

Fürsorgerische Unterbringung in der Schweiz

Statistiken, Menschenrechtsfragen, Fallberichte und alternative Lösungen

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	5
2	Zusammenfassung der Fürsorgerischen Unterbringung	5
2.1	Definition	5
2.2	Voraussetzungen (Art. 426 Abs. 1 ZGB)	5
2.3	Zuständigkeit	5
2.4	Überprüfung und Rechte	5
2.5	Widerspruch zu geltenden Übereinkommen und Vorgaben	5
2.5.1	UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD/BRK)	6
2.5.2	Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Menschenrechte und psychische Gesundheit	6
3	Statistiken der Fürsorgerischen Unterbringung in Schweizer Psychiatrien	6
3.1	Rate fürsorgerischer Unterbringungen, 2023	6
3.2	FU nach Hauptdiagnosen und Alter, 2023	8
3.3	Dauer der Klinikaufenthalte bei Eintritt mit FU, 2023	9
4	Kantonale Verteilung und Unterschiede	9
4.1	Häufigkeit (FU-Rate)	9
4.2	Unterschiede bei Zwangsmassnahmen (ZM)	10
5	Problematik und Menschenrechtsverletzungen	10
5.1	Kritische Punkte	10
5.2	Gerichtsurteile und EMRK	10
5.3	Nationale Kommission zur Verhütung von Folter NKVF	10
5.3.1	Psychiatrische Dienste der Solothurner Spitäler, 21. und 22. Oktober 2024	11
5.3.2	Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden, 22. November 2022	12
5.3.3	Psychiatrie St. Gallen Nord, Standort Wil, 8. Februar 2022	12
5.4	Fallbeispiele	12
5.4.1	Herr D (akute Eigengefährdung)	12
5.4.2	Frau L (schwere Verwahrlosung)	13
5.5	Fallberichte und -geschichten	13
5.5.1	Ladina	13
5.5.2	Chrigu	13
5.5.3	Emilie Béatrix	13
5.5.4	Dominic Moser	13
5.5.5	Beat	13
5.5.6	Mauro	14
5.5.7	Irene	14
5.5.8	Onkel	14
5.5.9	Harald	14
5.5.10	Sarah	15
5.5.11	Johann	15
5.5.12	Fiona	15
5.5.13	Rita	15
5.5.14	Doktor	15
6	Alternative Lösungen, Empfehlungen	15
6.1	Alternative Lösungen	15
6.2	Leitlinien WHO und OHCHR	16
6.3	Empfehlungen der CCHR	17
7	Anhang	18
7.1	Statistik Zusatzmaterial	18

7.1.1	Tabelle 3: Anteil Fälle mit / ohne FU nach einweisender Instanz pro Kanton	18
7.1.2	Tabelle 4 (online): Hauptdiagnosekategorien mit und ohne FU pro Kanton	19
7.1.3	Tabelle 5: Aggressives, selbstschädigendes und Konsumverhalten (pro Kanton, Jahre 2016 bis 2019)	20
7.2	ANQ – das Kompetenzzentrum für Qualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken	20
7.2.1	Statistiken aus dem Fachbereich Psychiatrie, Kliniken der Akut- und Grundversorgung 2024 . .	20
7.2.2	Statistiken aus dem Fachbereich Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie 2024	21
8	Wer ist CCHR	22
8.1	Beschreibung	22
8.2	Anerkennungen	23

1. Einführung

Dieser Bericht gibt eine Übersicht über die Verwendung der "Fürsorgerischen Unterbringung"(FU) sowie psychiatrischer Zwangsmassnahmen in der Schweiz mit Statistiken, Untersuchungen der Nationalen Kommission zur Verhütung von Folter und Fallbeispielen von durch Zwangsmassnahmen traumatisierten Psychiatrie-Patienten.

Er gibt Hinweise auf die Menschenrechtsproblematik im Zusammenhang mit solchen Massnahmen, insbesondere deren Unvereinbarkeit mit der auf von der Schweiz ratifizierten Behindertenrechts-Konvention (CRPD / BRK)

Er verweist auf Lösungen, die das im Europarat zur Diskussion stehende Zusatzprotokoll zum Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (Öviedo-Konvention") obsolet machen.

2. Zusammenfassung der Fürsorgerischen Unterbringung

2.1. Definition

Die **Fürsorgerische Unterbringung (FU)**, früher **Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE)** genannt, ist eine tiefgreifende Massnahme in der Schweiz, die einen massiven Eingriff in die persönliche Freiheit darstellt. Sie ist in Art. 426 ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) geregelt.

Die FU erlaubt die Unterbringung oder Zurückbehaltung einer Person gegen oder ohne ihren Willen in einer Einrichtung (meist einer psychiatrischen Klinik, aber auch ein anderes Spital oder ein Pflegeheim) zur Behandlung oder Betreuung, wenn aus der **Sicht Dritter** die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erbracht werden kann (Ultima Ratio Prinzip).

2.2. Voraussetzungen (Art. 426 Abs. 1 ZGB)

Die Massnahme ist zulässig, wenn die betroffene Person:

- an einer **psychischen Störung** leidet,
- eine **geistige Behinderung** aufweist, oder
- **schwer verwahrlost** ist.

2.3. Zuständigkeit

Grundsätzlich ordnet die **Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB)** die FU an (Art. 428 ZGB).

Die Kantone können jedoch **Ärzte und Ärztinnen** bezeichnen, die eine FU für eine vom Kanton bestimmte Dauer (höchstens **sechs Wochen**) anordnen dürfen (Art. 429 ZGB). In vielen Kantonen ist dies der gängige Weg der Akuteinweisung.

2.4. Überprüfung und Rechte

Die betroffene Person oder eine ihr nahestehende Person kann jederzeit um **Entlassung ersuchen** (Art. 426 Abs. 4 ZGB).

Die KESB muss die FU regelmässig überprüfen (erstmalig innert sechs Monaten, dann nach weiteren sechs Monaten, danach jährlich) (Art. 431 ZGB).

Die zwangseingewiesene Person hat das Recht, eine **Vertrauensperson** zu bezeichnen (Art. 432 ZGB).

2.5. Widerspruch zu geltenden Übereinkommen und Vorgaben

2.5.1. UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD/BRK)¹

Unfreiwillige Behandlung und Unterbringung in der Psychiatrie sind nach der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD / BRK) verboten. Sie verletzen unter anderem die Rechte auf Nichtdiskriminierung, Rechtsfähigkeit, Freiheit und Sicherheit sowie Gesundheit. Die CRPD wurde von 46 der 47 Mitgliedstaaten des Europarats ratifiziert, so auch von der Schweiz.

2.5.2. Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Menschenrechte und psychische Gesundheit

Die WHO hat zusammen mit dem UNO Hochkommissariat für Menschenrechte Leitlinien und Standards zur psychischen Gesundheit formuliert, die den respektvollen und menschenwürdigen Umgang mit Menschen, die psychische Erkrankungen haben, betonen. Diese beinhalten das **Recht auf Selbstbestimmung** und das **Recht auf Inklusion**.

Diese Standards betonen, dass der **respektvolle Umgang** mit den Rechten von Menschen mit psychischen Erkrankungen von entscheidender Bedeutung ist.

