

Die Grundrechtskonformität freiheitsbeschränkender Massnahmen in psychiatrischen Einrichtungen

4

I. Einleitung

Seit Aufnahme ihrer Kontrolltätigkeiten im Jahr 2010 hat die Kommission verschiedene psychiatrische Einrichtungen in den Kantonen Bern, Freiburg, Zürich und Thurgau besucht und prüfte gestützt auf ihren gesetzlichen Auftrag insbesondere die Bedingungen der Unterbringung von unfreiwillig eingewiesenen Patientinnen und Patienten. Im Rahmen ihrer Kontrollbesuche im Jahr 2016 richtete sie einen besonderen Fokus auf die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen, namentlich von Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit und von medikamentösen Behandlungen ohne Zustimmung, und überprüfte deren Angemessenheit im Lichte der hierfür einschlägigen erwachsenenschutzrechtlichen und menschenrechtlichen Vorgaben.

In einem ersten Kapitel werden die von der Kommission im Rahmen ihrer Kontrollbesuche beigezogenen menschenrechtlichen Vorgaben kurz dargelegt und zusammengefasst. In einem zweiten Kapitel wird deren Konkretisierung in den psychiatrischen Einrichtungen aufgrund der Beobachtungen und Feststellungen der Kommission im Bereich der freiheitsbeschränkenden Massnahmen kommentiert und deren Menschenrechtskonformität beurteilt.

II. Menschen- und grundrechtliche Vorgaben in Bezug auf die unfreiwillige Unterbringung

Auf internationaler Ebene erweisen sich unterschiedliche Vorgaben, meist in der Form von allgemeinen Grundsätzen für die unfreiwillige Unterbringung von Personen und die Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen in psychiatrischen Einrichtungen als einschlägig. Im Folgenden werden die wichtigsten Menschen- und grundrechtlichen Vorgaben aufgeführt und zusammengefasst.

a. Allgemeine Grundsätze

Als allgemeiner Grundsatz gilt im Besonderen, dass die persönliche Freiheit einer unfreiwillig untergebrachten Person nicht weiter beschränkt werden darf, als es aufgrund des Gesundheitszustandes

und für eine erfolgreiche Behandlung notwendig ist.¹⁸ Die Würde der Patienten ist in jedem Fall zu achten und es sind ausreichende Massnahmen zum Schutz ihrer Gesundheit zu treffen.¹⁹ Eine psychisch kranke Person hat auch in einer psychiatrischen Einrichtung Anspruch auf Achtung ihrer Rechtsfähigkeit, ihres Privatlebens, ihrer Beziehungen zur Aussenwelt (z.B. freier Verkehr mit Mitpatienten, Briefverkehr, unbeaufsichtigte Besuche, Zeitungen, Radio, Fernsehen) und der Glaubens- und Gewissensfreiheit.²⁰ Unter Berücksichtigung ihres Gesundheitszustandes und der Schutzbedürfnisse anderer Personen sollen im Sinne des Normalisierungsgrundsatzes die Lebensbedingungen soweit wie möglich denjenigen ausserhalb der Klinik entsprechen.²¹

Psychiatrische Einrichtungen müssen über eine gleichwertige Ausstattung wie andere Gesundheitseinrichtungen verfügen²² und freiwillig und unfreiwillig Untergebrachte sollen eine vergleichbare ärztliche Behandlung und pflegerische Betreuung erhalten.²³ Es müssen eine ausreichende Anzahl an qualifiziertem Personal, Diagnose- und Therapiegeräte, eine geeignete fachliche Pflege vorhanden sowie eine angemessene und umfassende Behandlung einschliesslich der Bereitstellung von Medikamenten sichergestellt sein.²⁴

Ein Patient oder eine Patientin in einer psychiatrischen Einrichtung ist so rasch als möglich nach dem Eintritt in einer verständlichen Form und Sprache über ihre/seine Rechte aufzuklären.²⁵ Ist die betroffene Person nicht in der Lage, die Aufklärung zu verstehen, ist allenfalls ein/e persönliche/r Vertreter/in oder eine andere geeignete Person aufzuklären.²⁶ Wenn immer möglich soll eine Person in

¹⁸ Art. 6 Recommendation R(83)2 concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients, 22 February 1982 (zit. Empfehlung R(83)2 (Unfreiwillige Unterbringung psychisch Kranke)).

¹⁹ Art. 10 Empfehlung R(83)2 (Unfreiwillige Unterbringung psychisch Kranke); vgl. World Health Organization, Mental health care law: Ten basic principles, 1996, WHO/MNH/MND/96.9 (zit. WHO-Grundsätze psychische Gesundheit), Ziff. 2.

²⁰ Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, Res. 46/119 der UN-Generalversammlung vom 17. Dezember 1991, A/RES/46/119 (The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, resolution 46/119 adopted by the General Assembly, 17 December 1991, A/RES/46/119 [MI Principles]) (zit. MI Principles), Nr. 13 Ziff. 1; vgl. Art. 9.1 Empfehlung R(83)2 (Unfreiwillige Unterbringung psychisch Kranke).

²¹ CPT Standards, Unfreiwillige Unterbringung in psychiatrischen Einrichtungen, Auszug aus dem 8. Jahresbericht, CPT/Inf (98) 12 (Involuntary placement in psychiatric establishments, Extract from the 8th General Report, CPT/Inf (98) 12) (zit. CPT/Inf (98) 12), Ziff. 33.

²² MI Principles, Nr. 14 Ziff. 1.

²³ CPT/Inf (98) 12, Ziff. 32 ; vgl. Art. 10 (i) Empfehlung Rec(2004)10 des Ministerkomitees des Europarates zum Schutz der Menschenrechte und der Würde von Personen mit psychischer Krankheit, 22. September 2004 (Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder, 22 September 2004) (zit. Empfehlung Rec(2004)10 (Psychische Krankheiten)).

²⁴ MI Principles, Nr. 14 Ziff. 1; vgl. CPT/Inf (98) 12, Ziff. 32 und 38.

²⁵ MI Principles, Nr. 12 Ziff. 1; Art. 6 Empfehlung Rec(2004)10 (Psychische Krankheiten).

²⁶ MI Principles, Nr. 12 Ziff. 2; vgl. WHO-Grundsätze psychische Gesundheit, Ziff. 6.

einer Klinik untergebracht werden, die in der Nähe des Wohnortes von nahestehenden Personen liegt.²⁷ Für besonders verletzbare Patienten und Patientinnen sind spezielle Vorkehrungen zu treffen (z.B. Trennung von jugendlichen und erwachsenen Patienten).²⁸

b. Materielle Lebensbedingungen

Den Patienten und Patientinnen sollen materielle Lebensbedingungen angeboten werden, welche der Behandlung und dem Wohlergehen förderlich sind, d.h. die Einrichtung soll durch angemessene Gestaltung und Dekoration eine möglichst positive therapeutische Umgebung schaffen.²⁹ Dazu ist vordergründig für genügend Lebensraum für jede/n Patienten/in, eine angemessene Beleuchtung, Beheizung, Belüftung und für eine adäquate, allgemeine Ausstattung der Einrichtung zu sorgen sowie den hygienischen Erfordernissen eines Krankenhauses Rechnung zu tragen.³⁰ Die Zimmer sollen über eine korrekte Ausstattung verfügen³¹ und die Patienten und Patientinnen sollen die Möglichkeit haben, die Zimmer mit bestimmten persönlichen Gegenständen (z.B. Bücher und Fotos) zu gestalten.³² Zur Wahrung ihrer Privatsphäre müssen sich Patienten und Patientinnen jederzeit in ihre Zimmer zurückziehen können und Zugang dazu haben.³³ Bei den sanitären Einrichtungen ist im Besonderen darauf zu achten, dass ein gewisses Mass an Privatsphäre möglich ist³⁴ und die Bedürfnisse von älteren und/oder behinderten Patienten und Patientinnen sowie von bettlägerigen Personen hinsichtlich ihrer persönlichen Hygiene angemessen berücksichtigt werden.³⁵ Schliesslich gilt es, eine individualisierte Bekleidung zu ermöglichen, so dass Patienten nicht ständig die klinikinterne Kleidung bzw. ein Nachthemd oder einen Schlafanzug tragen müssen. Das Essen soll eine angemessene Qualität aufweisen und in ausreichendem Masse vorhanden sein.³⁶

Es entspricht der gängigen Praxis in der modernen Psychiatrie, auf geschlechtergetrennte Abteilungen zu verzichten, um u.a. dem

²⁷ MI Principles, Nr. 7 Ziff. 2.

