

Fürsorgerische Unterbringung in psychiatrische Kliniken: Schwierigkeiten und Unterschiede in der praktischen Umsetzung

Autoren:

Helena Hermann, Dr. sc. med.
Paul Hoff, Prof. Dr. med. Dr. phil.
Florian Hotzy, Dr. med.
Lena Schneller, lic. iur.
Anastasia Theodoridou, Dr. med.
Matthias Jäger, PD Dr. med.

Affiliation der Hauptautoren: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Kompetenzzentrum für Kindes- und Erwachsenenschutzrecht

Zusätzliche Autoren (Box):

Patrik Benz-Gartenmann, Dr. med.
Lorenza Bolzani, Dr. med.
Benjamin Dubno, Dr. med.
Martin Hatzinger, Prof. Dr. med.
Urs Hepp, Prof. Dr. med.
Uwe Herwig, Prof. Dr. med.
Patrik Hochstrasser, Dr. med.
Wolfram Kawohl, Prof. Dr. med.
Georges Klein, Dr. med.
Tim Klose, Dr. med.
Julius Kurmann, Dr. med.
Robert Maier, Dr. med.
Thomas Maier, PD Dr. med.
Beat Nick, Dr. med.
Thomas Reisch, Prof. Dr. med.
Florian Riese, Dr. med.
Axel Ropohl, Dr. med.
Egemen Savaskan, Prof. Dr. med.
Andres Schneeberger, Dr. med.
Erich Seifritz, Prof. Dr. med.
Rafael Traber, Dr. med.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Matthias Jäger
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Kompetenzzentrum KESR
Tel. +41 (0)44 384 26 37
Fax. +41 (0)44 383 44 56
matthias.jaeger@puk.zh.ch

Es liegen keine Interessenskonflikte vor.

Zusammenfassung

Eine *Fürsorgerische Unterbringungen (FU)* stellt einen schweren Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Person dar. Trotz der angestrebten Harmonisierung der rechtlichen Grundlage durch das aktuelle, zu Beginn des Jahres 2013 in Kraft getretene Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, ist aufgrund der spezifischen kantonalen Gesetzgebungen und Strukturen immer noch von beträchtlichen Unterschieden in der Handhabung der FU zwischen den Kantonen und auch zwischen einzelnen Kliniken auszugehen. Auf der Basis einer Befragung von Chefärztinnen und Chefärzten psychiatrischer Einrichtungen in der Schweiz wurden Schwierigkeiten und Unterschiede in der praktischen Umsetzung der FU zusammengetragen. Nebst Qualitätseinbussen aufgrund fehlender Weiterbildungsstandards, stellen die mangelnde Verfügbarkeit und Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten zur Anordnung einer FU sowie die Unabhängigkeit der anordnenden Instanz ernstzunehmende Probleme dar. Hinzu kommen uneinheitliche Vorgehensweisen in Ausnahmesituationen bei unklarem Rechtsstatus der eingewiesenen Person, sowie die mit bestimmten gesellschaftlichen Erwartungen einhergehende Gefahr einer Instrumentalisierung der Psychiatrie.

Im Rahmen psychischer Krisen können Ausnahmezustände auftreten, die eine unfreiwillige stationäre Unterbringung in eine geeignete Einrichtung zum Schutze der Person notwendig machen. Eine solche *Fürsorgerische Unterbringung* (FU) stellt einen schweren Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Person dar. Sie darf daher gemäss Art. 426 ZGB als *ultima ratio* nur dann angeordnet werden, wenn die Behandlung zur Abwendung der Gefährdung nicht durch andere, weniger einschneidende Massnahmen wie etwa eine ambulante Behandlung oder Betreuung sichergestellt werden kann.

Gemäss einer Hochrechnung des Schweizer Gesundheitsobservatoriums Obsan ist im Jahr 2014 von insgesamt 11'000 FU-Eintritten in die psychiatrischen Kliniken auszugehen, was einem Anteil von 11.9 % aller stationären psychiatrischen Behandlungen entspricht [1]. Laut dieser Studie ist die Tendenz seit 2002 sinkend. Es ist jedoch bekannt, dass die Berechnung der Prävalenzen von FU-Eintritten auf unvollständigen und verzerrten Datensätzen beruht [2]. Datengrundlage sind die Psychiatrie-Zusatzdaten, welche auf freiwilliger Basis erfasst werden und in die medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik (BfS) einfließen. Für das Jahr 2014 liegen diese Zusatzdaten lediglich für zwei Drittel aller stationären psychiatrischen Behandlungen vor, teilweise mit grossen Unterschieden bezüglich der Meldequote zwischen den Kantonen [1]. Genauere Untersuchungen dieser Daten zeigen zudem, dass nicht in allen Kantonen ein Trend zu sinkenden FU-Raten besteht. Im Kanton Zürich beispielsweise sind die absoluten Zahlen zwischen 2002 und 2013 in der Tendenz ansteigend und mit einem Anteil von knapp 20% im Jahr 2013 relativ hoch (bei einer Meldequote von 78%), während andere Kantone, wie der Kanton Bern, sinkende Zahlen ausweisen (bei einer Meldequote von 73%) (Quelle: Obsan). Eine solche Gegenüberstellung der Kantone zeigt nicht nur, dass das Ziel sinkender FU-Raten nicht überall erreicht wird, sondern auch, dass ungeachtet der eingeschränkten Zuverlässigkeit der Daten aufgrund fehlender Vollständigkeit, tatsächliche Unterschiede in den Raten fürsorgerisch untergebrachter Patienten bestehen. Es ist anzunehmen, dass solche Unterschiede unter anderem auf verschiedene Vorgehensweisen im Zusammenhang mit der

FU zurückzuführen sind, die ihrerseits Resultat der spezifischen kantonalen Gesetzgebungen und Strukturen sind.