Siehe dazu Kapitel 6.2

3. Statistiken der Fürsorgerischen Unterbringung in Schweizer Psychiatrien

3.1. Rate fürsorgerischer Unterbringungen, 2023²

Anzahl Fälle pro 1000 Einwohner/innen

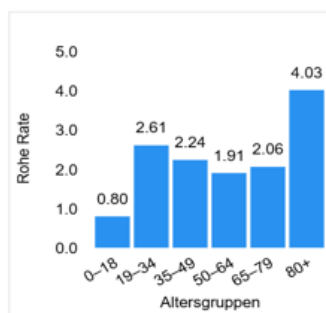
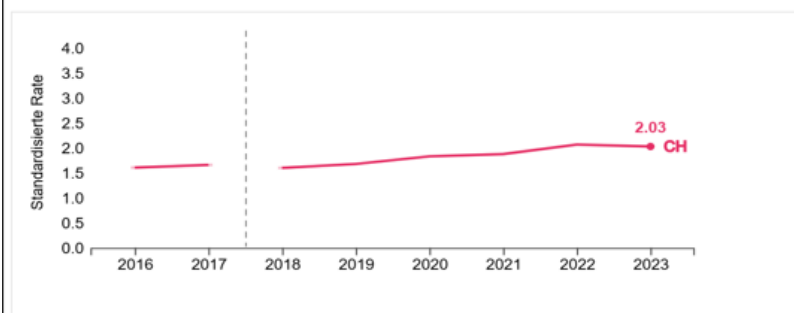
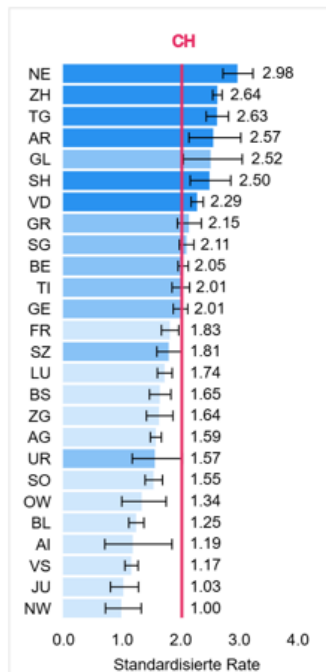
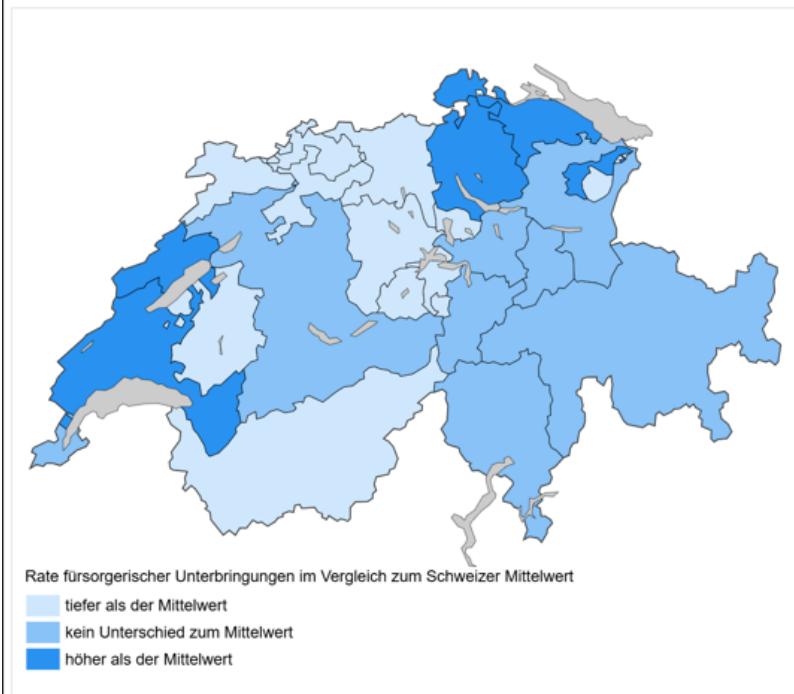
¹<https://www.ebgb.admin.ch/de/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinderungen>

²<https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/fuersorgerische-unterbringung-in-schweizer-psychiatrien>

Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien

Rate fürsorgerischer Unterbringungen

Anzahl Fälle pro 1000 Einwohner/innen, standardisierte Rate
2023 – Total



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)
Die Daten sind mit dem 95% Vertrauensintervall dargestellt. Der Bereich innerhalb der Fehlerbalken enthält mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% den tatsächlichen Wert in der Bevölkerung. Die standardisierten Raten basieren auf der europäischen Standardpopulation 2010.
2012 (Einführung SwissDRG) und 2018 (Einführung von TARPSY) werden die Fälle neu definiert.
Ein Leistungserbringer hat die Angaben zu den fürsorgerischen Unterbringungen für das Jahr 2023 nachträglich korrigiert. Diese Korrektur wurde in den Auswertungen des Obsan berücksichtigt.
Die Daten 2016 stimmen zum Teil nicht mit den Ergebnissen des Obsan Bulletins 2/2018 «Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien» überein (vgl. Erratum, Juni 2019).

Erstellt am: 21.10.2025, 14:52:00

<https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/fuersorgerische-unterbringung-in-schweizer-psychiatrien>

3.2. FU nach Hauptdiagnosen und Alter, 2023³

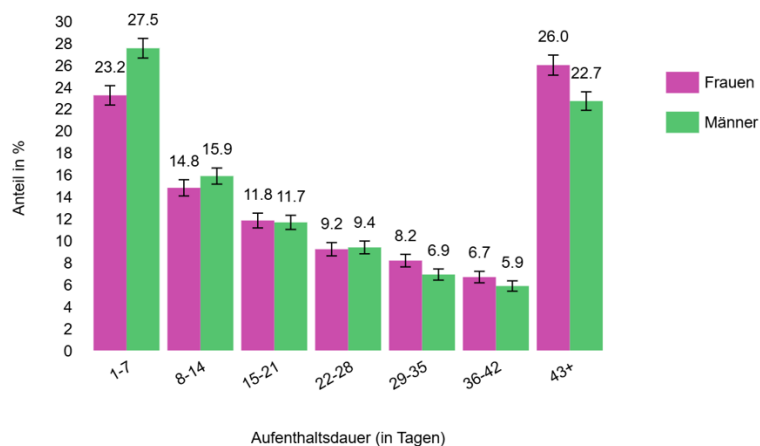


³<https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/fuersorgerische-unterbringung-in-schweizer-psychiatrien>

3.3. Dauer der Klinikaufenthalte bei Eintritt mit FU, 2023⁴

Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien Dauer der Klinikaufenthalte bei Eintritt mit fürsorgerischer Unterbringung

2023



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

Die Dauer bezieht sich auf den gesamten Klinikaufenthalt der betroffenen Person, nicht auf die Dauer der fürsorgerischen Unterbringung. 2012 (Einführung SwissDRG) und 2018 (Einführung von TARPSY) werden die Fälle neu definiert.

Ein Leistungserbringer hat die Angaben zu den fürsorgerischen Unterbringungen für das Jahr 2023 nachträglich korrigiert. Diese Korrektur wurde in den Auswertungen des Obsan berücksichtigt.

Erstellt am: 21.10.2025, 14:38:57

<https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/fuersorgerische-unterbringung-in-schweizer-psychiatrien>

4. Kantonale Verteilung und Unterschiede

Die Umsetzung und Häufigkeit der FU variiert stark zwischen den Kantonen. Diese Unterschiede sind hauptsächlich auf die Ausgestaltung der kantonalen Gesetze und die Strukturen im Gesundheitswesen zurückzuführen.

4.1. Häufigkeit (FU-Rate)

Im Jahr 2022 wurden in der Schweiz über **18'367 Personen** mit einer FU in eine psychiatrische Klinik eingewiesen, was einer Rate von durchschnittlich **2,07 Einweisungen pro 1000 Einwohner*innen** entspricht.

Die Raten variieren kantonal **massiv**, beispielsweise zwischen 0,8 und 2,8 pro 1000 Einwohner*innen.

Beispiele für Unterschiede in der Zuständigkeit:

Im **Kanton Baselland (BL)** können **nur die KESB** die FU anordnen (eher niedrige FU-Raten beobachtet).

Im **Kanton Zürich (ZH)** können alle zur Berufsausübung in der Schweiz befugten **Ärzte und Ärztinnen** eine FU anordnen.

Im **Kanton Waadt (VD)** kann eine FU (PLAFA) von der KESB (Friedensrichteramt) oder von Hausärzten, Notärzten (einschliesslich SMUR/REMU/REGA), Kinderärzten, Kinder-/Jugendpsychiater und vom Kantonsarzt beauftragte Ärzte, die über eine vom Departement für Gesundheit und Soziales (DSAS) ausgestellte Zulassung zur Ausübung ihrer Tätigkeit unter eigener beruflicher Verantwortung verfügen, ausgesprochen werden.

Im **Kanton Freiburg (FR)** kann neben der Erwachsenenschutzbehörde auch ein in der Schweiz praktizierender Arzt oder eine in der Schweiz praktizierende Ärztin in dringenden Fällen eine FU anordnen, wenn die betroffene Person unter

⁴<https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/fuersorgerische-unterbringung-in-schweizer-psychiatrien>

psychischen Störungen leidet.

4.2. Unterschiede bei Zwangsmassnahmen (ZM)

Auch die Anwendung von Zwangsmassnahmen (ZM) innerhalb der Kliniken im Rahmen einer FU unterscheidet sich kantonal:

Der Anteil der Fälle mit mindestens einer Zwangsmassnahme variiert ebenfalls stark.

Isolation (Einschliessen in einem dafür vorgesehenen Raum) ist die häufigste ZM.

