

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) veröffentlicht vollständig überarbeitete Richtlinien

Zwangsmassnahmen in der Medizin

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

Patientinnen und Patienten sollen über den Einsatz medizinischer Massnahmen autonom entscheiden können. Dennoch sind Zwangsmassnahmen nicht immer zu vermeiden. In diesem Spannungsfeld bieten die Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin» Orientierung. Die 2005 publizierte Richtlinien wurden komplett überarbeitet und den gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst, die mit dem neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht seit dem 1. Januar 2013 gelten.

Das Spannungsfeld zwischen Entscheidungen und Wünschen von Patienten einerseits und medizinisch indizierten Massnahmen andererseits ist eine Herausforderung im Praxisalltag. Die Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin» bieten konkrete Hilfestellungen an: Sie umschreiben ethische und rechtliche Voraussetzungen für die Anwendung von Zwangsmassnahmen. Sie klären die Rolle und Verantwortlichkeit von Ärztinnen, Ärzten, Pflegefachpersonen sowie therapeutischen Fachkräften und informieren sie über Dokumentations- und Sorgfaltspflichten bei der Durchführung von Zwangsmassnahmen. Zudem zeigen die Richtlinien Möglichkeiten der Prävention auf.

Erklärtes Ziel der Richtlinien ist es, eine kontinuierliche, offene und Berufsgruppen überschreitende Auseinandersetzung mit dem Thema «Zwangsmassnahmen in der Medizin» zu fördern. Dazu wird ein breites Spektrum an Anwendungsfeldern beleuchtet: Patienten mit somatischen Erkrankungen oder mit psychischen Störungen, Kinder und Jugendliche, Patienten in der Langzeitpflege, in spitalexterner Pflege oder im Straf- und Massnahmenvollzug. Die genannten Anwendungsfelder werden im Kapitel 4 der Richtlinien jeweils einzeln behandelt. In der SÄZ wird auf die Veröffentlichung dieses Kapitels verzichtet, die Vollversion der Richtlinien steht auf der SAMW-Website als Download zur Verfügung: www.samw.ch unter «Ethik» im Menü «Richtlinien».

Die Richtlinien wurden von einer interdisziplinären Subkommission unter der Leitung von Prof. Paul Hoff

ausgearbeitet. Bereits der Entwurf stiess auf grosse und positive Resonanz. Im Rahmen der Vernehmlassung hat die Subkommission über 60 Stellungnahmen gesichtet, anschliessend Unklarheiten bereinigt und Präzisierungen vorgenommen. In einigen Rückmeldungen wurde die breite Definition von Zwang kritisiert: Durchführen einer Massnahme gegen den Willen oder gegen Widerstand der betroffenen Person.

Ziel ist die offene und Berufsgruppen überschreitende Auseinandersetzung mit dem Thema Zwangsmassnahmen.

Die Subkommission hielt an dieser Definition fest. Sie hat aber auf mehrfachen Wunsch den erläuternden Anhang «Zwang – ein mehrdimensionales Konzept» als integralen Bestandteil in die Richtlinien aufgenommen. Weiter enthält der Anhang eine «Prozedurale Hilfestellung für die Umsetzung der Richtlinien» und ein Glossar!

Damit sich die Richtlinien als Instrument für den medizinischen Alltag etablieren können, braucht es Rückmeldungen aus der Praxis. Die SAMW nimmt diese entgegen und sieht wenn nötig zeitnahe Anpassungen vor. Die Richtlinien stehen als Download in vier Sprachen (D/F/I/E) auf der SAMW-Website zur Verfügung unter «Ethik» im Menü «Richtlinien». Gedruckte Exemplare (D/F) können per E-Mail bestellt werden: [mail\[at\]samw.ch](mailto:mail[at]samw.ch). Der Versand erfolgt Mitte Januar 2016.

1 Wie das Kapitel 4 wird der Anhang in der SÄZ nicht publiziert, steht aber online zur Verfügung: www.samw.ch → Ethik.

Korrespondenz:
lic. iur. Michelle Salathé
Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
Haus der Akademien
Laupenstrasse 7
CH-3001 Bern
Tel. 031 306 92 74
[m.salathe\[at\]samw.ch](mailto:m.salathe[at]samw.ch)

Zwangsmassnahmen in der Medizin

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

I. Präambel

Patienten [1] 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 prozedu-

raler 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.