Um diese zugrundeliegenden Faktoren besser zu verstehen, ist es das Ziel der vorliegenden Arbeit, eine Übersicht der verschiedenen Handhabungen und der Herausforderungen in der Umsetzung von Fürsorgerischen Unterbringungen in den psychiatrischen Einrichtungen unterschiedlicher Kantone bereit zu stellen und mit Blick auf rechtliche, ethische und gesellschaftliche Aspekte zu diskutieren.

Methode

Im Herbst 2016 hat das Kompetenzzentrum für Kindes- und Erwachsenenschutzrecht der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in Kooperation mit der Schweizerischen Vereinigung psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC) eine Erhebung zu den absoluten und relativen Zahlen von FU-Eintritten in die psychiatrischen Kliniken initiiert. Nebst den Angaben zu den Zahlen gaben die befragten Kliniken aufschlussreiche qualitative Rückmeldungen zur Berechnung der FU-Prävalenzen und den verwendeten Datenquellen. Daraus war zu entnehmen, dass aufgrund unterschiedlicher Erfassungsstandards und einer variierenden Einweisungspraxis von inkonsistenten Berechnungen der Zahlen auszugehen ist - wie auch andernorts bereits festgestellt wurde [2]. Da ausschliesslich anonymisierte aggregierte Routinedaten einbezogen wurden, war für die Erstellung der vorliegenden Arbeit kein Ethikvotum notwendig.

Im März 2017 wurden diese Ergebnisse im Rahmen einer Tagung der SVPC ausgiebig diskutiert und relevante Aspekte in der Folge mittels eines dafür zusammengestellten Fragekatalogs systematisch erfasst, wobei die an der Tagung anwesenden Chefärztinnen und Chefärzte Auskunft bezüglich ihrer Einrichtung gaben. Antworten zur Handhabung, der Auslegung und den Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Fürsorgerischen Unterbringung liegen von 17 psychiatrischen Einrichtungen aus insgesamt 11 Kantonen vor (siehe Legende Tabelle 1).

Resultate

Die Ergebnisse der Umfrage bestätigen die Annahme einer unterschiedlichen kantonalen Umsetzungspraxis. Sie betreffen folgende Kategorien: (1) primäre FU-Einweisungen; (2) FU-Anordnungen nach Rückbehalt; und (3) Fälle mit unklarem Rechtsstatus bei Eintritt.

Primäre FU-Einweisungen

Gemäss Art. 428 ZGB ist für die Anordnung einer Unterbringung die Erwachsenenschutzbehörde zuständig. Gemäss Art. 429 ZGB können die Kantone zudem Ärztinnen und Ärzte bezeichnen, die neben der Erwachsenenschutzbehörde für max. 6 Wochen eine FU anordnen dürfen. Die Kantone haben diesbezüglich sehr unterschiedliche Regelungen getroffen. Während in mehreren Kantonen *alle* Ärzte und Ärztinnen mit einer Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung, unabhängig von ihrer Spezialisierung, eine Klinikeinweisung per FU anordnen können (z.B. AG, AI, AR, BE, GE, NE, SH, TI, TG, UR oder ZH), sehen andere Kantone differenziertere Zuständigkeitsordnungen vor. So können in vielen Kantonen Ärzte und Ärztinnen nur dann eine FU anordnen, wenn Gefahr im Verzug ist (z.B. JU, LU, OW, SG, SO, SZ), in den Kantonen FR, GL, NW und VS darüber hinaus nur, wenn es sich um eine Unterbringung aufgrund einer psychischen Erkrankung handelt. Im Kanton VS müssen die Ärzte und Ärztinnen zusätzlich in einer *Notfallorganisation* tätig sein. Andere Kantone beschränken die Zuständigkeit grundsätzlich auf Amtsärztinnen und -ärzte (SG) und/oder spezifisch bezeichnete Ärztinnen und -ärzte (z.B. BS, GR, VD, ZG), teilweise mit Ausnahmen bei Gefahr in Verzug (z.B. ZG). Schliesslich gibt es Kantone, die zusätzlich zu Ärztinnen und Ärzten mit einer Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung auch noch weitere Ärztinnen und Ärzten (z.B. Ärzte der überweisenden Einrichtung (AG/GL) oder Ärzte unter der Verantwortung einer Ärztin mit entsprechender Berufsausübungsbewilligung (ZH) als zuständig erklären. Einzig der Kanton Basel Landschaft hat von der „Kann“-Vorschrift von Art. 429 ZGB keinen Gebrauch gemacht, die Zuständigkeit zur Anordnung einer FU liegt dort alleine bei der KESB.