²⁸ CPT/Inf (98) 12, Ziff. 30.

²⁹ CPT/Inf (98) 12, Ziff. 32.

³⁰ CPT/Inf (98) 12, Ziff. 34.

³¹ CPT/Inf (98) 12, Ziff. 34.

³² CPT/Inf (98) 12, Ziff. 34.

³³ CPT/Inf (98) 12, Ziff. 35.

³⁴ CPT/Inf (98) 12, Ziff. 34.

³⁵ CPT/Inf (98) 12, Ziff. 34.

³⁶ CPT/Inf (98) 12, Ziff. 35.

Normalisierungsgrundsatz Rechnung zu tragen.³⁷ Das Trennungsgebot wird auch in Bezug auf unfreiwillige Unterbringungen in psychiatrischen Einrichtungen auf internationaler Ebene nicht explizit erwähnt.³⁸ Da sich die Betroffenen jedoch unter umfassender staatlicher Kontrolle befinden, besteht eine besondere Pflicht des Staates, ihnen Schutz vor Übergriffen durch andere Privatpersonen anzubieten. Der Verzicht auf eine Trennung darf also nicht zu einer Verschlechterung der Sicherheitslage für die Patientinnen und Patienten führen. Es sind alle vernünftigerweise denkbaren Massnahmen zu ergreifen, um Risiken von Übergriffen zu minimieren.³⁹

c. Psychiatrische Behandlung

Die psychiatrische Behandlung während einer unfreiwilligen Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung soll auf einem individualisierten Ansatz beruhen, d.h. für jede Person ist ein eigener Behandlungsplan auszuarbeiten.⁴⁰ Der Behandlungsplan ist unter Einbezug der betroffenen Person zu erstellen und deren Meinung oder gegebenenfalls diejenige eines persönlichen Vertreters oder einer persönlichen Vertreterin (Vertrauensperson) sind entsprechend zu beachten.⁴¹ Bei einer urteilsunfähigen Person ist eine allfällige Patientenverfügung zu berücksichtigen⁴² und die betroffene Person und ihre Vertrauensperson sind über alle Umstände, die mit Blick auf die vorgesehenen medizinischen Massnahmen wesentlich sind, zu informieren, namentlich über Gründe, Zweck, Art, Modalitäten, Risiken und Nebenwirkungen, Folgen einer Nicht-Behandlung und alternative Behandlungsmöglichkeiten.⁴³ Der Behandlungsplan ist in regelmässigen Abständen zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen.⁴⁴

³⁷ Künzli Jörg/Eugster Anja/Spring Alexander, Gutachten zu rechtlichen Vorgaben für einzelne Bereiche des Betriebs der forensisch-psychiatrischen Station Etoine, Gutachten zuhanden der Geschäftsleitung der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) – Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Bern September 2012, S. 28.

³⁸ Künzli/Eugster/Spring, S. 29. Siehe z.B. CPT/Inf (98) 12.

³⁹ Künzli/Eugster/Spring, S. 31.

⁴⁰ CPT/Inf (98) 12, Ziff. 37; vgl. Art. 12 Ziff. 1 Empfehlung Rec(2004)10 (Psychische Krankheiten); vgl. MI Principles, Nr. 9 Ziff. 2; Art. 433 Abs. 1 Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (ZGB), SR 210.

⁴¹ Art. 12 Ziff. 1 und 19 Ziff. 2 (i) Empfehlung Rec(2004)10 (Psychische Krankheiten); vgl. MI Principles, Nr. 9 Ziff. 2; Art. 433 Abs. 1 ZGB.

⁴² Art. 433 Abs. 3 ZGB.

⁴³ Art. 433 Abs. 2 ZGB.

⁴⁴ Art. 12 Ziff. 1 und 19 Ziff. 2 (ii) Empfehlung Rec(2004)10 (Psychische Krankheiten); vgl. MI Principles, Nr. 9 Ziff. 2; Art. 433 Abs. 4 ZGB.

Die psychiatrische Behandlung, welche oftmals auf einem medikamentösen Ansatz beruht, ist durch ein sinnvolles Angebot an rehabilitativen und therapeutischen Aktivitäten zu ergänzen. Der Behandlungsplan sollte u.a. Aktivitäten wie Beschäftigungs-, Gruppen- oder Einzelpsychotherapie, Kunst, Theater, Musik und Sport umfassen. Die Patienten sollten regelmäßigen Zugang zu passend eingerichteten Aufenthaltsräumen haben und täglich die Möglichkeit haben, sich an der frischen Luft zu bewegen. Es ist gleichfalls wünschenswert, dass ihnen Unterricht und passende Arbeit angeboten wird.⁴⁵ Die Behandlung ist auf die Erhaltung und Stärkung der persönlichen Selbständigkeit zu richten.⁴⁶ Der Gesundheitszustand der Patienten und Patientinnen und jede verordnete Medikation sind u.a. mit Blick auf eine Verlegung oder Entlassung regelmässig zu überprüfen.⁴⁷

d. Freiheitsbeschränkende Massnahmen

i. Allgemeine Grundsätze

Bei urteilsfähigen Personen sind freiheitsbeschränkende Massnahmen in der Form von bewegungseinschränkenden und/oder medizinischen Massnahmen ohne Zustimmung grundsätzlich nicht zulässig. Ausnahmsweise können sie im Rahmen einer behördlich angeordneten unfreiwilligen Unterbringung zur Anwendung kommen. Solche Massnahmen müssen gesetzlich vorgesehen, durch ein öffentliches Interesse gerechtfertigt und verhältnismässig sein.⁴⁸ Sie sollen nur als ultima ratio Massnahmen⁴⁹ in Fällen von Selbst- oder Fremdgefährdung eingesetzt werden.⁵⁰ Es ist jeweils das mil-

⁴⁵ CPT/Inf (98) 12, Ziff. 37.

⁴⁶ MI Principles, Nr. 9 Ziff. 4.

⁴⁷ CPT/Inf (98) 12, Ziff. 40.

⁴⁸ CPT Standards, Means of restraint in psychiatric establishments for adults (revised CPT standards), CPT/Inf(2017)6 (zit. CPT/Inf(2017)6), Ziff. 1.4; Empfehlung R(98)7 des Ministerkomitees des Europarates über ethische und organisatorische Aspekte der Gesundheitsversorgung in Gefängnissen vom 8. April 1998 (Recommendation R (98) 7 of the Committee of Ministers to member States concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison, 8 April 1998) (zit. Empfehlung R(98)7 (Gesundheitsversorgung)), Ziff. 14 (Ausnahmen zum informed consent); vgl. Mindestgrundsätze der Vereinten Nationen für die Behandlung der Gefangenen (Nelson-Mandela-Regeln), Res. 70/175 der UN-Generalversammlung vom 17. Dezember 2015, A/RES/70/175 (United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules), resolution 70/175 adopted by the General Assembly, 17 December 2015, A/RES/70/175), Regel 47 Ziff. 2 (Zwangsmittel).

⁴⁹ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 1.4.

⁵⁰ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 1.1. Dazu auch Art. 27 Ziff. 1 Empfehlung Rec(2004)10 (Psychische Krankheiten) (Absonderung und Zwang); Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment regarding the rights of persons institutionalized and treated medically without informed consent, 26 January 2016, CAT/OP/27/2 (zit. SPT, Approach informed consent), Ziff. 9 (nur aus Sicherheitsgründen); vgl. auch WHO-Grundsätze psychische Gesundheit, Ziff. 4; vgl. Nelson-Mandela-Regeln, Regel 48 Ziff. 1 lit. a (Zwangsmittel). Z.B. EGMR, Tali gegen Estland, 66393/10 (2014), Ziff. 81; EGMR, Bures gegen Tschechische Republik, 37679/08 (2012), Ziff. 95-97 (Mittel körperlichen Zwangs).

deste Mittel und damit die am wenigsten einschneidende Massnahme⁵¹ zu wählen, und die Massnahmen sind so rasch als möglich wieder aufzuheben.⁵² Solche Massnahmen sind weder im Sinne einer Bestrafung⁵³ noch aus rein pragmatischen Gründen zur Erleichterung des Betriebs⁵⁴ oder aus Annehmlichkeit für das Personal, Angehörige oder andere Personen⁵⁵ anzuwenden.