Im **Kanton Tessin (TI)** beispielsweise werden in der psychiatrischen Klinik tendenziell **häufiger Zwangsmedikationen** angewandt, während **Fixierungen und Isolationen seltener** durchgeführt werden. Im Gegensatz dazu werden in anderen Kantonen (z.B. BL) Isolationen und Fixierungen vergleichsweise häufiger eingesetzt.

In der Schweiz werden laut dem Kompetenzzentrum für Qualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken (ANQ) täglich durchschnittlich hundert Zwangsmassnahmen wie Sedierungen, physische und mechanische Fixierungen sowie Isolierungen in geschlossenen Räumen durchgeführt. In den Schweizer Psychiatrien wurde 2022 jeder zehnten Person mindestens eine freiheitsbeschränkende Massnahme verordnet.

5. Problematik und Menschenrechtsverletzungen

Jede FU ist ein schwerwiegender Eingriff in die **persönliche Freiheit** (Art. 10 BV) und in das **Recht auf Freiheit und Sicherheit** (Art. 5 EMRK). Die Problematik liegt in der Spannung zwischen dem Schutzbedürfnis der Person und der Wahrung ihrer Grundrechte. Siehe dazu auch Kapitel 2.5

5.1. Kritische Punkte

Ultima Ratio: Trotz des gesetzlichen Prinzips, die FU nur als letztes Mittel einzusetzen, ist die Einweisungsrate in der Schweiz im internationalen Vergleich hoch.

Traumatisierung und Negative Bewertung: Viele Betroffene erleben die unfreiwillige Einweisung und erlebte Zwangsmassnahmen (z.B. Zwangsmedikation, Fixierung) als **traumatisch**, negativ oder als ungerechtfertigten Eingriff, der keinen therapeutischen Nutzen brachte. Siehe dazu Kapitel 5.5

Mangelhafte Alternativen: Das Fehlen eines flächendeckenden, genügend breiten ambulanten Angebots wie auch mangelnde in der notwendigen Vorgehensweisen ausgebildete Ressourcen führt dazu, dass die FU in der Praxis oft nicht als letzte, sondern als einzige verfügbare Massnahme durchgesetzt wird.

Fehlende Daten: Es gibt keine vollständige und einheitliche nationale Statistik über FU und Zwangsmassnahmen, was die Überwachung und Kontrolle erschwert.

5.2. Gerichtsurteile und EMRK

Der **Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR)** hat die Schweiz in verschiedenen Fällen verurteilt, da die FU oder damit verbundene Massnahmen gegen die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) verstossen haben.

Unzureichende gesetzliche Grundlage: Beispielsweise wurde eine FU ausschliesslich aufgrund von Fremdgefährdung in einer Justizvollzugsanstalt als Verletzung von Art. 5 EMRK (Recht auf Freiheit) angesehen, da die FU primär auf psychische Störung oder schwere Verwahrlosung abzielt, die eine Behandlung/Betreuung erfordert.

5.3. Nationale Kommission zur Verhütung von Folter NKVF

Die NKVF „überprüft regelmässig die Situation von Personen im Freiheitsentzug und besucht regelmässig alle Orte, an denen sich Personen im Freiheitsentzug befinden oder befinden könnten.“ Dies umfasst neben Gefängnissen und anderen Einrichtungen des Justizvollzugs auch Psychiatrien und Altersheime. Zu diesen Überprüfungen verfasst die Kommission

Berichte, welche ihre Feststellung und Empfehlungen enthalten.

Nachfolgend einige Auszüge aus Berichten im Zusammenhang mit der „Fürsorglichen Unterbringung“ in Psychiatrien.

5.3.1. Psychiatrische Dienste der Solothurner Spitäler, 21. und 22. Oktober 2024⁵

Unfreiwillig «freiwillig» «Es kommt vor, dass Personen von der Kantonspolizei Solothurn direkt in die Klinik gebracht werden und anschliessend die Psychiatrischen Dienste Solothurn eine ärztliche Zurückbehaltung für freiwillig eingetretene Patientinnen und Patienten verfügen. Nach Einschätzung der Kommission entspricht dieses Vorgehen nicht den Vorgaben des Erwachsenenschutzrechts, da die betroffenen Personen nicht freiwillig eingetreten sind.»

Verdeckte Medikamentenabgaben Im Bericht werden drei verdeckte Medikamentenabgaben erwähnt, d.h. die Medikamente wurden der Patientin oder dem Patienten ohne deren Wissen verabreicht. Dies geschah mittels einer Verfügung unter Verweis auf einen Behandlungsplan, welcher jedoch ohne Einbezug der Patientin oder des Patienten bzw. deren Angehörigen erstellt wurde. Dazu schreibt die NKVF:

«Jede Behandlung ohne Zustimmung oder Behandlung im Notfall stellt einen schweren Eingriff in die körperliche und psychische Integrität dar, die durch das Recht auf persönliche Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV) geschützt ist. Ein solcher Eingriff ist nur unter den Voraussetzungen des Erwachsenenschutzrechts zulässig. Unter anderem muss die Behandlung notwendig sein. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) beurteilt unfreiwillige Behandlungen, die nicht notwendig sind, als unmenschlich oder erniedrigend im Sinne von Art. 3 EMRK. Eine Behandlung ohne Zustimmung (Art. 434 ZGB) muss im Behandlungsplan vorgesehen sein und kaderärztlich sowie schriftlich in Form einer Verfügung angeordnet werden. Darüber hinaus muss die Verfügung eine Rechtsmittelbelehrung enthalten, die der betroffenen Person und einer Vertrauensperson auszuhändigen ist.»

Weitere Unregelmässigkeiten «Mehrere Behandlungen ohne Zustimmung (Art. 434 ZGB) wurden laut Überprüfung der Dossiers und Gesprächen mit Mitarbeitenden unter Verwendung von Depotmedikation durchgeführt, häufig in Kombination mit einer Mehrpunkte-Fixierung. Die angewendete Depotmedikation wirkt bei intramuskulärer Verabreichung bis zu mehreren Wochen und kann mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden sein. Gemäss elektronischem Patientensystem kam es ausserdem zu einigen notfallmässigen Behandlungen (Art. 435 ZGB) mit einer Medikation, deren Wirkung mehrere Tage anhält.

«Bei Behandlungen ohne Zustimmung und notfallmässigen Behandlungen sind ausschliesslich zugelassene und bewährte Medikamente in der Regel mit kurzer Wirkungsdauer einzusetzen. Den potenziellen Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen, insbesondere, wenn diese in Kombination mit Fixierungen oder Isolationen angewendet werden. Den zwangsweisen Einsatz von Depotmedikation, die über mehrere Tage oder sogar Wochen wirkt, beurteilt die Kommission als problematisch. Er kann einen unverhältnismässigen Eingriff in das Recht auf körperliche und psychische Integrität darstellen.»

Fixierungen Im Bericht werden häufige, oft stundenlange Fixierungen von Demenzpatienten erwähnt:

«Die Delegation stellte fest, dass auf der Station D0 an acht der 17 Betten Fixierungsmaterial angebracht war. Laut Dokumentationssystem wurden während des aktuellen Aufenthalts zehn von siebzehn Patientinnen und Patienten mindestens einmal fixiert – oft jedoch mehrfach und über längere Zeiträume. Eine einzelne Fixierung dauerte in der Regel mehrere Stunden und wurde unter Umständen als wiederholte Massnahme über mehrere Tage, in einigen Fällen sogar Wochen, eingesetzt. Einzelne Patientinnen und Patienten wurden bis zu 20 Stunden pro Tag in ihrem Bett und Lehnstuhl fixiert.»

[...]

«Die äusserst häufige Anwendung von Fixierungen wie Bauchgurt mit Beinmanschette oder Lehnstuhl mit Tischchen über mehrere Stunden wiederholt über mehrere Tage oder sogar Wochen bei demenzerkrankten Patientinnen und Patienten ist nach Einschätzung der Kommission unverhältnismässig und kann eine unmenschliche Behandlung darstellen. Unzureichende personelle Ressourcen können niemals eine Rechtfertigung für Fixierungen sein.»

⁵Bericht der Nationalen Kommission zur Verhütung von Folter (NKVF) an den Regierungsrat des Kantons Solothurn über den Besuch der Psychiatrischen Dienste der Solothurner Spitäler 21. und 22. Oktober 2024; Bern, 1. April 2025

Isolationen Die Klinik hat gemäss Bericht Patientinnen und Patienten teilweise über mehrere Tage isoliert gehalten:

«Laut Dokumentationssystem waren die aktuellen Patientinnen und Patienten in einem Fall vier Tage, in drei Fällen fünf Tage, in einem Fall sechs Tage und in einem weiteren Fall sieben Tage isoliert. Am Besuchstag befand sich ein Patient bereits seit neun Tagen in Isolation, wobei diese für zwei Tage unterbrochen wurde. Weitere Patientinnen und Patienten berichteten, dass sie teilweise mehrere Tage isoliert waren. Laut Mitarbeitenden können Isolationen zwischen 15 Minuten und zehn Tagen dauern, in Ausnahmefällen auch länger.»

