

MEDIZIN- ETHISCHE RICHT- LINIEN

Zwangsmassnahmen in der Medizin



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Herausgeberin

Schweizerische Akademie der
Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
Haus der Akademien
Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern
T +41 (0)31 306 92 70
mail@samw.ch
www.samw.ch

Gestaltung

Howald Fosco Biberstein, Basel

Druck

Gremper AG, Basel

Auflage

1.–4. Auflage 6500 (2015/2016/2017)
5. Auflage 2200 (Juli 2018)

Alle medizin-ethischen Richtlinien der SAMW sind unter
www.samw.ch/richtlinien in D/F/E/I verfügbar.

© SAMW 2018

Medizin-ethische Richtlinien

Zwangsmassnahmen in der Medizin

Vom Senat der SAMW genehmigt am 19. November 2015.
Die deutsche Fassung ist die Stammversion.



Diese Richtlinien sind Teil der Standesordnung der FMH.



Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK empfiehlt seinen Mitgliedern und allen Pflegenden, diese Richtlinien zu achten und anzuwenden.

| | |
|--|----|
| I. PRÄAMBEL | 5 |
| II. RICHTLINIEN | 7 |
| 1. Geltungsbereich der Richtlinien | 7 |
| 2. Grundbegriffe und rechtliche Rahmenbedingungen | 7 |
| 2.1. Freiheitseinschränkende Massnahmen | 8 |
| 2.2. Zwangsbehandlung | 9 |
| 2.3. Fürsorgerische Unterbringung/Zurückbehaltung freiwillig Eingetretener | 10 |
| 2.4. Urteilsfähigkeit | 11 |
| 2.5. Dringliche Situation | 12 |
| 2.6. Schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens | 13 |
| 2.7. Schwere Verwahrlosung | 13 |
| 3. Grundsätze | 13 |
| 3.1. Respektierung der Selbstbestimmung | 13 |
| 3.2. Subsidiarität und Verhältnismässigkeit | 14 |
| 3.3. Geeignetes Umfeld | 14 |
| 3.4. Kommunikation und Dokumentation | 15 |
| 4. Anwendungsfelder | 16 |
| 4.1. Patienten mit somatischen Erkrankungen | 16 |
| 4.2. Patienten mit psychischen Störungen | 20 |
| 4.3. Kinder und Jugendliche | 24 |
| 4.4. Patienten in der Langzeitpflege | 28 |
| 4.5. Patienten in spitalexterner Pflege | 31 |
| 4.6. Patienten im Straf- und Massnahmevollzug | 32 |
| III. ANHANG | 33 |
| A. Zwang – ein mehrdimensionales Konzept | 33 |
| B. Prozedurale Hilfestellung für die Umsetzung der Richtlinien | 37 |
| 1. Entscheidungsprozess: Anwendung von Zwangsmassnahmen | 37 |
| 2. Fürsorgerische Unterbringung (FU) | 37 |
| 3. Dokumentation von Zwangsmassnahmen | 39 |
| C. Glossar | 41 |
| Hinweise zur Ausarbeitung dieser Richtlinien | 44 |

I. PRÄAMBEL

Patienten¹ sollen die Einwilligung in medizinische Massnahmen autonom – d. h. aufgrund zuverlässiger Informationen, nach sorgfältiger Abwägung und in Übereinstimmung mit ihren persönlichen Werten – geben und verantworten können. Autonomie ist ein zentraler Begriff der medizinischen Ethik. Jede Anwendung von Zwang steht in einem Widerspruch zum Prinzip der Achtung der Autonomie. Gleichwohl gibt es medizinische Situationen, in denen Zwangsmassnahmen nicht vermieden werden können. Dies kann insbesondere dann zutreffen, wenn die beiden Grundprinzipien der Fürsorge und des Nicht-Schadens auf keine andere Weise respektiert werden können.

Die vorliegenden Richtlinien stellen einen Rahmen zur Verfügung, um Fragen in diesem Spannungsfeld beantworten zu können. Sie berücksichtigen die rechtlichen Vorgaben des am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Kindes- und Erwachsenenschutzrechtes (KESR). Dieses beinhaltet nicht nur wesentliche prozedurale Bestimmungen hinsichtlich medizinischer Zwangsmassnahmen im weiteren Sinne, sondern trägt als Teil des Zivilgesetzbuches zu einer landesweiten Vereinheitlichung der bislang von grossen kantonalen Unterschieden geprägten Rechtslage bei. Es regelt insbesondere auch die rechtliche Vertretung urteilsunfähiger Personen bei medizinischen Massnahmen.

Mithilfe der Richtlinien soll ein Bewusstsein dafür geschaffen und aufrechterhalten werden, dass jede Zwangsmassnahme, auch wenn sie alle prozeduralen Vorgaben einhält, einen gravierenden Eingriff in grundrechtlich verankerte Persönlichkeitsrechte darstellt und daher jeweils einer ethischen Rechtfertigung bedarf. Dieser zentrale Aspekt darf in der Wahrnehmung der beteiligten Berufsgruppen keineswegs dadurch abgeschwächt werden, dass für Zwangsmassnahmen Regeln und Prozessabläufe formuliert werden. Die Befolgung prozeduraler Richtlinien allein stellt keinen Rechtfertigungsgrund für die Anwendung von Zwangsmassnahmen dar. Eine sorgfältige ethische Reflexion ist in jedem Fall genauso unerlässlich wie eine genaue Beachtung der rechtlichen Bestimmungen und geltenden Richtlinien.

¹ SAMW-Richtlinien werden abwechselnd in männlicher oder weiblicher Form verfasst. Die entsprechenden Texte betreffen immer alle Angehörigen der genannten Personengruppen.

Diese Richtlinien² wenden sich an die gesamten medizinischen³ Betreuungsteams in Institutionen, an niedergelassene Ärzte sowie an den spitalexternen Pflegebereich. Inhaltlich stehen folgende Fragen im Vordergrund:

- Welche Abläufe sind vorzusehen, um Zwangsmassnahmen zu verhindern (Prävention, Alternativen)?
- Unter welchen ethischen und rechtlichen Voraussetzungen können Zwangsmassnahmen als unumgänglich und vertretbar erachtet werden?
- Was ist während des Entscheidungsprozesses über die Durchführung einer Zwangsmassnahme innerhalb des Teams zu berücksichtigen? Wie ist die Kommunikation über eine geplante oder durchgeführte Zwangsmassnahme mit der betroffenen Person, ihrer Vertrauensperson, der vertretungsberechtigten Person oder den Angehörigen zu gestalten?
- Welche Vorkehrungen sind zu treffen, damit Zwangsmassnahmen, falls sie als unumgänglich betrachtet werden, möglichst schonend durchgeführt werden und möglichst wenig traumatisierende Folgen hinterlassen?
- Wie ist die (allenfalls auch längerfristige) Nachbetreuung von Personen zu planen und durchzuführen, die von Zwangsmassnahmen betroffen sind?
- Wie ist das gewählte Vorgehen zu dokumentieren und zu evaluieren?

2 Mit Aufnahme in die Standesordnung der FMH werden die Richtlinien für FMH-Mitglieder verbindliches Standesrecht.

3 Der Begriff «medizinisch» wird nachfolgend umfassend verwendet und bezieht sich auf die Tätigkeit von Ärzten, Pflegefachpersonen und Therapeuten.

II. RICHTLINIEN

1. Geltungsbereich der Richtlinien

Die vorliegenden Richtlinien wenden sich an Ärzte, Pflegefachpersonen und weitere therapeutisch tätige Fachpersonen, die Zwangsmassnahmen durchführen bzw. anordnen. Sie befassen sich mit der ganzen Bandbreite von «Zwangsmassnahmen», die zur Prävention, Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation bei einem Patienten eingesetzt werden. Nicht behandelt werden Zwangsmassnahmen, die mit anderen als medizinischen (namentlich präventiven, diagnostischen, therapeutischen oder rehabilitativen) Zielsetzungen durchgeführt werden. Für die in der Betreuung tätigen sozialpädagogischen und (päd-)agogischen Fachpersonen sind spezifische Richtlinien zu beachten.

2. Grundbegriffe und rechtliche Rahmenbedingungen

Zwang anzuwenden bedeutet, eine Massnahme durchzuführen, obwohl die davon betroffene Person durch Willensäusserung oder Widerstand kundtut oder früher kundgetan hat, dass sie damit nicht einverstanden ist. Zwang kann in der medizinischen Praxis vielfältige Erscheinungsformen annehmen, deren ethische und rechtliche Bewertung entlang eines Kontinuums von geboten bis völlig inakzeptabel variiert (vgl. Anhang A). Der hier angewandte weite Begriff von Zwang umfasst, neben den körperlichen, auch weniger augenfällige Formen der Zwangsausübung. Dies meint vor allem die Anwendung von offenem oder verstecktem Zwang mit psychologischen Mitteln – sowohl direkt im Kontakt mit dem Patienten oder indirekt unter Einbezug seiner Angehörigen oder anderer relevanter Personen. In diesem Bereich erhöht sich das Risiko, dass Zwang von den beteiligten Berufsgruppen gar nicht als solcher, sondern als «normaler» und unvermeidlicher Bestandteil des Behandlungs- und Betreuungsprozesses wahrgenommen wird.

Als *Zwang im Sinne dieser Richtlinien* gilt jede im medizinischen Kontext angewandte Massnahme, die gegen den selbstbestimmten Willen oder den Widerstand eines Patienten durchgeführt wird.⁴ Für die Frage, ob es sich um Zwang handelt oder nicht, spielt es keine Rolle, ob der Wille als aktuelle Äusserung eines urteilsfähigen Patienten erkennbar wird oder als vorverfügter oder mutmasslicher Wille eruiert werden muss, weil ein Patient (vorübergehend) urteilsunfähig ist. Ebenso ist es unerheblich, ob der Widerstand nur durch verbale oder nonverbale Ablehnung oder auch durch aktive Abwehr zum Ausdruck kommt.

4 Die vorliegend verwendete «weite Definition» kann in Kantonen zu Problemen führen, die aufgrund kantonaler Vorschriften für jede Zwangsmassnahme eine schriftliche Verfügung verlangen.

Bei urteilsunfähigen Personen können Zwangsmassnahmen dann unvermeidlich werden, wenn sich eine Gefährdung des Patientenwohls trotz intensiver Bemühungen nicht im Einvernehmen mit dem Patienten abwenden lässt. Bei urteilsfähigen Patienten sind medizinische Zwangsmassnahmen grundsätzlich nicht zulässig und können höchstens im Rahmen einer fürsorglichen Unterbringung (FU), im strafrechtlichen Massnahmenvollzug oder auf Grundlage des Epidemienengesetzes oder allenfalls aufgrund einer kantonalen gesetzlichen Grundlage⁵ zur Anwendung kommen. Allerdings sind medizinische Eingriffe in die körperliche Integrität, insbesondere eine Therapie unter physischem Zwang bei urteilsfähigen Personen, in keinem Fall zulässig.

Das Erwachsenenschutzrecht enthält Regelungen zur Anwendung von Zwangsmassnahmen in Teilbereichen, namentlich im Rahmen einer FU, bei einer Zurückbehaltung freiwillig eingetretener Patienten oder beim Aufenthalt in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung, insbesondere enthält es auch Bestimmungen zur Stärkung des Rechtsschutzes der betroffenen Personen.

In der Praxis kann zwischen medikamentöser *Zwangsbearbeitung* (Zwangsbearbeitung im engeren Sinne) und Anwendung von sedierenden Medikamenten unter Zwang bei Fremdgefährlichkeit⁶ unterschieden werden. Daneben gibt es vielfältige weitere Formen der Freiheitseinschränkung ohne Einsatz von Medikamenten.

2.1. Freiheitseinschränkende Massnahmen

Unter dem Begriff *Freiheitseinschränkung* werden Einschränkungen der Bewegungsfreiheit sowie anderer Grundrechte verstanden. In erster Linie werden freiheitseinschränkende Massnahmen eingesetzt, wenn eine Selbstgefährdung nicht anders verhindert werden kann, in selteneren Fällen kann auch die Abwendung einer Fremdgefährdung oder schweren Störung des Gemeinschaftslebens eine Rolle spielen. Eine Freiheitseinschränkung, die auf Wunsch der betroffenen Person durchgeführt wird oder als Behandlungsnebenfolge vorgängig besprochen und von ihr in Kauf genommen wird, gilt nicht als Zwangsmassnahme im Sinne dieser Richtlinie. Einschränkungen der persönlichen Freiheit, die von der betroffenen Person passiv geduldet oder gar nicht wahrgenommen werden, können eine Zwangsmassnahme sein, nämlich dann, wenn sie dem mutmasslichen Willen widersprechen.

5 Grundsätzlich lässt das Bundesrecht im Rahmen der FU einer urteilsfähigen Person nur eine Freiheitseinschränkung, jedoch keine Behandlung gegen den Willen zu. Demgegenüber gibt es kantonale Gesetze, die eine Zwangsbearbeitung auch im somatischen Bereich vorsehen, vgl. z. B. § 26 Patientinnen- und Patientengesetz Kanton Zürich, LS 813.13.

6 Gestützt auf Art. 435 ZGB («Notfälle») ist eine Zwangsbearbeitung in Notfallsituationen unter FU auch wegen Fremdgefährlichkeit möglich.