Auch in zeitlicher Hinsicht unterscheiden sich die kantonalen Vorgaben. Im Kanton Solothurn z.B. gilt eine ärztlich angeordnete FU für max. 72 Stunden, die meisten Kantone orientieren sich jedoch an den in Art. 429 ZGB gesetzlich vorgesehenen Maximaldauer von 6 Wochen.

Die breitgefächerten unterschiedlichen kantonalen gesetzlichen Vorgaben widerspiegeln sich in den Ergebnissen der Umfrage (Tabelle 1). Am verbreitetsten sind FU-Zuweisungen durch den Notfalldienst gefolgt von Zuweisungen durch Psychiater und Psychiaterinnen, die in eigener Praxis tätig sind.

Aus den Rückmeldungen ist ferner zu entnehmen, dass Unterschiede in der Qualität der FU-Anordnungen in Abhängigkeit der anordnenden Instanz bestehen (vgl. hierzu auch [3], [4]). Die Qualität wird von den befragten Chefärztinnen und -ärzten insgesamt als besser bewertet, wenn Fachärzte und -ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie oder Ärzte und Ärztinnen, welche über viel Routine im Notfalldienst verfügen (i.d.R. Notfallärzte; Amtsärztinnen), die FU anordnen. Bei weniger geübten und geschulten Fachpersonen kann es zu Qualitätseinbussen kommen; dies betrifft vor allem Ärztinnen und Ärzte anderer Fachgebiete bzw. ohne Notfallfunktion und teilweise auch die Behördenmitglieder.

FU-Anordnungen nach Rückbehalt

Gemäss Art. 427 ZGB dürfen freiwillig eingetretene Personen für maximal 72 Stunden gegen ihren Willen in der Klinik zurückbehalten werden, wenn eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Eine länger andauernde Unterbringung gegen den Willen der Patientin oder des Patienten sieht das Gesetz nur dann vor, wenn ein vollstreckbarer Unterbringungsentscheid vor Ablauf der Frist vorliegt.

Für solche FU-Anordnungen nach Rückbehalt gelten in den Kantonen GL und ZH strengere Vorschriften bezüglich der Zuständigkeit von Ärztinnen und Ärzten als bei primären FU-Einweisungen. Nebst der KESB dürfen solche Anordnungen nur durch *Fachärzte und -ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie* vorgenommen werden. In den übrigen

Kantone gelten dieselben Regelungen bezüglich der FU-ausstellenden Instanz wie bei primären FU-Einweisungen.

Tabelle 2 zeigt die Zuständigkeiten für den Entscheid zur Anordnung einer FU nach Rückbehalt. Im Vergleich zu Einweisungen per FU sind bei Unterbringungen nach Rückbehalt die Notfalldienste praktisch kaum mehr involviert. Die FU-Anordnungen finden vorwiegend durch *Fachärzte und -ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie* statt.

Eine Anordnung durch die Psychiaterin oder den Psychiater ist jedoch nicht in allen Kantonen üblich. Eine Ausnahme stellt der Kanton SO dar, wo eine ärztlich angeordnete FU nicht länger als 72 Stunden dauern darf und damit der Maximaldauer eines Rückhalts entspricht. Dies führt zu einer prozeduralen Gleichbehandlung und frühzeitigen Überprüfung durch eine juristische Instanz: Sowohl die Verlängerung einer bestehenden FU als auch die Anordnung einer FU nach Rückbehalt erfolgt de facto durch die KESB. Auch in den Kliniken im Kanton ZG erfolgen die FU-Anordnungen nach Rückbehalt überwiegend durch die KESB. Eine weitere Ausnahme sind die Kantone LU und SG. Dort erfolgen die FU-Anordnungen nach Rückbehalt entweder ausschliesslich (SG) oder grösstenteils (LU) durch die Amtsärztin oder den Amtsarzt, im Kanton SG aufgrund der gesetzlichen Regelung und im Kanton LU aufgrund einer Unverfügbarkeit anderer Ärztinnen und Ärzte. Im Kanton AG erfolgen die FU-Anordnungen ausschliesslich durch den hierfür beauftragten Notfalldienst.

Wie die Ergebnisse der Umfrage zeigen, stellt das Aufgebot einer geeigneten Fachperson in gewissen Regionen ein ernst zu nehmendes Problem dar. In den Kantonen LU und ZG beispielsweise liegt in der Mehrzahl der Fälle nach Ablauf der 72 Stunden Frist kein vollstreckbarer Unterbringungsentscheid vor, weil aufgrund eines Mangels an verfügbaren Ärztinnen und Ärzten die Kliniken zwingend auf die Behörden verschiedener Kantone, die Amtsärztin oder den Amtsarzt angewiesen sind und diese häufig aufgrund von Wochenenden, Feiertagen, Auslastung oder anderweitigen Unverfügbarkeiten nicht rechtzeitig vor Ort sein können. Feiertage stellen auch in anderen Kantonen ein Problem dar, so zum Beispiel im Kanton Zürich, wo der psychiatrische Notfalldienst in grossen

Kantonsteilen grundsätzlich nicht zur Verfügung steht. Die Behandlerinnen und Behandler kommen durch solche Engpässe regelmässig in schwierige ethische Dilemmata, in denen ihre Fürsorgepflicht mit der Pflicht zur Wahrung der Freiheitsrechte der Patientin oder des Patienten in Konflikt geraten.