Diese Richtlinien [2] wenden sich an die gesamten medizinischen [3] 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?

II. Richtlinien

1. Geltungsbereich der Richtlinien

Die vorliegenden Richtlinien wenden sich an Ärzte, Pflegefachpersonen und wei-

tere 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.

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 Epidemiengesetzes oder allenfalls aufgrund einer kantonalen gesetzlichen Grundlage [5] 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 Zwangsbehandlung (Zwangsbehandlung im engeren Sinne) und Anwendung von sedierenden Medikamenten unter Zwang bei Fremdgefährlichkeit [6] 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 freiheits-einschränkende 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.

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. Zwangsbehandlung [8]

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 Pa-

tient die Zustimmung zur Therapie einer anderenfalls angeordneten Freiheitseinschränkung vorzieht (z.B. Tuberkulosebehandlung statt Isolation oder gerichtlich angeordnete Behandlung anstatt Freiheitsentzug).

Bei urteilsunfähigen Patienten können Zwangsbehandlungen auch gegen ihren Widerstand durchgeführt werden, wenn sich keine frühere ablehnende Willensäusserung eruieren lässt und eine legitimierte Vertretungsperson [9] 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 FU [10] ist allerdings eine Zwangsbehandlung, gestützt auf Art. 434 bzw. 435 ZGB, unter bestimmten Bedingungen bei urteilsunfähigen Patienten [11] 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. Fürsorgliche 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.

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.

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 ZGB [13]). Dies gilt nicht nur für Notfallsituationen im engeren Sinn, sondern auch für Situationen, in denen zwar unklar ist, wer den Patienten rechtlich vertritt, ein Auf-

schub 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.

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.

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 ungerchtfertigt, 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 gehören auch eine spezifische Ausbildung in verbalen und nonverbalen Deeskalationstechniken, Festhaltetechniken sowie Betreuung und Überwachung. Zwangsbehandelte 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 Zwangsmass-

nahmen 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].

4. Anwendungsfelder

Das 4. Kapitel der Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin» beschreibt die anstehenden Entscheidungsprozesse sowie spezifische Aspekte der Durchführung und zur Prävention von Zwangsmassnahmen bei:

- Patienten mit somatischen Erkrankungen;
- Patienten mit psychischen Störungen;
- Kindern und Jugendlichen;
- Patienten in der Langzeitpflege;
- Patienten in spitalexterner Pflege und
- Patienten im Straf- und Massnahmevollzug.

Die vollständigen Richtlinien inklusive Kapitel 4 sind zugänglich unter www.samw.ch → Ethik.

III. Anhang

Der Anhang zu den Richtlinien enthält das Kapitel «Zwang – ein mehrdimensionales Konzept», eine «Prozedurale Hilfestellung für die Umsetzung der Richtlinien» und ein Glossar. Die vollständigen Richtlinien inklusive Anhang sind zugänglich unter www.samw.ch → Ethik.

Anmerkungen

- 1 SAMW-Richtlinien werden abwechselnd in männlicher oder weiblicher Form verfasst. Die entsprechenden Texte betreffen immer alle Angehörigen der genannten Personengruppen.
- 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.
- 4 Die vorliegend verwendete «weite Definition» kann in Kantonen zu Problemen führen, die aufgrund kantonaler Vorschriften für jede Zwangsmassnahme eine schriftliche Verfügung verlangen.

- 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 Zwangsbehandlung 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 Zwangsbehandlung in Notfallsituationen unter FU auch wegen Fremdgefährlichkeit möglich.
- 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).
- 9 Das Gesetz erklärt folgende Personen bei medizinischen Massnahmen als vertretungsberechtigt. Die Reihenfolge ist hierarchisch: In erster Linie sind Personen vertretungsberechtigt, 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.
- 10 Früher «fürsorgerrische 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.
- 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.
- 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.
- 14 Vgl. Art. 438 ZGB («Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit»).
- 15 *Notwendig* und *geeignet* bedeutet, dass vorgängig alle Alternativen zu einer Zwangsmassnahme geprüft wurden und *nur* eine Zwangsmassnahme geeignet ist, die Gefährdung abzuwenden.
- 16 Vgl. Anhang B, Ziff. 3 («Dokumentation von Zwangsmassnahmen»).

IV. 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 Kronen*, 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.