2.1.1. Einschränkung der Bewegungsfreiheit

Unter einer *bewegungseinschränkende Massnahme* wird jegliche Einschränkung der individuellen Bewegungsfreiheit verstanden. Die Einschränkung kann mit mechanischen Methoden, Medikamenten, aber auch mit psychologischen Mitteln erfolgen.⁷

2.1.2. Weitere freiheitseinschränkende Massnahmen

Neben Einschränkungen der Bewegungsfreiheit gibt es weitere *Einschränkungen der persönlichen Freiheit*, namentlich die Einschränkungen der Privatsphäre (z. B. die ständige [elektronische] Überwachung, individuelle Einschränkungen von als schädlich betrachteten Genussmitteln wie Alkohol, Zigaretten, Süssigkeiten) oder der Kommunikationsfreiheit (etwa bezogen auf Besuch, Telefon usw.).

2.2. Zwangsbehandlung⁸

Unter *Zwangsbehandlung* werden alle medizinischen Massnahmen verstanden, die zur Erhaltung oder zur Wiederherstellung der Gesundheit unter Zwang angewendet werden.

Bei urteilsfähigen Personen ist eine Zwangsbehandlung nicht zulässig. In wenigen Ausnahmesituationen, die sich auf eine spezifische gesetzliche Grundlage stützen, kann eine für das Gemeinwohl notwendige Therapie trotzdem erfolgen. Dies ist dann der Fall, wenn der zur Wahl zwischen zwei unerwünschten Alternativen gezwungene Patient die Zustimmung zur Therapie einer anderenfalls angeordneten Freiheitseinschränkung vorzieht (z. B. Tuberkulosebehandlung statt Isolation oder gerichtlich angeordnete Behandlung anstatt Freiheitsentzug).

7 Im Gegensatz zur hier verwendeten weiten Definition schliesst Art. 383 ZGB, der bei Patienten in Wohn- und Pflegeeinrichtungen zur Anwendung kommt, ausschliesslich Massnahmen zur körperlichen Bewegungseinschränkung, namentlich mechanische Mittel ein. Art. 383 ZGB ist sinngemäss anwendbar für Patienten in einer FU (siehe dazu Art. 438 ZGB). Zu beachten ist allerdings, dass Art. 383 nur bei urteilsunfähigen Patienten zur Anwendung gelangen kann, die Bestimmungen über die FU Art. 426 ff. ZGB gelten aber auch für urteilsfähige Patienten.

8 Das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht spricht bei Patienten in FU nicht von *Zwangsbehandlung*, sondern von *Behandlung ohne Zustimmung* (Art. 434 ZGB). Dies bedeutet im Umkehrschluss aber nicht, dass jede Behandlung ohne Zustimmung eine Zwangsmassnahme im Sinne des Art. 434 ist. So fehlt bei medizinisch indizierten Massnahmen, für die aufgrund von Dringlichkeit oder weil keine Informationen über den Willen des Patienten eingeholt werden können (z. B. weil der Patient urteilsunfähig und keine Bezugsperson vorhanden ist), eine Zustimmung (Art. 379 ZGB).

Bei urteilsunfähigen Patienten können Zwangsbehandlungen auch gegen ihren Widerstand durchgeführt werden, wenn sich keine frühere ablehnende Willensäußerung eruieren lässt und eine legitimierte Vertretungsperson⁹ die Zustimmung gegeben hat. Lässt sich eine ernsthafte Gefährdung anders nicht abwenden, kann die Zwangsbehandlung auch vor Einholung der Zustimmung begonnen werden. Bei der Behandlung psychischer Störungen im Rahmen einer FU¹⁰ ist allerdings eine Zwangsbehandlung, gestützt auf Art. 434 bzw. 435 ZGB, unter bestimmten Bedingungen bei urteilsunfähigen Patienten¹¹ ohne Zustimmung einer Vertretungsperson möglich (vgl. Kap. 4.2.).

Medizinisch indizierte Massnahmen, für die aufgrund von Dringlichkeit (vgl. Kap. 2.5.) keine Informationen über den Willen des Patienten eingeholt werden können und die im besten Interesse des Patienten und ohne dessen verbalen oder nonverbalen Widerstand durchgeführt werden, gelten nicht als Zwangsbehandlung im Sinne dieser Richtlinie.

2.3. Fürsorgerische Unterbringung/ Zurückbehaltung freiwillig Eingetretener

Eine FU liegt dann vor, wenn eine Person gegen ihren Willen zur Behandlung und Betreuung in eine geeignete Institution eingewiesen wird.

Voraussetzung für die Anordnung einer FU ist das Vorliegen eines Schwächezustands (psychische Störung, geistige Behinderung oder schwere Verwahrlosung), der eine Behandlung oder Betreuung erforderlich macht, die nicht anders als mittels einer FU in einer geeigneten Einrichtung erfolgen kann (individuelles Schutzbedürfnis). Die unzumutbare Belastung der Angehörigen oder weiterer Drittpersonen kann ein zusätzliches wichtiges Kriterium für die Anordnung einer FU sein; für sich genommen, rechtfertigt sie jedoch keine FU. Gemäss Art. 426 ff. ZGB ist Urteilsunfähigkeit keine notwendige Voraussetzung für die Anordnung einer FU.

9 Bei medizinischen Massnahmen sind die folgenden Personen der Reihe nach berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten: 1. Personen, die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnet wurden; 2. der Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen; 3. wer als Ehegatte, eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt führt oder der urteilsunfähigen Person regelmässig persönlich Beistand leistet; 4. die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig persönlich Beistand leistet; 5. die Nachkommen; 6. die Eltern oder 7. die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten (Art. 378 ZGB). Bei Patienten, die im Rahmen einer Fürsorgerischen Unterbringung medizinisch behandelt werden, ist Art. 434 ZGB zu beachten.

10 Früher «fürsorgerische Freiheitsentziehung» (FFE).

11 Vgl. hier insbesondere Kap. 2.4. («Urteilsfähigkeit»), wonach aus dem fehlenden Einverständnis mit dem vorgeschlagenen medizinisch indizierten Vorgehen nicht automatisch auf Urteilsunfähigkeit geschlossen werden darf.

Eine FU ist zwar immer eine Zwangsmassnahme, erlaubt aber als solche noch keine medikamentöse Zwangsbehandlung der betroffenen Person. Der Patient darf nur gegen seinen Willen behandelt werden, wenn er urteilsunfähig ist, keine angemessene Massnahme vorliegt, die weniger einschneidend ist, und der Chefarzt die Behandlung schriftlich angeordnet hat (Art. 434 ZGB) oder wenn eine Notfallsituation vorliegt (vgl. Kap. 2.5.).

Um eine *Zurückbehaltung* (Art. 427 ZGB) handelt es sich, wenn eine Person, die an einer psychischen Störung leidet und freiwillig in eine Institution eingetreten ist, gegen ihren Willen zurückbehalten wird, weil das Risiko einer ernsthaften Selbstgefährdung oder Gefährdung Dritter besteht. Der Patient kann von der ärztlichen Leitung der Einrichtung für höchstens drei Tage zurückbehalten werden.¹²

Die Institution, in die eine Person im Rahmen einer FU eingewiesen wird, muss geeignet sein, die Behandlung des Patienten sicherzustellen (Art. 426 ZGB). Sie muss in der Lage sein, einen Betreuungs- bzw. Behandlungsplan zu erstellen und diesen umzusetzen. Die Behandlung kann auch darin bestehen, den Gesundheitszustand des Patienten mindestens so weit zu beeinflussen, dass eine weniger einschränkende Massnahme möglich wird (z. B. eine ambulante Behandlung).

Eine FU muss nicht zwingend in einer geschlossenen psychiatrischen Station erfolgen, sondern kann auch in einer offenen Station, einem somatischen Akutspital oder einer Wohn- und Pflegeeinrichtung durchgeführt werden. Die Wahl der Institution hängt vom Zweck der FU ab.

2.4. Urteilsfähigkeit

Die *Urteilsfähigkeit* ist ein zentraler Rechtsbegriff und als solcher auch im medizinischen und ethischen Kontext von hoher Bedeutung. Kernelement ist die Fähigkeit, eine gegebene Situation korrekt aufzufassen, zu verstehen und eine nach eigenen Wertmassstäben sinnvolle Entscheidung zu treffen. Häufiger Anlass für Missverständnisse ist der Umstand, dass die Urteilsfähigkeit bezüglich ihres Vorhandenseins oder Fehlens eine absolute Grösse darstellt: Eine Person ist in Bezug auf einen Therapieentscheid entweder urteilsfähig oder urteilsunfähig, eine graduelle Abstufung zwischen beiden Endpunkten gibt es nicht. Hingegen ist die Urteilsfähigkeit bezüglich der Sachverhalte, um die es geht, eine relative Grösse: So kann eine Person mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung urteilsunfähig sein, wenn es um eine komplexe Entscheidung geht, zugleich aber urteilsfähig, wenn die Einwilligung in einen einfach verständlichen medizinischen Eingriff zur Diskussion steht.

¹² Die Voraussetzungen für eine Zurückbehaltung freiwillig eingetretener Patienten sind restriktiver als jene für eine FU, insbesondere muss eine nicht anders abwendbare Selbstgefährdung oder eine ernsthafte Gefährdung Dritter bestehen.

Die Feststellung, ob Urteilsfähigkeit vorliegt oder nicht, kann im Einzelfall sehr schwierig sein. Grundsätzlich wird die Urteilsfähigkeit vermutet, begründungspflichtig ist also ihr Gegenteil, die Urteilsunfähigkeit. Eine zentrale Bedeutung kommt dem psychopathologischen Befund zu, den der behandelnde Arzt erhebt, allenfalls unter Beizug eines Experten. Von grosser Bedeutung sind Angaben aus dem sozialen Umfeld des Patienten in Bezug auf die Urteilsfähigkeit.

Standardisierte, auf diesen Kontext spezialisierte Befunderhebungsverfahren (Fragebögen) können zur Entscheidungsfindung beitragen. Keinesfalls darf allein aus einer Diagnose, beispielsweise wegen Schizophrenie, Alzheimer-Demenz oder einer angeborenen kognitiven Beeinträchtigung, auf Urteilsunfähigkeit geschlossen werden. Auch aus dem fehlenden Einverständnis mit dem vorgeschlagenen medizinisch indizierten Vorgehen darf nicht automatisch auf Urteilsunfähigkeit geschlossen werden.

2.5. Dringliche Situation

Als *dringlich* wird eine Situation dann bezeichnet, wenn zur Lebensrettung oder Vermeidung ernsthafter Schädigungen ein unverzügliches medizinisches Handeln erforderlich ist. In solchen Situationen ist der Arzt berechtigt, die erforderlichen medizinischen Massnahmen durchzuführen, ohne vorgängig die Einwilligung des urteilsunfähigen Patienten oder seiner Vertretungsperson eingeholt zu haben (Art. 379 ZGB¹³). Dies gilt nicht nur für Notfallsituationen im engeren Sinn, sondern auch für Situationen, in denen zwar unklar ist, wer den Patienten rechtlich vertritt, ein Aufschub der Behandlung aber mit einem erheblichen gesundheitlichen Risiko für den Patienten verbunden wäre. Trotzdem muss die Vertretungsperson so rasch wie möglich informiert und der mutmassliche Willen des Patienten abgeklärt werden.

Beim Entscheid, ob gehandelt werden muss oder abgewartet werden kann, muss das Ausmass des gesundheitlichen Nachteils, den eine Behandlungsverzögerung mit sich bringen würde, berücksichtigt werden. Gemäss Art. 379 ZGB muss sich die Behandlung am mutmasslichen Willen und an den Interessen des Patienten orientieren. Dies bedeutet, dass das Behandlungsteam bei der Wahl unter verschiedenen medizinischen Behandlungsoptionen diejenige durchführt, die am ehesten dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht.

13 Für die Behandlung einer psychischen Störung bei Patienten unter FU ist in einem Notfall Art. 435 ZGB anwendbar. Die Dringlichkeit einer Behandlung kann sich aus der Schutzbedürftigkeit der betroffenen Person selbst oder Dritter ergeben.

2.6. Schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens

Wenn weniger einschneidende Massnahmen nicht ausreichen oder von vornherein als ungenügend erscheinen, dürfen bei urteilsunfähigen Bewohnern einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung gemäss Art. 383 ZGB zur Beseitigung einer schwerwiegenden *Störung des Gemeinschaftslebens* bewegungseinschränkende Massnahmen zur Anwendung kommen. Eine bewegungseinschränkende Massnahme aufgrund einer schwerwiegenden Störung des Gemeinschaftslebens kann – gestützt auf Art. 438 ZGB – auch im Rahmen einer FU zur Anwendung kommen.¹⁴ Die Beurteilung, wann eine Störung schwerwiegend genug ist, ist im Einzelfall nicht einfach; es muss sich jedoch immer um eine ausserordentliche Situation handeln. Die Störung des Gemeinschaftslebens muss so intensiv sein, dass sie sich in einer unerträglichen Weise auf das Umfeld auswirkt. Es liegt in der Verantwortung der Institution, in einem Reglement festzulegen, wer solche Massnahmen anordnen kann.