Massgebend für die Beurteilung solcher Massnahmen ist aus menschenrechtlicher Sicht das Recht auf Selbstbestimmung, wonach jede Person eine medizinische Untersuchung oder Behandlung verweigern kann. Dieses Recht fliesst aus den Ansprüchen auf Gesundheit⁵⁶, Privatleben⁵⁷, Schutz der psychischen und physischen Integrität⁵⁸ und dem Verbot der Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung⁵⁹ sowie aus den Bestimmungen der Biomedizinkonvention.⁶⁰ Auf diesen internationalen Vorgaben beruht auch der fundamentale Grundsatz der aufgeklärten Einwilligung («informed consent»), der namentlich vorsieht, dass die Einwilligung der betroffenen Person vor jeder Untersuchung oder jedem Eingriff einzuholen ist. Gemäss den internationalen Vorgaben kann nur dann von einer Einwilligung gesprochen werden, wenn sie frei und informiert erfolgt und die betroffene Person über die Diagnose, den Zweck und die Art der Intervention, über deren Folgen und Risiken sowie über alternative Behandlungsmethoden aufgeklärt wurde.⁶¹ Eine betroffene

⁵¹ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 5; vgl. Nelson-Mandela-Regeln, Regel 48 Ziff. 1 lit. c (Zwangsmittel).

⁵² Art. 383 Abs. 1 i.V.m. Art. 438 ZGB (Bewegungseinschränkende Massnahmen); CPT/Inf(2017)6, Ziff. 1.4; Art. 27 Ziff. 1 (und vgl. Art. 8) Empfehlung Rec(2004)10 (Psychische Krankheiten) (Absonderung und Zwang); vgl. Nelson-Mandela-Regeln, Regel 48 Ziff. 1 lit. b (Zwangsmittel); vgl. MI Principles, Nr. 9 Ziff. 1.

⁵³ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 1.6; CPT/Inf (98) 12, Ziff. 48 (Mittel körperlichen Zwangs); vgl. Nelson-Mandela-Regeln, Regel 43 Ziff. 2; vgl. MI Principles, Nr. 10 Ziff. 1 (Verabreichung von Medikamenten).

⁵⁴ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Medizinisch-ethische Richtlinien, Zwangsmassnahmen in der Medizin, Dezember 2015 (zit. SAMW-RL Zwangsmassnahmen), Ziff. 3.3; Künzli Jörg/Frei Nula/Veerakatty-Fernandes Vijitha, Menschenrechtliche Standards bei unfreiwilliger Unterbringung von Menschen in Alters- und Pflegeheimen, dargestellt am Beispiel von Personen mit Altersdemenz, Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte (SKMR), Bern März 2016, S. 24.

⁵⁵ SPT, Approach informed consent, Ziff. 9; SPT, Approach informed consent, Ziff. 15 (Medizinische Behandlung ohne Zustimmung); vgl. MI Principles, Nr. 10 Ziff. 1 (Verabreichung von Medikamenten).

⁵⁶ Art. 12 Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Abgeschlossen in New York am 16. Dezember 1966 (UN-Pakt I), SR 0.103.1; Art. 25 Abs. 1 UN-BRK.

⁵⁷ Art. 8 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, Abgeschlossen in Rom am 4. November 1950 (EMRK), SR 0.101; Art. 17 Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte, Abgeschlossen in New York am 16. Dezember 1966 (UN-Pakt II), SR 0.103.2.

⁵⁸ Art. 17 UN-BRK.

⁵⁹ Art. 3 EMRK; Art. 7 UN-Pakt II; Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe vom 10. Dezember 1984 (UN-FoK), SR 0.105; Art. 15 UN-BRK.

⁶⁰ Art. 5 ff. Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin) vom 4. April 1997 (Biomedizinkonvention), SR 0.810.2.

⁶¹ Art. 5 Abs. 2 Biomedizinkonvention; MI Principles, Nr. 11 Ziff. 2; vgl. Empfehlung R(98)7 (Gesundheitsversorgung), Ziff. 14 f.; vgl. SPT, Approach informed consent, Ziff. 12.

Person kann ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.⁶² Ausnahmen von der (persönlichen) aufgeklärten Einwilligung sind nur dann zulässig, wenn die betroffene Person aufgrund ihres Zustandes nicht in der Lage ist einzuwilligen oder ein Notfall besteht.⁶³

Damit eine Behandlung ohne Zustimmung nicht als unmenschliche oder erniedrigende Behandlung nach Art. 3 EMRK bezeichnet wird, muss deren medizinische Notwendigkeit durch eine nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft handelnde medizinische Fachperson nachgewiesen werden. Auch muss sie zur Aufrechterhaltung der körperlichen und geistigen Gesundheit als unerlässlich gelten.⁶⁴

In psychiatrischen Einrichtungen kommen unterschiedliche freiheitsbeschränkende Massnahmen zur Anwendung.⁶⁵ Grundsätzlich lassen sie sich in zwei Kategorien aufteilen:

- Behandlungen ohne Zustimmung beinhalten in der Regel die Verabreichung von Medikamenten gegen bzw. ohne den Willen der betroffenen Person.
- Bewegungseinschränkende Massnahmen können in der Form von Isolationen (zwangswise Einzelunterbringung in einem abgeschlossenen Raum), manuellen (Festhalten), mechanischen (z.B. Fixierungen, Bettgurten, Zewi-Decken, Zwangsjacken, Sitzhosen oder geschlossene Betten) oder elektronischen Massnahmen (z.B. elektronische Armbänder, Sensorbalken/-matten, Induktionsschleifen im Schuh) erfolgen.

Die Durchführung dieser Massnahmen muss klar geregelt sein. Psychiatrische Einrichtungen sollten unter Beizug des Personals interne Richtlinien erarbeiten und darin wichtige Grundsätze festlegen. Solche Richtlinien sollten auf den limitierten Einsatz dieser Massnahmen zielen und die Voraussetzungen für deren Anwendung klar regeln. Namentlich gilt es die Art und Weise, die Dauer, die Umstände sowie die Überwachung und die Nachbearbeitung

⁶² Art. 5 Abs. 3 Biomedizinvention. Ebenso kann eine Einwilligung durch eine/n Vertreter/in oder eine gesetzlich vorgesehene Behörde, Person oder Stelle im Interesse der betroffenen Person jederzeit widerrufen werden; Art. 6 Abs. 5 Biomedizinvention.

⁶³ Vgl. Empfehlung R(98)7 (Gesundheitsversorgung), Ziff. 14 f.; Art. 12 Ziff. 3 Empfehlung Rec(2004)10 (Psychische Krankheiten) (Notfallsituation).

⁶⁴ Vgl. hierzu die Erwägungen des EGMR in Herzegfalvy gegen Österreich, 10533/83 (1992), Ziff. 82.

⁶⁵ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 1.7.

klar festzulegen.⁶⁶ Die Richtlinien sollten überdies genaue Angaben über die Weiterbildung des Personals sowie über die internen und externen Beschwerdemöglichkeiten beinhalten.

Freiheitsbeschränkende Massnahmen dürfen nur von einem Arzt oder einer Ärztin mit Chefarztfunktion angeordnet oder müssen durch diese Personen autorisiert werden.⁶⁷ Damit wird dem Erfordernis nach medizinischer Notwendigkeit entsprochen.⁶⁸ Auch sind sie nur unter medizinischer Aufsicht durchzuführen und regelmässig auf ihre Notwendigkeit hin zu überprüfen.⁶⁹

Mit Blick auf die Nachvollziehbarkeit solcher Massnahmen schreiben die menschenrechtlichen Vorgaben schliesslich zwecks Nachvollziehbarkeit eine detaillierte Erfassung dieser Massnahmen in einem Register vor. Namentlich sollen Beginn und Ende, die Umstände, die Gründe, der Name des anordnenden Arztes oder der anordnenden Ärztin sowie Hinweise auf allfällig erlittene Verletzungen sorgfältig protokolliert werden.⁷⁰ Auch sollten die betroffenen Personen stets Zugang zu den darin aufgeführten Informationen haben und es sollte ihnen eine Kopie ausgehändigt werden.⁷¹ Nach Beendigung der Massnahme sollte zudem mit den betroffenen Patienten eine Nachbesprechung durchgeführt werden.⁷² Zudem sollten unabhängige Beschwerdemechanismen zur Verfügung stehen, die eine gerichtliche Überprüfung der Massnahmen ermöglichen.⁷³ Gegen solche Massnahmen kann sowohl der Patient als auch sein gesetzlicher Vertreter Beschwerde einreichen.

