

Erwachsenenschutzgesetz setzt neue Massstäbe

Mehr Kontrolle, mehr Fachlichkeit, mehr Selbstbestimmung – auch bei Zwangsmassnahmen

Die definitive Version des neuen Erwachsenenschutzgesetzes wurde von beiden Kammern verabschiedet, und im April 2009 ist die Referendumsfrist abgelaufen. 2012 oder spätestens 2013 tritt das neue Gesetz in Kraft und ersetzt das bisherige Schweizerische Vormundschaftsrecht. Welche Auswirkungen zeigt dies in Bezug auf den Umgang mit verwahrlosten oder vernachlässigten Menschen? Welche Prinzipien sind von Bedeutung? Peter Lack



Zu sehen, dass jemand nicht mehr so für sich sorgt, wie sie oder er es bisher getan hat, wird als «entwürdigend» erlebt.
Foto: Martin Glauser

Mit der Totalrevision des bisherigen Vormundschaftsrechts sollen die Selbstbestimmung von hilfsbedürftigen Menschen, die Unterstützung in der Familie beziehungsweise durch Nahestehende unterstützt und Urteilsunfähige in Heimen besser geschützt werden. Auch der im Umgang mit dem Thema Verwahrlosung im besonderen Mass relevante fürsorgerische Freiheitsentzug aus dem Jahr 1981 (FFE) wird neu geregelt. 2004 hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die standesethische Organisation der Ärztinnen und Ärzte, Richtlinien zu «Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen», 2005 zu «Zwangsmassnahmen in der Medizin» und im gleichen Jahr die

«Grundsätze zur Patientenselbstbestimmung» veröffentlicht. Diese Reihe von Regelungen zum Bereich Recht-Ethik-Patient hat in den seit Sommer 2009 geltenden medizin-ethischen Richtlinien zur Patientenverfügung der SAMW ihre inhaltliche Fortsetzung gefunden.

Was bedeutet verwahrlost? Verwahrlosung ist ein relativ weitgehender und unpräziser Begriff, der ein länger dauerndes oder permanentes Nichtwahrnehmen bestimmter sozial erwarteter Verhaltensweisen bezeichnet, das entweder bewusst verfolgt oder in gesundheitlichen Einschränkungen begründet liegt. Dies kann so weit gehen, dass jemand in einen ungeordneten, chaotischen Lebenszustand gerät, bis

hin zu «Vermüllung» oder bis hin zum «Messie-Syndrom». Gründe können psychische oder kognitive Störungen sein, wie sie beispielsweise aufgrund einer Demenzerkrankung auftreten. Der Begriff Verwahrlosung in sich ist nicht unumstritten, und die Sozialarbeit verwendet in der Regel den Begriff «Dissozialität». Im angelsächsischen Raum wird auch von Procrastination gesprochen («Aufschiebung»). Ein Problem des Begriffs ist die normative Verwendung von Hygienestandards oder anderen Vorstellungen «normalen Verhaltens», wie zum Beispiel Ordnung, die individuell oder kulturell verschieden sind. Deshalb wird oft das frühere Verhalten der jeweiligen Person als Massstab genommen. Aus ethischer Perspektive ist der Begriff schon problematisch, weil er stark wertend ist. Der Autor bevorzugt für das beschriebene Verhalten den Begriff « Vernachlässigung ». Dieser wird aber auch für eine mangelnde Betreuung seitens der Professionellen verwendet, so zum Beispiel in den Richtlinien der SAMW zur «Betreuung und Pflege von älteren Menschen» (SAMW 2004). Um Verwirrung zu vermeiden, wird in diesem Beitrag trotz der Vorbehalte der Begriff Verwahrlosung verwendet.

Was versteht man unter Zwangsmassnahmen?

Als Zwangsmassnahmen werden Massnahmen bezeichnet, die gegen den erklärten Willen eines Menschen beziehungsweise eines Patienten durchgeführt werden. Es wird weiter zwischen Freiheitsbeschränkung und Zwangsbehandlung unterschieden. Mit Freiheitsbeschränkung sind Massnahmen gemeint, welche die Bewegungsfreiheit beschränken, zum Beispiel Fixation oder Isolation. Wird auch in die körperliche Integrität des Patienten eingegriffen, handelt es sich um eine Zwangsbehandlung. Als Zwangsmassnahme gilt aber beispielsweise auch, wenn jemand gegen seinen Willen aufstehen oder Nahrung einnehmen muss (SAMW, 2008).

Das neue Erwachsenenschutzgesetz Mit dem neuen Erwachsenenschutzgesetz sollten rechtliche Lücken geschlossen und die Selbstbestimmung gestärkt werden. Auch eine auf Bundesebene und damit schweizweit einheitliche Regelung bestimmter Aspekte der Selbstbestimmung, wie zum Beispiel der Patientenverfügung oder des bisherigen FFE, konnte so erreicht werden.