An die Verfügbarkeit gekoppelt ist die Frage der Unabhängigkeit zwischen der anordnenden und aufnehmenden Instanz. Wenn unabhängige Ärztinnen und Ärzte schwer aufzubieten sind und die Behörde nicht zur Verfügung steht, wird mitunter aus Not auf Fachpersonen der eigenen Einrichtung oder einer anderen Abteilung zurückgegriffen (Tabelle 2). Dies betrifft vor allem auch abgelegene Regionen, wie z.B. im Kanton GR, wo durch das Aufgebot einer externen Fachperson mit erheblichen Verzögerungen zu rechnen ist und dadurch eine adäquate Behandlung erschwert oder verunmöglicht wird. Die Gefährdung der Unabhängigkeit ist zudem bei grösseren Institutionen mit verschiedenen Standorten, Kliniken und externen Diensten ein Problem. Es fehlt den Involvierten oft das Bewusstsein, dass es sich um eine Zuweisung in die eigene Institution handelt. Damit verbunden ist die Frage nach welchen Kriterien man die Unabhängigkeit definiert.

Im Kanton ZG, deren eine Klinik als Konkordatsklinik auch für die Versorgung der Kantone Uri und Schwyz zuständig ist, bestehen diesbezüglich sogar Vereinbarungen zwischen den Behörden der einzelnen Kantone und den Kliniken, die besagen, dass im Falle von Engpässen FU-Anordnungen durch klinikinterne, aber nicht direkt in die stationäre Behandlung involvierte Ärztinnen und Ärzte möglich sind. Solche und ähnliche Handhabungen sind nicht unproblematisch und können eine schwere Belastung für die Klinikärztinnen und -ärzte darstellen. Die Gefahr einer Befangenheit der anordnenden Ärztinnen und Ärzte ist ohnehin hoch. Gerade bei stark wertgeleiteten Entscheidungen und unter Zeitdruck bzw. bei eingeschränkten Informationen fällt die Infragestellung der Einschätzung einer Kollegin oder eines Kollegen nicht leicht, umso mehr, wenn es sich um eine Person derselben Institution handelt.

Fälle mit unklarem Rechtsstatus bei Eintritt

Ein dritter Problembereich sind Klinikeinweisungen, bei denen der Rechtsstatus der betroffenen Person unklar ist. Folgende Situationen bereiten Schwierigkeiten: Erstens Situationen, in denen die betroffene Person zwar als FU-Patientin oder FU-Patient angemeldet ist, aber keine schriftliche FU-Anordnung vorliegt, und zweitens Situationen, in denen eine Person ohne Widerstand, aber mit fehlender Urteilsfähigkeit bezogen auf die Zuweisung, in die Klinik eingewiesen wird, ohne dass eine FU-Anordnung vorliegt. Letzteres betrifft vorwiegend alterspsychiatrische Patientinnen und Patienten mit Demenz oder Delir.

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass eine schriftliche FU-Anordnung mehrheitlich unmittelbar bei Eintritt vorliegt (Tabelle 4). In einzelnen Kliniken ist es hingegen üblich, dass die FU-Formulare verzögert am gleichen Tag oder auch am Folgetag eintreffen. In seltenen Fällen werden diese sogar erst nach mehreren Tagen oder gar nicht nachgereicht und es bleibt bei der telefonischen FU-Anmeldung. Als Gründe für die Verzögerung werden von den befragten Chefärztinnen und Chefärzten der Zeitdruck bei der Einweisung, Überlastung der zuweisenden Instanz, Unkenntnisse über die formalen Voraussetzungen oder das Fehlen schneller, digitaler Übermittlungswege genannt.

Bei einem Fehlen des schriftlichen Unterbringungsentscheids wird in den Kliniken die FU-Anordnung üblicherweise telefonisch verifiziert und von der zuweisenden Instanz eine schriftliche FU-Anordnung verlangt. Darüber hinaus sind jedoch Handlungen seitens der Behandler und Behandlerinnen nötig, denn die betroffene Person zeigt in der Regel Widerstand gegen die Einweisung und möchte die Klinik umgehend wieder verlassen. Tabelle 5 stellt eine Übersicht der verschiedenen formalen Handhabungen solcher Situationen bereit. Aus ethischer oder rechtlicher Perspektive sind alle zur Anwendung kommenden Vorgehensweisen zumindest fraglich oder gar unzulässig: Eine *sofortige Aufnahme als FU-Patientin oder FU-Patient* ist problematisch, weil kein schriftlicher Unterbringungsentscheid des Zuweisers vorliegt (Art. 430 ZGB). Eine *Zurückbehaltung* gemäss Art. 427 ZGB ist nicht im Sinne des KESR, da nur formell freiwillig in die Klinik

eingetretene Patientinnen und Patienten zurückbehalten werden können (unterzeichneter Freiwilligenschein muss vorliegen). Und bei der dritten Option - *die betroffene Person wird gehen gelassen trotz gegebener FU-Voraussetzungen* - sprechen insbesondere ethische Gründe dagegen: Mit einer Nicht-Aufnahme wird unter Umständen gegen die Fürsorgepflicht gehandelt.