⁶⁶ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 1.7.

⁶⁷ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 2; vgl. SPT, Approach informed consent, Ziff. 15 (Behandlung ohne Zustimmung); vgl. WHO-Grundsätze psychische Gesundheit, Ziff. 4.

⁶⁸ Vgl. S. 36 oben.

⁶⁹ Art. 27 Ziff. 2 und 3 (i) Empfehlung Rec(2004)10 (Psychische Krankheiten) (Absonderung und Zwang); WHO-Grundsätze psychische Gesundheit, Ziff. 4.

⁷⁰ Art. 384 Abs. 1 i.V.m. Art. 438 ZGB (Bewegungseinschränkende Massnahmen); vgl. z.B. Art. 54 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes (GesG) vom 16. November 1999 des Kantons Freiburg (BDLF 821.0.1); CPT/Inf(2017)6, Ziff. 11.1; vgl. Art. 19 Ziff. 1 (iv) (Behandlung ohne Zustimmung) Empfehlung Rec(2004)10 (Psychische Krankheiten); vgl. SPT, Approach informed consent, Ziff. 9 und 16 (Behandlung ohne Zustimmung); vgl. WHO QualityRights Tool Kit, Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities, Geneva 2012, Standard 4.2.5; vgl. SAMW-RL Zwangsmassnahmen, Ziff. 4.1.2. Siehe auch CPT, Rapport au Conseil fédéral suisse relatif à la visite effectuée en Suisse par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 13 au 24 avril 2015, CPT/Inf (2016) 18, 23 juin 2016 (zit. CPT, Bericht Schweiz 2016), Ziff. 150.

⁷¹ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 11.1; SPT, Approach informed consent, Ziff. 19 (Behandlung ohne Zustimmung).

⁷² CPT/Inf(2017)6, Ziff. 8.

⁷³ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 12.

ii. Behandlungen ohne Zustimmung

In grundrechtlicher Hinsicht stellt eine Behandlung ohne Zustimmung einen schweren Eingriff in die persönliche Freiheit im Sinne der körperlichen und geistigen Integrität nach Art. 10 Abs. 2 BV⁷⁴ dar und betrifft die Menschenwürde gemäss Art. 7 BV zentral.⁷⁵ Ist eine Behandlung ohne Zustimmung notwendig, gelten strengste Anforderungen an die Eingriffsvoraussetzungen.⁷⁶ Behandlungen ohne Zustimmung wurden vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) z.B. als unmenschlich oder erniedrigend i.S.v. Art. 3 EMRK beurteilt, wenn die Behandlung nicht medizinisch notwendig war oder in einer herabwürdigenden Art und Weise vollzogen wurde.⁷⁷ Art. 3 EMRK ist auch verletzt, wenn sich die Behandlung über mehrere Stunden hinzieht und schwere physische oder psychische Schmerzen oder sogar Verletzungen verursacht.⁷⁸ Es bedarf zudem einer umfassenden Interessensabwägung zwischen den tangierten Grundrechten des Patienten (persönliche Freiheit und Schutz der Menschenwürde) und den öffentlichen Interessen (gebotene Fürsorgepflicht⁷⁹ oder Schutz der Grundrechte Dritter).⁸⁰ Eine Zwangsmassnahme zum Zwecke des Schutzes von Grundrechten von Drittpersonen ist daher nur gerechtfertigt, um eine unmittelbare und schwere Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit bzw. eine akute, schwerwiegende Störung des Zusammenlebens abzuwenden.⁸¹

Bei der Durchführung von Behandlungen ohne Zustimmung sollten nur zugelassene, bewährte und schnell wirkende Medikamente angewendet werden. Den Nebenwirkungen der einzelnen

⁷⁴ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV), SR 101.

⁷⁵ BGE 130 I 16 E. 3 S. 18. Vgl. zum Ganzen auch BGE 126 I 112; BGE 127 I 6; BGE 134 I 221; BGer 6B_824/2015 vom 22. September 2015.

⁷⁶ Zur Wahrung der Verhältnismässigkeit ist z.B. die Anordnung und Überwachung einer medizinischen Behandlung ohne Zustimmung durch einen Arzt unabdingbar; EGMR, Jalloh gegen Deutschland, 54810/00 (2006), Ziff. 73. Siehe auch SAMW-RL Zwangsmassnahmen, Ziff. 3.2.

⁷⁷ EGMR, Herzegfalvy gegen Österreich, 10533/83 (1992), insb. Ziff. 82 f.; EGMR, Keenan gegen Vereinigtes Königreich, 27229/95 (2001); EGMR, Jalloh gegen Deutschland, 54810/00 (2006).

⁷⁸ EGMR, Keenan gegen Vereinigtes Königreich, 27229/95 (2001), Ziff. 116: „The lack of effective monitoring of a person's condition and the lack of informed psychiatric input into the assessment and treatment disclose significant defects in the medical care provided to a mentally ill person known to be a suicide risk. A belated imposition in those circumstances of a serious disciplinary punishment may well threaten the physical and moral resistance and is not compatible with the standard of treatment required in respect of a mentally ill person. It must be regarded as constituting inhuman and degrading treatment and punishment within the meaning of Article 3 of the Convention.“ In diesem Sinne auch EGMR, Jalloh gegen Deutschland, 54810/00 (2006).

⁷⁹ Art. 12 und Art. 41 Abs. 1 lit. b BV.

⁸⁰ BGE 130 I 16 E. 5.2 S. 20 f.

⁸¹ BGE 130 I 16 E. 5.2 S. 20 f.

Medikamente ist unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten besonders Rechnung zu tragen, insbesondere wenn diese in Kombination mit Fixierungen oder Isolationen eingesetzt werden.⁸²

iii. Bewegungseinschränkende Massnahmen

Bei Patienten, von denen eine erhebliche Dritt- oder Selbstgefährdung ausgeht, können bewegungseinschränkende Massnahmen ausnahmsweise notwendig sein.⁸³ In jedem Fall sollten sie jedoch nur als ultima ratio Massnahme zum Zuge kommen,⁸⁴ gesetzlich geregelt sein und unter Einhaltung der Grundsätze der Notwendigkeit, der Verhältnismässigkeit und der Nachvollziehbarkeit angewendet werden.⁸⁵ Es handelt sich dabei um reine Sicherheitsmassnahmen, welche keinen therapeutischen Rechtfertigungsgrund haben können.⁸⁶ Auch sollten solche Massnahmen niemals zur Bestrafung, aus Annehmlichkeit für das Personal oder als Massnahmen zur Überbrückung von Personalmangel erfolgen.⁸⁷

- Fixierungen

Aus menschenrechtlicher Sicht zählen 5- oder 7-Punkt-Fixierungen zweifelsohne zu den die Bewegungsfreiheit am stärksten einschränkenden Massnahmen, welche in den Geltungsbereich des Folterverbots oder der unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung im Sinne von u.a. Art. 3 EMRK⁸⁸ fallen, wenn sie unrechtmässig durchgeführt werden oder es bei der betroffenen Person zu damit verbundenen körperlichen Verletzungen kommt.⁸⁹ Eine Fixierung sollte deshalb nur als ultima ratio Massnahme zur Abwendung einer unmittelbaren Verletzung und/oder von Gewalt angewendet werden.⁹⁰ Dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz gilt es

⁸² CPT/Inf(2017)6, Ziff. 3.7.

⁸³ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 1.1.

⁸⁴ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 1.4.

⁸⁵ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 1.2 und 1.3.

⁸⁶ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 1.5.

⁸⁷ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 1.6.

⁸⁸ Auch Art. 7 UN-Pakt II, Art. 15 UN-BRK sowie Art. 2 UN-FoK.