Leidet der Patient/die Patientin an einer psychischen Störung, einer geistigen Behinderung oder an *schwerer Verwahrlosung*, so der Gesetzestext, besteht die Möglichkeit einer fürsorgerischen Unterbringung. Diese wird in den Artikeln 426–439 ZGB geregelt. Die Erwachsenenschutzbehörde des Wohnsitzes des Betroffenen ist zuständig für die Anordnung der Massnahme. Weiter können von den Kantonen Ärztinnen und Ärzte bezeichnet werden, die die Massnahme für eine Frist von maximal sechs Wochen anordnen können. Eine ärztlich angeordnete freiheitsbeschränkende Massnahme muss von der Erwachsenenschutzbehörde bestätigt werden, auch wenn die oder der Betreffende keine Einsprache erhoben hat. Hier wurde sozusagen eine Art Gewaltentrennung beziehungsweise die Aufsicht verstärkt.

Die Erwachsenenschutzbehörde muss den Entscheid spätestens nach sechs Wochen geprüft haben und die Fortführung bestätigen. Danach muss die Massnahme periodisch überprüft werden, ein erstes Mal sechs Monate nach Beginn der Unterbringung. Insbesondere muss abgeklärt werden, ob die Voraussetzungen weiter erfüllt sind und die Einrichtung auch geeignet ist. Die Unterbringung wird hinfällig, wenn die Gründe, die dazu geführt haben, nicht mehr gegeben sind. Die betroffene oder eine ihr nahestehende Person können jederzeit die Entlassung beantragen. Darüber ist gemäss Art 426 Abs. 3 unverzüglich zu entscheiden. Die Patientenselbstbestimmung inklusive der neuen Vorsorgeinstrumente muss auch in dieser Situation so weit als möglich berücksichtigt werden. Hat die Patientin eine von ihr bevorzugte Einrichtung, zum Beispiel in der Patientenverfügung genannt, so muss dies berücksichtigt werden (Art. 435 Abs. 2). Nahestehende Personen sollen informiert werden, und bei Vorhandensein einer Patientenverfügung, muss die bezeichnete bevollmächtigte Person in den Behandlungsplan einbezogen werden. Die von der Unterbringung betroffene Person hat die Möglichkeit, eine Vertrauensperson zu bezeichnen, die sie bei der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützt beziehungsweise auch vertritt. Für die Akteneinsicht braucht es eine spezifische Vollmacht der betroffenen Person.

Grundsätzlich sieht auch der Gesetzgeber die fürsorgerische Unterbringung als «ultima ratio», wenn alle anderen Massnahmen versagen oder nicht anwendbar sind. Die Abklärung muss vom anordnenden Arzt mit höchster Sorgfalt persönlich durchgeführt werden, und er darf sich nicht auf Aussagen Dritter stützen. Der schriftliche Entscheid wird der betroffenen Person abgegeben, und sie muss über den Rechtsweg informiert werden.

Die Botschaft zum neuen Erwachsenenschutzgesetz definiert als *schwere Verwahrlosung* ein Zustand, «bei dessen Vorliegen es der Menschenwürde der hilfsbedürftigen Person schlechthin widersprechen würde, ihr nicht die nötige Fürsorge in einer Einrichtung zukommen zu lassen» (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2006). Dieser erklärende Passus stellt mehr Fragen, als er beantwortet: Was ist der *Menschenwürde* widersprechend? Kann dies (heutzutage noch) universell, das heisst allgemeingültig, für jeden Menschen beantwortet werden? Was ist der Massstab für «Würdigkeit» beziehungsweise «Unwürdigkeit»? Und wer entscheidet darüber? Dies verschärft sich angesichts des Umstands, dass die oder der Betreffende die Situation oft ganz anders bewertet, das heisst gar kein – oder zumindest ein nicht so schwerwiegendes – Problem sieht. Auch die Ethik bietet leider keine eindeutigen Antworten, denn der Menschenwürde-Begriff wird äusserst unterschiedlich verwendet. Klar ist, dass in den vergangenen Jahrzehnten sich eine Bewegung weg von einem «objektiven» Menschenwürde-Begriff hin zu einer «individuellen Deutung» feststellen lässt. So betrachtet spielt der Patientenwille eine zentrale Rolle. In etwa: Würdig ist, was der Patient will. Für Massnahmen, die gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden, heisst dies: Selbst in dieser Situation



Peter Lack, lic. theol.,
Supervisor CPT/KSA,
dipl. NPO-Manager VMI
mail@peterlack.ch

Coaching – Management –
Ethik
www.peterlack.ch

müssen die Patientenrechte so weit möglich gewahrt werden. Die erwähnten Punkte «Information von Nahestehenden», «Recht auf eine Vertrauensperson» nehmen dies auf. Zusammen mit der ausgewiesenen fachlichen Eignung der Abklärer/innen sowie der regelmässigen behördlichen Kontrolle sollen die Selbstbestimmungsrechte gestärkt werden.