«Eine Nachbesprechung der Isolation erfolgte nicht systematisch, sondern nur auf Wunsch der Patientin oder des Patienten. Nach der Aufhebung von Zwangsmassnahmen, einschliesslich einer Isolation, sollte eine Nachbesprechung stattfinden, um die Gründe zu erläutern, Traumatisierungen zu reduzieren und das Vertrauen wiederherzustellen.»

5.3.2. Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden, 22. November 2022⁶

Der Bericht dieser Psychiatrie fällt besser aus als der obige. Dennoch wurden auch hier viele Isolationen durchgeführt, nämlich im Jahr 2020 660, im Jahr 2021 641 und im Jahr 2022 bis zum Zeitpunkt des Besuches 681. Allerdings sind Massnahmen wie, die Person im Zimmer einzuschliessen, dabei nicht erfasst, da dies unter „bewegungseinschränkende Massnahmen“ fällt. Dazu gehören auch Aufenthalt im Sicherheitsbereich, Tischli am Stuhl⁷, Zewi Decke⁸, Alarmmatte⁹ und Bettgitter. Eine einmalige Anordnung von bewegungseinschränkenden Massnahmen von *bis zu vier Wochen* durch eine leitende Ärztin oder einen leitenden Arzt ist möglich.

Zudem gab es im Jahr 2020 19 Fixierungen, im Jahr 2021 46 Fixierungen, und im Jahr 2022 wurden bis zum Zeitpunkt des Besuches 21 Fixierungen durchgeführt.

5.3.3. Psychiatrie St. Gallen Nord, Standort Wil, 8. Februar 2022¹⁰

Fixierungen «Die Delegation überprüfte die Unterlagen zu Fixierungen. Die Klinik verwendet 3- oder 5 Punkt-Fixierungen. 2022 (bis am Tag des Besuches) wurden 13 Fixierungen erfasst. Im Jahr 2021 waren es 137 Fixierungen und im Jahr 2020 151 Fixierungen. Im Jahr 2021 wurden gemäss erhaltenen Statistiken 16 Personen während mehreren Tagen (mit Unterbrechung) fixiert. Nach Angaben der ärztlichen Leitung werden z. T. Fixierungen in der Akutpsychiatrie und im Notfall aus Sicherheitsgründen angewendet, das heisst aufgrund fehlender Personalressourcen, um mit robusten und agitierten Patientinnen und Patienten umzugehen.»

Isolierungen «Der Kommission fielen in den Statistiken mehrere Fälle von Isolierungen auf, welche länger als 24 Stunden dauerten.»

5.4. Fallbeispiele

5.4.1. Herr D (akute Eigengefährdung)

Herr D leidet unter Wahnvorstellungen und droht mit Suizid. Anstelle eines FU hätte ein mobiles Krisenteam Herrn D sofort aufsuchen sollen, das durch intensive, vertrauensbildende Massnahmen eine Behandlung im häuslichen Umfeld ermöglicht hätte.

⁶Bericht an den Regierungsrat des Kantons Appenzell Ausserrhoden betreffend den Besuch der Nationalen Kommission zur Verhütung von Folter (NKVF) im Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden vom 22. November 2022

⁷Es handelt sich dabei um eine Vorrichtung, die verhindert, dass der Patient den Stuhl oder den Sitzbereich verlässt, weil sie ihm eine gewisse Bewegung einschränkt. Der Tisch kann entweder fest am Stuhl montiert oder verschiebbar sein, sodass er in bestimmten Situationen den Zugang oder das Verlassen des Stuhls erschwert.

⁸Mit einer Zewi-Decke (Fixierlaken) wird die Person ans Bett fixiert, kann aber ihren Oberkörper frei bewegen. Bsp: <https://tetcon-ge.com/de/product/pflegedecke-sicherheit/>

⁹Löst einen Alarm aus, wenn die Person sie betritt. Sie ermöglicht es, dass Patienten ohne physische Fixierung überwacht werden können

¹⁰Bericht an den Regierungsrat des Kantons St. Gallen betreffend den Besuch der Nationalen Kommission zur Verhütung von Folter in der Psychiatrie St. Gallen Nord, Standort Wil vom 8. Februar 2022

5.4.2. Frau L (schwere Verwahrlosung)

Frau L leidet unter exzessivem Alkoholkonsum. Ihre Wohnung ist verwahrlost, sie bedroht ihre Nachbarn. Es besteht keine akute Lebensgefahr, aber eine massive soziale und gesundheitliche Verschlechterung. **Ambulant-intensive Case Manager** (z.B. **ACT¹¹-Teams**) sollten mit ihr zusammenarbeiten, um die Verwahrlosung zu reduzieren und das soziale Umfeld zu stabilisieren, **bevor** ein Freiheitsentzug in Betracht zu ziehen ist.

5.5. Fallberichte und -geschichten

Dass Menschen diese «Behandlungen» als traumatisierend erleben, zeigen folgende Fallgeschichten, welche entweder aus den Medien stammen oder von durch CCHR betreuten Personen.

5.5.1. Ladina

Über "Ladina" wurde im SRF detailliert berichtet. Obwohl die junge Frau nicht gegen psychiatrische Behandlung war, hat diese "Fürsorgliche Unterbringung" sie zu tiefst traumatisiert. Siehe Link zur Dokumentation in der Fussnote¹²

5.5.2. Chrigu

In der gleichen Dokumentation wird über den eigentlich freiwillig eingetretenen Chrigu berichtet, dessen Eintritt in eine FU umgewandelt wurde, damit man ihn unter Zwang fixieren konnte. Sechs Tage war er am Bett fixiert. Sein Fazit: „Man kann eigentlich sagen: Ich bin geschädigter rausgekommen, als ich in die Klinik rein bin.“

5.5.3. Emilie Béatrix

Auszug aus einem Artikel der Zeitung „Le Temps“ vom 16. März 2024¹³: „Innerhalb von vier Jahren wurde sie neun Mal für Zeiträume zwischen fünf Tagen und fünf Monaten in verschiedenen öffentlichen und halböffentlichen Einrichtungen im Kanton Waadt in die Psychiatrie eingewiesen. Während dieser Aufenthalte werden Zwangsmassnahmen angewendet. Emilie Béatrix möchte sich erinnern und Zeugnis ablegen... Sie erzählt detailliert von den Gurten, die ihre Handgelenke einschneiden, und von der Angst, berührt zu werden, von den Medikamenten, die sie „einsperren“, von den Tagen ihres Lebens, die ihr in der Isolationszelle „gestohlen“ wurden.“

5.5.4. Dominic Moser

Auszug aus demselben Artikel: „Am Anfang war es sehr gewalttätig. Bei meiner Ankunft im Krankenhaus wurde ich von Sicherheitsbeamten zu Boden gedrückt, ich schrie laut, wehrte mich, bekam eine Spritze und wurde in einen Sicherheitsraum gebracht. Ich war verloren und fühlte mich ihnen völlig ausgeliefert.“

5.5.5. Beat

Dies ist ein Auszug aus einem Bericht eines Mannes über seinen autistischen Bruder (Name bekannt), der in einer psychiatrischen Klinik lebt:

"Beim ersten Besuch fand ich meinen Bruder eingeschlossen, (Tag und Nacht) ohne Bezugsperson, vereinsamt, vollgestopft mit Medikamenten, verwahrlost, verschmutzt einem Raum ohne Möbel (Matratze, Stuhl, Tisch alles aus Schaumstoff)

SSSeither besuche ich meinen Bruder regelmässig. Er ist immer eingesperrt. Immer wieder.