⁸⁹ Künzli/Frei/Fernandes-Veerakatty, S. 27; Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung GmbH et al., Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern, Abschlussbericht zum Modellvorhaben 2008, S. 5; Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, 28 July 2008, A/63/175 (zit. UN-Sonderberichterstatter über Folter, Zwischenbericht 2008), Ziff. 50.

⁹⁰ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 1.4.

dabei besondere Achtung zu schenken, denn nach Auffassung des Bundesgerichts können z.B. Notwehr und Notstand keine dauernden Rechtfertigungsgründe für eine Fixierung über eine längere Zeitspanne sein.⁹¹

Fixierungen müssen in einer Art und Weise durchgeführt werden, die bei der betroffenen Person keine unnötigen Schmerzen verursacht. Namentlich ist darauf zu achten, dass das Personal spezifisch auf die Anwendung körperlicher Festhaltungsmassnahmen geschult ist und durch die Festhaltung die Atmungsorgane nicht beeinträchtigt werden.⁹² Zur Fixierung der Hand- und Fussgelenke sollten niemals Handschellen oder Ketten, sondern vielmehr gepolsterte Stoffriemen verwendet werden. Dabei gilt es insbesondere zu beachten, dass diese nicht zu fest anzubringen sind, so dass eine minimale Bewegung der Arme und Beine nach wie vor möglich ist.⁹³

Fixierungen sollten an einem speziell dafür vorgesehenen und sicheren Ort durchgeführt werden, der die Intimsphäre der betroffenen Person wahrt und diese vor den Blicken anderer Patienten und Patientinnen schützt, ausser sie bevorzugen das Zusammensein mit anderen.⁹⁴ Fixierte Patienten und Patientinnen sind ständig durch einen im Raum anwesenden Mitarbeitenden zu überwachen, wobei eine reine Videoüberwachung als nicht ausreichend bezeichnet wird.⁹⁵

Die Dauer der Fixierung ist auf das Notwendigste zu reduzieren und die Massnahme möglichst rasch wieder aufzuheben. Ununterbrochene Fixierungen über mehrere Tage sind in keinem Fall zulässig und können eine erniedrigende Behandlung darstellen.⁹⁶ Muss die Massnahme aus zwingend erforderlichen Gründen über mehrere Stunden aufrechterhalten werden, muss sie in kurzen Abständen von einer medizinischen Fachperson regelmässig überprüft

⁹¹ BGer 5A_335/2010 vom 6. Juli 2010, E. 5.3.1 f. Das Bundesgericht bezeichnete eine Fixierung von 5 Tagen aufgrund Notwehr und Notstand als unverhältnismässig und nicht mit Art. 7 und 10 Abs. 2 BV sowie Art. 3 EMRK vereinbar.

⁹² CPT/Inf(2017)6, Ziff. 3.2.

⁹³ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 3.3.

⁹⁴ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 3.5.

⁹⁵ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 7.

⁹⁶ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 4.1.

werden. Im Falle von Wiederholungen ist ein zweiter Arzt beizuziehen.⁹⁷

In seltenen Fällen können bewegungseinschränkende Massnahmen in Kombination mit anderen Massnahmen, namentlich einer Behandlung ohne Zustimmung erfolgen. Eine solche Praxis erweist sich nur dann als zulässig und sinnvoll, wenn die Dauer der Massnahme dadurch insgesamt verkürzt werden kann.⁹⁸

Freiwillig in eine Einrichtung eingetretene Patienten und Patientinnen sollten nur mit ihrer ausdrücklichen Zustimmung fixiert werden. Sollte eine Fixierung ohne Zustimmung der betroffenen Person dennoch notwendig sein, ist der rechtliche Status der betroffenen Person zu überprüfen, die Urteilsfähigkeit abzuklären und allenfalls eine fürsorgliche Unterbringung anzuordnen.⁹⁹

- Isolationen

Auch Isolationen können in den Anwendungsbereich von Art. 3 EMRK fallen, namentlich wenn sie mit einer vollständigen sinnlichen bzw. sozialen Isolation des Betroffenen verbunden sind. Eine solche Massnahme kann je nach Schweregrad eine unmenschliche Behandlung im Sinn von Art. 3 EMRK darstellen, die sich weder mit Sicherheitsbedürfnissen noch aus anderen Gründen rechtfertigen lässt.¹⁰⁰

In der Regel werden Isolationen als Beruhigungsmassnahme oder zum Zweck der Reizabschirmung des Patienten eingesetzt. Isolationen werden meist in speziell zu diesem Zweck eingerichteten Isolationszimmern durchgeführt. Dabei ist zu beachten, dass die Sicherheit des Patienten gewährleistet ist und der Raum ihm eine beruhigende Umgebung bietet.¹⁰¹ Grundsätzlich gelten bei Isolationen dieselben Anforderungen an die Dokumentationspflicht und Protokollierung wie bei den übrigen bewegungseinschränkenden Massnahmen. Deshalb kann analog davon ausgegangen wer-

⁹⁷ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 4.2.

⁹⁸ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 6.

⁹⁹ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 10.

¹⁰⁰ BGer 5A_335/2010 vom 6. Juli 2010, E. 3.4.

¹⁰¹ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 1.7.

den, dass Isolationen zwingend formell zu verfügen sind.¹⁰² Mit zunehmender Dauer steigen zudem die Anforderungen an die Begründung der Massnahme und diese ist regelmässig zu überprüfen.

Der Tagesablauf im Isolationszimmer sollte unter Berücksichtigung der individuellen Patientenbedürfnisse möglichst verbindlich festgelegt werden und für die Patienten eine gewisse Regelmässigkeit aufweisen. Namentlich sollten Patienten täglich Zugang zur frischen Luft haben und es sollte ihnen nach Möglichkeit eine therapeutisch geeignete Beschäftigung angeboten werden.

III. Erwachsenenschutzrechtliche Vorgaben für die unfreiwillige Unterbringung in der Schweiz

In der Schweiz nehmen unfreiwillige Unterbringungen die Form einer fürsorglichen Unterbringung (FU) zur Behandlung oder Betreuung einer psychischen Störung oder geistigen Behinderung an.¹⁰³ Medizinisch angeordnete Unterbringungen können für eine Dauer von höchstens sechs Wochen von einem Arzt oder einer Ärztin¹⁰⁴ oder von der Erwachsenenschutzbehörde¹⁰⁵ angeordnet werden. Die Erwachsenenschutzbehörde ist für die Anordnung der Unterbringung sowie für die Entlassung zuständig.¹⁰⁶ Die ärztliche Unterbringung muss spätestens nach Ablauf der sechs Wochen von der Erwachsenenschutzbehörde formell bestätigt werden¹⁰⁷ und wird spätestens nach sechs Monaten von der Behörde auf ihre Rechtmässigkeit hin überprüft.¹⁰⁸ Sind die Voraussetzungen für die FU nicht mehr erfüllt, muss die Person entlassen werden. Die eingewiesene Person kann zudem jederzeit eine Entlassung beantragen, über welche die zuständige Behörde unverzüglich zu entscheiden hat. Gegen sämtliche Entscheide der Erwachsenenschutzbehörde sowie gegen die Unterbringungsanordnung bzw. die ärztliche

¹⁰² Siehe z.B. Art. 438 ZGB.

¹⁰³ Art. 426 ff. ZGB.

¹⁰⁴ Art. 429 f. ZGB.

¹⁰⁵ Art. 428 ZGB.

¹⁰⁶ Art. 428 Abs. 1 ZGB.

¹⁰⁷ Art. 429 Abs. 2 ZGB.

¹⁰⁸ Art. 431 Abs. 1 ZGB.

Zurückbehaltung kann Beschwerde bei einem Gericht geführt werden.¹⁰⁹

Gemäss Art. 433 ZGB muss für eine fürsorgerisch untergebrachte Person unter Einbezug der betroffenen Person und gegebenenfalls ihrer Vertrauensperson ein schriftlicher Behandlungsplan durch den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin erstellt werden.¹¹⁰ Behandlungspläne dienen auch als Grundlage für die therapeutische Behandlung sowie für die allfällig notwendige Anordnung von Behandlungen ohne Zustimmung (Art. 434 ZGB), da die beabsichtigte medizinische Massnahme stets im Behandlungsplan vorgesehen sein muss.¹¹¹

i. Behandlungen ohne Zustimmung

Das Gesetz nennt in Art. 434 ZGB die Voraussetzungen für die Durchführung einer Behandlung ohne Zustimmung. Diese darf nur durch den/die Chefarzt/Chefärztin angeordnet werden. Damit wird dem Erfordernis von Art. 3 EMRK Rechnung getragen, wonach die therapeutische Notwendigkeit durch eine medizinische Fachperson nachzuweisen ist.¹¹² Eine Behandlung ohne Zustimmung ist zulässig, wenn:

- ohne Behandlung der betroffenen Person ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden droht oder das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet ist;
- die betroffene Person bezüglich ihrer Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig¹¹³ ist; und
- keine angemessene Massnahme zur Verfügung steht, die weniger einschneidend ist.