2.7. Schwere Verwahrlosung

Neben einer psychischen Störung oder einer geistigen Behinderung kann, gestützt auf Art. 426 ZGB, eine schwere Verwahrlosung Anlass für eine FU sein, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann. Schwere Verwahrlosung ist meist die Folge einer psychischen oder einer körperlichen Erkrankung. Verwahrlosung ist kein medizinischer Fachbegriff: Eine generell akzeptierte Definition gibt es nicht. Dies führt dazu, dass die für die Anordnung einer FU zuständigen Personen eine unterschiedliche Praxis haben können. Eine FU, die allein aufgrund einer schweren Verwahrlosung ausgesprochen wird, ohne dass eine psychische Störung vorliegt, ist allerdings höchst selten.

3. Grundsätze

3.1. Respektierung der Selbstbestimmung

Das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung ist ein Leitprinzip der medizinischen Ethik, das rechtlich sowohl durch internationale Konventionen und verfassungsrechtliche Garantien als auch durch zivilrechtliche und strafrechtliche Bestimmungen verankert ist. Das Prinzip der Patientenautonomie mit seiner Betonung des Vorrangs der Selbstbestimmung steht bei der Durchführung von Zwangsmassnahmen in einem Spannungsverhältnis zum Fürsorge- und Nichtschadensprinzip, das die medizinische Fachperson verpflichtet, das Wohl des Patienten zu fördern und ihm nicht zu schaden.

14 Vgl. Art. 438 ZGB («Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit»).

Es gibt Ausnahmesituationen, in denen Zwangsmassnahmen unvermeidbar sind und das Recht auf Selbstbestimmung eingeschränkt wird; ihre Anwendung bedarf jedoch immer einer besonderen ethischen und juristischen Rechtfertigung. Die Respektierung der Selbstbestimmung verlangt zudem, dass auch in Situationen, in denen die Anwendung einer Zwangsmassnahme gerechtfertigt ist, Ärzte, Pflegefachpersonen und weitere medizinische Therapeuten bei der Wahl der Massnahme und der Art der Durchführung die Präferenzen des betroffenen Patienten berücksichtigen.

3.2. Subsidiarität und Verhältnismässigkeit

Bei der Durchführung von Zwangsmassnahmen sind die Verhältnismässigkeit und die Subsidiarität besonders zu achten. Eine solche Massnahme muss also erstens notwendig und zweitens geeignet sein.¹⁵ Sind mehrere Massnahmen geeignet, ist die am wenigsten belastende Massnahme zu wählen. Diese Voraussetzungen müssen bei jedem Patienten individuell geprüft werden. Dabei muss man abschätzen, ob der zu erwartende (persönliche und soziale) Nutzen den möglichen Schaden deutlich übertrifft bzw. ob ein solcher Eingriff weniger gravierende Folgen als ein anderes Vorgehen hat. Auch die Dauer muss an die Art der Zwangsmassnahme und an den Zustand des Patienten angepasst werden. Bei der Abwägung ist zu berücksichtigen, dass bei Durchführung einer Zwangsmassnahme auch somatische und psychische Schäden entstehen können. Somatische Schäden (z.B. Verletzungen, Infektionen) drohen durch längere Ruhigstellung (z.B. Fixation oder Sedierung) oder durch körperliche Gewalt (z.B. Prellungen, Frakturen). Psychische Traumatisierungen sind bei Zwangsmassnahmen umso eher zu erwarten, je mehr der Eingriff als ungerechtfertigt, beschämend oder gar als Vergeltung bzw. als gezielte Schädigung erlebt wird.

3.3. Geeignetes Umfeld

Wenn Zwangsmassnahmen unumgänglich sind, dürfen sie nur in einem geeigneten Umfeld durchgeführt werden. Folgende Punkte sind dabei besonders hervorzuheben:

Bei der Durchführung von Zwangsmassnahmen muss die Würde des betroffenen Patienten gewahrt werden. Zwangsmassnahmen sollten nicht vor anderen Patienten stattfinden, sondern in einem geschützten Raum, der angemessen ausgestattet ist. Das medizinische Personal, das Zwangsmassnahmen anordnet und durchführt, muss über entsprechende Kompetenzen verfügen. Dazu gehört auch eine spezifische Ausbildung in verbalen und nonverbalen Deeskalationstechniken, Festhaltetechniken sowie Betreuung und Überwachung.

¹⁵ *Notwendig und geeignet* bedeutet, dass vorgängig alle Alternativen zu einer Zwangsmassnahme geprüft wurden und *nur* eine Zwangsmassnahme geeignet ist, die Gefährdung abzuwenden.

Zwangsbearbeitete Patienten müssen zu ihrer eigenen Sicherheit medizinisch überwacht werden. Falls eine Immobilisierung oder Fixierung unerlässlich ist, so ist der Patient so zu betreuen, dass Komplikationen jederzeit erkannt und vermieden werden können, auch wenn dafür die ununterbrochene Präsenz des medizinischen Personals notwendig ist. Ökonomische Überlegungen, Personalknappheit und Belastung der Mitarbeitenden können keine Zwangsmassnahmen rechtfertigen. Die Personalstärke muss ausreichend bemessen sein, um für alle Patienten und Betreuungspersonen ein sicheres Umfeld zu garantieren, die Prävention von Zwangsmassnahmen zu ermöglichen und, falls Zwangsmassnahmen unerlässlich sind, den Patienten adäquat zu überwachen.

3.4. Kommunikation und Dokumentation

Die Anwendung medizinischer Zwangsmassnahmen geschieht oft in einem hektischen, von Zeit- und Entscheidungsdruck geprägten Umfeld. Meist ist ein gesamtes Team involviert, also Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen. Umso wichtiger sind die Information und der Austausch im Betreuungsteam vor, während und nach der Durchführung einer Zwangsmassnahme. Zwei Ziele sind jeweils gegeneinander abzuwägen: Zum einen die rasche Reaktion auf eine dringende medizinische Gegebenheit, zum anderen die Einholung und Einbeziehung möglichst umfassender Informationen vor dem Entscheid für die Zwangsmassnahme. Dies bezieht auch die Perspektiven der einzelnen Teammitglieder ein. Es kann vorkommen, dass in diesen schwierigen Situationen kein sofortiger Konsens über das optimale Vorgehen erzielt wird, woraus ein Risiko für den betroffenen Patienten erwachsen kann. Daher muss zu jedem Zeitpunkt klar sein, wer nach der Abwägung der aktuell vorliegenden Informationen eine definitive Entscheidung trifft, die dann umgehend umzusetzen ist.

Die Kommunikation mit dem betroffenen Patienten vor, während und nach einer Zwangsmassnahme ist von entscheidender Bedeutung. Sie trägt wesentlich dazu bei, die Dauer der Zwangsmassnahme so kurz wie möglich zu halten; im Idealfall kann diese sogar noch verhindert und durch weniger eingreifende Massnahmen ersetzt werden. Die entsprechende Rollenverteilung muss zuvor klar vereinbart werden. Dabei muss geklärt werden, welches Teammitglied den Kontakt zum Patienten aufrechterhält.

Schliesslich spielt – im Vorfeld und nach einer Zwangsmassnahme – die angepasste Kommunikation mit dem Patienten eine bedeutsame, oft auch deeskalierende Rolle. Sofern berufliche Verschwiegenheitspflichten nicht entgegenstehen, soll auch das Gespräch mit den Angehörigen und sonstigen wichtigen Bezugspersonen gesucht werden. Die Entscheidungsprozesse und die Durchführung von Zwangsmassnahmen müssen detailliert dokumentiert werden.¹⁶

16 Vgl. Anhang B, Ziff. 3.(«Dokumentation von Zwangsmassnahmen»).

4. Anwendungsfelder

4.1. Patienten mit somatischen Erkrankungen

Bei Patienten mit somatischen Erkrankungen können hauptsächlich drei typische Situationen unterschieden werden, in denen Zwangsmassnahmen unter Umständen zur Anwendung kommen, um eine Gefährdung abzuwenden:

- Patienten mit Erregungszuständen, die sich einer Behandlung widersetzen und sich und andere gefährden;
- bewusstseinsgetrübe bzw. bewusstlose Patienten, die eine allfällige Ablehnung der Behandlung nicht kundtun können;
- Patienten, die ruhig und klar kommunizieren, dass sie eine indizierte Behandlung ablehnen, die aber möglicherweise urteilsunfähig sind.

4.1.1. Entscheidungsprozesse

Der Entscheidungsprozess ist je nach Situation unterschiedlich, weil die Abklärung der Urteilsfähigkeit, die Suche nach einem vorverfügten oder mutmasslichen Willen und die Abklärung der Verfügbarkeit einer Vertretungsperson jeweils unterschiedlich sind. Wenn eine Urteilsunfähigkeit festgestellt wird, muss in jedem Fall primär eine möglicherweise vorhandene Patientenverfügung und eine nach Gesetz zuständige Vertretungsperson gesucht werden. Allenfalls muss die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) einbezogen werden. Für den Entscheidungsprozess muss genügend Zeit vorhanden sein. Insbesondere dürfen Angehörige bzw. Vertretungspersonen nicht unter Zeitdruck gesetzt und zu einer Entscheidung gedrängt werden, solange unverzügliches Handeln nicht medizinisch unerlässlich ist.

Sowohl die Vertretungsperson als auch das Behandlungsteam müssen ihre Entscheidung gemäss Gesetz (Art. 378 Abs. 3 und Art. 379 ZGB) am mutmasslichen Willen und an den Interessen des Patienten orientieren. Konkret lässt sich diese Bestimmung folgendermassen anwenden: Das Behandlungsteam erarbeitet die verschiedenen medizinischen Behandlungsoptionen mit deren möglichen Nutzen und Risiken. Zusammen mit der Vertretungsperson bzw. unter Beizug nicht vertretungsberechtigter nahestehender Personen (andere Angehörige, Hausarzt, Betreuer) wird erwogen, welche der möglichen Optionen am ehesten dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht. Dabei soll also nicht in jedem Fall die aus medizinischer Sicht optimale Therapie durchgeführt werden, sondern aus den möglichen Optionen, die mit den Interessen des Patienten vereinbar sind, diejenige gewählt werden, die am ehesten dem im Zustand der Urteilsfähigkeit zum Ausdruck gebrachten Willen entspricht.

Erregungszustände

Bei Patienten mit akuten Erregungszuständen ist oft eine erhebliche Verwirrtheit deutlich erkennbar, und die Urteilsunfähigkeit steht klar fest. Bei diesen Patienten richtet sich das Entscheidungsprozedere bezüglich Zwangsmassnahmen nach den weiter oben beschriebenen Grundsätzen. Anders erfolgt das Vorgehen bei urteilsfähigen Patienten, die stark erregt und aggressiv sind. Wenn bei diesen potenziell gefährlichen Patienten durch Gespräche und Deeskalationsmassnahmen kein einvernehmliches Vorgehen gefunden wird, müssen der spitalinterne Sicherheitsdienst oder die Polizei beigezogen werden.

Zwischen diesen beiden Szenarien gibt es Übergangsformen, bei denen die Beurteilung der Urteilsfähigkeit sehr schwierig sein kann. Zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit muss, wann immer möglich, die Situation so beruhigt werden, dass ein Gespräch überhaupt möglich wird. Oft ist der Beizug eines Psychiaters notwendig. Auch wenn keine ausreichende Sicherheit bezüglich Urteilsfähigkeit erreicht werden kann, muss in einer Situation, in der kein Einvernehmen mit dem Patienten möglich ist, entschieden werden, ob unter der Annahme einer krankheitsbedingten Urteilsunfähigkeit medizinische Zwangsmassnahmen zielführend und gerechtfertigt sind oder ob angesichts der potenziellen Gefährlichkeit der Sicherheitsdienst oder die Polizei gerufen werden müssen. Bei urteilsfähigen Personen ist allein die Polizei für die Anwendung physischen Zwangs zuständig.

Bewusstseinsstörungen

Bei Patienten, die infolge einer Bewusstseinsstörung (agitiertes oder hypoaktives Delir¹⁷, Stupor, Koma) urteilsunfähig sind, muss primär eine allenfalls vorhandene Patientenverfügung und eine nach Gesetz zuständige Vertretungsperson gesucht werden. Liegt eine gültige Patientenverfügung vor, sind das Behandlungsteam und die Vertretungsperson an diese gebunden. Die Vertretungsperson hat das Behandlungsteam bei der Interpretation der Patientenverfügung zu unterstützen. Gibt es keine Patientenverfügung, so muss die Vertretungsperson die Einwilligung zur Behandlung geben. Lässt sich innert der von der Behandlungsdringlichkeit gegebenen Frist keine Vertretungsperson zuziehen, entscheidet der Arzt stellvertretend.¹⁸

17 Unter einem *Delir* versteht man eine im Rahmen einer somatischen oder psychischen Krankheit akut auftretende, charakteristischerweise fluktuierende Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit mit einer veränderten Wahrnehmung (Gedächtnis, Orientierung, Sprache, abstraktes Denkvermögen) und psychomotorischen Störungen (Apathie, Hypoaktivität bis Hyperaktivität). Der akute Beginn und die grundsätzliche Reversibilität unterscheiden das Delir von einer Demenz.