Bei urteilsunfähigen Personen, die ohne FU-Anordnung in die Klinik eingewiesen werden und keinen Widerstand leisten, sind die Handlungsspielräume grösser (Tabelle 6). Es kommen verschiedene Vorgehensweisen zur Anwendung. Mehrheitlich wird mit der Aufnahme der betroffenen Person abgewartet, bis eine FU-Anordnung durch eine externe Stelle vorliegt. In anderen Kliniken ist es hingegen üblich, dass die betroffene Person regulär aufgenommen wird, d.h. den Freiwilligenschein unterzeichnet, gegebenenfalls mit anschliessender FU-Anordnung oder in Absprache mit den Angehörigen (in Anlehnung an die Vertretungsrechte, die in der somatischen Medizin gelten (Art. 378 ZGB)). Diese Handhabung ist juristisch gesehen problematisch, da die Unterzeichnung eines Freiwilligenscheins durch eine urteilsunfähige Person nicht rechtsgültig ist. In gewissen Kliniken wird dieses Problem umgangen, indem man die Person zunächst ohne Unterzeichnung des Freiwilligenscheins aufnimmt und anschliessend eine FU durch eine externe Stelle anordnen lässt. Eine weitere Alternative, die zur Anwendung kommt, jedoch ebenfalls im Recht nicht vorgesehen ist, ist die Unterzeichnung des Freiwilligenscheins durch die Angehörigen.

Die befragten Personen berichten, dass die Zuweiser teilweise zu wenig Kenntnis davon haben, dass bei Personen, die in Bezug auf die Behandlungsnotwendigkeit urteilsunfähig sind, eine FU für eine Klinikeinweisung rechtlich notwendig ist.

Diskussion

Die Ergebnisse der Umfrage bestätigen die grosse Heterogenität der Handhabungen in der Schweiz trotz der angestrebten Harmonisierung der rechtlichen Grundlage durch das aktuelle, zu Beginn des Jahres 2013 in Kraft getretene Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR).

Darüber hinaus ist die praktische Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen aufgrund struktureller Einschränkungen und fehlender zusätzlicher Regulierungen nicht überall reibungslos gewährleistet. Dies ist teilweise der mangelnden Verfügbarkeit von geeignetem Personal zur Anordnung von fristgerechten Fürsorgerischen Unterbringungen nach Zurückbehaltungen anzulasten. Für diese Engpässe braucht es Lösungen, wobei die Qualität und die Unabhängigkeit des Unterbringungsentscheids angemessen zu berücksichtigen sind. Die Sicherstellung aller drei Aspekte ist anzustreben, das heisst die Etablierung und den Ausbau von Stellen, die von den psychiatrischen Einrichtungen unabhängig sind und ein Aufgebot von qualifizierten, möglichst routinierten Fachpersonen in einem 24-Stunden Betrieb, auch an Wochenenden und Feiertagen ermöglichen. Es sind hierfür, abhängig von den strukturellen Möglichkeiten in den jeweiligen Kantonen, unterschiedliche Modelle denkbar. Im Kanton BS beispielsweise hat sich das Amtsarzt-Modell bewährt: Sowohl bei primären FU-Zuweisungen als auch bei FU-Anordnungen nach Rückbehalt wird stets die Amtsärztin oder der Amtsarzt als FU-anordnende Instanz hinzugezogen. Denkbar ist auch der Aufbau eines professionalisierten Notfalldienst-Teams mit fachlich hochstehender notfallpsychiatrischer Expertise und entsprechender Vorhalteleistung des Kantons.

In Bezug auf die Qualität der FU-Anordnungen, die von jeder Ärztin und jedem Arzt unabhängig von der Spezialisierung ausgestellt werden, könnte eine restriktivere Handhabung der Zuständigkeiten bzw. eine obligatorische Zertifizierung zu einem einheitlicheren Vorgehen führen; dies würde die Definition eines Mindeststandards an Kenntnissen und Kompetenzen für die Anordnung einer FU erfordern.

Es ist ferner zu beachten, dass die Fachperson mit der Anordnung einer FU eine hoheitliche Aufgabe übernimmt: die Ärztin oder der Arzt schränkt die Freiheitsrechte einer Person ein. Dies kann mit der Etablierung einer therapeutischen Allianz im Konflikt stehen, was sich wiederum ungünstig auf den Behandlungserfolg auswirken kann. Es wäre zu diskutieren, inwieweit die Ärzteschaft für diese Aufgabe vorrangig zuständig sein soll und möchte. Obwohl die FU gemäss ZGB eine behördliche Massnahme darstellt, ist die KESB derzeit in der Mehrzahl der Fälle überhaupt nicht oder dann relativ spät involviert, spätestens nach 6 Wochen bei der behördlichen Überprüfung der FU. Im internationalen Vergleich ist das eine lange Zeitspanne. Eine frühzeitige juristische Überprüfung der Rechtmässigkeit einer FU unter Einbezug psychiatrischer Expertise würde die Doppelrolle der Ärzteschaft entflechten, die therapeutische Beziehung entlasten und könnte zur Förderung der Autonomie der Patientinnen und Patienten beitragen. Im Kanton SO wird dies durch die gesetzlich festgelegte Maximaldauer von 72 Stunden für eine ärztlich angeordnete FU beantwortet. Damit darf allerdings nicht einhergehen, dass die initiale FU-Anordnung durch eine 72-stündige Zurückbehaltung ersetzt wird (im Kanton SO ist es beispielsweise nicht unüblich, dass die Polizei Personen direkt in die Kliniken bringt, also ohne vorherige Einschätzung und FU-Anordnung durch eine dafür beauftragte Fachperson).