¹⁰⁹ Art. 439 ZGB.

¹¹⁰ Art. 433 Abs. 1 ZGB; Geiser Thomas/Etzensberger Mario zu Art. 433 ZGB, in: Honsell Heinrich/Vogt Nedim Peter/Geiser Thomas (Hrsg.), Zivilgesetzbuch I, Art. 1-456 ZGB, Basler Kommentar, 5. Auflage, Basel 2014 (zit. BSK ZGB-Autor zu Art. 433 ZGB), N 11.

¹¹¹ Vgl. Art. 434 Abs. 1 ZGB; BSK ZGB-Geiser/Etzensberger zu Art. 434 ZGB, N 16.

¹¹² Vgl. S. 36 oben.

¹¹³ SAMW-RL Zwangsmassnahmen, Ziff. 2.4: Das Kernelement der Urteilsfähigkeit liegt in der «Fähigkeit, eine gegebene Situation korrekt aufzufassen, zu verstehen und eine nach eigenen Wertmassstäben sinnvolle Entscheidung zu treffen». Die Urteilsfähigkeit ist immer in Bezug auf einen konkreten Sachverhalt festzustellen. Es wird grundsätzlich die Urteilsfähigkeit vermutet und eine Urteilsunfähigkeit ist zu begründen. Keinesfalls darf allein gestützt auf eine psychiatrische Diagnose (z.B. Schizophrenie, Alzheimer-Demenz oder einer angeborenen kognitiven Beeinträchtigung) auf Urteilsunfähigkeit geschlossen werden. Ebenso wenig ist aus einer fehlenden Zustimmung automatisch auf eine Urteilsunfähigkeit zu schliessen.

Die Anordnung der Massnahme ist der betroffenen Person und ihrer Vertrauensperson mit einer Rechtsmittelbelehrung schriftlich zu eröffnen.¹¹⁴ Vorbehalten sind im Notfall unerlässliche medizinische Massnahmen, welche sofort ergriffen werden müssen.¹¹⁵ Gegen die Anordnung von medizinischen Massnahmen kann vor Gericht Beschwerde geführt werden. Das Gericht kann zehn Tage seit Ergehen des Entscheids, im Falle von Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit jederzeit angerufen werden.¹¹⁶

ii. Behandlungen ohne Zustimmung bei freiwillig eingewiesenen Patienten

Behandlungen ohne Zustimmung sind bei freiwillig eingewiesenen Patienten grundsätzlich unzulässig. Ist eine solche Behandlung aufgrund der Umstände dennoch indiziert, kann die ärztliche Leitung der Einrichtung auch bei freiwillig eingetretenen Personen für eine Dauer von maximal drei Tagen eine ärztliche Zurückbehaltung anordnen.¹¹⁷ Es ist jedoch umstritten, ob gestützt auf einen solchen Zurückbehaltungsentscheid eine Behandlung ohne Zustimmung zulässig ist, wobei diese bei Vorliegen der Voraussetzungen zumindest als möglich erachtet wird.¹¹⁸ In der Praxis werden medizinische Massnahmen sowie medizinisch indizierte bzw. als unerlässlich eingestufte Behandlungen ohne Zustimmung oft in einer Notfallsituation durchgeführt. Sie führen in der Regel auch zu einer ärztlich angeordneten Zurückbehaltung.

iii. Bewegungseinschränkende Massnahmen

Bewegungseinschränkende Massnahmen können gestützt auf Art. 438 bzw. 383 ZGB angeordnet werden. Sie umfassen manuelle Kontrollen, mechanische Fixierungen (z.B. mittels Gurten) oder Isolationen, m.a.W. eine zwangsweise Einzelunterbringung eines Patienten oder einer Patientin in einem abgeschlossenen Raum. Auch

¹¹⁴ Art. 434 Abs. 2 ZGB.

¹¹⁵ Art. 435 ZGB.

¹¹⁶ Art. 439 Abs. 1 ZGB.

¹¹⁷ Art. 427 ZGB.

¹¹⁸ Guillod spricht sich für die Anwendung der Regeln über die fürsorgliche Unterbringung aus (Olivier Guillod zu Art. 433, in: Bächler Andrea/Häfeli Christoph/Leuba Audrey/Stettler Martin (Hrsg.), Erwachsenenenschutz, FamKommentar, 1. Auflage, Bern 2013, N 12 f.). Anderer Meinung: BSK ZGB-Geiser/Etzensberger zu Art. 427, N 14 f.

hier nennt das Gesetz die Voraussetzungen dafür. Solche Massnahmen können von der Einrichtung ergriffen werden, wenn:

- eine ernsthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität der betroffenen Person oder Dritter abzuwenden ist; oder
- eine schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens zu beseitigen ist.

Das Gesetz konkretisiert den gemäss internationalen Vorgaben vorgeschriebenen Grundsatz des «informed consent» in Art. 383 Abs. 2 ZGB und betont die Informationspflicht der Einrichtungen. So muss der Person vor Anwendung einer bewegungseinschränkende Massnahme erklärt werden, warum die Massnahme angeordnet wird, wie lange diese voraussichtlich dauert und wer sich in dieser Zeit um die Person kümmert. Auch ist die Massnahme nur so lange aufrechtzuerhalten wie zwingend notwendig und auf jeden Fall regelmässig auf ihre Berechtigung hin zu überprüfen.

In Anlehnung an die internationalen Vorgaben schreibt das Gesetz zudem die detaillierte Protokollierung solcher Massnahmen unter Angabe der anordnenden Person, des Zwecks, der Art und der Dauer vor.¹¹⁹ Patienten und deren Vertrauenspersonen verfügen zudem jederzeit über ein umfassendes Akteneinsichtsrecht.¹²⁰ Sie haben zudem die Möglichkeit die Erwachsenenschutzbehörde am Sitz der Einrichtung jederzeit schriftlich anzurufen.¹²¹

IV. Feststellungen und Empfehlungen der NKVF betreffend die Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen in psychiatrischen Einrichtungen

a. Materielle Lebensbedingungen

In den von ihr überprüften Einrichtungen stellte die Kommission im Allgemeinen fest, dass die Einrichtungen über korrekt ausgestattete Räumlichkeiten und über meist grosszügige Aussen-

¹¹⁹ Art. 384 Abs. 1 ZGB.

¹²⁰ Art. 384 Abs. 2 ZGB.

¹²¹ Art. 385 Abs. 1 ZGB.

bereiche verfügten. Die in der Regel zwar angemessen möbliert und ausgestatteten Mehrbettzimmer wiesen einen eher sterilen und unpersönlichen Charakter auf. Vereinzelt monierte die Kommission die aus ihrer Sicht ungenügenden Orientierungshilfen (z.B. Piktogramme), insbesondere für kognitiv beeinträchtigte Personen sowie die fehlenden Möglichkeiten zur individualisierten Gestaltung der Zimmer und das Mitbringen von persönlichen Gegenständen. Diese Feststellungen sind jedoch angesichts der jeweils eher kurz bemessenen Aufenthaltsdauer von im Durchschnitt drei Wochen zu relativieren. Auch in Bezug auf die Verpflegung und die hygienischen und sanitären Verhältnisse stellte die Kommission in den von ihr überprüften Einrichtungen keine nennenswerten Mängel fest.

Als mangelhaft zu bezeichnen sind die regelmässig angetroffenen, bedingt zugänglichen Spazierhöfe oder Gärten für Personen mit Bewegungseinschränkungen. Dies führt mitunter dazu, dass Patienten diese nur mit Hilfe des Personals nutzen können und diese Möglichkeit bei Personalengpässen nur bedingt in Anspruch nehmen können.

