.B. muss Vertrauensperson beigezogen werden)
- Mehrjährige Kenntnis der Betroffenen (Vorgeschichte, Eigenschaften, psychiatrische Pathologie)
- Kenntnis und Einbezug des Umfeldes der Betroffenen (Angehörige, Betreuende)
- Keine Anordnung von FU ohne psychiatrische Facharztausbildung

Tabelle 28: Sicherstellung der Prüfung weniger einschneidender Massnahmen (Kapitel 3.2.4.4)

Sicherstellung der Prüfung weniger einschneidender Massnahmen vor FU-Anordnung
BL
<ul style="list-style-type: none">▪ Gewaltentrennung im Kanton (KESB – Medizin), Ärzt:innen müssen die FU bei der KESB beantragen▪ 72 Stunden Rückbehalt in der Klinik▪ Anwendung des Rekursrechts▪ Richterliche Anhörung▪ Einschätzung durch Notfallpsychiater:in vor Ort▪ Klinikinterne Schulungen zum Umgang mit Zwangsmassnahmen mit Einbezug der Betroffenenperspektive▪ Klärung von Alternativen, sofern keine akute Selbst-, Fremdgefährdung vorliegt▪ FU-Antrag an Pikettdienst der KESB▪ Sicherstellung von Ressourcen (zeitlich, personell, Know-how)▪ Bereitstellung ausreichender und geeigneter Betreuungsstellen / Pflegepersonen
GR
<ul style="list-style-type: none">▪ Prüfung von Alternativen durch alle Mitglieder im Behandlungsteam▪ 72 Stunden Rückbehalt in der Klinik▪ Interdisziplinäre Zusammenarbeit aller involvierten Berufsgruppen▪ Anwendung des Rekursrechts▪ Zweitbeurteilung durch externe Psychiater:innen
TI
<ul style="list-style-type: none">▪ Einhaltung des Prinzips der Verhältnismässigkeit▪ Prüfung weniger freiheitseinschränkender Massnahmen▪ Durchführung eines adäquaten Konsiliums (mit Betroffenen) inkl. Anamnese▪ Ko-Beurteilung / Austausch/mit Psychiater:in▪ Interdisziplinärer Austausch mit dem Team▪ Austausch auf Ebene Direktion▪ Nutzung eines komplexen Netzes gemeindenaher Dienste (Ambulanzen, häusliche Behandlung, gemeindenahere Teams, somatische Beratungspsychiatrie usw.)▪ Relativ regelmässige Zusammenarbeit mit Allgemein Mediziner:innen▪ Konsultation des Bereitschaftsdienstes zur Abwägung stationärer oder ambulanter Massnahmen▪ Erteilung eines Expertenauftrages an die vorgeschlagenen kantonalen Dienst zur Prüfung einer ambulanten statt stationären Behandlung▪ Erstellung eines Gutachtens zur Prüfung einer ambulanten statt stationären Behandlung▪ Konsultation durch ärztlichen Bereitschaftsdienst innerhalb 45 Minuten nach Antrag▪ Angebot eines Termins bei ambulantem psychosozialen Dienst für Betroffene▪ Allgemein Anwendung von Fachwissen▪ Meldung an Schutz- und Überwachungsbehörden▪ Einbezug des integrierten Versorgungsnetzes, zur Erleichterung von Lösungen im Umfeld▪ Öffentliche / private ambulante Pflegeversorgung▪ Ambulante Behandlung▪ Behördliche Entscheidungen▪ Freiwillige Unterbringung / Re-Homeing▪ Hinzunahme eines Beistands▪ Wiederholte Beurteilung▪ Aktivierung des häuslichen Behandlungsdienstes▪ Aktivierung einer spezifischen Pharmakotherapie▪ Psychiatrische Notfalluntersuchung
VD
<ul style="list-style-type: none">▪ Eröffnung einer Akte gemäss Rechtsprechung▪ Angebot des Rechts auf Einspruch sowie gerichtliche Bestätigung der Massnahme▪ Anhörung der Betroffenen und Involvierten▪ Somatische Abklärung im Notfall▪ Austausch mit Behandelnden und Umfeld der Betroffenen▪ Psychiatrische Einschätzung unter Einbezug der Pflege und der Direktion▪ Anwendung von psychiatrischer, spezialisierter Expertise▪ Regelmässige wiederholte FU-Einschätzung

Sicherstellung der Prüfung weniger einschneidender Massnahmen vor FU-Anordnung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontaktierung der behandelnden Psychiater:in; des medizinisch-sozialen Zentrums, Betreuende, Angehörige ▪ Einbezug medizinischer und behördlicher Berichte sowie Eigeneinschätzung
ZH
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstanordnung durch Ärzteschaft ▪ Anordnung eines Gutachtens ▪ Persönliche Anhörung ▪ Nutzen- Risikoabwägung durch Notfallärzt:innen, SOS-Ärzt:innen, seltener Hausärzt:innen ▪ Angebot der Akuttagesklinik, des Kriseninterventionszentrums ▪ Ambulante Unterstützungs-, Behandlungsmassnahmen, Home-Treatment, Spitex, Sozialdienste ▪ (Fremd-)Anamnese durch Ärzteschaft ▪ Austausch mit Behörde ▪ Anwendung des Rekursrechts ▪ Beizug der Polizei ▪ Niederschwellige ärztlich-psychotherapeutisch somatische Versorgung ▪ Berücksichtigung des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes ▪ Ausstellung der FU ausschliesslich durch Fachperson ▪ Entscheid durch Kaderärzt:innen im 4-Augenprinzip bei Notfallsituationen ▪ Motivationsanstrengungen zu freiwilligen Eintritt ▪ Weiterbildungspflicht für Ärzteschaft, welche FU anordnen ▪ Diskussion im Dreiergremium der KESB

Tabelle 29: Gründe für FU resp. gegen weniger einschneidende Massnahmen (Kapitel 3.2.4.4)

Gründe für FU resp. gegen weniger einschneidende Massnahmen
BL
<p><i>Personenbezogene Gründe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Akute Selbstgefährdung (Suizidalität), Selbstschutz ▪ Akute Fremdgefährdung, Schutz von Dritten ▪ (Drohende) Verwahrlosung ▪ Fehlende Urteils-, Entscheidungsfähigkeit ▪ Hilfslosigkeit ▪ Fehlende tragfähige Beziehungen ▪ Intoxikation der Betroffenen ▪ Fehlendes / überfordertes soziales Schutznetz der Betroffenen <p><i>Strukturelle Gründe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemein fehlende Alternativen ▪ Ungenügende / fehlende / unrealistische ambulante und/oder freiwillige Massnahmen oder Alternativen ▪ Druck von aussen (Umfeld, Behörden) ▪ Indikation für geschlossenes Setting ▪ Zeitliche Gründe, fehlende Zeit für Prüfung von Alternativen
GR
<p><i>Personenbezogene Gründe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungsbedürftigkeit bei schwerer psychischer Erkrankung ▪ Selbst- und Fremdgefährdung ▪ Urteilsunfähigkeit ▪ Risikobeurteilung ▪ Unzureichende Wirkung weniger einschneidender Massnahmen <p><i>Strukturelle Gründe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausgeschöpfte Behandlungsmöglichkeiten in Institution
TI
<p><i>Personenbezogene Gründe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Akute Selbstgefährdung (Suizidalität), Selbstschutz ▪ Akute Fremdgefährdung, Schutz von Dritten ▪ Klinische, neurokognitive, individuelle Funktionskriterien im gegebenen Kontext

Gründe für FU resp. gegen weniger einschneidende Massnahmen
<ul style="list-style-type: none">Bei unmittelbaren, mittel- oder langfristigen Risiken für die BetroffenenUnfähigkeit zur EinsichtVerwahrlosungSchwere, akute klinische ZuständePsychosoziale VerschlechterungFloride PsychoseAkute Intoxikation <p><i>Strukturelle Gründe</i></p> <ul style="list-style-type: none">Fehlende Alternativen, angemessene StrukturenLogistische MotiveUngenügende / unwirksame ambulante BehandlungsversucheMehrere freiwillige Einweisungen ohne NutzenMehrere kürzliche NotaufnahmenBei Vorliegen mehrerer Berichte verschiedener Akteure des VersorgungsnetzesUnmöglichkeit des Behandlungsaufschubes
VD
<p><i>Personenbezogene Gründe</i></p> <ul style="list-style-type: none">Akute Selbstgefährdung (Suizidalität), SelbstschutzAkute Fremdgefährdung, Schutz von DrittenNotwendigkeit sehr intensiver BehandlungLösung ko-existierender Probleme (Mangelhafte Ernährung, Hygiene etc.) <p><i>Strukturelle Gründe</i></p> <ul style="list-style-type: none">Konsequenz gemäss SubsidiaritätsprinzipUnmöglichkeit von ambulanten, freiwilligen BehandlungsmethodenUnwirksame ambulante BehandlungÜberwachungsmöglichkeitenMöglichkeit des Einbezugs von Dritten bei der UnterstützungNotwendigkeit eines sicheren Settings (Weglaufgefahr)Aus rechtlichen / fachlichen Gründen
ZH
<p><i>Personenbezogene Gründe</i></p> <ul style="list-style-type: none">Akute Selbst-, FremdgefährdungAkute SuizidalitätSchwerste VerwahrlosungPsychotische ExazerbationFehlende Einwilligung zu milderen MassnahmenFehlende KrankheitseinsichtFehlende Kooperationsfähigkeit, ComplianceInstabilität der Situation, der BetroffenenEntlastung von Angehörigen <p><i>Strukturelle Gründe</i></p> <ul style="list-style-type: none">Fehlende Kapazitäten in Akutklinik, KIZFehlende Kapazitäten für 24h Betreuung/BewachungFehlende oder auszuschliessende (ambulante) Alternativen

Tabelle 30: Kriterien Anwendung schwere Verwahrlosung als alleiniger FU Grund (Kapitel)

Ausreichende Kriterien Anwendung „schwere Verwahrlosung“ als alleiniger FU Grund
Welche Kriterien müssen aus Ihrer Sicht erfüllt sein, dass schwere Verwahrlosung als alleiniger Grund für eine FU ausreicht?
<p><i>Fachlich-medizinische Gründe</i></p> <ul style="list-style-type: none">Akute Selbst-/Fremdgefährdung, SuizidalitätSchwere gesundheitliche SchädenMedizinisch begründbare Sorge um Klient:innen GesundheitVorliegen einer psychischen ErkrankungAkut lebensbedrohliche Verwahrlosung, Lebensgefahr

Ausreichende Kriterien Anwendung „schwere Verwahrlosung“ als alleiniger FU Grund

Welche Kriterien müssen aus Ihrer Sicht erfüllt sein, dass schwere Verwahrlosung als alleiniger Grund für eine FU ausreicht?