Klärungsbedarf besteht auch hinsichtlich Ausnahmesituationen, in denen der Rechtsstatus der eingewiesenen Person unklar ist. Hierbei ist eine einheitliche Handhabung anzustreben. Erstens ist zu klären, wie mit einer «per FU zugewiesenen» Person mit fehlendem schriftlichem Unterbringungsentscheid bei Eintritt formal umzugehen ist (*reguläre FU-Aufnahme, Zurückbehaltung* oder andere Handhabung). Zweitens braucht es klare Regelungen der Vorgehensweise bei urteilsunfähigen, behandlungsbedürftigen Personen, die ohne Widerstand und ohne FU-Anordnung in die Klinik eingewiesen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Behandlung im Rahmen einer FU den Vorteil einer höheren Transparenz bietet, da eine FU-Anordnung die Möglichkeit zum Rekurs und damit zum Beizug einer unabhängigen Beurteilungsinstanz beinhaltet.

Der Umgang mit urteilsunfähigen, aber kooperativen Personen wirft zusätzliche Fragen auf. Die beschriebenen Unsicherheiten in solchen Fällen in Bezug auf die rechtlich-formale Vorgehensweise erscheinen angesichts der aktuellen Rechtslehre nicht erstaunlich. Per Gesetz ist Urteilsunfähigkeit in Bezug auf die Behandlungsbedürftigkeit keine notwendige Voraussetzung für eine FU-Einweisung, d.h. eine FU setzt nicht Urteilsunfähigkeit voraus, hingegen erfordert Urteilsunfähigkeit eine FU. Aus ethischer Sicht ist die Fürsorgerische Unterbringung einer urteilsfähigen Person nicht zu rechtfertigen (vgl. hierzu auch [5], [6]), sodass eine Anpassung der gesetzlichen Vorgaben resp. die Berücksichtigung von Urteilsunfähigkeit als FU-Voraussetzung auch zu mehr Klarheit und damit zur Beseitigung der beschriebenen Schwierigkeiten betreffend der Rechtsfreiheit beitragen könnte. Der Verzicht auf die Feststellung der Urteilsunfähigkeit als Voraussetzung für eine Fürsorgerische Unterbringung ist mehrheitlich dadurch begründet, dass bei psychiatrischen Notfällen oft rascher Handlungsbedarf besteht und eine sorgfältige Abklärung der Urteilsfähigkeit nicht möglich ist. Eine obligatorische Überprüfung der Urteilsfähigkeit etwa unmittelbar oder innerhalb der ersten 24 Stunden nach Fürsorgerischer Unterbringung sollte zwar die praktische Umsetzung der FU prägen, ist im KESR jedoch nicht erwähnt. In diesem Zusammenhang ist sicherlich auch der Verzicht des Gesetzgebers auf die Anwendung von Vertretungsrechten bei psychischen Erkrankungen zu diskutieren. Dies soll aufgrund psychischer Störung urteilsunfähige Personen davor schützen, auf Initiative der Angehörigen untergebracht bzw. behandelt zu werden. Die Möglichkeit der Anwendung von Vertretungsrechten könnte jedoch etwa die oben geschilderten Situationen bei der Einweisung schwer und dauerhaft urteilsunfähige Personen (etwa bei fortgeschrittener Demenz) vereinfachen.

Eine Klärung und Vereinheitlichung der Handhabungen wird sich schliesslich positiv auf die Vergleichbarkeit der Statistiken auswirken und damit einen positiven Einfluss auf die Reduktion der FU-Raten nehmen können, indem Einflussfaktoren eindeutiger erkannt und geeignete Interventionen zur Vermeidung von Zuweisungen ohne Zustimmung entwickelt werden können. Für eine Verbesserung der Datenqualität sind nebst den genannten

Vereinheitlichungen jedoch zusätzliche Abstimmungen notwendig, beispielsweise mit Blick auf FU-Fälle, die innerhalb von 24 Stunden wieder entlassen werden. Nicht überall fließen diese Fälle in die Psychiatrie-Zusatzdaten des Bundesamtes für Statistik ein. Ebenfalls wäre eine explizite und separate Erfassung von Unterbringungen im Verlauf resp. nach Zurückbehaltungen für eine vollständige Datenerfassung wichtig. Diesbezüglich wäre auch eine obligatorische Erfassung der FU-Zahlen zu diskutieren.

Nicht zuletzt geht es bei der Fürsorgerischen Unterbringung auch um Haltungsfragen und gesellschaftliche Erwartungen an die Psychiatrie, mit denen sich die anordnende Fachperson in der Untersuchungssituation unmittelbar konfrontiert sieht. Eine problematische Tendenz zur «Psychiatisierung» gesellschaftlicher Probleme bis hin zur Instrumentalisierung der Psychiatrie ist immer wieder wahrnehmbar. So kommt es teilweise zu Unterbringungen von Personen, für die eine psychiatrische Klinik nicht die geeignete Einrichtung darstellt, da es sich primär um soziale oder somatische Probleme handelt, die in einem anderen Rahmen wesentlich besser zu lösen wären. In diesem Zusammenhang können auch ökonomische Aspekte eine zentrale Rolle spielen. Die Unterbringung erfolgt in diesen Fällen mitunter jedoch gleichwohl zunächst in der Psychiatrie, da diese als primäre Institution für unfreiwillige Behandlung wahrgenommen wird. Es ist ein nachhaltiger gesellschaftlicher Diskurs notwendig, um eine gemeinsame Haltung der politischen und medizinischen Akteure sowie der Vertreterinnen und Vertretern der bereits mit FU-Zuweisungen konfrontierten Personen zu entwickeln und Klarheit über die entsprechenden Bedürfnisse zu bekommen.