Wie bereits oben dargelegt, werden die Abteilungen nach den Grundsätzen der modernen Psychiatrie in der Regel nicht nach Geschlechtern getrennt. Wengleich die Kommission die Gründe aus therapeutischer Sicht nachvollziehen kann, stellten sich in den überprüften Einrichtungen zum Teil Fragen nach der Angemessenheit einer gemeinsamen Unterbringung z.B. von jungen Frauen und älteren, verwahrlosten Männern.

b. Psychiatrische Behandlung

Im Allgemeinen stellte die Kommission mit Zufriedenheit fest, dass den psychiatrischen Bedürfnissen der Patienten durch individualisierte medikamentöse und therapeutische Behandlungen angemessen Rechnung getragen wird. Obschon der Schwerpunkt regelmässig auf den medikamentösen Behandlungen lag, wurden diese durch weitere therapeutisch sinnvolle Angebote, meist in der Form von Einzel- oder Gruppentherapie oder weiteren Aktivitäten wie Kunst- oder Musiktherapie, ergänzt.

Die Kommission überprüfte im Weiteren stichprobenweise die abgegebenen Medikationen. Sie stuft die Art der Medikation, die Dosis sowie die Modalitäten der Abgabe in der Regel als korrekt ein. Kritisch bewertete die Kommission hingegen die Praxis, wonach Medikationen oftmals mit weiteren Reservemedikationen verschrieben und kombiniert werden. Damit wird dem psychiatrischen Pflegepersonal ein Handlungsspielraum bei der Abgabe eingeräumt, der bei den Patienten u.a. zu unerwünschten Nebenwirkungen führen könnte.

Die Kommission überprüfte auch das Vorhandensein der gesetzlich vorgeschriebenen Behandlungspläne von fürsorgerisch untergebrachten Personen. Sie stellte in dieser Hinsicht fest, dass diese in den überprüften Einrichtungen systematisch fehlten. Sie gelangte zum Schluss, dass die Umsetzung der erwachsenenschutzrechtlichen Vorgaben in der Praxis mit offensichtlichen Schwierigkeiten verbunden ist, und legte den Einrichtungen dringend nahe, diese Mängel umgehend zu beheben bzw. solche Behandlungspläne möglichst unmittelbar nach Eintritt und zusammen mit den eingewiesenen Personen zu erarbeiten.

c. Freiheitsbeschränkende Massnahmen

i. Geschlossen geführte Abteilungen

In psychiatrischen Einrichtungen werden Patienten und Patientinnen meist nicht nach dem Einweisungsgrund getrennt. Folglich ist es nicht unüblich, dass freiwillig eingetretene Patienten mit fürsorgerisch untergebrachten Personen auf derselben Abteilung untergebracht werden. Die von den psychiatrischen Einrichtungen bewusst gewollte und in therapeutischer Hinsicht zu begrüssende Durchmischung führt aber widersprüchlicher Weise zur geschlossenen Führung einzelner Abteilungen. Eine solche Massnahme hat unweigerlich eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit von freiwillig eingetretenen Patienten zur Folge. Will ein freiwillig eingewiesener Patient sich nun an die frische Luft begeben, muss er/sie sich zur Türöffnung zuerst ans Personal wenden, was für viele Patienten in der Praxis eine nicht unbeachtliche Hemmschwelle bedeutet. Die Kommission ist der Auffassung, dass die Bewegungsfreiheit

der Patienten, auch jene der behördlich eingewiesenen Patienten, möglichst wenig einzuschränken ist. Die systematische Türschliessung aufgrund der Anwesenheit einzelner «schwieriger» Patienten führt zu einer de facto Freiheitsbeschränkung für alle dort anwesenden Patienten. Diese Praxis scheint in Anbetracht des damit verbundenen schweren Eingriffs in die Bewegungsfreiheit der betroffenen Personen, insbesondere der freiwillig eingetretenen Patienten, aus Sicht der Kommission als unangemessen. Sie hat den Kliniken deshalb nahegelegt, Massnahmen zu prüfen, um die Bewegungsfreiheit aller Patienten und Patientinnen, gegenüber denen kein formelles Ausgangsverbot besteht, zu gewährleisten.

ii. Behandlungen ohne Zustimmung

Die Kommission überprüfte im Besonderen auch die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Behandlungen ohne Zustimmung, welche im Rahmen einer fürsorglichen Unterbringung¹²² bzw. einer ärztlichen Zurückbehaltung¹²³ vorgenommen werden. Im ersten Fall sind dies in einem vom Chefarzt vorgängig autorisierten Behandlungsplan vorgesehene medizinische Massnahmen, welche schriftlich angeordnet werden.¹²⁴ Im zweiten Fall können Behandlungen ohne Zustimmung auch dann in Betracht gezogen werden, wenn sie in einer Notfallsituation sofort ergriffen werden müssen und im Nachgang eine ärztliche Zurückbehaltung ergeht.

Die Kommission überprüfte die Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Voraussetzungen bei der Anordnung, die Qualität der vorhandenen Dokumentation und der Protokollierung sowie die verfahrensrechtlichen Aspekte, im Besonderen auch die für Patienten zugänglichen Beschwerdemöglichkeiten. Dabei stellte sie fest, dass solche Massnahmen im elektronischen Patientendossier regelmässig schriftlich festgehalten, jedoch nicht wie gesetzlich vorgeschrieben die Form einer für Patienten anfechtbaren Verfügung mit Angabe der die Massnahme begründenden gesetzlichen Bestimmungen annahmen. Auch beim Protokollieren der Massnahmen waren verschiedene Mängel vorhanden. Die Kommission

¹²² Art. 434 ZGB.

¹²³ Art. 427 ZGB.

¹²⁴ Vgl. Art. 434 Abs. 1 ZGB; BSK ZGB-Geiser/Etzensberger zu Art. 439 ZGB, N 13 und zu Art. 434/435, N 37 ff.; vgl. Verwaltungsrekurskommission Kanton SG, Entscheid V 2013/50 vom 12. Februar 2013, E. 2b.

erachtet den Umstand, wonach bei einer beachtlichen Anzahl von Behandlungen die Unterschrift des die Massnahme autorisierenden Chefarztes fehlte, als äusserst problematisch. Weiter waren die Massnahmen meist nur lückenhaft protokolliert, so dass Beginn und Ende, die Umstände, die Gründe, sowie Hinweise auf allfällig erlittene Verletzungen gestützt auf die elektronische Dokumentation kaum nachvollzogen werden konnten. Angesichts dieser formalen Mängel können Patienten die theoretisch vorhandenen Beschwerdemöglichkeiten nicht vollumfänglich wahrnehmen und ausschöpfen.

iii. Bewegungseinschränkende Massnahmen

Die Kommission überprüfte im Lichte der gesetzlichen Bestimmungen (vgl. oben) u.a. die Angemessenheit sowie die Einhaltung der formalen Vorgaben der in psychiatrischen Einrichtungen zur Anwendung kommenden bewegungseinschränkenden Massnahmen. Im Allgemeinen stellte sie in dieser Hinsicht fest, dass bewegungseinschränkende Massnahmen, insbesondere in der Form von mechanischen Fixierungen¹²⁵ und Isolationen, regelmässig meist zum Schutz der Patienten und seltener zur Abwendung einer Gefahr gegenüber Dritten eingesetzt werden.

• Fixierungen

Aufgrund des damit verbundenen schweren Eingriffs in die Bewegungsfreiheit der betroffenen Personen haben Fixierungen nur unter strikter Einhaltung der dafür notwendigen Voraussetzungen zu erfolgen. In den überprüften Einrichtungen wurden 5- oder 7-Punkt-Fixierungen in der Regel in Kombination mit Behandlungen ohne Zustimmung, namentlich zur zwangsweisen Verabreichung von Medikamenten, eingesetzt. In seltenen Fällen wurden sie zum Schutz des Patienten oder des Personals über längere Zeit aufrechterhalten. In Einzelfällen liessen sich der vorhandenen Dokumentation jedoch mehrtägige Fixierungen entnehmen. Vereinzelt befanden sich darunter auch als bedenklich einzustufende Fälle, in denen solche Massnahmen über mehrere Wochen z.T. mehrfach eingesetzt werden mussten.

¹²⁵ Zewi-Decken, Bettgurte, Niederflurbetten, Klingelmatten, Softgurte, 5- und 7-Punkt-Fixierungen.