¹¹ACT = Assertive Community Treatment; das ACT-Modell ist ein intensiv aufsuchendes Behandlungskonzept für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

¹²<https://www.srf.ch/news/schweiz/missstaende-in-der-psychiatrie-sechs-tage-festgebunden-und-mit-medikamenten-ruhiggestellt>

¹³<https://www.letemps.ch/sciences/sante/je-ne-me-suis-pas-sentie-soignee-mais-soumise-en-hopital-psychiatrique-le-douloureux->

Es ist nur eine WC-Schüssel, kein Lavabo um sauberes zu Wasser trinken. Da Beat Durst hat (Medikamente) zieht er sein T-Shirt aus und steckt es ins WC, um das Wasser auszusaugen. Er hat verkotete Fingernägel, das WC ist nicht gespült, somit hat er kein sauberes Trinkwasser zur Verfügung. Auch kein WC-Papier ist vorhanden. "

5.5.6. Mauro

Mauro (richtiger Name bekannt) schreibt Folgendes über seine Zwangseinweisung:

"Vor einem Jahr wurde ich von der Polizei in ... (Klinik) eingewiesen. Ich wurde wie der letzte Dreck behandelt, sie haben mich ins Iso gesperrt, weil ich eine laute Stimme hatte, vollgepumpt mit Medikamenten. "

Er schreibt weiter, dass er mit Medikamenten abgefüllt wurde, die ihn aggressiv machten. Nach einer Verlegung in eine andere Klinik musste er wieder gegen seinen Willen eine Hand voll Psychopharmaka einnehmen und eine Stunde auf einem Stuhl warten, damit er die Medikamente nicht erbrechen würde. Die Pfleger standen um ihn herum und zwangen ihn, die Medikamente zu nehmen, ansonsten würde er sie gespritzt erhalten.

5.5.7. Irene

In einem Bericht über das Erlebte in der Psychiatrie schreibt Irene (richtiger Name bekannt) Folgendes:

Im Verlauf dieser Therapie musste ich enormen Zwang ertragen, Abwertung, Diskriminierung, eine psychiatrische Knebelung mit Folgen. Ich bewerte dies schon seit langen als Grenzüberschreitung und missbräuchliches Verhalten. Ein Intelligenztest unter einem Medikament (ich konnte nicht einmal die einfachsten Fakten erinnern). Ich wurde oft angeschrien und eingeschüchtert. Bei einer Zwangseinweisung wurde mir vor dem Gerichtstermin ein Medikament verabreicht, das extrem dumm macht. "

5.5.8. Onkel

"Bei meinem Besuch hat eine Pflegerin auf meine Frage, ob er (Onkel) Medikamente bekäme, geantwortet: Psychopharmaka. Auf meine Frage ob er Medikamente nehmen müsste hat mein Onkel mit 5 geantwortet.

"Beim Besuch am Sonntag haben ich und meine Begleitung gesehen, dass er auf der linken Körperseite vorne Schmerzen haben muss. Ich habe ihn gefragt, ob er Schmerzmittel nehmen müsse. Er hat uns gesagt, dass er nichts sagen würde, da er sonst noch mehr Medikamente nehmen müsse. "

5.5.9. Harald

Ich wurde in die Klinik eingeliefert. Es war mir nicht möglich, meine eigene Krankengeschichte zu liefern, alle Hintergrundinformationen wurden von meiner Ex-Frau gegeben. Zu keinem Zeitpunkt vor oder während der Behandlung hat die Klinik meinen langjährigen Psychiater oder meinen Hausarzt kontaktiert. Alle Behandlungsentscheidungen, einschliesslich der Empfehlung zur EKT, wurden von den-Ärzten getroffen, die mich vor der Einweisung nicht kannten und mich nur zweimal kurz gesehen hatten. Die EKT wurde erstmals unmittelbar nach einem Gespräch über die mir auferlegten Bewegungseinschränkungen und meinen ausdrücklichen Wunsch, die Klinik zu verlassen, während der ersten Visite des leitenden Psychiaters vorgeschlagen.

"Die einzige Besprechung für eine spezifische EKT-Einwilligung fand statt, während ich stark sediert und passiv war (wie in der Krankenakte vermerkt), ohne Bewertung meiner Entscheidungsfähigkeit und ohne individualisierte Risikoaufklärung. Eine erste bifrontale EKT wurde verabreicht, und die Bewegungseinschränkungen wurden am selben Tag aufgehoben. Als schwere Nebenwirkungen auftraten, baten sowohl meine Familie als auch ich darum, die EKT abzubrechen, aber der leitende Psychiater drängte uns zur Fortsetzung.

"Trotz der Schwere meiner Nebenwirkungen wurden keine Anpassungen der Behandlung oder Sicherheitsmassnahmen vorgenommen. Obwohl ich die Erinnerung an die Einweisung, die Zustimmung zur EKT oder sogar den Grund für die EKT vollständig verloren habe, wurde die Zustimmung nicht erneuert, und es wurde auch keine Erklärung oder Rechtfertigung für die Fortsetzung der Behandlung gegeben. "

5.5.10. Sarah

Sarah wurde mit fürsorglicher Unterbringung in ein Heim eingewiesen. Diese FU beinhaltet ebenfalls ein Besuchsverbot von Angehörigen. Die Frau wollte ihre Familie sehen und wurde durch die Isolation in einen Zusammenbruch getrieben. Sie verlor ihre Bezugspersonen während dem Aufenthalt und musste hospitalisiert werden. Die FU wurde ohne Zuzug ihrer therapeutischen Vertreter aus der Familie eigenmächtig von der Erwachsenen und Kinderschutzbehörde, durch Anweisung von einem Bürotisch aus, initiiert.

5.5.11. Johann

Johann hatte körperliche Probleme wie Schlaflosigkeit, Atemnot und Übergewicht und suchte Hilfe in einer psychosomatischen Klinik. Er hat in seinem Leben nie psychotrope Medikamente eingenommen. Die Behandlung war schleppend und nicht erfolgreich und endete mit einer Zwangsmedikation von Psychopharmaka. Die Dosis wurde während 3-4 Wochen fortlaufend erhöht. Er sollte in eine Psychiatrie eingeliefert werden wobei er sich unvermittelt in der Klinik von einem Balkon zu Tode stürzte.

5.5.12. Fiona

Fiona wurde in einem Krisenfall in eine Psychiatrie eingewiesen. Als Lösung wurde eine Notfallbehandlung verordnet und durchgeführt mit psychotropischen als auch alternativen Medikamenten. Die Zwangsbehandlung war einmalig und notfallmässig angeordnet worden. Während der fürsorglichen Unterbringung wurden jedoch vom Oberarzt zeitlich unbegrenzte Massnahmen angeordnet mit Nennung der Massnahmegründe und Massnahmeziele, ohne jedoch die Art der Massnahmen selbst zu deklarieren; ein Blankocheck für unrechtmässige Behandlungen während der FU. Die Patientin gelangte bis vor das Schweizerische Bundesgericht, welches ihr Recht gab und die Massnahme aufhob.

5.5.13. Rita

Rita wurde mit fürsorglicher Unterbringung in eine Privatklinik eingewiesen. Sie wurde zwangsmediziert mit vor allem Lithium haltigen Präparaten. Die Frau wollte als Sängerin eher konstruktive oder Gesprächs-Therapien machen. Die erzwungene Medikation führte zu einer vollkommenen Verblödung. Das Tragische ist ihre Herkunft: familiär ist sie mit dem bekannten Psychotherapeuten C.G. Jung verbunden. Jung hat Medikation gegenüber psychotherapeutischer Behandlung klar abgelehnt. Die FU verhinderte eine solche Behandlung.

5.5.14. Doktor

Dass die «fürsorgliche Unterbringung» auch als Missbrauchsinstrument dienen kann, zeigt die folgende, wahrscheinlich bekannt Geschichte:

Eine öffentliche Person, ein praktizierender Arzt, vertrat während der Corona-Pandemie eine differenzierte Meinung, welche aus heutiger, nachträglicher Sicht durchaus als korrekt bezeichnet werden kann. Während der Pandemie hat er seine Meinung in emotionalem Ton verbreitet. Er wurde von der Polizei per fürsorglicher Unterbringung in eine Psychiatrie eingewiesen. Auch wenn die Einweisung unmittelbar aufgehoben wurde: hier wurde die FU als Mittel für die Durchsetzung eines offiziellen Narrativs verwendet.

6. Alternative Lösungen, Empfehlungen

6.1. Alternative Lösungen

Folgende alternative und präventive Ansätze sind möglich:

Ausbau der ambulanten und aufsuchenden Versorgung:

Ein dichtes Netz an ambulanten, teilstationären und aufsuchenden Angeboten (**Home Treatment**), das frühzeitig Unterstützung bietet und Hospitalisierungen vermeiden hilft.

Kriseninterventionszentren/Peers:

Einsatz von **Krisen- oder Care-Teams** mit interprofessionellen Fachpersonen und **Genesungsbegleitenden (Peers)**, die selbst psychiatrische Krisen erlebt haben, zur Deeskalation und Erstbeurteilung.