Danksagung

Wir danken der Schweizerischen Vereinigung der psychiatrischen Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC) für die Zusammenarbeit und die Möglichkeit der Präsentation und Diskussion der Ergebnisse am 24. März 2017 an ihrer Jahresversammlung in der Klinik Zugersee.

Literaturverzeichnis

[1] Schuler D, Tuch A, Buscher N, Camenzind P. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2016.

[2] Gassmann J. Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz. Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2011.

[3] Jäger M, Ospelt I, Kawohl W, Theodoridou A, Rössler W, Hoff P. Qualität unfreiwilliger Klinikeinweisungen in der Schweiz. Praxis. 2014;103: 631-639.

[4] Kieber-Ospelt I, Theodoridou A, Hoff P, Kawohl W, Seifritz E, Jäger M. Quality Criteria for Involuntary Psychiatric Admissions - before and after the introduction to the Law Governing Legal Protection of Minors and Adults (KESR). BMC Psychiatry. 2016;16: 291. DOI 10.1186/s12888-016-0998-z.

[5] Hürlimann D, Trachsel M. Ist die fürsorgerische Unterbringung von Urteilsfähigen zulässig? Swiss Medical Forum. 2017; 17: 214–216.

[6] Klein G, König D. Zwangsmassnahme in der Psychiatrie: klinische Perspektive. Swiss Medical Forum. 2016;16:137–141.

Abkürzungen

BfS = Bundesamt für Statistik

FU = Fürsorgerische Unterbringung

KESB = Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde

SVPC = Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzten

ZGB = Schweizerisches Zivilgesetzbuch

Tabelle 1. Einweisende Stellen bei primären FU-Zuweisungen.

	AG (1)	AR (2)	BE (3)	GR (4)	LU (5)	SG (6)	SO (7)	TI (8)	TI (9)	VS (10)	ZG (11)	ZG (12)	ZG (13)	ZH (14)	ZH (15)	ZH (16)	ZH (17)
Nicht-psychiatrischer Notfallarzt/-ärztin	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Notfallpsychiater/-psychiaterin			■				■		■	■	■			■		■	■
Psychiater/Psychiaterin (in eigener Praxis)			■	■		■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■
KESB	■		■	■		■	■	■	■	■			■	■		■	■
Amtsarzt/-ärztin				■		■								■		■	
Hausarzt/-ärztin		■	■	■	■		■		■		■	■		■	■	■	■
Somatische Spitäler	■		■	■	■	■	■		■	■	■	■		■	■	■	■
Gefängnisarzt/-ärztin							■		■		■			■		■	

■ Prototypischer Fall;
 ■ Nicht-prototypischer Fall (eher häufig);
 ■ Nicht-prototypischer Fall (eher selten);
 AG (1) = Psychiatrische Dienste Aargau;
 AR (2) = Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Spitalverbund AR;
 BE (3) = Psychiatriezentrum Münsingen;
 GR (4) = Psychiatrische Dienste Graubünden;
 LU (5) = Luzerner Psychiatrie;
 SG (6) = Psychiatrie St. Gallen Nord;
 SO (7) = Psychiatrische Dienste Spitäler Solothurn;
 TI (8) = Clinica Viarnetto;
 TI (9) = CPC-Clinica psichiatrica cantonale;
 VS (10) = Hôpital Psychiatrique de Malévoz;
 ZG (11) = Triaplust AG, Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie Zug;
 ZG (12) = Klinik Meissenberg;
 ZG (13) = Psychiatrische Klinik Zugersee;
 ZH (14) = Integrierte Psychiatrie Winterthur;
 ZH (15) = Psychiatrische Universitätsklinik Zürich;
 ZH (16) = Sanatorium Kilchberg;
 ZH (17) = Spital Affoltern.

Tabelle 2. Anordnende Stellen bei FU nach Rückbehalt eines freiwillig eingetretenen Patienten/Patientin.

	AG (1)	AR (2)	BE (3)	GR (4)	LU (5)	SG (6)	SO (7)	TI (8)	TI (9)	VS (10)	ZG (11)	ZG (12)	ZG (13)	ZH (14)	ZH (15)	ZH (16)	ZH (17)
Externer Psychiater/Psychiaterin		■		■				■			■			■	■	■	■
Amtsarzt/-ärztin					■	■											
KESB		■			■		■				■		■				
Psychiater/Psychiaterin einer anderen Klinik derselben Institution									■	■					■		
Psychiater/Psychiaterin einer anderen Abteilung derselben Klinik			■									■	■				
Notfallpsychiater/-psychiaterin											■						
Nicht-psychiatrischer Notfallarzt/-ärztin	■				■					■					■		

Siehe Legende Tabelle 1.