18 Vgl. Art. 379 ZGB («dringliche Fälle»).

Wenn davon ausgegangen werden muss, dass eine Massnahme dem vorverfügten Willen eines urteilsunfähigen Patienten widerspricht, darf diese nur durchgeführt werden, wenn sie zur Abwendung einer Fremdgefährdung erforderlich ist. Wenn die vorverfügte Ablehnung einer medizinisch indizierten Therapie den Interessen des Patienten massiv zuwiderzulaufen scheint, muss sorgfältig abgeklärt werden, ob die Patientenverfügung nicht bereits im Zustand einer krankheitsbedingten Urteilsunfähigkeit verfasst wurde oder ob sie noch dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht. Ist, gestützt auf diese Abklärungen, nachvollziehbar, dass der Patient die betreffende Behandlung abgelehnt hätte, darf diese nicht durchgeführt werden. Ist der Arzt aber der Überzeugung, dass die Interessen des Patienten nicht mehr gewahrt sind, soll er die KESB beiziehen.

Wenn die Therapie mit dem vorverfügten bzw. mutmasslichen Willen des Patienten übereinstimmt und die Vertretungsperson eingewilligt hat, kann sie durchgeführt werden. Duldet der urteilsunfähige Patient die Massnahmen oder kooperiert er sogar, handelt es sich nicht um eine Zwangsbehandlung. Zeigt er hingegen Ablehnung oder leistet physischen Widerstand, so handelt es sich um eine Zwangsmassnahme, die erlaubt ist, solange sie medizinisch erforderlich ist. Lehnt die Vertretungsperson die Einwilligung in die Zwangsmassnahme ab, ist die KESB einzubeziehen.

Fehlende Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit

Patienten, mit denen klar kommuniziert werden kann, die jedoch eine aus medizinischer Sicht notwendige Behandlung ablehnen, stellen eine grosse Herausforderung für das medizinische Personal dar. Entscheidendes Kriterium für den Entscheid, ob auf die – unter Umständen lebensrettende – Behandlung verzichtet werden muss oder ob eine Zwangsbehandlung durchgeführt werden soll, ist die Urteilsfähigkeit in Bezug auf die vorliegende gesundheitliche Gefährdung und auf die Behandlungsnotwendigkeit. Falls die Urteilsfähigkeit krankheitsbedingt fehlt, wie es beispielsweise bei gewissen Fällen von schwerer Anorexia nervosa oder Substanzabhängigkeit vorkommt, kann eine Zwangsbehandlung in Frage kommen.

Zeigen Patienten jedoch volle Einsicht in die Gefährdung ihres Gesundheitszustands und lehnen eine bestimmte Behandlung unter bewusster Inkaufnahme der sich daraus ergebenden Folgen ab, dann darf diese Behandlung nicht durchgeführt werden. Trotzdem muss diesen Patienten die notwendige medizinische Unterstützung geleistet werden, soweit dies einvernehmlich möglich ist.

Neben diesen wichtigsten Szenarien gibt es noch zwei besondere Situationen für die Anwendung von Zwangsmassnahmen in der somatischen Akutmedizin.

Patienten mit übertragbaren Krankheiten

Wenn Patienten, die an übertragbaren Krankheiten leiden, die medizinisch notwendige Behandlung verweigern, können auch bei Urteilsfähigkeit Zwangsmassnahmen aufgrund des Epidemienetzes¹⁹ angeordnet werden. Dies betrifft namentlich Einschränkungen der Bewegungsfreiheit (Quarantäne und Absonderung). Medikamentöse Behandlungen können zwar angeordnet und überwacht, jedoch nicht mit Zwang durchgesetzt werden. Lehnt die betroffene Person die Durchführung der angeordneten Behandlung ab, dürfen allerdings freiheitseinschränkende Massnahmen ergriffen werden, die nicht in die körperliche Integrität eingreifen.

Schwangere

Bei Schwangeren besteht insofern eine besondere Situation, als bei einer Behandlungsverweigerung auch Gesundheit und Leben des Fötus gefährdet werden kann. Es ist jedoch nicht zulässig, eine urteilsfähige Schwangere, welche die Konsequenzen ihres Handelns erkennen und beurteilen kann und negative Folgen für sich und ihr Kind bewusst in Kauf nimmt, zu einer medizinischen Massnahme zu zwingen. Allerdings können durch Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen psychische Ausnahmezustände auftreten, welche die Urteilsfähigkeit aufheben. In diesen Fällen können Zwangsmassnahmen für Mutter und Kind lebensretend sein. Durch frühzeitige Information, einfühlsame Betreuung und Beratung unter Einbezug des Partners²⁰ sollen solche Situationen so gut wie möglich vermieden werden.

4.1.2. Durchführung

Notwendige Zwangsmassnahmen sollen sachgerecht und möglichst schonend durchgeführt werden. Patienten mit mechanischer Einschränkung der Bewegungsfreiheit müssen sorgfältig überwacht werden, damit allfällige Komplikationen sofort erkannt und behandelt werden können. Zwangsmassnahmen müssen in der Patientendokumentation in einem speziellen Abschnitt festgehalten werden. Schon bei der Verordnung müssen regelmässige Intervalle zur Überprüfung der Zweckmässigkeit festgelegt werden, falls dies nicht durch entsprechende Weisungen der Institution generell geregelt ist. Besuchende Angehörige sollen vor dem ersten Kontakt mit dem Patienten über die angewendeten Zwangsmassnahmen informiert werden. Das betreuende Team sollte Zwangsmassnahmen unter Einbezug des Patienten nachbesprechen.

19 Das revidierte Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Epidemienetzes) vom 28. September 2012 soll Anfang 2016 in Kraft treten. Gestützt auf Artikel 30 ff., können (Zwangs-) Massnahmen gegenüber einzelnen Personen angeordnet werden.

20 Es ist zu beachten, dass der begleitende Partner unter Umständen für die Mutter und/oder das Neugeborene nicht vertretungsberechtigt sein könnte.

4.1.3. Prävention

Um den Einsatz von Zwangsmassnahmen zu minimieren, müssen alle Möglichkeiten der Delirprophylaxe ausgeschöpft werden. Dazu gehören u. a. eine systematische Risikoerfassung, eine ausgewogene und einfach verständliche Information, die Einhaltung eines geregelten Tagesablaufs mit ausreichend körperlicher Aktivität, die Unterstützung aller physiologischen Abläufe (vor allem Flüssigkeitszufuhr) und das Reduzieren der Eingriffe in die körperliche Integrität des Patienten auf das absolut notwendige Minimum. Insbesondere bei Patienten mit einer bekannten Deliranamnese, einer Demenz oder einer Substanzabhängigkeit sollte grösster Wert auf eine ausreichende Schmerztherapie und die Minimierung von Polypharmazie sowie von apparativ-technischen Untersuchungen und Massnahmen gelegt werden.

Bei Eingriffen, die typischerweise Bewusstseinsstörungen zur Folge haben können (z. B. Delir nach grossen Operationen), sollte der Patient ausdrücklich darüber aufgeklärt werden und seine Einwilligung zu allenfalls notwendigen Zwangsmassnahmen geben können.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass eine sorgfältige und einfühlsame Aufklärung und Beratung sowie das Angebot alternativer Behandlungsmöglichkeiten dazu beitragen können, die Notwendigkeit von Zwangsmassnahmen zu vermindern.

Deeskalationstrainings für Situationen, in denen Patienten agitiert sind oder gewalttätig reagieren, sowie durch externe Fachpersonen durchgeführte Coachings in Fallbesprechungen unterstützen das Team und können dazu beitragen, Alternativen frühzeitig zu besprechen und die Anwendung von Zwangsmassnahmen zu minimieren. Konzepte für das Aggressionsmanagement können dem Personal helfen, besser mit bedrohlich erscheinenden Situationen umzugehen.

4.2. Patienten mit psychischen Störungen²¹

Die Anwendung von Zwang ist keineswegs ein normaler Bestandteil psychiatrischen Handelns, sondern stets eine an enge, klar definierte und überprüfbare Kriterien geknüpfte Ausnahme.

Bei psychisch kranken Personen können Zwangsmassnahmen einerseits in Notfallsituationen unausweichlich werden, wenn eine erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung als Folge der bestehenden Krankheit vorliegt (Art. 435 ZGB). Andererseits können im Rahmen einer FU ausserhalb der Notfallsituation, gestützt auf Art. 434 ZGB, länger dauernde Zwangsmassnahmen, in der Regel medikamentöse Behandlungen, ärztlich angeordnet werden. Eine Zwangsmassnahme

21 Die Grundsätze der vorliegenden Richtlinien gelten auch für die forensische Psychiatrie; spezifische Aspekte, die ausschliesslich in diesem Bereich von Bedeutung sind, werden aber nicht behandelt (vgl. Kap. 4.6.). Der Begriff *psychische Störung* wird in Anlehnung an die Terminologie des ZGB verwendet; die Definition orientiert sich an der Klassifikation der WHO (ICD-10, International Classification of Diseases).

muss eindeutig indiziert sein: Sie muss zur Abwendung eines ernsthaften gesundheitlichen Schadens oder einer ernsthaften Gefährdung des Lebens oder der körperlichen Integrität Dritter erfolgen. Die betroffene Person muss bezüglich ihrer Behandlung urteilsunfähig sein. Mildere Massnahmen müssen aus explizit zu nennenden Gründen ausgeschlossen sein.

Das KESR spricht dem Arzt mit Chefarztfunktion²² im Falle von fürsorgerisch untergebrachten Personen in Art. 434 ZGB die Kompetenz zu, eine länger dauernde medikamentöse Behandlung ohne Zustimmung («Zwangsbehandlung») selbst anzuordnen. Mit der Durchführung der Behandlung kann sofort begonnen werden. Dies bedeutet, dass einer Beschwerde²³ des Patienten keine aufschiebende Wirkung zukommt, ausser wenn der Patient die FU erfolgreich angefochten hat. In der Praxis kommt es aber vor, dass mit dem Beginn der ärztlich angeordneten Zwangsbehandlung zugewartet wird, bis die gesetzliche Beschwerdefrist abgelaufen ist. Dies kann im Einzelfall zu einer Deeskalation beitragen, wirft aber wegen der damit einhergehenden Verzögerung ethische Fragen auf. Massgebliches Kriterium sollte der therapeutische Handlungsbedarf sein.

Das entscheidende Kriterium für die Anordnung einer Zwangsbehandlung ist nicht die Diagnose, sondern der aktuell vorliegende klinische Zustand und die sich aus diesem ergebenden Gefährdungsmomente.

Eine gravierende Diagnose darf keineswegs automatisch zu einer höheren Wahrscheinlichkeit führen, dass Zwangsmassnahmen zur Anwendung kommen. Die Urteilsunfähigkeit kann zudem niemals allein mit der Ablehnung der Therapie begründet werden.

Die Nachbetreuung von fürsorgerisch untergebrachten Personen wird von den Kantonen geregelt (Art. 437 ZGB). Die Bestimmungen können ambulante Massnahmen vorsehen, etwa die regelmässige Vorstellung der aus der Klinik entlassenen Person bei einem psychiatrischen Facharzt oder die regelmässige Einnahme der verordneten Medikation. Diese ambulanten Massnahmen sind zivilrechtlicher Natur und dürfen nicht mit den strafrechtlichen Massnahmen im Sinne der Art. 59–61, 63, 64, 67 und 67b StGB verwechselt werden. Die Bestimmungen der Kantone zu Behandlungsaufgaben nach der Entlassung von FU-Patienten sind unterschiedlich. Dies gilt insbesondere für die Möglichkeit, ambulante Behandlungsaufgaben anzuordnen, etwa im Sinne der Verabreichung einer Medikation unter Zwang. Hier bestehen erhebliche kantonale Unterschiede.

22 Entscheidend sind die Kompetenzen, die ein Arzt hat. So kann z. B. auch ein ärztlicher Abteilungsleiter in diesem Fall eine Chefarztfunktion übernehmen. Dabei sollte jedoch nicht derselbe Arzt die Verantwortung gemäss Art. 434 ZGB übernehmen, der den Behandlungsplan erstellt, sondern ein Arzt, der hierarchisch über diesem steht.

23 Die Beschwerde gemäss Art. 450 ff. ZGB stellt ein Rechtsmittel gegen Anordnungsentscheide im Sinne von Art. 439 ZGB dar. Umgangssprachlich wird hier oft der Begriff «Rekurs» verwendet.

4.2.1. Entscheidungsprozesse

Die anstehenden Entscheidungsprozesse sind komplex: Es gilt, Entscheide zu einem Sachverhalt zu treffen, die Anwendung von Zwang nämlich, den jede medizinische Berufsperson von ihrem Selbstverständnis her vermeiden möchte. Die Anwendung einer Zwangsmassnahme ist nur erlaubt, wenn sie nach der Ausschöpfung aller Alternativen unvermeidlich ist. Ausserdem ist das Spektrum möglicher Massnahmen sehr breit. Dieser Situation kann nur mit einem individualisierten Vorgehen angemessen begegnet werden: Die zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen müssen mit der konkreten Situation der betroffenen Person im Sinne einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung abgestimmt werden. Diese muss nicht nur die äusseren Verfahrensaspekte berücksichtigen, etwa das Verletzungsrisiko für alle Beteiligten, sondern auch die Binnenperspektive der betroffenen Person (subjektives Erleben einer Zwangsmassnahme, Risiko einer Traumatisierung, Auswirkung auf die therapeutische Beziehung).