Krisenpläne/Patientenverfügung:

Frühe Erstellung von **Behandlungsvereinbarungen und Krisenplänen** (z.B. **Ulysses-Vereinbarung**¹⁴), in denen Betroffene in Phasen der Urteilsfähigkeit Wünsche für künftige Krisensituationen festhalten.

Deeskalationsschulungen:

Regelmässige Schulungen des Fachpersonals in **Deeskalation und Aggressionsmanagement** sowie die Implementierung von komplexen Interventionen wie **Safewards**.

6.2. Leitlinien WHO und OHCHR¹⁵

Im Oktober 2023 veröffentlichten die WHO und das UNO Hochkommissariat für Menschenrechte (OHCHR) die "*Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*", siehe auch Kapitel 2.5.2. Nachfolgend der Text bei der Bekanntgabe der Veröffentlichung (Hervorhebungen durch die Autoren dieses Berichts):

"Die psychische Gesundheit wird zunehmend zu einer Priorität der öffentlichen Gesundheit und zu einem Gebot der Menschenrechte, und immer mehr Staaten wollen Gesetze zur psychischen Gesundheit erlassen oder reformieren. **Allerdings gehen die Gesetze zur psychischen Gesundheit derzeit häufig nicht gegen Diskriminierung und Menschenrechtsverletzungen vor, auch nicht in Einrichtungen der psychosozialen Versorgung.** Um die Länder in diesem Bereich zu unterstützen, haben die Weltgesundheitsorganisation und das UNO Hochkommissariat für Menschenrechte gemeinsam die Veröffentlichung "*Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*" erarbeitet.

In den Leitlinien werden neue Ziele für die Gesetzgebung vorgeschlagen, darunter ein klarer Auftrag an die psychosozialen Gesundheitssysteme, einen rechtbasierten Ansatz zu verfolgen. Sie skizzieren gesetzliche Bestimmungen, die erforderlich sind, um die Deinstitutionalisierung und den Zugang zu qualitativ hochwertigen, personenzentrierten gemeindenahen psychosozialen Diensten zu fördern. Sie zeigen auf, wie Gesetze gegen Stigmatisierung und Diskriminierung vorgehen können, und **bietet konkrete Massnahmen zur Beseitigung von Zwang in psychosozialen Diensten zugunsten von Praktiken, die die Rechte und die Würde der Menschen achten.**

"Die Leitlinien enthalten auch wichtige Informationen darüber, wie bei der Überprüfung, Verabschiedung, Umsetzung und Bewertung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit ein menschenrechtsbasierter Ansatz verfolgt werden kann, sowie eine praktische Checkliste, anhand derer die Staaten prüfen können, ob ihre Gesetze mit den geltenden Menschenrechtsstandards übereinstimmen."

Diese Leitlinien richten sich an Gesetzgeber, Entscheidungsträger und Fachleute, die mit Gesetzgebung und psychischer Gesundheitsversorgung befasst sind. Sie können auch für Personen nützlich sein, die in verwandten Bereichen tätig sind, wie beispielsweise Einrichtungen der Vereinten Nationen, Beamte, Menschen mit psychischen Störungen und psychosozialen Behinderungen sowie deren Familienangehörige, Berufsverbände, zivilgesellschaftliche Organisationen usw.

Einige Gesetzesvorschläge aus diesen Leitlinien:

- Die Anwendung von Zwangsmassnahmen im Gesundheitswesen ist verboten. Dazu gehören medizinische und nicht-medizinische Eingriffe ohne freie und informierte Einwilligung, die Verwendung von Isolationsräumen, chemische und physische Fixierungen sowie Einschränkungen der Bewegungsfreiheit.
- Es ist verboten, Menschen mit psychischen Störungen oder psychosozialen Behinderungen innerhalb der Gemeinschaft zu fesseln, anzuketten, zu isolieren, einzuschränken oder ihnen in irgendeiner anderen Form Gewalt oder Missbrauch anzutun. Die lokalen Behörden führen Sensibilisierungskampagnen durch und fördern die Zusammenarbeit mit Organisationen und Führungskräften der Gemeinschaft, um diese Praktiken zu beseitigen.

¹⁴Eine präventive Massnahme, bei der eine Person in der Gegenwart Entscheidungen trifft, um zukünftige, impulsive oder unüberlegte Handlungen zu verhindern, die möglicherweise gegen ihre langfristigen Ziele oder Interessen sprechen.

¹⁵<https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>, abgerufen am 4.11.2025

- Bestehende Einrichtungen müssen ihre Aktivitäten neu ausrichten, um die Deinstitutionalisierung zu erleichtern und, bis zu ihrer endgültigen Ersetzung, die Autonomie und Wahlfreiheit der Bewohner wiederherzustellen, sowie die Ziele und Grundsätze einer personenzentrierten und rechtsbasierten Unterstützung durch die Gemeinschaft gewährleisten.

Die Publikation (in englisch) kann unter dem in der Fussnote angegebenen Link heruntergeladen werden.

Pro Mente Sana offeriert eine Teilübersetzung auf Deutsch¹⁶, verfügbar über den in der Fussnote angegebenen Link.

6.3. Empfehlungen der CCHR

Die Citizens Commission on Human Rights betont die dringende Notwendigkeit, einen menschenrechtsbasierten Ansatz für die psychische Gesundheit als grundlegendes Element des Rechts auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit gemäss den internationalen Menschenrechtsgesetzen zu verfolgen.

Die Citizens Commission on Human Rights empfiehlt in Übereinstimmung mit den Empfehlungen des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte¹⁷, dass der Bundesrat:

- sicherstellt, dass die Bundesgesetzgebung zur psychischen Gesundheit vollständig mit den internationalen Menschenrechtsnormen und -standards vereinbar ist. Die Reform und Harmonisierung der Gesetzgebung sollte als Mittel zur Förderung der Ausübung von Rechten und der sozialen Inklusion dienen.
- die vorrangige Verabschiedung rechtlicher, politischer und institutioneller Reformen zu folgenden strukturellen Fragen erwägt:
 - Paradigmenwechsel von Strafmassnahmen hin zu gesundheits- und menschenrechtsorientierten Massnahmen, die Alternativen zur Inhaftierung bieten; Bekämpfung von Stigmatisierung und Einführung eines zeitnahen Zugangs zu Pflege und Unterstützung. Dazu gehört die Umsetzung eines restaurativen Ansatzes, der sich auf die Bereitstellung gemeindenaher psychischer Gesundheitsversorgung statt auf Bestrafung konzentriert;
 - Sicherstellung, dass alle Massnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit auf einer freien und informierten Einwilligung beruhen, wobei anzuerkennen ist, dass die Fähigkeit des Einzelnen, Entscheidungen über seine eigene Gesundheitsversorgung und Behandlung zu treffen, ein wesentlicher Bestandteil des Rechts auf Gesundheit ist.
 - Beendung von Zwangsmassnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit, einschliesslich unfreiwilliger Einweisung, Zwangsbehandlung, Isolierung und Fixierung, um die Rechte von Personen, die psychologische Dienste in Anspruch nehmen, zu respektieren.
 - Sicherstellung, dass alle Systeme der psychischen Gesundheitsversorgung die Autonomie und die informierte Zustimmung von Menschen mit psychosozialen Behinderungen und Nutzern von psychischen Gesundheitsdiensten im Einklang mit den internationalen Menschenrechtsnormen respektieren;
 - Ergreifen von Massnahmen, soweit dies mit den verfügbaren Ressourcen der Bundesstaaten und Kantone möglich ist, um sicherzustellen, dass psychologische Gesundheitsdienste verfügbar, erschwinglich, zugänglich, gerecht und kulturell angemessen sind, auch für marginalisierte oder schutzbedürftige Gruppen;
- vorrangig den Übergang von institutioneller psychischer Gesundheitsversorgung zu gemeindenaher und rechtsbasierter psychischer Gesundheitsversorgung und Unterstützungsdiensten vorantreibt, die den Schwerpunkt auf Genesung, Selbstbestimmung und gesellschaftliche Integration legen;
- gemeindebasierte, von Peers geleitete Interventionen, die kulturell angemessen sind, in Initiativen zur psychischen Gesundheitsversorgung integriert sowie ausreichende Ressourcen zuweist für die psychische Gesundheit, insbesondere für die gemeindebasierte psychische Gesundheitsversorgung und Unterstützung;
- nationale Kampagnen zur Bekämpfung der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen durchführt, indem die Stimmen der Betroffenen miteinbezogen werden, und das Bewusstsein und Verständnis der Gesellschaft fördert;

¹⁶<https://promentesana.ch/akzente/leitlinien-fuer-eine-gemeindenahe-psychiatrische-versorgung>, abgerufen am 4.11.2025