- Urteilsunfähigkeit, Unzurechnungsfähigkeit
- Gefahr von Krankheitsübertragung (z.B. Läuse, Ungeziefer)
- Chronische Krankheiten
- Mangel-, Unterernährung; Dehydrierung
- Gefahr der Progredienz
- Starker kontinuierlicher Substanzkonsum
- Vorliegen einer Behandlungs- und Schutzbedürftigkeit

Soziale Gründe

- Drohende oder erfolgte Kündigung des Mietverhältnisses
- Obdachlosigkeit
- Absolut menschenunwürdige (Wohn-)Zustände
- Schweres Messie Syndrom
- Öffentliches Ärgernis
- Nicht selbstbestimmte Beeinträchtigung der Lebensqualität
- Überdauernde Verweigerung von Hilfsangeboten
- Drohende soziale oder körperliche Dekompensation
- Verschlechterung finanzieller Probleme
- Unzumutbarkeit gegenüber Dritten

Strukturelle Gründe

- Fehlende, abgelehnte oder unzureichende alternative Betreuungsangebote

V Projektorganisation

Die Evaluation erfolgte im Rahmen eines Kooperationsprojektes. Nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die Projektorganisation. Innerhalb der Projektorganisation bestanden folgende personelle Verantwortlichkeiten:

Abbildung 61: Projektorganisation

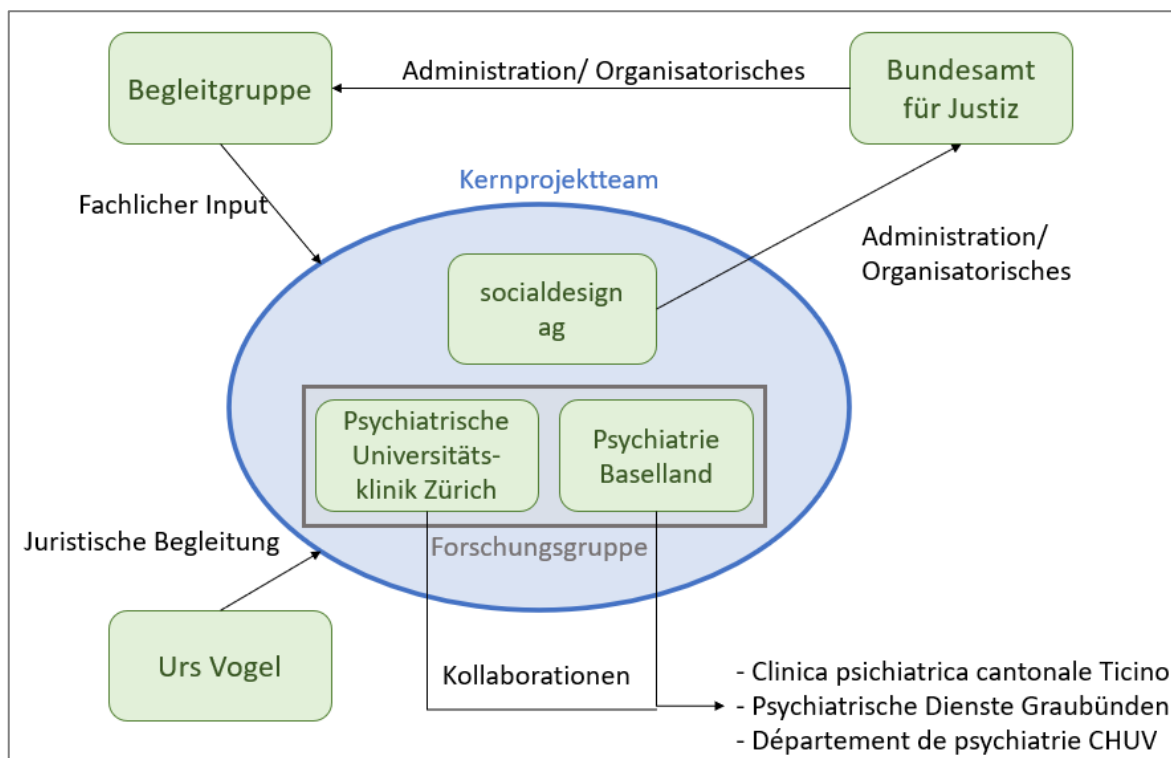


Tabelle 31: Projektorganisation und Zuständigkeiten

Projektorganisation und Verantwortlichkeiten	
<i>Strategisches Projektmanagement / Steuerung</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Steuerung des Gesamtauftrags Verantwortung für Erhebungsprozesse in Kliniken PUK / PBL Diskussion von Schlussfolgerungen / Empfehlungen 	<ul style="list-style-type: none"> Dr. Regula Ruffin (socialdesign) PD Matthias Jäger (PBL) PD Anastasia Theodoridou (PBL)
<i>Operatives Projektmanagement und Ansprechpersonen für das Bundesamt für Justiz</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung Zeit- und Ressourcenmanagement Kommunikation im Auftrag (mit Auftraggeber-schaft, Projektteam, Kollaborationspartnern) Verantwortung für die operative Gewährleistung der Erhebung, Auswertung und Diskussion von Schlussfolgerungen / Empfehlungen 	<ul style="list-style-type: none"> Dr. Manuela Spiess (socialdesign) Dr. med. Florian Hotzy (PUK)
<i>Kollaborationen</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung der Erhebungen in den Kliniken Ansprechpersonen für die Operative Projektlei-tung 	<ul style="list-style-type: none"> Dr. med. Rafael Traber (Clinica psichiatrica can-tonale Ticino) Dr. med. Andres Ricardo Schneeberger (Psychi-atrische Dienste Graubünden) Dr. med. Stéphane Morandi (Département de psychiatrie CHUV)

Projektorganisation und Verantwortlichkeiten	
Juristische Begleitung und Beratung	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juristische Begleitung des Projekts ▪ Mitarbeit bei der Erarbeitung der Erhebungsunterlagen, des Evaluationsberichts und insbesondere der Empfehlungen aus juristischer Perspektive ▪ Sicherstellung der Abbildung der juristischen Diskussion zur FU der letzten Jahre im Projektteam 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Urs Vogel (Vogel Consulting)
Mitarbeit bei Erhebungen, Auswertungen, Empfehlungen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitarbeit bei Erhebungen, Auswertungen, Berichterstellung bei sämtlichen Teilprojekten sowie zur Sicherstellung der sprachregionalen Abdeckung französisch-sprachige und italienisch-sprachige Schweiz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. Cyrielle Champion, socialdesign (Französische Abdeckung) ▪ Lucrezia Oberli-Albertini, freie Mitarbeitende socialdesign (Italienische Abdeckung) ▪ Anja Durret, socialdesign ▪ Sarah Thommen, PBL ▪ Konrad Loretan, PBL ▪ Sonja Niklaus, PUK
Begleitgruppe (alphabetisch) ¹³⁵	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abnehmen und Klären des detaillierten Evaluationskonzepts (Projektbeschreibung) inkl. Erhebungsinstrumente ▪ Diskussion und Validierung Zwischen- und Schlussbericht 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RA lic. iur. Michael Allgäuer ▪ RA lic. iur. Debora Gianinazzi ▪ Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff ▪ Richterin Caroline Kühnlein ▪ Prof. Dr. iur. Margot Michel ▪ Dr. phil. Lea Pucci-Meier ▪ Prof. Beat Reichlin, ▪ Dr. iur. David Rüetschi (bis 30.09.2021) ▪ Esther Walther ▪ RA lic. iur. Philipp Weber (ab 01.10.2021) ▪ Lic. iur. Judith Wyder

Tabelle 32: Mitglieder der Begleitgruppe

Mitglieder der Begleitgruppe	
Name	Organisation / Affiliation zum Zeitpunkt des Auftragsbeginns
RA lic. iur. Michael Allgäuer	Präsident der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde der Stadt Zürich
RA lic. iur. Debora Gianinazzi	Stv. Leiterin des Fachbereichs Zivilrecht und Zivilprozessrecht, Direktionsbereich Privatrecht des Bundesamtes für Justiz
Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff	Chefarzt, stv. Klinikdirektor Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Caroline Kühnlein	Juge au Tribunal cantonal du Canton de Vaud / Richterin am Kantonsgericht Waadt und Vorstandsmitglied der Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES)
Prof. Dr. iur. Margot Michel	Assistenzprofessorin für Zivilrecht und Zivilverfahrensrecht an der Universität Zürich
Dr. phil. Lea Pucci-Meier	Projektleiterin psychische Gesundheit beim Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Prof. Beat Reichlin	Dozent und Projektleiter Institut Sozialarbeit und Recht/ Verantwortlicher Kompetenzzentrum Kindes- und Erwachsenenschutz Hochschule Luzern/Stellvertretender Generalsekretär der KOKES
Dr. iur. David Rüetschi	Leiter Fachbereich Zivilrecht und Zivilprozessrecht), Direktionsbereich Privatrecht des Bundesamtes für Justiz (bis 30. September 2021)

¹³⁵ Affiliationen der Begleitgruppenmitglieder finden sich im Anhang.