Die Qualität der vorhandenen Dokumentation erwies sich in Bezug auf die Einhaltung der formalen Vorgaben als lückenhaft, die Protokollierung als ungenügend. Namentlich konnte gestützt auf die vorhandene Dokumentation nicht eruiert werden, wie diese Massnahmen den Patienten eröffnet und wie regelmässig sie auf ihre Berechtigung hin überprüft wurden. Regelmässig fehlten auch der Name der anordnenden Person, sowie Angaben zu Zweck und Dauer der Massnahme.

Die Kommission betonte in diesem Zusammenhang erneut, dass von mehrtägigen Fixierungen¹²⁶ soweit als möglich abzusehen ist und auch in kritischen Fällen zwingend an deren Stelle mildere Massnahmen zu prüfen sind. Erweist sich eine Fixierung im Ausnahmefall dennoch als notwendig, muss diese zwingend verfügt (vgl. oben) und eine umfassende Nachbesprechung mit dem Patienten oder der Patientin durchgeführt werden.¹²⁷ Auf 7-Punkt-Fixierungen sollte nach Ansicht der Kommission grundsätzlich verzichtet werden.

Gelegentlich beobachtete die Kommission, dass zur Fixierung von Patienten und Patientinnen Sicherheitspersonal und zum Teil auch Zwangsmittel (z.B. Handschellen) eingesetzt wurden. Vom Einsatz von Zwangsmitteln ist im Lichte internationaler Vorgaben dringend abzusehen.¹²⁸ Die Praxis des Festhaltens setzt im Gegenzug eine entsprechende Schulung des Sicherheitspersonals im psychiatrischen Bereich voraus.

- Isolationen

Als weitere Massnahmen zur Reizabschirmung von agitierten Patienten werden regelmässig auch Isolationen eingesetzt. Dabei können Patienten während einigen Stunden, Tagen oder Wochen

¹²⁶ BGer 5A_335/2010 vom 6. Juli 2010; UN-Sonderberichterstatter über Folter, Zwischenbericht 2008, Ziff. 55; Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013, A/HRC/22/53, Ziff. 63.

¹²⁷ Vgl. Qualitätsstandards zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in Institutionen, Empfehlung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF, Alters- und Behindertenamt ALBA, Kanton Bern (zit. Empfehlungen GEF/ALBA-BE), S. 8 (http://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/publikationen/freiheitsbeskraenkendemassnahmeninheimen.assetref/content/dam/documents/GEF/ALBA/de/Downloads_Publikationen/Freiheitsbeschr%C3%A4nkende_Massnahmen_Heime/GEF_Standards-fbM.pdf, zuletzt besucht am 14. Dezember 2016); CPT, Report to the Swedish Government on the visit to Sweden carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 18 to 28 May 2015, CPT/Inf (2016) 1, 17 February 2016, Ziff. 118.

¹²⁸ CPT/Inf(2017)6, Ziff. 3.3.

in einem speziell hierfür eingerichteten Isolationszimmer untergebracht werden. Wenngleich diese Massnahmen in der Regel als bewegungseinschränkende Massnahmen erfasst wurden, lag über den Aufenthalt im Isolationszimmer nicht immer ein detailliertes Protokoll vor, so dass die Beurteilung der Angemessenheit in dieser Hinsicht schwerfiel.¹²⁹ Erschwert wurde dies durch die Tatsache, dass solche Massnahmen häufig keiner klaren Regelung unterlagen und der Tagesablauf folglich einen informellen Charakter aufwies. So entschied das Pflegepersonal z.B. situativ, wann und ob die Personen z.B. an die frische Luft gelangen oder einer Beschäftigung nachgehen konnten.

Die menschenrechtlichen Vorgaben schreiben in dieser Hinsicht vor, dass Patienten und Patientinnen im Isolationszimmer mindestens eine tägliche, einstündige körperliche Aktivität an der frischen Luft ermöglicht werden sollte.¹³⁰ Ausserdem sollte bei länger anhaltender Isolation die Möglichkeit bestehen, diese stufenweise zu lockern.¹³¹ Der Zugang zu Sport- und Beschäftigungsmöglichkeiten und menschlichem Kontakt, insbesondere zu Familienangehörigen, sollte gefördert bzw. ermöglicht werden.¹³²

- Weitere Massnahmen

In Einrichtungen, in denen insbesondere auch ältere, demente Patienten untergebracht werden, stellte die Kommission fest, dass bewegungseinschränkende Massnahmen wie Bettgurte, Zewi-Decken und Klingelmatten relativ häufig eingesetzt werden. Diese meist zum Schutz der Patienten ärztlich angeordneten Massnahmen haben in der Praxis aus Sicht der Sturzprävention durchaus ihre Berechtigung. Umso mehr ist bei deren Anwendung auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zu achten und die Massnahmen nur so lange aufrechtzuerhalten, wie zwingend notwendig.

Die von der Kommission überprüfte Dokumentation erwies sich regelmässig als lückenhaft. So war für die Kommission z.B. nicht

¹²⁹ Vgl. Empfehlungen GEF/ALBA-BE, S. 6.

¹³⁰ Vgl. CPT/Inf(98)12, Ziff. 37.

¹³¹ Vgl. dazu z.B. CPT, Report to the Finnish Government on the visit to Finland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 22 September to 2 October 2014, CPT/Inf (2015) 25, 20 August 2015.

¹³² Vgl. CPT/Inf(98)12, Ziff. 37.

ersichtlich, auf welche Art und Weise die betroffenen Personen über die Massnahme informiert worden waren. Auch waren zum Teil keine Verfügungen mit Rechtsmittelbelehrung vorhanden. Die Nachvollziehbarkeit der Massnahme wurde durch unzureichende Protokollierung erschwert. Die Kommission legte den Einrichtungen in Anlehnung an die gesetzlichen Vorgaben nahe, sämtliche bewegungseinschränkende Massnahmen (ggf. auch nachträglich) formell zu verfügen, diese mit einer schriftlichen Rechtsmittelbelehrung zu versehen und eine lückenlose Protokollierung unter Angabe von Zweck, Art und Dauer der Massnahme sicherzustellen.

d. Therapeutische Aktivitäten und Beschäftigung

Das therapeutische Angebot und die zur Verfügung stehenden Beschäftigungsmöglichkeiten waren in den von der Kommission überprüften Einrichtungen als eher limitiert zu bezeichnen. Besonders auffallend war in einzelnen Einrichtungen, im Besonderen in Abteilungen für kognitiv beeinträchtigte Personen, dass sich mehrere Patienten ohne sinnvolle therapeutische Beschäftigung in den Gemeinschaftsräumen aufhielten. Dass angesichts der in der Regel eher kurzen Aufenthaltsdauer der Patienten und Patientinnen ein umfassendes therapeutisches Angebot nur schwierig umzusetzen ist, erscheint klar. Nichtsdestotrotz sollten auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Patienten zugeschnittene, rehabilitative und therapeutisch sinnvolle Aktivitäten in der Form von Kunst- oder Musiktherapie, Sport sowie Weiterbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten zugänglich sein.¹³³

e. Schlussfolgerungen

Insgesamt stellte die Kommission fest, dass die Umsetzung der 2011 neu eingeführten erwachsenenschutzrechtlichen Vorgaben in den Einrichtungen weiterer Konkretisierungen bedarf. In Bezug auf das neu eingeführte Instrument des Behandlungsplans bei fürsorglich untergebrachten Personen sowie bei der Anordnung und

¹³³ Vgl. CPT/Inf(98)12, Ziff. 37.

Protokollierung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen besteht aus Sicht der Kommission weiterer Optimierungsbedarf. In der Praxis stellen diese neuen rechtlichen Instrumente die psychiatrischen Einrichtungen vor wichtige Herausforderungen, die es im gemeinsamen Austausch zu reflektieren gilt, um den Patientenrechten und der Praktikabilität gleichermaßen Rechnung zu tragen. Die Kommission wird sich diesen Fragen im Zuge ihrer nächsten Kontrollbesuche weiterhin annehmen und beabsichtigt, mit ihren Empfehlungen einen Beitrag zu einer grundrechtskonformen Umsetzung der erwachsenenschutzrechtlichen Vorgaben zu leisten.