Im Rahmen der Besprechung des Behandlungsplans muss die betroffene Person und, sofern vorhanden, ihre Vertrauensperson über eine geplante Behandlung informiert werden (Art. 433 ZGB). In diesem speziellen Kontext hat der Gesetzgeber den Stellenwert einer Patientenverfügung allerdings relativiert: Sie muss bei fürsorgerisch untergebrachten Personen nur so weit umgesetzt werden, wie dies die Wirksamkeit der Therapie nicht beeinträchtigt. In jedem Fall braucht es eine sorgfältige Abwägung: Es darf einerseits nicht zu einer Diskriminierung von Personen mit einer psychischen Erkrankung im Sinne der systematisch ungenügenden Berücksichtigung von Patientenverfügungen kommen, nur weil eine FU besteht. Andererseits ist es ebenso wenig vertretbar, der betroffenen untergebrachten und urteilsunfähigen Person eine dringend erforderliche Therapie lediglich mit dem *unhinterfragten* Argument vorzuenthalten, es liege eine gegenteilig lautende Patientenverfügung vor.

Bei allen Entscheidungen, die von den beteiligten Fachpersonen getroffen werden, ist stets die gesetzlich vorgegebene besondere Rolle der Vertrauensperson zu berücksichtigen. Gibt es eine solche und ist sie verfügbar, soll sie, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben, insbesondere zur Unterstützung bei medizinischen Entscheidungen (Art. 432 ZGB), notwendig ist, Informationen über die Diagnose, die Therapie und den Krankheitsverlauf erhalten.

4.2.2. Durchführung

Eine FU muss nicht zwingend auf einer akutpsychiatrischen Station durchgeführt werden. Geeignet im Sinne des Gesetzes ist eine Einrichtung dann, wenn sie den individuellen medizinischen Bedürfnissen der betroffenen Personen mit einem Minimum an persönlichen Einschränkungen gerecht wird. Es kann sich also durchaus um eine offene Station oder um eine Wohneinrichtung handeln, wenn so das Ziel der Massnahme am besten erreicht werden kann.²⁴

Die institutionellen Voraussetzungen für die Durchführung medizinischer Zwangsmassnahmen müssen gewährleistet sein und regelmässig evaluiert werden. Der Entscheid muss, falls nötig, angepasst werden. Die Verfügbarkeit ärztlicher und pflegerischer Fachpersonen mit genügender Erfahrung und entsprechender Weiterbildung (z. B. Deeskalations- und Festhaltetechniken, Aggressionsmanagement) ist zwingend; ebenso müssen räumliche Voraussetzungen vorhanden sein, die eine Blossstellung oder gar Demütigung der betroffenen Person vermeiden. Jede Institution, in der es zu Zwangsmassnahmen kommt, erlässt schriftliche interne Weisungen und fördert den interdisziplinären Dialog, der auchhaltungsfragen zum Thema Zwangsmassnahmen beinhaltet.

Die Durchführung der medizinischen Zwangsmassnahmen muss nach einem zuvor festgelegten und eingeübten Ablaufschema erfolgen, das auch die Vorinformation des Patienten beinhaltet. Zwischen den handelnden Personen muss eine klare Rollenverteilung vereinbart sein. Es muss immer die Möglichkeit bestehen, das jeweilige Vorgehen anzupassen, wenn sich die Ausgangslage markant ändert und dadurch eine Zwangsmassnahme vermieden oder abgemildert werden kann (z. B. wenn die betroffene Person Gesprächsbereitschaft zeigt). Ziel muss immer sein, das Ausmass des angewendeten Zwangs auf ein Minimum zu reduzieren.

Eine Nachbesprechung der durchgeführten Zwangsmassnahme ist ein selbstverständlicher Bestandteil des Vorgehens; dieser Prozess umfasst sowohl die Besprechung innerhalb des Teams als auch mit der betroffenen Person. Ablauf und wesentliche Inhalte dieser Nachbesprechung sind in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

24 Vgl. Kap. 3.3. («Geeignetes Umfeld»).

4.2.3. Prävention

Zwangsmassnahmen bei Patienten mit psychischen Störungen können am wirksamsten vermieden werden, indem eine effiziente und für alle Betroffenen leicht zugängliche psychiatrische Versorgung sichergestellt wird.

Eine Patientenverfügung kann eine wesentliche präventive Wirkung mit Blick auf die Häufigkeit von Zwangsmassnahmen haben: Vielen, durchaus auch schwer kranken Patienten ist bewusst, dass sie eine Patientenverfügung erstellt haben. Die behandelnden Ärzte sollten die Patientenverfügung so früh wie möglich mit dem Patienten besprechen. Die konkrete Erfahrung, dass diese Verfügung von den Mitgliedern des Behandlungsteams ernst genommen und zum Gegenstand von Gesprächen mit der betroffenen Person wird, kann bereits zu einer Deeskalation der Situation beitragen. Dies gilt vor allem dann, wenn eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert werden konnte. Allerdings sind die Behandelnden auch dann verpflichtet, sicherzustellen, dass die in der Patientenverfügung gemachten Angaben nach wie vor dem (mutmasslichen) Willen der betroffenen Person entsprechen.

Die systematische Dokumentation von Zwangsmassnahmen (vgl. Anhang B, Ziff. 3), idealerweise mit der Auswertung im Kontext wissenschaftlicher Begleitforschung verbunden, ist zu gewährleisten. Eine präventive Wirkung zeigt auch der regelmässige und nachhaltige fachliche Austausch über die Institutionsgrenzen hinweg, insbesondere an den komplexen Schnittstellen zwischen Kliniken, Notfallärzten, niedergelassenen Fachärzten, Hausärzten und Wohneinrichtungen.

4.3. Kinder und Jugendliche

Patienten im Kindes- und Jugendalter haben grundsätzlich dieselben Rechte wie erwachsene Patienten.²⁵ Aufgrund ihrer noch nicht abgeschlossenen Entwicklung sind sie aber auf Fürsorge und Schutz angewiesen und benötigen – abhängig von Alter und Reife – die Unterstützung Dritter, um diese Rechte auszuüben. Die Eltern²⁶ sind bei der Ausübung der elterlichen Sorge²⁷ an das Kindeswohl gebunden und verpflichtet, soweit als möglich auf die Meinung des Kindes Rücksicht zu nehmen.²⁸

Urteilsfähige Kinder und Jugendliche haben das Recht, in eine Behandlung einzuwilligen oder diese abzulehnen. Wenn eine Massnahme gegen den Willen des

25 Vgl. UNO-Kinderrechtskonvention (UNKKR), die von der Schweiz ratifiziert und Bestandteil der schweizerischen Rechtsordnung ist.

26 Bei gemeinsamer elterlicher Sorge kann der allein anwesende Elternteil gegenüber dem behandelnden Arzt die Einwilligung zur Behandlung erteilen, wenn sich dies aus der vereinbarten Aufgabenteilung der Eltern ergibt. Bei schwerwiegenden Behandlungsentscheidungen muss sich der Arzt vergewissern, dass beide Eltern informiert wurden und mit der Durchführung einverstanden sind.

27 Vgl. Art. 296 ZGB ff. («Die elterliche Sorge»).

28 Das Recht, seinen Willen in einer Patientenverfügung festzuhalten, steht auch urteilsfähigen Minderjährigen zu (Art. 370 ZGB).

Kindes bzw. Jugendlichen durchgeführt wird, stellt dies auch dann eine Zwangsmassnahme dar, wenn die Eltern damit einverstanden sind. Bei urteilsunfähigen Patienten reicht die elterliche Einwilligung für die Durchführung rechtlich aus.

Bei Jugendlichen mit psychischen Störungen, die eine medizinisch indizierte Behandlung ablehnen, ist die Situation ausserordentlich komplex und das optimale Vorgehen unter Experten umstritten. Obwohl bei Urteilsunfähigkeit eigentlich die Einwilligung der Eltern sowohl für eine vom Jugendlichen abgelehnte Hospitalisation wie auch für eine Zwangsbehandlung ausreicht, wird in vielen Fällen die Einholung einer FU empfohlen.²⁹ Die Feststellung der Urteilsfähigkeit ist in diesen Fällen besonders schwierig, da mit zunehmender Reife das Spektrum von Entscheidungen, für die Urteilsfähigkeit besteht, zwar zusehends wächst, dieses aber durch die Krankheit in wechselndem Umfang wieder eingeschränkt werden kann. Es kann deshalb sinnvoll sein, wenn in Bezug auf eine stationäre therapeutische Massnahme urteilsunfähig erscheinende Jugendliche trotz eingehender Beratung nicht zur Einwilligung oder mindestens zur bereitwilligen Duldung geführt werden können, im Zweifelsfall eine FU einzuholen. Damit steht dem Jugendlichen der übliche Beschwerdeweg offen. Dieses Vorgehen kann auch für die Eltern entlastend wirken, da sie dann dem Jugendlichen nicht mehr als Verantwortliche für die Zwangsausübung gegenüberstehen.

Für die FU sind die Bestimmungen des Erwachsenenschutzrechtes sinngemäss anwendbar (Art. 314b ZGB). Da die Einweisung in eine geeignete Einrichtung im Rahmen einer FU das Recht der Eltern, den Aufenthaltsort des Kindes zu bestimmen (Art. 301a ZGB), tangiert, ist die elterliche Zustimmung oder Duldung notwendig. Wehren sich die sorgeberechtigten Eltern gegen die FU und gefährden damit das Wohl des Kindes, muss die Kindesschutzbehörde einbezogen werden (Art. 307 ZGB), die einen Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts anordnen kann (Art. 310 ZGB). Bei unmittelbarer Gefahr für Leib und Leben kann eine Hospitalisation eines Kindes oder Jugendlichen auch gegen dessen eigenen und den elterlichen Willen durchgeführt werden, und zwar im Sinne der Abwehr eines Notstands (Art. 17 und 18 StGB). Eine gültige Verfügung muss aber so rasch wie möglich eingeholt werden.

Für die Zwangsbehandlung von unter FU-Bedingungen hospitalisierten urteilsunfähigen Jugendlichen ist umstritten, ob diese die elterliche Einwilligung oder ein Vorgehen nach Art. 434 ZGB voraussetzt. In den meisten Fällen erscheint es aber sinnvoll, sich um die Zustimmung der Eltern zur Behandlung zu bemühen. Wo dies nicht gelingt, muss die KESB beigezogen werden, die eine Beistandschaft zur Vertretung in medizinischen Angelegenheiten errichten und die elterliche Sorge einschränken kann (Art. 308 ZGB).

29 Bei Urteilsfähigkeit wäre grundsätzlich eine stationäre Unterbringung nach Art. 314b ZGB möglich, eine Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB dagegen nicht.

4.3.1. Entscheidungsprozesse

Die Urteilsfähigkeit entwickelt sich progressiv vom Kleinkindesalter bis zur Volljährigkeit und darüber hinaus. Daher ist entwicklungspsychologische Kompetenz notwendig, um die Urteilsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen einzuschätzen und ihre Selbstbestimmung zu fördern. Erfahrungsgemäss kann die Kooperation mit notwendigen Massnahmen auch bei kleinen Kindern erheblich verbessert werden, wenn ihnen neben einer kindgerechten ausführlichen Erklärung auch ein möglichst weitreichendes Selbstbestimmungsrecht eingeräumt wird.

Auch wenn Jugendliche im zweiten Lebensjahrzehnt eine rasch zunehmende Entscheidungskompetenz in medizinischen Fragen erwerben können, bestehen bei älteren Jugendlichen infolge der langsamen Reifung der entsprechenden Hirnareale oft noch Schwierigkeiten, komplexere Entscheidungen angemessen zu beurteilen. Insbesondere kann es diesen minderjährigen Personen Mühe bereiten, langfristige Risiken und Folgeschäden realistisch wahrzunehmen oder in Betracht zu ziehen, dass die eigene Bewertung dieser Risiken in einigen Jahren anders ausfallen könnte. Die Einschätzung der Urteilsfähigkeit erfordert deshalb besondere Sorgfalt und Fachkompetenz, wenn es um Entscheidungen mit irreversiblen Folgen geht. Die Ausübung der Selbstbestimmung durch den Jugendlichen sollte nicht zum Preis einer irreversiblen Schädigung seiner weiteren Entwicklung und damit seiner zukünftigen Selbstbestimmungsfähigkeit toleriert werden.

Obwohl mit dem Erreichen der Urteilsfähigkeit das Entscheidungsrecht über medizinische Massnahmen von den Eltern auf den Jugendlichen übergeht, finden Entscheidungsprozesse bereits vor diesem Zeitpunkt und noch lange danach in einer komplexen Interaktion zwischen Eltern und Kind statt, die für die Behandelnden oft nicht sichtbar ist. Im Idealfall räumen die Eltern dem noch nicht urteilsfähigen Kind soviel Mitbestimmungsrecht ein wie möglich, und der urteilsfähige Jugendliche gewährt seinen Eltern beratende Mitsprache bzw. Mitentscheidung, wo er sich überfordert fühlt.

Auch wenn Eltern und Jugendliche einer Massnahme gemeinsam zustimmen, sollte bei besonders belastenden und risikoreichen Eingriffen sorgfältig geprüft werden, ob der Jugendliche seine Zustimmung wirklich selbstbestimmt erteilt. Es kann nämlich, namentlich bei onkologischen Patienten, vorkommen, dass diese von ihren Eltern bewusst oder unbewusst zur Zustimmung oder Ablehnung einer Behandlung gedrängt werden.