Mitglieder der Begleitgruppe	
Esther Walter	Stv. Sektion Nationale Gesundheitspolitik, Projektleiterin Suizidprävention beim Bundesamt für Gesundheit (BAG)
RA lic. iur. Philipp Weber	Leiter Fachbereich Zivilrecht und Zivilprozessrecht, Direktionsbereich Privatrecht des Bundesamtes für Justiz (ab 01. Oktober 2021)
Lic. jur. Judith Wyder	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Sektion Zivilrecht und Zivilprozessrecht, Hauptabteilung Privatrecht des Bundesamtes für Justiz

VI Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)

Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)	B	AV	Z	P	K	G	O
<i>Befragte Zielgruppe: B = Betroffene; AV=Angehörige/Vertrauenspersonen; Z=Zuweisende; P=Personal; K=KESB; G=Gerichte; O=(Betroffenen)Organisationen</i>							
Einladungsmail							
<p>Sehr geehrte Damen und Herren</p> <p>Im Auftrag des Bundesamtes für Justiz (BJ) führt socialdesign zusammen mit der Psychiatrie Baselland und der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich die Evaluation über die Bestimmungen der fürsorgerischen Unterbringung (FU) durch.</p> <p>Gegenstand der Evaluation ist der gesamte Regelungskomplex zur FU mit speziellem Bezug auf die Zweckmässigkeit und die Wirksamkeit in der Praxis. Die Evaluation zieht die Kantone BL, GR, ZH, VD, TI mit ein. Ziel der Evaluation ist es, dem Bundesrat eine Grundlage zu liefern, um Weiterentwicklungen in der Gesetzgebung zu erarbeiten. Im Anhang finden Sie das ausführliche Einladungsschreiben des BJ.</p> <p>Die Befragung dauert (je nach Zielgruppe, der Sie angehören) zwischen ca. 20-45 Minuten. Wir empfehlen, ein entsprechendes Zeitfenster zu reservieren. Die Erhebung erfolgt anonym, es sind keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich.</p> <p>Damit eine möglichst breite Anzahl Personen an der Umfrage teilnimmt, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Gerne können Sie diese E-Mail über Ihre Kanäle (z.B. Mailinglists) an geeignete Personen weiterleiten. Die Teilnahme der Akteur:innen ist äusserst wichtig, damit ein möglichst genaues und realitätsnahes Bild der Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Bestimmungen über die FU erarbeitet werden kann.</p> <p>Hier ist der Link: [Fragebogen-Link]</p> <p>Bei technischen Fragen steht Ihnen [Ansprechperson von socialdesign] gerne zur Verfügung (E-Mail-Adresse /Telefonnummer).</p> <p>Im Namen des Bundesamtes für Justiz danken wir Ihnen im Voraus für Ihre geschätzte Mitarbeit.</p> <p>Freundliche Grüsse</p> <p>Ansprechperson socialdesign [Signatur]</p>							
Wichtige Hinweise	x	x	x	x	x	x	x
Beachten Sie, dass bei offenen Fragen die Zeichenzahl auf max. 500 Zeichen (ca. 5 Zeilen in Word) beschränkt ist. Stichwortartige Antworten sind ebenfalls möglich. Sollten Sie wichtige weiterführende Informationen übermitteln wollen, nehmen wir diese gerne per Mail (E-Mailadresse socialdesign) entgegen.							
Wenn nicht anders vermerkt, sind immer beide Geschlechter angesprochen.							
Zielgruppe	x	x	x	x	x	x	x
Welcher der folgenden Gruppen können Sie sich am ehesten zuordnen?		x	x	x	x	x	x
Betroffene Person: Ich wurde mit einer FU hospitalisiert	x	x	x	x	x	x	x
Angehörige Person: Eine mir nahestehende Person wurde mit einer FU hospitalisiert	x	x	x	x	x	x	x
Vertrauensperson: Ich nehme die Rolle als Vertrauensperson einer Person wahr, die mit einer FU hospitalisiert wurde	x	x	x	x	x	x	x
Zuweisende/einweisende Person: Ich habe die Befugnis, Personen mittels FU zu hospitalisieren	x	x	x	x	x	x	x
Personal: Ich arbeite in einer Klinik/Einrichtung, in welcher Personen mit FU hospitalisiert werden	x	x	x	x	x	x	x
KESB: Ich bin Behördemitglied einer KESB	x	x	x	x	x	x	x
Gerichte: Ich bin Richter:in	x	x	x	x	x	x	x
Betroffenenorganisation	x	x	x	x	x	x	x
Wichtige Hinweise				x			

Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)	B	AV	Z	P	K	G	O
<i>Befragte Zielgruppe: B = Betroffene; AV=Angehörige/Vertrauenspersonen; Z=Zuweisende; P=Personal; K=KESB; G=Gerichte; O=(Betroffenen)Organisationen</i>							
Die Fragen richten sich an verschiedene Berufsgruppen der Zielgruppe "Personal" (z.B. Ärzt:innen; Sozialarbeitende; Pflegefachpersonen, etc.). Daher ist es möglich, dass Sie einzelne Fragen nicht beantworten können. Lassen Sie in diesem Fall das Feld frei oder antworten Sie mit "keine Angabe", "weiss nicht" etc.				x			
Bitte beantworten Sie die Fragen ausschliesslich für den Kanton, in dem Sie tätig sind , da nur die Praxis in den Kantonen BL, GR, TI, VD, ZH evaluiert wird.			x	x	x	x	
Personenangaben		x	x	x	x	x	x
Bitte wählen Sie Ihr Geschlecht		x	x	x	x	x	x
Antwortmöglichkeit: männlich / weiblich / anderes							
Bitte geben Sie Ihr Alter an	x	x	x	x	x	x	x
Freitext (Zahl)							
In welchem Kanton wohnen Sie?	x	x					
Antwortmöglichkeit: Dropdown mit allen Kantonen							
In welchem Kanton wurden Sie / die angehörige Person hospitalisiert?	x	x					
Antwortmöglichkeit: Dropdown mit allen 5 Kantonen, anderes							
In welchem Kanton sind Sie tätig?			x	x	x	x	x
Antwortmöglichkeit: Dropdown mit allen 5 Kantonen, gesamtschweizerisch, anderes							
Wie ist Ihre Beziehung zum behandelten Patienten / zur behandelten Patientin? Ich bin..	x						
Antwortmöglichkeit: Ehepartner:in / Partner:in / Mutter/Vater / Sohn/Tochter / Vertrauensperson / Anderes (Freitext)							
Waren oder sind Sie selbst in psychiatrischer Behandlung?	x						
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / keine Angabe							
Haben Sie selbst bereits eine FU und/oder eine Zwangsmassnahme innerhalb einer FU erlebt?	x						
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / keine Angabe							
In welchem Teil des Gesundheitssystems sind Sie hauptsächlich tätig? [Es sind beide Geschlechter gemeint]			x	x			
Antwortmöglichkeiten: Psychiatrische Praxis / Psychiatrische Institution / Hausarzt / SOS-Arzt / Notfallmedizin (Notfallstation) / Spitalarzt / Entzugsklinik / Heim / Anderes (Offene Texteingabe)							
Bitte wählen Sie Ihren Ausbildungsstand:			x	x			
Antwortmöglichkeiten: in Weiterbildung zu Facharzt/-ärztin Psychiatrie und Psychotherapie / abgeschlossener zu Facharzt/-ärztin Psychiatrie und Psychotherapie / in Weiterbildung zum zu Facharzt/-ärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie / abgeschlossener zu Facharzt/-ärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie / in Weiterbildung zu einem anderen Facharzttitel / anderer abgeschlossener Facharzttitel / Anderes (Freitext)							
An wie vielen FU-Anordnungen haben Sie in den letzten 12 Monaten teilgenommen?			x	x	x		
Antwortmöglichkeiten: keine / 1 / 2-5 / 6-10 / 11-20 / mehr als 20							
An wie vielen Entlassungsentscheidungen waren Sie in den letzten 12 Monaten beteiligt?				x	x		
Antwortmöglichkeiten: keine / 1 / 2-5 / 6-10 / 11-20 / mehr als 20							
An wie vielen periodischen Verlängerungen waren Sie in den letzten 12 Monaten beteiligt?				x	x		
Antwortmöglichkeiten: keine / 1 / 2-5 / 6-10 / 11-20 / mehr als 20							
Was ist Ihr Beruf?				x			
Antwortmöglichkeiten: Pflegefachperson / Ärzt:in / Psycholog:in / Sozialarbeiter:in / Anderes (Freitext)							
Was ist Ihre Position?				x			
Antwortmöglichkeiten: Assistenzarzt/-ärztin / Oberarzt/-ärztin / Leistungsposition / niedergelassene:r Ärzt:in							
Wie viele Jahre sind Sie bereits in der Psychiatrie tätig? (ganze Zahl, aufgerundet)				x			

Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)	B	AV	Z	P	K	G	O
Befragte Zielgruppe: B = Betroffene; AV=Angehörige/Vertrauenspersonen; Z=Zuweisende; P=Personal; K=KESB; G=Gerichte; O=(Betroffenen)Organisationen							
Freitext (Zahl)							
Wie viele Zurückbehaltung freiwillig Eingetretener gemäss Art. 427 ZGB haben Sie in den letzten 12 Monaten angeordnet?			x	x			
Antwortmöglichkeiten: keine / 1 / 2-5 / 6-10 / 11-20 / mehr als 20							
An wie vielen FU-Verhandlungen haben Sie in den letzten 12 Monaten teilgenommen?						x	
Antwortmöglichkeiten: keine / 1 / 2-5 / 6-10 / mehr als 10							
Umsetzung der FU	x	x	x	x	x	x	x
Wie gut fühlen Sie sich über die gesetzliche Regelung zur FU informiert?	x	x	x	x			x
Allgemein Wann FU angeordnet werden kann Welche Beschwerdemöglichkeiten bzgl. FU Anordnung bestehen							
Antwortmöglichkeiten: sehr gut / eher gut / eher schlecht / sehr schlecht / keine Angabe							
Sollte aus Ihrer Sicht die KESB die alleinige Anordnungs-kompetenz bezüglich FU haben?			x	x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / Weiss nicht							
Was spricht aus Ihrer Sicht <u>für</u> eine alleinige Anordnungs-kompetenz der KESB bezüglich FU?			x	x	x	x	
Freitext							
Was sind aus Ihrer Sicht die <u>Voraussetzungen</u> , um eine alleinige Anordnungs-kompetenz der KESB bzgl. FU umsetzen zu können?			x	x	x	x	
Freitext							
Was spricht aus Ihrer Sicht <u>gegen</u> eine alleinige Anordnungs-kompetenz der KESB bezüglich FU?			x	x	x	x	
Freitext							
Bestehen <u>in Ihrem Kanton</u> Abweichungsmöglichkeiten von der Dreierbesetzung <u>bei der Anordnung einer FU</u> ?					x	x	
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / Weiss nicht							
Was sind <u>in Ihrem Kanton</u> die Gründe und Voraussetzungen, dass eine <u>Anhörung</u> in Einerbesetzung erfolgt?					x	x	
Freitext							
Urteilsunfähigkeit	x	x	x	x	x	x	x
Hinweise für die folgenden Fragen: In den folgenden Fragen ist mit Urteilsunfähigkeit das <i>Fehlen der Urteilsfähigkeit</i> gemäss Art. 18 KESR gemeint. Urteilsfähigkeit meint gemäss Art. 16 ¹¹ ZGB: Urteilsfähig ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln. Kernelement für die Prüfung der Urteilsfähigkeit ist die Kompetenz, eine Situation korrekt aufzufassen, zu verstehen und – auf dem Hintergrund des individuellen Wertgefüges der Person – sinnvolle Konsequenzen zu ziehen. Urteilsfähigkeit ist immer in Bezug auf die momentane Behandlungs-/Betreuungsbedürftigkeit zu verstehen.	x	x	x	x	x	x	
Sind Sie damit einverstanden, dass Urteilsunfähigkeit aktuell <u>kein Kriterium</u> für eine FU darstellt?	x	x	x	x	x	x	x
Antwortmöglichkeiten: absolut einverstanden / eher einverstanden / eher nicht einverstanden / überhaupt nicht einverstanden / keine Angabe							
Welche Folgen hätte es Ihrer Meinung nach, wenn die Urteilsunfähigkeit zwingend vor Anordnung einer FU festgestellt werden müsste?	x	x	x	x	x	x	
Zeitverlust							
Reduktion der FU Rate							
Potenzielle Eskalation, Unsicherheit bzgl. Einschätzung, anderes							
Reduktion der FU Rate							
Potenzielle Eskalation							
Unsicherheit bzgl. Einschätzung							
anderes							
Wie häufig nutzen Sie (im klinischen Alltag) zur Abklärung der Urteilsunfähigkeit bestimmte Tools (bspw. U-KIT, MacArthur Competence Assessment Tool, Gutachten einholen, etc.)?			x	x	x	x	

Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)		B	AV	Z	P	K	G	O
Befragte Zielgruppe: B = Betroffene; AV=Angehörige/Vertrauenspersonen; Z=Zuweisende; P=Personal; K=KESB; G=Gerichte; O=(Betroffenen)Organisationen								
Antwortmöglichkeiten: sehr häufig / eher häufig / eher selten / sehr selten / nie / Ich kenne die Tools nicht / keine Angabe / Dies betrifft mich nicht								
Wie häufig nutzen Sie im klinischen Alltag zur Abklärung der Urteilsunfähigkeit Ihre klinische / fachliche Einschätzung?				x	x			
Antwortmöglichkeiten: sehr häufig / eher häufig / eher selten / sehr selten / nie / keine Angabe								
Welche/s Tool/s nutzen Sie zur Abklärung der Urteilsunfähigkeit?				x	x	x	x	
U-Doc/U-Kit								
MacArthur Competence Assessment Tool								
Silberfeld-Questionnaire								
Mini Mental Status Examination (MMSE)								
Capacity Assessment Tool (CAT)								
(Psychiatrisches) Gutachten Ärztlicher Bericht								
Anderes (Freitext) Ich verwende keine Tools								
Welche Kriterien berücksichtigen / erfassen Sie bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit?				x	x	x	x	
Freitext								
Welches sind bei Betroffenen die häufigsten Einschränkungen, die eine Urteilsunfähigkeit begründen?				x	x	x	x	
Auffassungsfähigkeit								
Reflexionsfähigkeit								
Logisches Schlussfolgern								
Wiedergabefähigkeit								
anderes								
Kompetenz		x	x	x	x	x	x	x
Basierend auf Ihren gemachten Erfahrungen: Wie kompetent schätzen Sie <u>Ärzt:innen ohne psychiatrische Facharztausbildung</u> (z.B. Hausärzt:innen) für die Beurteilung einer psychiatrischen Notfallsituation und die Anordnung einer FU ein?		x	x	x	x	x	x	x
Antwortmöglichkeiten: sehr kompetent / eher kompetent / eher nicht kompetent / überhaupt nicht kompetent / keine Angabe								
Basierend auf Ihren gemachten Erfahrungen: Wie kompetent schätzen Sie <u>Psychiater:innen</u> für die Beurteilung einer psychiatrischen Notfallsituation und die Anordnung einer FU ein?		x	x	x	x	x	x	x
Antwortmöglichkeiten: sehr kompetent / eher kompetent / eher nicht kompetent / überhaupt nicht kompetent / keine Angabe								
Über welche Voraussetzungen müssten Ärzt:innen ohne psychiatrische Facharztausbildung Ihrer Meinung nach verfügen, um kompetent zu entscheiden, ob eine FU gerechtfertigt ist und in einem bestimmten Fall angeordnet werden kann?				x	x	x	x	x
Freitext								
Hinweise für die folgenden Fragen: Im Folgenden geht es um die Betreuungsbedürftigkeit (zusätzlich oder in Ersatz von einer Leitlinien orientierten Behandlung) im stationären Rahmen. Die Grenzen zwischen Betreuungs- und Behandlungsbedürftigkeit sind dabei fließend. Für die Behandlungsbedürftigkeit ist die Voraussetzung des Schwächezustandes zentral (z.B. aufgrund einer psychischen Erkrankung, Psychose).		x	x	x	x	x	x	
Wie häufig <u>ordnen</u> Sie eine FU <u>ohne Behandlungsauftrag</u> (ausschliesslich aufgrund einer stationären Betreuungsbedürftigkeit, Abstinenz von Alkohol/Drogen, etc.) an?				x	x	x	x	
Angabe in Prozent aller Anordnungen ohne Behandlungsauftrag (Schätzung)								
Wie häufig <u>erhalten</u> Sie FU-Einweisungen <u>ohne Behandlungsauftrag</u> (ausschliesslich aufgrund einer stationären Betreuungsbedürftigkeit, Abstinenz von Alkohol/Drogen, etc.)?				-	x			
Angabe in Prozent aller erhaltenen FU Einweisungen ohne Behandlungsauftrag (Schätzung)								
Wie wird in Ihrem Kanton sichergestellt, dass weniger einschneidende Massnahmen sorgfältig geprüft werden, bevor eine FU angeordnet wird?		-	-	x	x	x	x	
Freitext								
Welches sind die wichtigsten Gründe dafür, dass Sie sich <u>für eine FU</u> und gegen andere weniger einschneidende Massnahmen entscheiden? Es sind auch Gründe möglich, die gesetzlich als solches nicht vorgesehen sind.				x	x	x	x	

Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)	B	AV	Z	P	K	G	O
<i>Befragte Zielgruppe: B = Betroffene; AV=Angehörige/Vertrauenspersonen; Z=Zuweisende; P=Personal; K=KESB; G=Gerichte; O=(Betroffenen)Organisationen</i>							
Freitext							
Berücksichtigung Dritte	x	x					
Wie häufig ziehen Sie bei der Entscheidung über eine FU Angehörige, Bekannte usw. der Patient:innen mit ein?			x	x	x	x	
Angabe in Prozent (Schätzung)							
Welche (häufigen) Gründe gibt es, Angehörige, Bekannte usw. der Patient:innen <u>nicht</u> in die Entscheidung miteinzubeziehen?			x	x	x	x	
Freitext							
Inwiefern beeinflusst die Belastung und der Schutz der Angehörigen bzw. des direkten Umfelds den Entscheid über die Anordnung einer FU?			x	x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: grosser Einfluss / geringer Einfluss / kein Einfluss / kann ich nicht beurteilen							
Wie häufig sprechen Sie eine FU unter mehrheitlicher Berücksichtigung der Belastung und des Schutzes von Angehörigen und Dritten aus?			x	x	x	x	
Angabe in Prozent (Schätzung)							
Wie stark stimmen Sie der folgenden Aussage zu:	x	x	x	x	x	x	x
Die <u>Belastung Dritter</u> (z.B. Konformitätsdruck, Umgang mit sozial wenig/nicht akzeptiertem Verhalten, langfristige Verhaltensänderungen) sollte als FU-Grund berücksichtigt werden.							
Antwortmöglichkeiten: stimme sehr zu / stimme eher zu / stimme eher nicht zu / stimme überhaupt nicht zu / keine Angabe							
Wie stark stimmen Sie der folgenden Aussage zu:	x	x	x	x	x	x	x
Der <u>Schutz Dritter</u> sollte als FU-Grund berücksichtigt werden.							
Antwortmöglichkeiten: stimme sehr zu / stimme eher zu / stimme eher nicht zu / stimme überhaupt nicht zu / keine Angabe							
Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu:			x	x	x	x	x
Eine FU soll durch <u>eine:n</u> Ärzt:in alleine angeordnet werden können. Eine FU soll <u>nur durch</u> zwei Ärzt:innen angeordnet werden können.							
Antwortmöglichkeiten: stimme sehr zu / stimme eher zu / stimme eher nicht zu / stimme überhaupt nicht zu / keine Angabe							
Anwendung von Druck	x	x	x	x	x	x	x
Wie geeignet sind aus Ihrer Sicht bzw. gemäss Ihrer Erfahrung die folgenden Möglichkeiten, um eine FU zu verhindern?	x	x	x	x	x	x	x
[Wenn Sie bei "anderes" keine Ergänzung haben, klicken Sie rechts "keine Angabe" an]							
Antwortmöglichkeiten: sehr geeignet / eher geeignet / eher ungeeignet / sehr ungeeignet / keine Angabe							
Einbezug Angehöriger							
Rasche Folgetermine für die Vermeidung der FU							
Abgabe von Medikamenten (freiwillige Einnahme)							
Abgabe von Medikamenten (Zwangseinnahme)							
Nutzung teilstationärer Angebote							
Anderes (Freitext)							
Welche der folgenden Möglichkeiten nutzen Sie in der Praxis, um eine Person zu überzeugen, sich freiwillig in Behandlung zu begeben, um eine FU zu vermeiden?			x		x	x	x
[Wenn Sie bei "anderes" keine Ergänzung haben, klicken Sie rechts "nie" an]							
Antwortmöglichkeiten: häufig / selten / nie							
Information und Aufklärung über Ihre Sichtweise auf die Situation							
Überzeugung mit Argumenten für eine freiwillige Hospitalisation							
Verhandlung mit Angebot positiver Anreize							
Anwendung von psychologischem Druck, ggf. unter Einbezug von Angehörigen oder sonstiger beteiligter Personen							
Androhung negativer Konsequenzen							
Überzeugung zum Rückzug der Beschwerde							
Weiteres (Freitext)							
Verwehrlosung			x	x	x	x	x

Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)		B	AV	Z	P	K	G	O
<i>Befragte Zielgruppe: B = Betroffene; AV=Angehörige/Vertrauenspersonen; Z=Zuweisende; P=Personal; K=KESB; G=Gerichte; O=(Betroffenen)Organisationen</i>								
Wie hoch ist der Anteil an FUs mit «schwerer Verwahrlosung» als einzigem Grund oder als Hauptgrund?				x	x	x	x	
Angabe in Prozent (Schätzung)								
Wie hoch ist dabei der Anteil urteilsfähiger Personen?				x	x	x	x	
Angabe in Prozent aller FU mit Hauptgrund "schwere Verwahrlosung" (Schätzung)								
Welche Kriterien müssen aus Ihrer Sicht erfüllt sein, dass <u>schwere Verwahrlosung als alleiniger Grund</u> für eine FU <u>ausreicht</u>?				x	x	x	x	x
Freitext								
Welche Rolle spielt die Urteilsfähigkeit bei Ihrer Beurteilung für oder gegen eine FU bei schwerer Verwahrlosung?				x	x	x	x	
Ist zwingend notwendig								
Kann vernachlässigt werden								
Weiss nicht								
anderes								
Wie häufig kommt es vor, dass eine FU alleine wegen geäusselter Suizidgedanken oder erfolgten Suizidversuch angeordnet wird, ohne dass Alternativen (z.B. weniger einschränkende Massnahmen) geprüft werden?				x		x	x	
Antwortmöglichkeiten: häufig / selten / nie								
Zusätzliche Voraussetzungen				x	x	x	x	x
Sollten aus Ihrer Sicht neben den aktuell geltenden Voraussetzungen in den Bestimmungen zur FU zusätzliche Voraussetzungen definiert sein, um eine FU anordnen zu können? Wenn ja, welche?				x	x	x	x	x
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / kann ich nicht beurteilen								
Gibt es Fälle, die vom Gesetz nicht vorgesehen sind, für die aber eine FU möglich sein sollte? Wenn ja, welche?				x	x	x	x	x
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / kann ich nicht beurteilen								
Geeignete Einrichtungen				x	x	x	x	x
Sind aus Ihrer Sicht in Ihrem Kanton genügend geeignete Einrichtungen für die Behandlung / Betreuung im Rahmen einer FU vorhanden?				x	x	x	x	x
Antwortmöglichkeiten: Behandlung / Betreuung separat fragen: Ja / Nein / kann ich nicht beurteilen								
Ist es schon vorgekommen, dass zum Einweisungszeitpunkt keine geeignete Einrichtung für eine FU verfügbar war?				x	x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / keine Angabe								
Wenn ja, wie gehen Sie in diesem Fall vor?				x	x	x	x	
Freitext								
Wie wird die dringlich notwendige Behandlung/Betreuung in einer Einrichtung sichergestellt, die nicht für die Unterbringung von FUs geeignet ist?				x	x	x	-	
Freitext								
Anhörung / Information Betroffene		x	x	x	x	x	x	x
Im Gesetz ist festgeschrieben, dass betroffene Personen vor der Anordnung einer FU angehört und entsprechend informiert werden müssen (über die Begründung und weitere Behandlung).				x	x	x		
Durch wen wird in Ihrer Institution die betroffene Person angehört?								
Antwortmöglichkeiten: einweisender Arzt / Klinikarzt / KESB / Gerichte / andere (Freitext)								
Hat sich die Vorgabe des ZGB, dass bei der KESB die Anhörung in der Regel im Kollegium stattzufinden hat, in der Praxis bewährt?						x		
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / Weiss nicht								
Haben Sie schon einmal an einer KESB Anhörung teilgenommen? Wenn ja, wie viele Personen (inkl. Ihnen) waren bei der Anhörung durch die KESB anwesend?		x	x	x	x	x		
Zahlenfeld								
Was ist Ihre Einschätzung zur Anzahl anwesender Personen?		x	x		x			
Antwortmöglichkeiten: Es hat so für mich gepasst / es waren zu viele Personen anwesend / es waren zu wenige Personen anwesend								
Wie konsequent werden die kantonalen Vorgaben hinsichtlich der Anhörung (Meinung einholen) und Information (Rechtsmittelbelehrung, nächste Schritte) der Betroffenen in der Praxis tatsächlich umgesetzt?				x	x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: fast immer / häufig / selten / nie / kann ich nicht beurteilen								

Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)	B	AV	Z	P	K	G	O
<i>Befragte Zielgruppe: B = Betroffene; AV=Angehörige/Vertrauenspersonen; Z=Zuweisende; P=Personal; K=KESB; G=Gerichte; O=(Betroffenen)Organisationen</i>							
Im Gesetz ist festgeschrieben, dass betroffene Personen vor der Anordnung einer FU angehört und entsprechend informiert werden müssen (über die Begründung und weitere Behandlung). Durch wen wurden Sie informiert?							
Antwortmöglichkeiten: einweisender Arzt / Klinikarzt / KESB / Gerichte / andere (Freitext); ich wurde nicht darüber informiert							
Wie gut fühlen Sie sich aufgrund der erhaltenen Informationen (z.B. Informationsbrochure) über die gesetzliche Regelung zur FU informiert?	x	x					
Antwortmöglichkeiten: sehr gut / eher gut / eher schlecht / sehr schlecht / keine Angabe							
Waren die erhaltenen Informationen für Sie gut verständlich?	x	x					
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / keine Angabe							
Wurden Sie darauf aufmerksam gemacht, dass Sie eine Vertrauensperson beiziehen können?	x						
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / keine Angabe							
Wurden Sie darüber informiert, dass Ihre Angehörigen (inkl. Vertrauenspersonen) ebenfalls informiert werden?	x						
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / keine Angabe							
Wie haben Sie das Austrittsgespräch empfunden?	x						
Freitext							
Wie viel Zeit wird in der Regel für die im Gesetz geforderte Anhörung und Information von Betroffenen oder Angehörigen bei Anordnung einer FU eingesetzt?	x	x	x	x	x		
Antwortmöglichkeiten: <5 Min. / 5-10 Min. / 10-20 Min. / >20 Min, nämlich / kann ich nicht beurteilen (warum nämlich hier?)							
Zu welchem Zeitpunkt erfolgt Ihrer Erfahrung nach die Information der betroffenen Person sowie ihrer Angehörigen bzw. Vertrauensperson?			x	x	x		x
Antwortmöglichkeiten: bei Ausstellung der FU / in der Klinik/Einrichtung / Anderes (Freitext) / Kann ich nicht beurteilen							
Zu welchem Zeitpunkt wurden Sie als betroffene Person oder als angehörige Person informiert?	x	x					
Antwortmöglichkeiten: bei Ausstellung der FU / in der Klinik/Einrichtung / Anderes (Freitext) / Kann ich nicht beurteilen							
Welche Inhalte sollten bei der Information von Betroffenen oder von Angehörigen von Betroffenen bei der Anordnung einer FU vermittelt werden?	x	x	x	x	x		x
Grund der FU							
Beschwerdemöglichkeiten							
Alternativen zur FU							
anderes							
Welche positiven und negativen Erfahrungen haben Sie ganz allgemein im Zusammenhang mit der FU gemacht?	x						
Positive Erfahrungen							
Negative Erfahrungen							
Was könnte bzgl. der Information bei der Anordnung einer FU verbessert werden?	x	x					
Verbesserungsvorschläge							
Vertrauensperson	x	x	x	x	x	x	x
Gemäss Art. 432 ZGB kann jede Person, die in einer Einrichtung untergebracht ist, eine Vertrauensperson beiziehen. Wurden Sie darüber informiert, dass Sie eine Vertrauensperson beiziehen können?	x	-					
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / Weiss nicht (mehr)							
Haben oder hatten Sie eine Vertrauensperson? Wenn nein, warum nicht?	x	-					
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / keine Angabe							
Freitext							
Wenn Ihnen eine Organisation eine Vertrauensperson vermittelt hat: Wie waren Ihre Erfahrungen mit dieser Person?	x	-					
Antwortmöglichkeiten: Gute Erfahrungen / Schlechte Erfahrungen / Kann ich nicht beurteilen							
Optional Erläuterung obiger Antwort							
Welche Aufgaben hat Ihre Vertrauensperson übernommen?	x	-					
Freitext							
Sind oder waren Sie Vertrauensperson?		x					
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / keine Angabe							
Wenn Ja: Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	x						

Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)	B	AV	Z	P	K	G	O
<i>Befragte Zielgruppe: B = Betroffene; AV=Angehörige/Vertrauenspersonen; Z=Zuweisende; P=Personal; K=KESB; G=Gerichte; O=(Betroffenen)Organisationen</i>							
Antwortmöglichkeiten: Immer / manchmal / nie / kann ich nicht beurteilen							
Ich wurde als Vertrauensperson immer informiert und miteinbezogen.							
Ich fühle mich als Vertrauensperson gut unterstützt.							
Welche Aufgaben haben Sie als Vertrauensperson übernommen?		x					
Freitext							
Gemäss Art. 432 ZGB kann jede Person, die in einer Einrichtung untergebracht ist, eine nahestehende Person / Vertrauensperson beiziehen. Wie häufig fragen Sie betroffene Personen, ob sie eine nahestehende Person / Vertrauensperson benennen wollen?			x	x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: Nahestehende / Vertrauensperson; Immer / meistens /gelegentlich / selten / nie / keine Angabe							
Falls die betroffene Person über keine Vertrauensperson verfügt, informieren Sie über Organisationen, die Vertrauenspersonen stellen?			-	x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: Immer / meistens /gelegentlich / selten / nie / keine Angabe							
Wie häufig wird effektiv von der Möglichkeit, eine Vertrauensperson zu benennen, Gebrauch gemacht?				x	x	x	
Angabe in Prozent (Schätzung)							
Wie gehen Sie vor, wenn die betroffene Person keine Vertrauensperson bezeichnen will oder kann?			x	x	x	x	
Freitext							
Als wie hilfreich schätzen Sie die Einsetzung einer Vertrauensperson im Allgemeinen ein?			x	x	x	x	x
Antwortmöglichkeiten: sehr hilfreich / eher hilfreich / eher nicht hilfreich / überhaupt nicht hilfreich / keine Angabe							
Welche Erfahrungen haben Sie mit Vertrauenspersonen?	x	x	x	x	x	x	x
Antwortmöglichkeiten: sehr gute / eher gute / eher nicht gute / überhaupt nicht gute / keine Angabe							
Aus welchen Gründen haben Sie <u>eher nicht gute oder überhaupt nicht gute</u> Erfahrungen mit Vertrauenspersonen gemacht?	x	x	x	x	x	x	
Freitext							
Aus welchen Gründen haben Sie <u>sehr oder eher gute</u> Erfahrungen mit Vertrauenspersonen gemacht?	x	x	x	x	x	x	
Freitext							
Welche Personengruppen übernehmen gemäss Ihrer Erfahrung <u>am häufigsten</u> die Rolle einer Vertrauensperson?			x	x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: Familienangehörige / Bekannte / Personen mit einem gewissen Verständnis für das juristische Verfahren / Personen von Organisation / Andere (Freitext)							
Welche Personengruppen übernehmen gemäss Ihrer Erfahrung die Rolle einer Vertrauensperson?	x	x					
Antwortmöglichkeiten: Familienangehörige / Bekannte / Personen mit einem gewissen Verständnis für das juristische Verfahren / Personen von Organisation / Anderes (Freitext)							
Welche der folgenden Aspekte gehören aus Ihrer Sicht zur Rolle einer Vertrauensperson?	x	x	x	x	x	x	x
[Wenn Sie bei "anderes" keine Ergänzung haben, klicken Sie rechts "keine Angabe" an]							
Antwortmöglichkeiten: sehr /eher / eher nicht / überhaupt nicht / keine Angabe							
Unterstützung der Betroffenen							
Vermittlung zwischen Betroffenen und dem Behandlungsteam							
Funktion einer Beistandschaft							
Juristische Kenntnisse							
Unterstützung für Behandlungsteam							
Anderes (Freitext)							
Verfahrensbeistandschaft			x	x	x	x	x
Muss in Ihrem Kanton zwingend eine Verfahrensbeistandschaft geprüft werden?			x	x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / weiss nicht							
Ist Ihrer Meinung nach in der Praxis die zwingende Anordnung einer Verfahrensbeistandschaft notwendig?			x	x	x	x	x
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / keine Angabe							
Wie häufig wird eine Verfahrensbeistandschaft eingesetzt?			x	x	x	x	
Angabe in Prozent der Fälle							
In welchen Fällen wird eine Verfahrensbeistandschaft geprüft?			x	x	x	x	
Freitext							

Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)	B	AV	Z	P	K	G	O
<i>Befragte Zielgruppe: B = Betroffene; AV=Angehörige/Vertrauenspersonen; Z=Zuweisende; P=Personal; K=KESB; G=Gerichte; O=(Betroffenen)Organisationen</i>							
Zu welchem Zeitpunkt im Prozess wird eine Verfahrensbeistandschaft geprüft und eingesetzt?			x	x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: Bei Aussprechung der FU, Bei Einreichung der Beschwerde gegen FU, Bei Überprüfung der FU, weiss nicht, anderes							
Welche Rolle spielen bei der Entscheidung für oder gegen eine Verfahrensbeistandschaft finanzielle Erwägungen?			x	x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: grosse Rolle / eher grosse Rolle / eher kleine Rolle / sehr kleine Rolle / keine Angabe							
Zwangsbehandlung / MMoZ			x	x	x	x	x
Existieren in Ihrer Einrichtung Standards zum Vorgehen bei Zwangsbehandlung / medizinischen Massnahmen ohne Zustimmung (MMoZ)?				x			
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / weiss nicht							
Wie konsequent können diese Standards im klinischen Alltag berücksichtigt werden?				x			
Antwortmöglichkeiten: Immer / meistens / manchmal / selten / nie							
Kann bzw. wird bei einer Zwangsbehandlung/MMoZ das Recht der betroffenen Person, das Gericht anzurufen, berücksichtigt?				x			
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / weiss nicht: bei elektiver Zwangsbehandlung; bei Notfällen							
Wenn ja, wie erfolgt diese Berücksichtigung?				x			
Freitext							
Wie häufig kommt es vor, dass Patient:innen in Ihrer Einrichtung Beschwerde gegen elektive Zwangsmassnahmen/Behandlung einlegen?				x			
Angabe in Prozent aller Patient:innen mit Zwangsmassnahme (Schätzung)							
Welche Rolle spielt der/die Chefarzt/Chefärztin (oder die von ihm/ihr delegierte Person) bei der Entscheidung über eine elektive Zwangsbehandlung/MMoZ nach Art. 434 ZGB?				x			
Antwortmöglichkeiten: wird immer beigezogen / wird meistens beigezogen / wird teilweise beigezogen / wird fast nie beigezogen / wird nie beigezogen / keine Angabe							
Wie häufig wird die 10-Tages Frist für eine gerichtliche Anfechtung vor Start einer elektiven Zwangsmassnahme/-Behandlung abgewartet?				x		x	
Angabe in Prozent aller angeordneten/elektiven Zwangsmassnahmen							
Welche Argumente sprechen für und gegen den sofortigen Beginn einer Zwangsbehandlung/MMoZ ohne Abwarten der 10-Tages-Frist?				x		x	
Freitext: Argumente dafür: Argumente dagegen:							
Einschränkungen der Bewegungsfreiheit	x		x	x	x	x	x
Wie häufig muss bei Einschränkungen der Bewegungsfreiheit (Art. 438 ZGB) eingeschritten oder die Massnahme geändert resp. aufgehoben werden?					x	x	
Einschreiten / Ändern / Aufheben							
Antwortmöglichkeiten: sehr häufig / eher häufig / eher selten / sehr selten / nie / keine Angabe							
Was sind die häufigsten Gründe dafür, bewegungseinschränkende Massnahmen anzuwenden?				x			
Antwortmöglichkeiten: sehr häufig / eher häufig / eher selten / sehr selten / nie / keine Angabe							
Fremdgefährdung							
Selbstgefährdung							
Störung des Gemeinschaftslebens							
Sturzgefahr							
Agitation							
Beschädigung von Gegenständen							
Selbstschädigung							
Drohung							
Reizabschirmung							
Bei wem werden Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit angewandt?				x			
Antwortmöglichkeiten: Nur urteilsfähigen Personen / nur urteilsunfähigen Personen / urteilsfähigen und urteilsunfähigen Personen							
Wie wird in Notfällen vorgegangen, wenn noch nicht eindeutig geklärt ist, ob die betroffene Person urteilsunfähig ist oder nicht?				x			
Freitext							

Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)		B	AV	Z	P	K	G	O
<i>Befragte Zielgruppe: B = Betroffene; AV=Angehörige/Vertrauenspersonen; Z=Zuweisende; P=Personal; K=KESB; G=Gerichte; O=(Betroffenen)Organisationen</i>								
Gemäss Ihrer Erfahrung: Werden Personen, die von bewegungseinschränkenden Massnahmen betroffen sind, in Bezug auf die Massnahmen einbezogen und entsprechend informiert?					x			
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein/ weiss nicht								
Wie erfolgt dieser Einbezug?					x			
Freitext								
Aus welchen Gründen erfolgt kein Einbezug bzw. keine Information?					x			
Freitext								
Werden bei der Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen <u>weitere Personen</u> einbezogen und entsprechend informiert (z.B. Vertrauensperson, nahe Angehörige oder eine allfällige Vertretung)?					x			
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / keine Angabe								
Wer wird einbezogen und wie erfolgt dieser Einbezug?					x			
Freitext								
Aus welchen Gründen erfolgt kein Einbezug bzw. keine Information?					x			
Freitext								
Wie gehen Sie bei Einschränkungen der Bewegungsfreiheit ausserhalb von Notfall-Situationen vor?					x			
Sie wird verordnet (ärztliche Verordnung im KIS)								
Sie wird verfügt (auf chefärztliche Anordnung)								
Wurden bei Ihnen bewegungseinschränkende Massnahmen angewandt?		x						
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / keine Angabe								
Aus welchen Gründen?		x						
Freitext								
Wurden Sie darüber informiert, mit welcher Begründung bewegungseinschränkende Massnahmen angewandt wurden?								
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / keine Angabe								
War bzw. ist diese Begründung für Sie im Nachhinein nachvollziehbar?								
Antwortmöglichkeit: ja voll und ganz / ja eher / eher nicht / überhaupt nicht / keine Angabe								
Somatische Erkrankungen				x	x	x	x	
Was sind Ihre Möglichkeiten, mit somatischen Unfällen und Erkrankungen (Vertretungskaskade Art. 378 ZGB) bei FU-Patient:innen umzugehen?				x	x			
[Wenn Sie bei "anderes" nichts anfügen möchten, kreuzen Sie "keine Angabe" an]								
Antwortmöglichkeiten: Ursprüngliche FU erlaubt Verlegung wegen somatischer Komplikationen, Verlegung wegen somatischer Komplikation unterliegt nicht FU (vgl. Vertretungskaskade Art. 378 ZGB), anderes								
Antwortmöglichkeit: ja voll und ganz / ja eher / eher nicht / überhaupt nicht / keine Angabe								
Wie häufig wählen Sie jeweils die folgenden Handlungsmöglichkeiten, wenn sich FU-Patient:innen aufgrund einer psychischen Erkrankung weigern, eine somatische Erkrankung abklären oder behandeln zu lassen?				x	x			
[Wenn Sie bei "anderes" nichts anfügen möchten, kreuzen Sie "keine Angabe" an]								
Antwortmöglichkeiten jeweils: sehr häufig / eher häufig / eher selten / sehr selten / nie / keine Angabe								
Abklärung der Urteilsfähigkeit / Überweisung in somatische (geeignete) Klinik per FU / Anforderung Abschätzung durch somatische Kolleg:innen / Zuwarten / Anderes: Freitext								
Psychiatrische Patientenverfügung		x	x	x	x	x	x	
Haben Sie eine psychiatrischen Patientenverfügung (PPV)?		x						
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein								
Kam Ihre PPV bereits zur Anwendung?		x						
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / Weiss nicht								
Wenn ja, wurde Ihre PPV dabei berücksichtigt?		x						
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / Weiss nicht								
Wenn nein, aus welchen Gründen wurde Ihre PPV nicht berücksichtigt?		x						
Antwortmöglichkeiten: PPV lag nicht vor; Behandlungsteam war mit Inhalt nicht einverstanden; andere								
Sind Sie der Meinung, dass die Psychiatrische Patientenverfügung (PPV) in der Psychiatrie genauso verbindlich sein sollten wie in der Somatik?		x	x	x	x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: Ja, nein, weiss nicht								

Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)		B	AV	Z	P	K	G	O
<i>Befragte Zielgruppe: B = Betroffene; AV=Angehörige/Vertrauenspersonen; Z=Zuweisende; P=Personal; K=KESB; G=Gerichte; O=(Betroffenen)Organisationen</i>								
Bestehen aus Ihrer Sicht (ungenutzte) Chancen in Zusammenhang mit der psychiatrischen Patientenverfügung? Falls Ja, notieren Sie diese nachfolgend stichwortartig.		x	x	x	x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / keine Angabe								
Freitext								
Welcher Anteil der Patient:innen (mit und ohne FU) resp. der Fälle im Verfahren verfügt schätzungsweise über eine psychiatrische Patientenverfügung (PPV)?				x	x	x	x	
Mit FU: Angabe in Prozent (Schätzung), Ohne FU: Angabe in Prozent (Schätzung)								
Wie stellen Sie jeweils sicher, dass Sie über eine allfällige PPV informiert sind?				x	x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: Ich frage Patient:in; ich suche im KIS; ich kontaktiere Angehörige/Vertrauensperson, anderes								
Wie häufig kommt es vor, dass Sie eine PPV nicht berücksichtigen können?				x	x	x	x	
Angabe in Prozent aller Patient:innen mit PPV (Schätzung)								
Was können die Gründe dafür sein, dass Sie eine PPV nicht berücksichtigen?				x	x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: Widerspruch zu Leitlinien; Keine Ressourcen verfügbar; Gefahr in Verzug; anderes								
Entlassungskompetenz				x	x	x	x	
Bei welchem Anteil der behördlichen FU im Erwachsenenschutz liegt die Entlassungskompetenz bei Ihnen?					x	x		
Bei welchem Anteil der behördlichen FU im Erwachsenenschutz delegieren Sie die Entlassungskompetenz an die Einrichtung?								
Bei mir: Angabe in Prozent (Schätzung)								
Delegation: Angabe in Prozent (Schätzung)								
Worin liegen die Gründe für eine Übertragung der Entlassungskompetenz an die Einrichtungen?					x	x	x	
Freitext								
Entlassungsgesuche				x	x	x	x	
Bestehen in Ihrem Kanton im Hinblick auf ein Entlassungsgesuch allgemeine Kriterien zur Prüfung, ob die Voraussetzungen für eine Unterbringung weiterhin erfüllt sind oder nicht? Falls Ja, beschreiben Sie diese bitte kurz.					x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / Weiss nicht								
Freitext								
Wie häufig kommt es bei einem Entlassungsgesuch einer freiwillig eingetretenen Person zu einer Zurückbehaltung / einem Rückhaltebeschluss gemäss Art. 427 ZGB?					x			
Antwortmöglichkeiten: nie / sehr selten / selten / oft / sehr oft / keine Angabe								
Wie häufig kommt es vor, dass der vollstreckbare Unterbringungsentscheid geliefert wird bzw. die freiwillig eingetretene Person nach Ablauf der Frist die Einrichtung verlassen kann?						x	x	
Antwortmöglichkeiten: nie / sehr selten / selten / oft / sehr oft / keine Angabe								
Bestehen grundsätzliche Unterschiede im Vorgehen, falls ein Entlassungsgesuch durch Patient:innen gestellt werden, im Unterschied zu Drittpersonen? Falls Ja, beschreiben Sie diese bitte kurz.					x	x	x	
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / Weiss nicht								
Freitext								
FU Dauer				x	x	x	x	
Wie häufig wird Ihrem Antrag auf Verlängerung von FUs durch die KESB stattgegeben?					x			
Angabe in Prozent der Anträge (Schätzung)								
Wie häufig geben Sie den Anträgen auf Verlängerung von FUs statt?						x	x	
Angabe in Prozent der Anträge (Schätzung)								
Austrittsgespräche und Behandlungsgrundsätze		x		x	x	x	x	
In welchem Anteil der FU-Behandlungsfälle wird ein Austrittsgespräch geführt?					x			
Angabe in Prozent (Schätzung)								
Als wie nützlich empfinden Sie Austrittsgespräche...					x			
im Allgemeinen?								
für allfällige zukünftige Behandlungen?								
Antwortkategorien: sehr nützlich / eher nützlich / eher nicht nützlich / überhaupt nicht nützlich / keine Angabe								
Falls kein Austrittsgespräch geführt wird, wie häufig liegt dies an den folgenden Gründen? [Wenn Sie bei "anderes" nichts anfügen möchten, kreuzen Sie "keine Angabe" an]					x			
Antwortkategorien: sehr häufig / eher häufig / eher selten / sehr selten / nie keine Angabe								

Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)	B	AV	Z	P	K	G	O
<i>Befragte Zielgruppe: B = Betroffene; AV=Angehörige/Vertrauenspersonen; Z=Zuweisende; P=Personal; K=KESB; G=Gerichte; O=(Betroffenen)Organisationen</i>							
kein Bedarf seitens Patient:in							
Ablehnung seitens Patient:in							
fehlende Zeit des Klinikpersonals							
fehlende Zeit für die Austrittsplanung							
Anderes (Freitext)							
In welchem Anteil der Austrittsgespräche werden Behandlungsgrundsätze für allfällige erneute FU-Einweisungen erstellt?				x			
Angabe in Prozent (Schätzung)							
Wie häufig werden Vertrauenspersonen und/oder Angehörige bzw. Vertretungen <u>ins Austrittsgespräch</u> miteinbezogen?				x			
Antwortkategorien: sehr häufig / eher häufig / eher selten / sehr selten / nie / keine Angabe							
Falls ein Einbezug erfolgt: Wie und unter welchen Umständen erfolgt dieser?				x			
Freitext							
Falls kein Einbezug erfolgt: Was sind die Gründe dafür?				x			
Freitext							
Wie häufig werden Vertrauenspersonen und/oder Angehörige bzw. Vertretungen <u>bei der Erstellung von Behandlungsgrundsätzen und/oder Patientenverfügungen</u> miteinbezogen?				x			
Antwortkategorien: sehr häufig / eher häufig / eher selten / sehr selten / nie / keine Angabe							
Falls ein Einbezug erfolgt: Wie und unter welchen Umständen erfolgt dieser?				x			
Freitext							
Falls kein Einbezug erfolgt: was sind die Gründe dafür?				x			
Freitext							
Wurden mit Ihnen schon einmal Behandlungsgrundsätze für eine mögliche zukünftige stationäre Behandlung erstellt?	x						
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / weiss nicht							
Als wie nützlich empfinden Sie die Erstellung von Behandlungsgrundsätzen?	x						
Antwortkategorien: sehr nützlich / eher nützlich / eher nicht nützlich / überhaupt nicht nützlich / keine Angabe							
Wurde mit Ihnen schon einmal ein Austrittsgespräch nach einem FU-Aufenthalt geführt?	x						
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / Weiss nicht							
Als wie nützlich haben Sie das Austrittsgespräche empfunden?	x						
Antwortkategorien: sehr nützlich / eher nützlich / eher nicht nützlich / überhaupt nicht nützlich / keine Angabe							
Als wie wichtig erachten Sie es, dass ein Austrittsgespräch die folgenden Inhalte umfasst? [Wenn Sie bei "anderes" nichts anfügen möchten, kreuzen Sie "keine Angabe" an]	x			x			
Antwortkategorien: sehr wichtig / eher wichtig / eher unwichtig / absolut unwichtig / keine Angabe							
Zufriedenheit mit Klinikaufenthalt							
Zielerreichung							
Feedback an das Personal							
Nachbehandlung							
Definition nächster therapeutischer Ziele							
Definition Vorgehen bei einer erneuten FU (bspw. in Behandlungsgrundsätzen, Patientenverfügung)							
Anderes (Freitext)							
Periodische Überprüfung	x	x	x	x	x	x	
Wie häufig wird die FU bei der periodischen Überprüfung nach Art. 431 ZGB aufgehoben?				x	x		
Angabe in Prozent aller periodischen Überprüfungen (Schätzung)							
Wie häufig wird bei der periodischen Überprüfung ein externes ärztliches Gutachten angeordnet?				x	x		
Angabe in Prozent aller periodischen FU (Schätzung)							
Was konkret wird bei der periodischen Überprüfung nach Art. 431 ZGB einer behördlichen FU überprüft, was eher nicht?					x		
Überprüft:							
Nicht überprüft:							

Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)	B	AV	Z	P	K	G	O
<i>Befragte Zielgruppe: B = Betroffene; AV=Angehörige/Vertrauenspersonen; Z=Zuweisende; P=Personal; K=KESB; G=Gerichte; O=(Betroffenen)Organisationen</i>							
Welche Massnahmen treffen Sie, damit die betroffene Person die periodische Überprüfung nicht als routinemässige Pflichtübung empfindet?				x			
Freitext							
Können die vom Gesetz vorgegebenen Zeiten für eine periodische Überprüfung immer eingehalten werden?					x		
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / Weiss nicht							
Falls nein, aus welchen Gründen werden die vorgegebenen Zeiten nicht eingehalten?				x	x		
Freitext							
Wie haben Sie die periodische Überprüfung der KESB wahrgenommen?	x	x					
Antwortmöglichkeiten: Sehr angenehm / angenehm / nicht angenehm / gar nicht angenehm / weiss nicht (mehr) / keine Angabe							
Welche Änderungsvorschläge im Zusammenhang mit der periodischen Überprüfung haben Sie?	x	x					
Freitext							
Gerichtliche Beschwerdeinstanz	x	x	x	x	x	x	
Wie konsequent werden die Patient:innen Ihrer Erfahrung nach darüber informiert, dass sie jederzeit (d.h. auch nach Ablauf der Rechtsmittelfrist) ein Entlastungsgesuch oder die Aufhebung einer anderen im Zusammenhang mit der FU angeordneten Massnahme einreichen können?				x	x	x	
Antwortmöglichkeit: sehr konsequent / eher konsequent / eher inkonsequent / sehr inkonsequent / keine Angabe							
Durch wen werden Beschwerden gegen eine FU eingelegt?				x		x	
Angabe in Prozent (Schätzung): betroffene Personen / Vertrauensperson/Angehörige / Anwalt/Vereinigung							
Wie häufig wird einer Beschwerde gegen FU stattgegeben?						x	
Angabe in Prozent aller Beschwerden (Schätzung):							
Wie häufig wird einer Beschwerde gegen Zwangsbehandlung/Medizinische Massnahme ohne Zustimmung stattgegeben?						x	
Angabe in Prozent aller Beschwerden (Schätzung)							
Wie häufig wird einer Beschwerde gegen Einschränkung der Bewegungsfreiheit stattgegeben?						x	
Angabe in Prozent aller Beschwerden (Schätzung)							
Wie häufig wird eine Verfahrensvertretung (bspw. durch eine nahestehende Person, Vertrauensperson) angeordnet?				x		x	
Angabe in Prozent aller Fälle (Schätzung)							
Welche Umstände führen eher dazu, dass eine Verfahrensvertretung angeordnet wird?				x		x	
Freitext							
Wie häufig wurde im Jahr 2019 konkret Beschwerde eingelegt gegen (Schätzung):						x	
FU durch KESB (gemäss Art. 428 Abs. 1 ZGB)							
FU durch Ärzt:in (gemäss Art. 429 Abs. 1 ZGB)							
Zurückbehaltung durch Einrichtung (gemäss Art. 427 Abs. 1 ZGB)							
Abweisung Entlastungsgesuch durch Einrichtung (gemäss Art. 426 Abs. 4 ZGB)							
Verlängerung einer ärztlichen Einweisung durch KESB (gemäss Art. 429 Abs. 2 ZGB)							
Periodische Bestätigung FU durch KESB (gemäss Art. 431 ZGB)							
Behandlungen von psychischen Störungen (gemäss Art. 434 ZGB)							
Bewegungseinschränkungen (gemäss Art. 438 ZGB)							
Anordnung von Nachbetreuung im Allgemeinen (gemäss Art. 437 Abs. 1 ZGB)							
Anordnung von Nachbetreuung in Form von ambulanten Massnahmen (gemäss Art. 437 Abs. 2 ZGB)							
Angabe in Prozent aller Fälle (Schätzung)							
Bei wie vielen FU-Patient:innen informieren Sie aktiv darüber, dass diese oder deren Vertretung die Möglichkeit haben, das Gericht anzurufen?			x	x	x		
Angabe in Prozent aller Fälle (Schätzung)							
Wurden Sie über die Möglichkeit informiert, beim Gericht eine Beschwerde gegen die FU einzulegen?	x	x					
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / Weiss nicht (mehr)							
Durch wen wurden Sie über diese Möglichkeit informiert?	x	x					
Antwortmöglichkeiten (Mehrfachantwort): Zuweisender Arzt / Klinikpersonal / Angehörige / Bekannte / Mitpatient:innen / Verband / Recherche / Anderes							

Fragebogen zur Praktischen Umsetzung der KESR-Bestimmungen (Teilprojekt 2)		B	AV	Z	P	K	G	O
<i>Befragte Zielgruppe: B = Betroffene; AV=Angehörige/Vertrauenspersonen; Z=Zuweisende; P=Personal; K=KESB; G=Gerichte; O=(Betroffenen)Organisationen</i>								
Kindesschutz								
Werden Sie darüber informiert, ob eine Person mit FU Kinder hat?								
Antwortmöglichkeit: Ja immer / Ja meistens / Teilweise / fast nie / nie								
Treffen Sie in solchen Fällen spezielle Massnahmen? Falls Ja, welche?								
Antwortmöglichkeiten: Ja / Nein / keine Angabe								
Freitext								
Informieren Sie die KESB aktiv darüber, ob eine Person mit FU Kinder hat?								
Antwortmöglichkeit: Ja immer / Ja meistens / Teilweise / fast nie / nie								
Rekrutierung Teilprojekt 3 (Fallvignetten)		x	x	x	x	x	x	x
Wären Sie bereit, im Rahmen eines telefonischen Gesprächs (ca. 45 Minuten) vertiefte Fragen zu Ihren Erfahrungen mit den Bestimmungen der FU in der Praxis zu besprechen?								
Antwortmöglichkeiten: Ja, gerne / Nein, lieber nicht								
Wenn ja: Bitte geben Sie unten an, wie wir Sie erreichen können (E-Mail und/oder Telefon). Ihre Daten werden anonym behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Es wird keine Verknüpfung geben zwischen Ihren gemachten Antworten und Kontaktdaten.								
E-Mail								
Telefon Nummer								
Name								