¹⁷Bericht des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte vom 2. Februar 2022, Zusammenfassung der Ergebnisse der Konsultation über Möglichkeiten zur Harmonisierung von Gesetzen, Politiken und Praktiken im Bereich der psychischen Gesundheit mit den Normen des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und über deren Umsetzung. <https://docs.un.org/en/A/HRC/49/29>

Bericht des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte vom 14. Januar 2025, Psychische Gesundheit und Menschenrechte. <https://docs.un.org/en/A/HRC/58/38>

- sicherstellt, dass Strafverfolgungsbehörden, Angehörige der Gesundheitsberufe, politische Entscheidungsträger und Gemeindevorsteher gezielte Schulungen erhalten, um Vorurteile abzubauen, rechtsbasierte Ansätze zu verfolgen und Stigmatisierung und Missbrauch zu bekämpfen, wie es internationale Menschenrechtsstandards vorschreiben. Dass er umfassende Programme entwickelt, die sich auf die Bedürfnisse von Frauen, Kindern, Menschen mit Behinderungen, Jugendlichen, Flüchtlingen und Minderheiten konzentrieren, um Gleichberechtigung und Inklusion zu fördern;
- Mechanismen der Wiedergutmachung für Überlebende von Zwangsmassnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit (auch nach 1981, bis in die Gegenwart und Zukunft) einrichtet, einschliesslich finanzieller Entschädigung, öffentlicher Entschuldigungen und gemeinschaftlicher Aufsicht, im Einklang mit den Grundsätzen der Gerechtigkeit und Wiedergutmachung nach internationalem Menschenrecht.
- Dass der Bund als Vertragspartei des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen seine Verpflichtungen überprüft, bevor er Gesetze oder Instrumente verabschiedet, die im Widerspruch zu seinen Verpflichtungen zur Wahrung der Rechte von Menschen mit Behinderungen stehen könnten, wie es das Übereinkommen vorsieht.
- **Insbesondere werden die Schweiz wie auch alle europäischen Staaten aufgefordert, den derzeit vom Europarat geprüften Entwurf eines Zusatzprotokolls zum Übereinkommen von Oviedo unter diesem Gesichtspunkt erneut zu prüfen und zu erwägen, sich gegen dessen Annahme auszusprechen und dessen Rücknahme zu beantragen.**

7. Anhang

7.1. Statistik Zusatzmaterial

Auszug aus [Cantonal Differences in The Implementation of Involuntary Admission in Switzerland - PMC](#) (Jäger M et al. Kantonale Unterschiede bei der Psychiatrie 2023; 50 | © 2023. The Author(s))

7.1.1. Tabelle 3: Anteil Fälle mit / ohne FU nach einweisender Instanz pro Kanton

Anteil Fälle (%) mit / ohne FU nach einweisender Instanz pro Kanton												
	BL		GR		TI		VD		ZH		Total	
Einweisende Instanz	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU	ohne FU	mit FU
Ärztin	54,0	70,5	35,6	82,8	26,5	60,1	23,6	41,1	16,6	48,9	28,3	51,9
Psychiater	15,8	20,9	29,0	6,2	18,6	21,8	41,2	38,9	26,3	41,3	27,9	33,3
Behörden	0,6	3,9	1,1	2,4	0,3	2,7	1,7	7,6	1,0	2,0	1,1	4,3
selbst, Angehörige ¹	21,9	1,5	27,5	1,5	49,5	3,9	28,2	6,8	53,1	2,2	37,6	4,0
unbekannt	7,6	3,2	6,8	7,1	5,2	11,5	5,4	5,7	3,0	5,6	5,1	6,5
Anzahl gültige Fälle	6856	1342	5982	926	4249	2363	10368	5377	13893	4901	41348	14909

¹ 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.

7.1.2. Tabelle 4 (online): Hauptdiagnosekategorien mit und ohne FU pro Kanton

Anteil (%) Hauptdiagnosekategorien nach ICD-10												
Hauptdiagnose ¹	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	7,4	18,1	4,8	11,7	3,3	7,4	1,9	8,5	3,4	14,7	3,9	11,4
F1	24,1	16,3	22,0	26,2	16,1	21,5	20,8	10,7	24,6	18,6	22,3	16,5
F2	15,5	29,3	15,2	24,4	26,5	27,5	19,8	36,7	20,3	33,4	19,2	32,8
F3	29,7	15,6	35,9	18,2	24,0	18,4	29,1	18,3	28,5	16,2	29,5	17,4
F4	10,2	8,0	9,8	8,9	8,8	5,9	12,6	7,7	14,0	8,9	11,8	7,9
F5,F7-F9	1,5	1,8	1,7	2,3	6,9	3,7	3,4	4,1	1,6	2,9	2,6	3,3
F6	10,6	7,5	7,3	5,3	12,6	12,4	10,8	6,9	7,8	5,3	9,4	7,2
Andere	1,1	3,4	3,4	2,7	1,7	3,2	1,6	7,1	0	0	1,3	3,5
Anzahl gültige Fälle	6887	1343	6273	978	4249	2363	10472	5392	141761	4981	42057	15057

¹ICD-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.

7.1.3. Tabelle 5: 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	27,5	10,3	49,3	25,9	59,1	33,4	63,7	30,9	44,7	21,3	48,7	25,9
eher schweres bis sehr schweres Problem	19,2	49,2	14,2	38,7	18,3	41,7	12,3	38,8	12,6	42,3	14,5	41,4
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	45,3	52,3	72,3	65,7	74,4	72,9	70,5	75,4	68,8	60,2	66,4	67,2
eher schweres bis sehr schweres Problem	14,1	19,2	10,0	17,8	9,9	13,9	16,0	13,8	8,5	17,8	11,6	15,9
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	39,1	43,5	53,9	6,6	53,8	48,0	54,6	59,2	42,8	44,2	46,7	49,6
eher schweres bis sehr schweres Problem	36,0	31,6	31,3	37,9	32,3	38,7	32,7	26,2	36,9	35,8	35,2	33,3

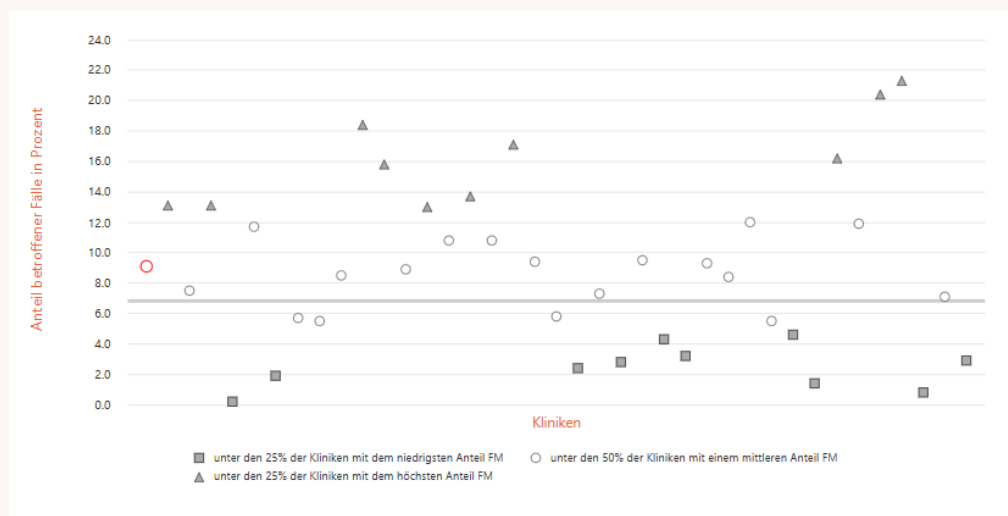
7.2. ANQ – das Kompetenzzentrum für Qualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken

7.2.1. Statistiken aus dem Fachbereich Psychiatrie, Kliniken der Akut- und Grundversorgung 2024

Nachfolgend die Statistik über freiheitsbeschränkende Massnahmen¹⁸ in den verschiedenen Psychiatrien (s. Kommentar auf der Grafik).

¹⁸Quelle: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie/step3/measure/24/year/2024/nr/32579/#skalen> abgerufen am 20.10.2025

Grafik 3: Freiheitsbeschränkende Massnahmen FM

**ANQ-Kommentar zum dargestellten Vergleich (Grafik 3)**

Diese Grafik zeigt die Klinikergebnisse für den Anteil betroffener Fälle (Fälle mit mindestens einer freiheitsbeschränkenden Massnahme) ohne Risikobereinigung vom 01.01.2024-31.12.2024. Es werden nur diejenigen Kliniken aufgeführt, welche im Erhebungszeitraum mindestens eine freiheitsbeschränkende Massnahme durchgeführt haben. Gesamthaft konnten 58'241 stationäre Behandlungen in 39 (von 45) Kliniken der Akut- und Grundversorgung ausgewertet werden. Die übrigen Kliniken haben entweder keine Daten zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen geliefert oder angegeben, im Erhebungszeitraum keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen angewandt zu haben.