Wenn sowohl die Eltern als auch der Jugendliche eine medizinisch klar indizierte Massnahme ablehnen, muss der Beizug der KESB geprüft werden. Wenn die Behandelnden mit einem Dissens konfrontiert sind, indem der Jugendliche eine Massnahme ablehnt, der die Eltern zustimmen, entscheidet die Frage der Urteilsfähigkeit rechtlich darüber, ob eine Behandlung unterbleiben muss oder als Zwangsmassnahme durchgeführt werden kann. An die Prüfung der Urteilsfähigkeit sind umso höhere Anforderungen zu stellen, je weitreichender die Folgen einer abgelehnten Behandlung sind.

Stimmt der urteilsfähige Jugendliche einer indizierten Massnahme zu, während die Eltern sich trotz eingehender Gespräche dagegen stellen, soll diese, falls nötig unter Einbeziehung der KESB, durchgeführt werden.³⁰

4.3.2. Durchführung

Bei Säuglingen und Kleinkindern ist es für sehr viele medizinische Massnahmen aufgrund der damit verbundenen Schmerzen und Unannehmlichkeiten unmöglich, eine Duldung oder gar aktive Kooperation zu erreichen. Oft muss der Widerstand des Patienten durch irgendeine Form von Zwang überwunden werden. Es gibt eine Vielzahl von Methoden, diesen Zwang so sanft wie möglich zu gestalten: die Auswahl der am wenigsten invasiven Massnahmen, eine vorausgehende optimale Schmerzbehandlung, gegebenenfalls eine Sedierung oder Narkose, eine ruhige Atmosphäre mit Anwesenheit vertrauter Personen, eine kindgerechte Erklärung vor und die Ablenkung während des Eingriffs erlauben es meist, ein gewaltsames Festhalten gegen angstvollen Widerstand zu vermeiden. Für die orale Medikamenteneinnahme gibt es verschiedene Optionen, diese so wenig unangenehm wie möglich zu gestalten.

Bei grösseren Kindern soll zudem versucht werden, ihre möglichst weitgehende Kooperation zu erreichen. Dafür ist eine umfassende Aufklärung mit geeigneten Mitteln, z.B. Geschichten, Bilder, Gegenstände und Vorführungen, aber auch Techniken wie Entspannung und Hypnose, hilfreich. Auch Belohnungen der jungen Patienten für ihre gute Kooperation können nützlich sein.

Für Jugendliche gelten bei der Durchführung von Zwangsmassnahmen die gleichen Grundsätze wie für Erwachsene. Sie sollen aber ausschliesslich in speziell für Jugendliche konzipierten Einrichtungen mit spezifisch geschultem Personal stattfinden.

30 Diese kann eine Beistandschaft zur Vertretung in medizinischen Angelegenheiten errichten und falls nötig die elterliche Sorge in diesem Bereich einschränken (vgl. Art. 308 ZGB).

4.3.3. Prävention

Der Angst vor medizinischem Zwang bei Kindern kann am besten dadurch vermieden werden, dass diese Patientengruppe frühzeitig mit medizinischen Behandlungen, Fachpersonen und Einrichtungen vertraut gemacht wird. Dazu können entsprechende Bilderbücher und Spielzeug ebenso dienen wie Spitalführungen und die regelmässigen Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt.

Bei Jugendlichen versprechen die Früherkennung und Frühbehandlung psychischer Probleme, von Essstörungen sowie selbstschädigendem und riskantem Verhalten am ehesten eine Vermeidung zukünftiger Zwangsbehandlungen. Der angemessene Umgang mit dem Bedürfnis Jugendlicher nach Opposition und Autonomie, gelegentlich auch gemeinsame Behandlungsvereinbarungen, können ebenfalls präventiv wirken.

4.4. Patienten in der Langzeitpflege

Der Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen oder für Personen mit Behinderungen oder chronischen körperlichen oder psychischen Krankheiten ist im Erwachsenenschutzrecht spezifisch geregelt (Art. 382-387 ZGB) und enthält Bestimmungen über Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit (Art. 383-385 ZGB). Bei älteren Menschen werden Zwangsmassnahmen vor allem bei einem demenzbedingten fortschreitenden Verlust der Urteilsfähigkeit oder bei zunehmender Gebrechlichkeit in Erwägung gezogen. Akut auftretende und fluktuierende Bewusstseinsstörungen (Delir³¹) sind häufig. Bei jüngeren Personen kann aufgrund einer geistigen Behinderung oder einer chronischen körperlichen oder psychischen Krankheit die Urteilsfähigkeit fehlen. Diese Einschränkungen lassen in bestimmten Situationen Zwangsmassnahmen unvermeidlich werden.

Bewegungseinschränkende Massnahmen sind nur erlaubt, wenn weniger eingreifende Massnahmen nicht ausreichen oder von vornherein ungenügend erscheinen. Die Massnahme muss entweder dazu dienen, eine ernsthafte Selbstgefährdung abzuwenden oder eine schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens durch herausforderndes Verhalten zu beseitigen.

Psychische und subtile Freiheitseinschränkungen wie übermässige Kontrolle, Drohungen, Manipulation, Entzug von Genussmitteln usw. sind vom Gesetzgeber nicht erwähnt, tangieren aber wie alle freiheitseinschränkende Massnahmen das von der Bundesverfassung geschützte Recht auf persönliche Freiheit und sind unter ethischen Gesichtspunkten fragwürdig.

31 Beim Delir gelten analog die in Kap. 4.1.3. beschriebenen Grundsätze.

Erfolgt die Platzierung von Patienten mit Demenz über eine FU, kann dies für den betroffenen Patienten und die Angehörigen sehr belastend sein. So muss im Einzelfall kritisch geprüft werden, ob die Platzierung über eine FU erfolgen sollte oder ob stattdessen ein Betreuungsvertrag gemäss Art. 382 ZGB abgeschlossen werden kann. Auch wenn es sich nicht um eine FU im formellen Sinn handelt, muss eine Platzierung notwendig, da medizinisch indiziert, proportional zur Schwere der Gefährdung und immer die am wenigsten belastende Alternative sein. Wenn die vertretungsberechtigte Person mit dem Wunsch nach Platzierung nicht im besten Interesse des Patienten zu handeln scheint, muss die KESB beigezogen werden.

4.4.1. Entscheidungsprozesse

Das KESR schreibt, je nach Art der gewählten Massnahme, unterschiedliche Entscheidungswege vor: Mechanische bewegungseinschränkende Massnahmen können von der Institution beschlossen werden (Art. 383 ZGB); der Einsatz von Medikamenten erfordert hingegen die Zustimmung der vertretungsberechtigten Person (Art. 378 ZGB). Diese unterschiedlichen Entscheidungswege erschweren den Entscheidungsprozess und können dazu führen, dass eher die für den Patienten belastendere Bewegungseinschränkung gewählt wird.

Bevor eine Zwangsmassnahme in Erwägung gezogen werden darf, müssen alle relevanten diagnostischen Möglichkeiten ausgeschöpft sein (z. B. Ausschluss eines Harnwegsinfekts, einer Exsikkose, unbehandelter Schmerzen oder Nebenwirkungen eines Medikaments bei einem unruhigen Patienten).

Grundsätzlich ist dasjenige Mittel zu wählen, das bei geringstmöglicher Invasivität den bestmöglichen Erfolg erzielen kann. Die subjektiv empfundene Belastung durch eine Zwangsmassnahme hängt sehr stark von der individuellen Persönlichkeit und der jeweiligen Situation ab. Manche Personen leiden stärker an der Missachtung ihres Willens durch Täuschung (z. B. durch Kaschierung³² eines Medikaments in Essen oder Trinken), andere mehr an der physischen Beeinträchtigung durch eine Zwangsmassnahme (z. B. schlechter Geschmack des Medikaments oder Applikation per Injektion). Ebenso kann die Verletzung der Privatsphäre durch eine dauernde Überwachung als invasiver empfunden werden als die Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch eine mechanische Barriere oder umgekehrt.

32 Bei der Kaschierung eines Medikaments muss differenziert werden: Handelt es sich um das Zermörsern einer Tablette und wird diese dem Essen eines dementen Patienten mit Schluckproblemen mit dem einzigen Ziel beigemischt, die Einnahme der Tablette zu erleichtern, so stellt dies keine Zwangsmassnahme dar. Hingegen liegt eine Zwangsmassnahme vor, wenn ein Patient, der ein bestimmtes Medikament (z. B. ein Neuroleptikum) ablehnt, durch die Kaschierung über die Verabreichung getäuscht wird. Das Risiko einer Veränderung der Wirksamkeit des Medikaments durch die veränderte Darreichungsform ist zu berücksichtigen.

Sowohl die Wahl einer bestimmten Zwangsmassnahme als auch der Entscheid, sie tatsächlich anzuwenden, sind mit der betroffenen urteilsunfähigen Person zu besprechen; zudem sind ihre Präferenzen zu erforschen und so weit wie möglich zu befolgen.

Das Betreuungsteam muss die voraussichtliche Dauer der Massnahme, die Zeitabschnitte der Überprüfung und geeignete Überwachungsmassnahmen festlegen.

Bei einer schwerwiegenden Störung des Gemeinschaftslebens durch herausforderndes Verhalten (z. B. sexuelle Enthemmung, Aggression, Schreien) muss versucht werden, das Problem durch geeignete Interventionen (z. B. Beseitigung irritierender Einflüsse, Ablenkung oder Veränderung der Abläufe) zu lösen, bevor freiheitseinschränkende Massnahmen oder eine Medikation erwogen werden.

4.4.2. Durchführung

Notwendige Zwangsmassnahmen sollten sachgerecht und möglichst schonend durchgeführt werden. Bevor eine Zwangsmassnahme eingeführt wird, muss der betroffenen Person erklärt werden, was geschieht, warum die Massnahme angeordnet wurde, wie lange diese voraussichtlich dauert und wer sich während dieser Zeit um sie kümmert.

Bewegungseinschränkende Massnahmen zeigen mitunter nicht den gewünschten Erfolg oder führen zu Komplikationen. Aus diesem Grund sind sie durch ein geeignetes Monitoring zu begleiten. Patienten mit mechanischer Einschränkung der Bewegungsfreiheit müssen sorgfältig überwacht werden, damit allfällige Komplikationen sofort erkannt und behandelt werden können. Über jede Zwangsmassnahme muss ein Protokoll geführt werden. Dieses enthält zwingend Angaben über Zweck, Art und Dauer der Massnahme (Art. 384 ZGB), sollte aber sinnvollerweise auch deren Auswirkungen bezüglich Erfolg bzw. Komplikationen beschreiben (vgl. Anhang B Ziff. 3). Schon bei der Verordnung müssen regelmäßige Intervalle zur Überprüfung der Zweckmässigkeit festgelegt werden.

Besuchende Angehörige sollen vor dem ersten Kontakt mit dem Patienten über die angewendeten Zwangsmassnahmen informiert werden.

Innerhalb des betreuenden Teams muss immer die Möglichkeit zur Nachbesprechung durchgeführter Zwangsmassnahmen gegeben sein.

4.4.3. Prävention

Die systematische Regelung der Entscheidungsprozesse ist hilfreich bei der Prävention bewegungseinschränkender Massnahmen, bei der Kommunikation mit Stellvertretungspersonen und für deren allenfalls notwendigen Einsatz. Die Werte und Präferenzen der Bewohner im Hinblick auf ihre zukünftige Behandlung sollen, solange dies möglich ist, am besten aber schon beim Eintritt in die Institution, besprochen werden. Die Ergebnisse sind schriftlich festzuhalten. Ebenso empfiehlt es sich, bei urteilsunfähigen Bewohnern proaktiv den Handlungsspielraum mit den Vertretungspersonen zu besprechen und einvernehmlich einen Behandlungsplan aufzustellen.

Folgende Massnahmen haben eine präventive Wirkung:

- institutionsinterne Richtlinien erstellen (definierte Entscheidungsprozesse, Zuständigkeiten, Entscheidungskriterien, Handlungsanleitungen);
- Schulung und Sensibilisierung bezüglich des fraglichen Nutzens von freiheitseinschränkenden Massnahmen und Alternativmassnahmen (Schwerpunkte: Aggressionsmanagement, Delirmanagement, Umgang mit herausforderndem Verhalten, rechtliche und ethische Aspekte);
- Beratung durch externe Fachperson, etwa Pflegeexperte oder Geriater/ Gerontopsychiater;
- interdisziplinäre Fallbesprechungen;
- Diskussion von Haltungsfragen in der Institution (z.B. «Wie schränken wir die Autonomie der Bewohner ein?», «Wie fördern wir sie?»).

4.5. Patienten in spitalexterner Pflege

In der spitalexternen Pflege («Spitex») sollten Zwangsmassnahmen nicht zur Anwendung kommen. Wenn sie bei urteilsunfähigen Patienten unerlässlich sind, gelten die eingangs aufgeführten Grundsätze. Spitexfachpersonen können aber mit Zwangsmassnahmen durch Dritte konfrontiert sein, z. B. (Körper-)Pflege gegen den Willen der betreuten Person, Massnahmen ohne Zustimmung der betreuten Person, weil ihr Wille nicht eruiert wird, und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit.