Tabelle 3. Verfügbarkeit/Bereitschaft externer Arzt/Ärztin zur Anordnung einer FU nach Rückbehalt eines freiwillig eingetretenen Patienten/Patientin.																	
	AG (1)	AR (2)	BE (3)	GR (4)	LU (5)	SG (6)	SO (7)	TI (8)	TI (9)	VS (10)	ZG (11)	ZG (12)	ZG (13)	ZH (14)	ZH (15)	ZH (16)	ZH (17)
Einen externen Arzt/Ärztin anzubieten, stellt <u>keine</u> Schwierigkeit dar.	■	■		■		■		■		■	■			■	■	■	
Einen externen Arzt/Ärztin anzubieten, stellt aufgrund mangelnder Verfügbarkeit oder Bereitschaft eine Schwierigkeit dar; eine FU Anordnung innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Maximaldauer der Zurückbehaltung ist jedoch möglich.						■								■	■	■	■
Einen externen Arzt/Ärztin anzubieten, stellt aufgrund mangelnder Verfügbarkeit oder Bereitschaft eine Schwierigkeit dar, sodass eine FU Anordnung innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Maximaldauer der Zurückbehaltung <u>nicht</u> möglich ist.					■						■	■	■	■			■
Es kommt zu keinem Aufgebot eines externen Arztes/Ärztin, da von vornherein klar ist, dass die KESB die FU nach Rückbehalt anordnet.							■				■	■	■				
Es kommt zu keinem Aufgebot eines externen Arztes/Ärztin, da von vornherein klar ist, dass ein institutionsinterner Arzt/Ärztin die FU nach Rückbehalt anordnet.			■						■								

* Der institutionsinterne Arzt/Ärztin wird als unabhängige Beurteilungsinstanz begriffen. Restliche Legende siehe Tabelle 1.

Tabelle 4. Zeitpunkt des Vorliegens der schriftlichen FU Anordnung.																	
	AG (1)	AR (2)	BE (3)	GR (4)	LU (5)	SG (6)	SO (7)	TI (8)	TI (9)	VS (10)	ZG (11)	ZG (12)	ZG (13)	ZH (14)	ZH (15)	ZH (16)	ZH (17)
unmittelbar bei Eintritt	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
nach Eintritt am selben Tag		■	■	■	■	■			■	■		■	■	■	■	■	■
nach Eintritt am nächsten Tag	■	■	■	■		■	■			■			■	■	■	■	■
nach Eintritt nach mehreren Tagen	■		■	■									■	■			■
nie (nur telefonische FU Anmeldung)			■				■						■				

Siehe Legende Tabelle 1.

Tabelle 5. Vorgehen bei «FU-Einweisungen», bei denen bei Eintritt kein schriftlicher Unterbringungsentscheid vorliegt.

	AG (1)	AR (2)	BE (3)	GR (4)	LU (5)	SG (6)	SO (7)	TI (8)	TI (9)	VS (10)	ZG (11)	ZG (12)	ZG (13)	ZH (14)	ZH (15)	ZH (16)	ZH (17)
Keine sofortige Aufnahme als FU Patient; stattdessen, sofern die FU Voraussetzungen gegeben sind, Zurückbehaltung der betroffenen Person, bis eine schriftliche Anordnung vorliegt.				*	*			-			-						*
Sofortige Aufnahme als FU Patient, sofern die Voraussetzungen für eine FU gegeben sind.								-			-						
Die betroffene Person wird gehen gelassen trotz gegebener FU Voraussetzungen.								-									

* Fall wird in der Statistik nicht als «FU-Eintritt», sondern als «FU im Verlauf» erfasst. Restliche Legende siehe Tabelle 1.

Tabelle 6. Vorgehen bei urteilsunfähigen Patienten/Patientinnen, die ohne Widerstand und ohne FU-Anordnung in die Klinik kommen.																	
	AG (1)	AR (2)	BE (3)	GR (4)	LU (5)	SG (6)	SO (7)	TI (8)	TI (9)	VS (10)	ZG (11)	ZG (12)	ZG (13)	ZH (14)	ZH (15)	ZH (16)	ZH (17)
Anordnung einer FU durch eine externe Stelle <u>vor</u> Aufnahme der Person	■		■	■	■				*		■	■	■			■	
Anordnung einer FU durch eine interne Stelle <u>vor</u> Aufnahme der Person			■														
Reguläre Aufnahme als freiwilliger Patient/Patientin (Unterzeichnung des Freiwilligenscheins)		■	■	■		■	■		■	■							■
Zunächst reguläre Aufnahme als freiwilliger Patient (Unterzeichnung des Freiwilligenscheins) und anschliessende Anordnung einer FU durch eine externe Stelle			■	■*										■*	■*		
Aufnahme der Person ohne Unterzeichnung des Freiwilligenscheins und anschliessende Anordnung einer FU durch eine externe Stelle			■	■		■	■				■					■	
Einigung mit der Vertretungsperson vor einer regulären Aufnahme als freiwilliger Patient/Patientin (Unterzeichnung des Freiwilligenscheins)		■	■					■		■							
Unterzeichnung des Freiwilligenscheins durch die Vertretungsperson										■				■			

* Fall wird in der Statistik nicht als «FU-Eintritt», sondern als «FU im Verlauf» erfasst. Restliche Legende siehe Tabelle 1.