Kliniken unter den 25% mit dem höchsten Anteil FM (▲) von links nach rechts – in diesen Kliniken wurden an **13% – 21% der Fälle** freiheitsbeschränkende Massnahmen vollzogen:

- Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden, Psychiatrisches Zentrum AR, Herisau
- Universitäre Psychiatrische Dienste Bern UPD, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Hôpitaux universitaires de Genève HUG, Clinique de Belle-Idée, Thônex
- Psychiatrische Dienste GR, Klinik Waldhaus, Chur
- CNP – Centre Neuchâtelois de Psychiatrie, Adultes, Marin-Epagnier
- Psychiatrie St. Gallen, Standort Wil
- Solothurner Spitäler AG, Psychiatrische Dienste, Solothurn
- Luzerner Psychiatrie (lups) Klinik Luzern
- CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois, Psychiatrie Nord-CPNVD, Yverdon-les-Bains
- Ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur-Zürich Unterland, Zentrum Hard, Embrach

7.2.2. Statistiken aus dem Fachbereich Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie 2024

Nachfolgend die Statistik über freiheitsbeschränkende Massnahmen¹⁹ in den verschiedenen Kinder- und Jugendpsychiatrien (s. Kommentar auf der Grafik).

¹⁹Quelle: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie/step3/measure/19/year/2024/> abgerufen am 20.10.2025



ANQ-Kommentar zum dargestellten Vergleich (Grafik 3)

Diese Grafik zeigt die Klinikergebnisse für den Anteil betroffener Fälle (Fälle mit mindestens einer freiheitsbeschränkenden Massnahme) ohne Risikobereinigung von 01.01.2024-31.12.2024. Es werden nur diejenigen Kliniken aufgeführt, welche im Erhebungszeitraum mindestens eine freiheitsbeschränkende Massnahme durchgeführt haben. Gesamthaft konnten 4'494 stationäre Behandlungen in 17 (von 32) Kliniken ausgewertet werden. Die übrigen Kliniken haben entweder keine Daten zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen geliefert oder angegeben, im Erhebungszeitraum keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen angewandt zu haben.

Kliniken unter den 25% mit dem höchsten Anteil FM (▲) von links nach rechts – in diesen Kliniken wurden an **11% – 19% der Fälle** (Kinder und Jugendliche) freiheitsbeschränkende Massnahmen vollzogen:

- Universitäre Psychiatrische Kliniken UPK, Basel
- Universitäre Psychiatrische Dienste Bern UPD, Universitätsklinik für KJP und Psychotherapie, Klinik Neuhaus, Ittigen
- Psychiatrische Universitätsklinik Zürich PUK, Zentrum für Kinderpsychiatrie, Männedorf
- Luzerner Psychiatrie (lups), Kinderpsychiatrische Therapiestation, Kriens

8. Wer ist CCHR

8.1. Beschreibung

Die Citizens Commission on Human Rights (CCHR) ist eine internationale, gemeinnützige, unpolitische und nicht-religiöse Organisation, die sich für die Förderung der Menschenrechte im Bereich der psychischen Gesundheit einsetzt. Ihre Zielsetzung ist, Diskriminierung zu beenden und Missbräuche unter dem Deckmantel der psychischen Gesundheitsversorgung zu beseitigen sowie einen menschenrechtsbasierten Ansatz für psychische Gesundheit im Einklang mit internationalen Menschenrechtsstandards, einschliesslich der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN CRPD), zu etablieren.

CCHR wurde 1969 von der Scientology-Kirche und dem emeritierten Professor für Psychiatrie Dr. Thomas Szasz als unabhängiges Aufsichtsorgan für psychische Gesundheit gegründet, zu einer Zeit, als Menschen in psychiatrischen Einrichtungen versorgt, misshandelt, ihrer verfassungsmässigen, bürgerlichen und Menschenrechte beraubt und ohne Zugang zu Rechtsmitteln belassen wurden.

CCHR kämpft seit langem dafür, die grundlegenden unveräusserlichen Menschenrechte im Bereich der psychischen Ge-

sundheit wiederherzustellen, darunter unter anderem die Einwilligung nach vollständiger Aufklärung (informed consent) hinsichtlich der medizinischen Rechtmässigkeit psychiatrischer Diagnosen und der Risiken psychiatrischer Behandlungen, personenbezogene Interventionen im Zusammenhang mit Menschenrechtsverletzungen, das Recht auf Genesung und das Recht, als schädlich angesehene psychiatrische Eingriffe abzulehnen. Sie setzte sich für Reformen und die Beendigung von Menschenrechtsverletzungen ein, wie beispielsweise die Verweigerung der Rechtsfähigkeit, Zwangsmassnahmen, mangelhafte Pflege und schädliche Praktiken und Verfahren in Einrichtungen der psychischen Gesundheitsversorgung.

Die CCHR befürwortet keine speziellen medizinischen, pädagogischen oder anderen spezifischen Massnahmen zur psychischen Gesundheit, sondern setzt sich dafür ein, Menschen praktikable Massnahmen und Ressourcen zu geben, die ihnen dabei helfen, unschädliche Wege zur Genesung zu finden, darunter auch die auf der Website der CCHR [vorgestellten Massnahmen](#).

Mehrere tausend Einzelfälle von psychiatrischem Missbrauch wurden dokumentiert, die zeigen, dass psychiatrische Praktiken tatsächlich zu Stigmatisierung, Diskriminierung, Schaden und sogar zu Gewalt und Tod führen können.

CCHR ist die grösste internationale Organisation zur Überwachung der Psychiatrie mit mehr als 250 Büros und lokalen Vereinigungen in 34 Ländern. Sie umfasst Arztpersonen und andere medizinische Fachkräfte, Künstler*innen, Rechtsanwälte und Rechtsanwältinnen, Menschenrechtsvertreter*innen und andere Interessengruppen, die alle dank ihrer fachlichen Expertise mit Rat und Tat zur Seite stehen.

8.2. Anerkennungen

»CCHR ist für seine langjährige Arbeit bekannt mit der sie sich dafür einsetzt die unzutreffenden Diagnosen und den Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern zu verhindern... die Beiträge die CCHR International dabei für lokale, nationale und internationale Bereiche auf dem Gebiet der geistigen Gesundheit geleistet hat, sind unschätzbar und zeigen eine Organisation, die sich den höchsten Idealen der Dienstleistungen im Bereich geistiger Gesundheit widmet.«

Raymond N. Haynes - Abgeordneter des kalifornischen Parlamentes

CCHR ist eine bedeutende Organisation, die sich ein sehr wertvolles Ziel gesetzt hat...unsere Kinder vor psychiatrischen Drogen zu schützen. Wir haben es hier mit einem teuflischen Geschäft zu tun, das als das, was es ist, entlarvt werden muss. CCHR ist, soweit ich es sagen kann, die einzige Organisation, die wirklich effektiv etwas dagegen unternimmt.

Dr. Samuel Blumenfeld, Ausbilder und Autor

»Die Hauptaufgabe von CCHR ist es gewesen, den Bereich der geistigen Gesundheit zu reformieren und die Rechte des Individuums innerhalb der allgemeinen Menschenrechtserklärung zu bewahren. CCHR ist für viele grossartige Reformen verantwortlich gewesen. Mindestens 30 neue (jetzt mehr als 115) Gesetzesvorlagen wurden in der ganzen Welt durch die Aktivitäten von CCHR vereitelt, welche andernfalls noch mehr die Rechte der Patienten beeinträchtigt hätten, oder der Psychiatrie noch weitere Rechte gegeben hätten, um Minderheitsgruppierungen und Einzelpersonen gegen Ihren Willen einzuliefern.«

Erica-Irene Daes, Sonderberichterstatterin für die UN Menschenrechts-kommission

ooOOoo



Menschenrechte gelten auch in psychiatrischen Krisen.

Dieser Bericht dokumentiert die Anwendung der fürsorglichen Unterbringung und freiheitsbeschränkender Massnahmen in der Schweiz und zeigt menschenrechtsbasierte Alternativen auf.

CCHR Schweiz

Citizens Commission on Human Rights