Durch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der betreuten Person und ihrem Umfeld sowie durch die Respektierung ihres Rechts auf Selbstbestimmung sollen solche Situationen möglichst vermieden bzw. reduziert werden. Hilfsmittel, z. B. die standardisierte Evaluation der Bedürfnisse der betreuten Person, tragen dazu bei, dass Gefährdungssituationen (Gewalttätigkeit oder Vernachlässigung) rechtzeitig erkannt und geeignete Massnahmen³³ dagegen getroffen werden. Dazu ist eine interprofessionelle Analyse der Situation unter Einbezug

33 Dies kann bei gravierenden Fällen die Benachrichtigung der zuständigen Behörde einschliessen.

der betreuten Person und ihres Umfelds erforderlich. Zu den vorrangigen Präventionsmassnahmen gehören die angepasste Information der betreuten Person und der Angehörigen, die adäquate Ausbildung der Betreuenden, der regelmässige Austausch der Spitexfachpersonen mit dem behandelnden Arzt, die Abstimmung mit dem betreuenden Umfeld sowie die regelmässige Evaluation der Bedürfnisse der betreuten Person und ihrer Angehörigen.

4.6. Patienten im Straf- und Massnahmevollzug³⁴

Klare und bindende Richtlinien für im Gefängnis beschäftigte Ärzte und Pflegefachpersonen sind unerlässlich, da viele Gesundheitsdienste in der Schweiz in Abhängigkeit von der Gefängnisverwaltung organisiert sind. Medizinische Entscheidungen müssen jedoch stets unabhängig von der Gefängnisverwaltung getroffen werden. Die Abhängigkeit des medizinischen Personals kann zu Interessens- und Loyalitätskonflikten führen und Bedienstete der Gesundheitsdienste zu unethischen Entscheidungen oder Aktionen veranlassen, etwa wenn Zwangsmassnahmen gegen das Interesse des Patienten angeordnet werden.

Für die Durchführung medizinisch indizierter Zwangsmassnahmen gelten dieselben Grundsätze wie für die übrigen Patienten (Äquivalenzprinzip).

³⁴ Vgl. auch «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2002, aktualisiert 2012, Anhang Lit. G ergänzt 2015).

A. Zwang – ein mehrdimensionales Konzept

Zwang kann in der medizinischen Praxis eine Vielfalt von Erscheinungsformen annehmen, deren ethische Bewertung entlang eines Kontinuums von geboten (Durchführung eines lebensrettenden Eingriffs bei einem Säugling, der sich dagegen wehrt) bis völlig inakzeptabel (medikamentöse Zwangsbehandlung eines urteilsfähigen Patienten) variiert. Zur Orientierung ist es hilfreich, die verschiedenen Erscheinungsformen von Zwang in einem mehrdimensionalen Raster einzuordnen.

Die vier hier verwendeten Dimensionen ergeben sich erstens aus dem Willen des Patienten, zweitens aus seinem Verhalten, drittens aus dem Zweck der Massnahme und viertens aus deren Invasivität.

Die erste Dimension erfasst den selbstbestimmten Willen des Patienten bezüglich der durchzuführenden Massnahme. Dieser ist im Idealfall aufgrund vollständiger Informationen und im Stande der Urteilsfähigkeit frei und beständig gefasst worden. Häufig ist der Wille aber gerade in Krankheitssituationen unklar und von Ambivalenzen geprägt. Erst in einem längeren Aufklärungs- und Beratungsprozess kann sich in solchen Fällen ein selbstbestimmter Wille bilden. Die Willensbildung kann auch, z. B. durch Krankheit oder kognitive Beeinträchtigung, so geschwächt oder verfälscht sein, dass Urteilsunfähigkeit vorliegt. Wenn die Urteilsfähigkeit früher vorhanden war, kann der Wille gegebenenfalls aus einer Patientenverfügung (vorverfügter Wille) oder aus den Angaben nahestehender Personen (mutmasslicher Wille) erkannt werden. Falls keine Möglichkeit besteht, einen selbstbestimmten Willen festzustellen, muss sich die Behandlung nach den Interessen und dem mutmasslichen Willen richten. In dieser Dimension liegt Zwang vor, wenn gegen den aktuell geäusserten Willen einer urteilsfähigen Person bzw. bei dessen Fehlen gegen den vorverfügten oder den mutmasslichen Willen gehandelt wird. Eine in dieser Situation durchgeführte Zwangsmassnahme muss sich auf eine entsprechende spezifische gesetzliche Grundlage (Kindes- und Erwachsenenschutzrecht KESR, Strafgesetzbuch, Epidemienengesetz) abstützen.

Die zweite Dimension beschreibt das Verhalten, das die betroffene Person gegenüber der fraglichen Massnahme an den Tag legt. Dieses kann von der ausdrücklichen Zustimmung, über das implizite Einverständnis und die passive Duldung bis zur expliziten verbalen Ablehnung und zum physischen Widerstand reichen. In schwierigen klinischen Situationen kann das gezeigte Verhalten auch nicht eindeutig und wechselhaft sein. Oft ist es durch die Äusserungen und das Vorgehen der Behandelnden beeinflussbar. Als Zwang wird in dieser Dimension die Durchführung einer Massnahme trotz verbaler Ablehnung oder physischen Widerstands bezeichnet.

Für die Praxis ist es wichtig, sich zu vergewissern, ob das in der aktuellen Situation beobachtete Verhalten (Aussensicht, zweite Dimension) mit dem in der ersten Dimension (Innensicht) feststellbaren Willen übereinstimmt oder nicht. Die kombinierte Betrachtung des selbstbestimmten Willens und Verhaltens erlaubt es, vier Fälle zu unterscheiden.

1. Es liegt die Zustimmung zur Massnahme vor und der Patient kooperiert oder duldet die Massnahme passiv. Die Zustimmung kann dabei vom Patienten aktuell aufgrund seines selbstbestimmten Willens gegeben werden oder sie beruht auf einer vorverfügten Willensäußerung, auf dem mutmasslichen Willen oder dem Entscheid einer dazu berechtigten Vertretungsperson. Dies ist der Regelfall im medizinischen Alltag. Selbst wenn die persönliche Freiheit des Patienten durch die Massnahme erheblich eingeschränkt wird, kann nicht von Zwang gesprochen werden.
2. Dagegen ist die Durchführung einer Massnahme gegen die verbale Ablehnung oder den physischen Widerstand bei Kenntnis einer ablehnenden, im Stande der Urteilsfähigkeit getroffenen Willensentscheidung Zwang im höchsten Grade. Sie kann höchstens im Rahmen einer FU oder einer behördlichen Anordnung mit gesetzlicher Grundlage zulässig sein und auch dann nur freiheitseinschränkende Massnahmen umfassen. Eine medikamentöse Therapie mittels physischen Zwangs ist bei urteilsfähigen Personen nicht zulässig, auch nicht unter den Bedingungen einer FU. Dagegen kann das Akzeptieren einer angeordneten Therapie (z. B. bei offener Tuberkulose) durch den Patienten diesem unter Umständen eine anderenfalls durchgeführte freiheitseinschränkende Massnahme verkürzen oder ersparen.
3. Bei urteilsfähigen Patienten ist die Übereinstimmung zwischen der ersten und zweiten Dimension die Regel. Falls aber in der akuten Situation die Urteilsfähigkeit fehlt, kann es zur Diskrepanz im Rahmen der Beurteilung zwischen den beiden Dimensionen kommen. Einerseits kann ein Patient infolge Bewusstseinsstrübung oder kognitiver Beeinträchtigung eine Massnahme dulden oder ihr sogar zustimmen, obwohl dies seinem vorverfügten oder mutmasslichen Willen widerspricht. In dieser Situation muss die Durchführung der Massnahme als unzulässiger Zwang beurteilt werden und unterbleiben, ausser wenn es sich zeigen lässt, dass der Patient trotz gegenteiligen Anscheins urteilsfähig geblieben ist, aber seine Meinung im Laufe der Krankheit geändert hat.
4. Die umgekehrte Situation besteht dann, wenn ein Patient im Zustand der Urteilsunfähigkeit eine Massnahme verbal und/oder durch physischen Widerstand ablehnt, die aber seinem vorverfügten oder mutmasslichen Willen entspricht oder zu der er sich, z. B. aufgrund mangelnder kognitiver Fähigkeiten, nie ein kompetentes Urteil bilden konnte. Die Überwindung von Ablehnung, insbesondere von physischem Widerstand, wird sowohl von der betroffenen

Person als auch von den Behandelnden immer als Zwang erlebt, auch wenn das Einverständnis zur Massnahme in schriftlich vorverfügter Form oder von Seiten einer vertretungsberechtigten Person vorliegt. Diese Situationen bilden ein häufiges Anwendungsfeld für medizinische Zwangsmassnahmen.

In einer dritten Dimension können Zwangsmassnahmen aufgrund des Zweckes, zu dem sie angeordnet werden, in drei Kategorien eingeteilt werden: therapeutische Massnahmen zur Behandlung einer Krankheit, präventive Massnahmen gegen eine ernsthafte Selbstgefährdung und Massnahmen zum Schutze Dritter. Einzelne Massnahmen können zwar gleichzeitig mehreren Zwecken dienen, sind aber unter Umständen nicht für jeden Zweck gleich gut geeignet. Insbesondere die Verabreichung von Medikamenten hat je nach hauptsächlich angestrebtem Zweck eine unterschiedliche Tragweite. Massnahmen in der ersten Kategorie werden als Zwangsbehandlung bezeichnet, solche in der zweiten und dritten als freiheitseinschränkende Massnahmen.

Die vierte Dimension dieser Betrachtungsweise betrifft die Invasivität der Massnahmen. Die möglichen Mittel, mit denen Behandelnde einen Patienten zur einvernehmlichen oder passiven Duldung einer Massnahme bringen können, liegen auf einem Kontinuum zwischen fehlendem und hochgradigem Zwang. Bei primärer Ablehnung einer vorgeschlagenen Massnahme steht den Behandelnden die folgende Eskalationskaskade zur Verfügung: Bessere Information, Beratung, Empfehlung, Überzeugung, Überredung, Manipulation, Täuschung, Druck, Androhung von Strafen, kontinuierliche Überwachung, Einrichtung mechanischer Barrieren, Anwendung körperlicher Gewalt. Der Übergang zum Zwang findet dort statt, wo die Unterstützung der selbstbestimmten Willensbildung des Patienten aufhört und der Wille der Behandelnden ohne hinreichende Beteiligung der betroffenen Person die Oberhand gewinnt, d. h. in der vorstehenden Liste zwischen «überzeugen» und «überreden». Das Ausmass des subjektiv empfundenen Zwangs beim einzelnen Patienten muss nicht unbedingt in der oben angegebenen Reihenfolge der Massnahmen zunehmen. So kann z. B. eine kontinuierliche Überwachung von gewissen Patienten als invasiver empfunden werden als ein physisches Eingeschlossensein oder eine Täuschung als verletzender als sichtbare Barrieren, während bei anderen das Gegenteil der Fall ist. Wichtig ist auch, ob eine Zwangsmassnahme die körperliche Integrität des Patienten tangiert (z. B. medikamentöse Behandlung, Blutentnahme, operativer Eingriff) oder nicht, da die körperliche Integrität einer urteilsfähigen Person auch auf gerichtliche Anordnung hin nicht gegen ihren Willen durch eine medizinische Massnahme verletzt werden darf.

Die Analyse einer Zwangsmassnahme in ihren verschiedenen Dimensionen erlaubt eine differenzierte Beurteilung und die gegenseitig abgestimmte Optimierung der den einzelnen Dimensionen entsprechenden Ziele. Diese sind für die Dimension des Patientenwillens der höchstmögliche Grad an Selbstbestimmung, für die Dimension des Verhaltens das grösstmögliche Einvernehmen zwischen dem Patienten und der behandelnden Person, für die Zweckdimension die bestmögliche Ausrichtung der Massnahme auf den angestrebten Zweck und für die Dimension der Invasivität der Einsatz des vom Patienten als am wenigsten eingreifend empfundenen Mittels.

B. Prozedurale Hilfestellung für die Umsetzung der Richtlinien

1. Entscheidungsprozess: Anwendung von Zwangsmassnahmen

- Problemdefinition:
 - Wie äussert sich das Problem?
 - Für wen stellt sich die Situation als Problem dar?
 - Ist der Patient urteilsunfähig?
 - Gibt es behebbare Ursachen, die zur Problemlösung beitragen können?
- Ziel: Was soll mit einer allfälligen Zwangsmassnahme erreicht werden?
- Eignung: Ist die Massnahme geeignet, um die angestrebten Ziele zu erreichen?
- Erforderlichkeit: Erscheint die Massnahme im Interesse der betroffenen Person zwingend nötig oder ist sie unverhältnismässig?
- Alternativen: Sind alle weniger einschneidenden Massnahmen bereits erfolglos eingesetzt oder auf ihre Eignung hin überprüft worden?
- Präferenzen der betroffenen Person: Werden die Präferenzen des betroffenen Patienten so weit wie möglich berücksichtigt?
- Bedingungen:
 - Sind die gesetzlichen Bedingungen des KESR erfüllt?
 - Verfügt das Personal über die notwendigen Kompetenzen zur Durchführung von Zwangsmassnahmen?
- Prävention: Gibt es Präventionsmassnahmen, die den Einsatz von Zwangsmassnahmen in Zukunft vermindern könnten?
- Beschwerdemöglichkeiten: Ist der Patient über seine Rechte informiert worden?
- Situationsabhängig: allfällige weitere relevante Aspekte.

2. Fürsorgerische Unterbringung (FU)

2.1. Einweisung per FU

Für die Einweisung per FU sind neben dem ZGB die jeweiligen kantonalen Bestimmungen zu beachten. Die persönliche Untersuchung der betroffenen Person durch den Arzt und die nachvollziehbare schriftliche Begründung entscheiden darüber, warum eine FU und keine weniger eingreifende Massnahme eingeleitet werden soll. Der Unterbringungsentscheid muss mindestens folgende Angaben enthalten (Art. 430 ZGB):

- Ort und Datum der Untersuchung;
- Name des Untersuchenden;
- Befunde, Gründe und Zweck der Unterbringung;
- Rechtsmittelbelehrung.

Die betroffene Person sowie die aufnehmende Institution erhalten je ein Exemplar des Unterbringungsentscheides. Sofern möglich, wird eine der betroffenen Person nahestehende Person schriftlich über die aufnehmende Institution und die Befugnis, das Gericht anzurufen, informiert.

2.2. Vorgehen der Institution bei FU-Patienten

Nach einer Einweisung per FU sind folgende Schritte durchzuführen bzw. zu prüfen:

- Abklärung, ob die eingewiesene Person urteilsfähig ist oder nicht;
- Abklärung, ob die eingewiesene Person eine Vertrauensperson benannt hat; bei Urteilsunfähigkeit: Abklärung, ob die eingewiesene Person eine Patientenverfügung verfasst hat;
- Erstellung eines schriftlichen Planes zur Behandlung der psychischen Störung unter umfassendem Beizug der betroffenen Person und gegebenenfalls ihrer Vertrauensperson; bei Urteilsunfähigkeit: Berücksichtigung der Patientenverfügung im Behandlungsplan;
- Information des Patienten und der Vertrauensperson über die in Aussicht stehenden Massnahmen (Gründe, Zweck, Art, Modalitäten, Risiken und Nebenwirkungen, Folgen einer Unterlassung und allfällige alternative Behandlungsmöglichkeiten);
- Einholung der Zustimmung des urteilsfähigen Patienten; bei urteilsunfähigen Patienten: vgl. auch nachfolgend Ziff. 2.3.;
- regelmässige Anpassung des Behandlungsplans und Dokumentation der Behandlung;
- Dokumentation des Austrittsgesprächs unter besonderer Berücksichtigung der bei bestehender Rückfallgefahr besprochenen bzw. eingeleiteten vorbeugenden Massnahmen.

2.3. Behandlung ohne Zustimmung bei FU-Patienten (Art. 434 ZGB, Zwangsbehandlung)

Vor der chefärztlichen Verordnung der Behandlung ohne Zustimmung sind folgende Punkte zu prüfen und das Ergebnis zu dokumentieren:

- Droht ohne Behandlung der betroffenen Person ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden? Sind das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet?
- Ist die betroffene Person bezüglich ihrer Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig?
- Steht keine weniger einschneidende, aber angemessene Massnahme zur Verfügung?
- Wurde eine allfällige Patientenverfügung umgesetzt? Wenn nein, warum nicht?

Erst nachdem die vier Punkte abgeklärt sind, darf eine Behandlung ohne Zustimmung angeordnet werden. Die Anordnung wird der betroffenen Person und ihrer Vertrauensperson schriftlich mitgeteilt, verbunden mit einer Rechtsmittelbelehrung.

3. Dokumentation von Zwangsmassnahmen

Zwangsmassnahmen sind schriftlich festzuhalten; die folgenden Punkte werden empfohlen, wobei die Liste je nach Anwendungsbereich angepasst werden kann. Die Dokumentation kann auch als rechtsgültige Verfügung ausgestaltet werden:

- Personalien der betroffenen Person;
- Beschreibung des Problems (Interesse des Patienten);
- Ziel und Zweck der Massnahme (therapeutisch, Selbstschutz, Fremdschutz);
- verworfene oder als unwirksam erwiesene Alternativen (welche?, warum verworfen?);
- (mutmasslicher) Wille des Patienten (Vorliegen einer Patientenverfügung usw.);
- Urteilsunfähigkeit bezüglich der geplanten Massnahme gegeben (beurteilt durch ...);
- Angabe, ob Notfallmassnahme oder geplante Massnahme;
- Art und Dauer der Massnahme;
- notwendige Überwachungsmaßnahmen bzw. Begleitmassnahmen;
- Intervall der Evaluationen;
- Datum des Beginns der Anwendung;
- Datum der Evaluationen;
- verantwortliche Entscheidungsinstanz bzw. verantwortliche Person;

- Information (inkl. Rechtsmittelbelehrung):
 - Sind die Inhalte mit der betroffenen Person besprochen worden?
 - Sind die Inhalte mit der vertretungsberechtigten Person besprochen worden?
 - Wann ist das Gespräch geführt worden?
 - Wer hat es durchgeführt?
 - Mit wem wurde gesprochen?
- Wirkung der Massnahme (Verweis auf Ort der Dokumentation);
- Nachbesprechung (wann?, wer?, mit wem?);
- weitere relevante Punkte.

C. Glossar

Behandlung ohne Zustimmung

Zwangsbehandlung bei einem Patienten, der sich in fürsorgerischer Unterbringung befindet (vgl. Art. 434 ZGB).

Dringliche Situation

Zur Lebensrettung oder zur Abwehr einer schweren Folgeschädigung unaufschiebbare Behandlung, Pflege oder Betreuung (vgl. insb. Kap. 2.5.).

Einschränkung der Bewegungsfreiheit

Einschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit mit mechanischen Methoden, Medikamenten oder mit psychologischen Mitteln (vgl. insb. Kap. 2.1.1.): Im Gegensatz zur hier verwendeten weiten Definition betrifft Art. 383 ZGB ausschliesslich bewegungseinschränkende Massnahmen mit mechanischen Mitteln.

Freiheitseinschränkende Massnahmen

Einschränkungen der körperlichen Bewegungsfreiheit sowie anderer Grundrechte (vgl. insb. Kap. 2.1.).

Fürsorgerische Unterbringung (FU)

Einweisung in eine geeignete Institution zur Behandlung und Betreuung gegen den Willen der betroffenen Person (vgl. insb. Kap. 2.3.).

Medizinisch

Begriff umfassend verstanden: bezieht sich auf die Tätigkeit von Ärzten, Pflegefachpersonen und Therapeuten.

Mutmasslicher Wille

Überlegung, wie ein Patient, der sich selbst nicht mehr äussern kann, sich entscheiden würde, wenn er in der Lage dazu wäre: Der mutmassliche Wille ergibt sich aus der Bewertung aller feststellbaren Informationen (z. B. aus früheren, schriftlichen oder mündlichen Äusserungen des Patienten, Aussagen von Vertretungspersonen und Angehörigen).

Schwere Verwahrlosung

Zustand, der meist als Folge einer psychischen oder körperlichen Erkrankung eintritt und dazu führen kann, dass die betroffene Person fürsorgerisch untergebracht werden muss: Es handelt sich weder um einen medizinischen Fachbegriff noch um eine generell akzeptierte Definition (vgl. insb. Kap. 2.7.).

Schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens

Eine Störung des Gemeinschaftslebens, die so intensiv ist, dass sie sich in einer unerträglichen Weise auf das Umfeld auswirkt (vgl. insb. Kap. 2.6.).

Subsidiarität und Verhältnismässigkeit von Zwangsmassnahmen

Prüfung, ob der Einsatz der Zwangsmassnahme notwendig und geeignet ist: Dies bedeutet, dass vorgängig alle Alternativen zu einer Zwangsmassnahme geprüft wurden und nur eine Zwangsmassnahme geeignet ist, um die Gefährdung abzuwenden. Sind mehrere Massnahmen geeignet, ist die am wenigsten belastende Massnahme zu wählen. Die Voraussetzungen müssen bei jedem Patienten individuell geprüft werden (vgl. insb. Kap. 3.2.).

Urteilsfähigkeit

Urteilsfähigkeit wird für die konkrete Situation und für die konkrete Handlung (Einwilligung) beurteilt. Sie setzt einerseits die Fähigkeit des Einwilligenden voraus, die Realität wahrzunehmen und sich ein Urteil und einen eigenen Willen zu bilden (Erkenntnisfähigkeit), andererseits die Fähigkeit, dem Willen entsprechend zu handeln (Steuerungsfähigkeit): Es gibt keine schematischen Lösungen, um sie zu ermitteln (vgl. Kap. 2.4.). Nachfolgende Kriterien können helfen, die Urteilsfähigkeit festzustellen:

- die Fähigkeit, Information in Bezug auf die zu fällende Entscheidung zu verstehen;
- die Fähigkeit, die Situation und die Konsequenzen, die sich aus alternativen Möglichkeiten ergeben, richtig abzuwägen;
- die Fähigkeit, die erhaltene Information im Kontext eines kohärenten Wertsystems rational zu gewichten;
- die Fähigkeit, die eigene Wahl zu äussern.

Vertrauensperson

Vom Patienten, der sich in fürsorgerischer Unterbringung befindet, bezeichnete Person des Vertrauens, die ihn während des Aufenthalts und bis zum Abschluss aller damit zusammenhängenden Verfahren unterstützt (vgl. Art. 432 ZGB).

Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten

Person, die den urteilsunfähigen Patienten in medizinischen Angelegenheiten vertritt: Gemäss Art. 378 ZGB sind folgende Personen berechtigt, den Patienten zu vertreten. Die Reihenfolge ist hierarchisch: In erster Linie Personen, die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnet wurden, in zweiter Linie der Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen, danach Angehörige und weitere Bezugspersonen, die dem Patienten regelmässig persönlich Beistand leisten (Ehegatte bzw. eingetragener Partner, Personen im gleichen Haushalt, Nachkommen, Eltern, Geschwister). Für minderjährige Patienten sind die Inhaber der elterlichen Sorge vertretungsberechtigt.

Zwangsmassnahme

Durchführung einer medizinischen Massnahme gegen den selbstbestimmten Willen oder den Widerstand eines Patienten:

- der Wille kann als aktuelle Willensäusserung des urteilsfähigen Patienten oder als vorausverfügter oder mutmasslicher Wille des zum Zeitpunkt der Durchführung der Massnahme urteilsunfähigen Patienten erkennbar sein;
- der Widerstand kann durch verbale oder nonverbale Ablehnung oder durch aktive Abwehr zum Ausdruck kommen (vgl. insb. Kap. 2. sowie Anhang A).

Zwangsbehandlung

Medizinische Massnahme zur Erhaltung oder zur Wiederherstellung der Gesundheit, die gegen den Willen oder Widerstand eines Patienten durchgeführt wird (vgl. insb. Kap. 2.2.).

Zurückbehaltung freiwillig Eingetretener

Zurückbehaltung eines freiwillig eingetretenen Patienten mit einer psychischen Störung gegen dessen Willen: nur zulässig, wenn damit eine ernsthafte Selbstgefährdung oder Gefährdung Dritter abgewendet werden kann (vgl. Art. 427 ZGB).

Hinweise zur Ausarbeitung dieser Richtlinien

Auftrag

Im März 2013 hat die Zentrale Ethikkommission der SAMW eine Subkommission mit der Ausarbeitung von medizin-ethischen Richtlinien zum Themenbereich «Zwangsmassnahmen in der Medizin» beauftragt.

Verantwortliche Subkommission

Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff, Psychiatrie, Zürich (Vorsitz)
Andreas Bolliger, Pflege, Affoltern a. Albis
Prof. Dr. iur. Marco Borghi, Recht, Pro Mente Sana, Comano
Dr. med. Verena Gantner, Allgemeinmedizin, Muri
Dr. med. Monique Gauthey, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Genf
Dr. med. Daniel Grob, Geriatrie, Zürich
Prof. Dr. med. Christian Kind, ZEK-Präsident, Pädiatrie, St. Gallen
PD Dr. med. Tanja Krones, Ethik, Zürich
Sophie Ley, Pflegeexpertin, MA Health Care Management, Monthey
lic. iur. Michelle Salathé, MAE, SAMW, Recht, Bern
lic. theol. Christoph Schmid, CURAVIVA, Bern
PD Dr. med. Martin Siegemund, Intensivmedizin, Basel
Bianca Schaffert-Witvliet, Pflege MSN, Mägenwil
Prof. Dr. med. Hans Wolff, Gefängnismedizin, Genf

Beigezogene Experten

PD Dr. med. Georg Bosshard, Winterthur
Dr. med. Christian Henkel, St. Gallen
Dr. med. Georges Klein, Monthey
Dr. phil. Franziska Rabenschlag, Basel
Dr. iur. Beat Reichlin, Langnau am Albis
Prof. Dr. med. Undine Lang, Basel
Prof. Dr. med. Armin von Gunten, Lausanne

Vernehmlassung

Am 19. Mai 2015 hat der Senat der SAMW eine erste Fassung dieser Richtlinien genehmigt zur Vernehmlassung bei Fachgesellschaften, Organisationen und interessierten Personen. Die eingegangenen Stellungnahmen sind in der Endfassung berücksichtigt.

Genehmigung

Die definitive Fassung dieser Richtlinien wurde am 19. November 2015 vom Senat der SAMW genehmigt.