Medizinethische Orientierungspunkte Die Konfrontation mit dem Phänomen Verwahrlosung/Ver-nachlässigung ist für Betreuende – seien es nun Angehörige oder Profis – schwierig und emotional belastend. Zu sehen, dass jemand nicht mehr so für sich sorgt, wie sie oder er es bisher getan hat, wird als «entwürdigend» erlebt. Die Ahnung, dass sich daraus gesundheitliche Schwierigkeiten entwickeln könnten, legt nahe, einzugreifen. In der Regel bedeutet dies, dass zuerst versucht wird, die betreffende Person zur Selbst-Sorge zu animieren. Bringt das nicht gewünschte Besserung, stellt sich die Frage des «Zwangs», manchmal in subtiler Form, zum Beispiel dass aufgeräumt und geputzt wird, in weitergehenden Formen kann es dann auch sein, dass die Person gewaschen wird, ihr Nahrung zugeführt, sie «gefüttert» wird usw. Als letzter Schritt kann es dazu führen, dass die Person aus ihrem üblichen Wohnbereich «entfernt» und in eine Einrichtung übergeführt wird. Ziel ist, dass dort die nötige Betreuung und Pflege dann übernommen werden und die Person in Sicherheit ist.

Wer mit Menschen zu tun hat, die mit solchen Situationen konfrontiert sind, weiss, wie schwierig die Entscheidung fällt. Die Frage, ob dies angemessen und «das Richtige» ist, beschäftigt Betreuende im Prozess der Entscheidungsfindung und oft auch danach. Nicht selten bleiben ein «schales Gefühl» oder Zweifel zurück, ob es «die beste» Lösung gewesen sei, oder ob es nicht Lösungen gegeben hätte, die weniger einschränkend gewesen wären. Eine solche Situation wird in der Ethik als Dilemma bezeichnet. Zur Lösung wird das Problem unter vier Aspekten betrachtet, die dann einen nachvollziehbaren und rational begründeten Entscheid ermöglichen sollen (Beauchamp & Childress, 1994). Diese anerkannten Prinzipien sind:

- Autonomie (Autonomy)
- Gutes tun/Fürsorge (Benevolence)
- Nicht Schaden (Nonmaleficence)
- Gerechtigkeit (Justice)

Die Frage von Zwangsmassnahmen tangiert vor allem das Autonomieprinzip und als wesentlicher Aspekt davon die Selbstbestimmung. Weiter kommt die Fürsorge(-Pflicht) der Betreuenden (Gutes Tun) zum Tragen. Letztlich muss aber auch gefragt werden, inwieweit das Nicht-Schadens-Prinzip berücksichtigt wird, denn eine solche «Zwangsmassnahme» kann traumatisierend sein und könnte die Schattenseite der («gut gemeinten») Fürsorge sein. Relativ einfach ist es in der Notfallsituation, das heisst, wenn die *Gefährdung unmittelbar* ist und *zeitliche Dringlichkeit* besteht, um die Lebensgefährdung abzuwenden. Grundsätzlich ist zu unterscheiden, ob der Patient oder die Patientin urteilsfähig ist oder nicht. Ist die Patientin urteilsunfähig, so ist der mut-



massliche Wille (Was hätte die Patientin gewollt, wenn sie es jetzt wollen könnte?) ausschlaggebend. Dazu gibt gemäss den medizinethischen Grundsätzen und ab 2013 auch gemäss Erwachsenenschutzgesetz an erster Stelle eine Patientenverfügung Auskunft, an zweiter Stelle eine «Vertrauensperson», das heisst eine Person, die die Patientin extra dafür bezeichnet hat und die ermächtigt ist, stellvertretend medizinische Entscheidungen zu treffen. Ist die Patientin hingegen urteilsfähig und willigt nicht ein, so darf grundsätzlich nichts unternommen werden, was dem Willen der Patientin widerspricht. Ausnahmen sind die Notfallsituation (unmittelbare Lebensgefährdung) sowie eben Zwangsmassnahmen, wenn Selbst- oder Drittgefährdung besteht. Weil es sich dabei um einen massiven Eingriff in die Privatsphäre und die persönlichen (Freiheits-)Rechte handelt, verlangen Gesetz und Ethik – zu Recht – nach starken rechtfertigenden Gründen. Dazu gehört, dass *zuerst alles unternommen werden muss, um Zwangsmassnahmen zu vermeiden*. Auch muss sichergestellt sein, dass die angestrebte Fürsorge dem Patienten nicht anderweitig erbracht werden kann. Wichtig ist, dass auch im Falle einer Zwangsmassnahme der Patient offen und umfassend informiert wird. Bei älteren Menschen müssen zudem folgende Voraussetzungen erfüllt sein, damit eine freiheitsbeschränkende Massnahme eingeleitet werden darf:

- Das Verhalten der Person gefährdet in *erheblichem Mass* die eigene Sicherheit oder Gesundheit oder diejenige Dritter oder beeinträchtigt in *hohem Ausmass* Ruhe und Wohlbefinden Dritter.
- Das Verhalten ist nicht auf ungünstige, behebbare Umstände zurückzuführen, beispielsweise Schmerz, Nebenwirkungen oder Ähnliches.
- Das Problem kann mit anderen, weniger freiheitsbeschränkenden Massnahmen nicht gelöst werden, oder diese sind in dieser Situation nicht möglich.

Eine *Zwangsbehandlung* setzt immer einen FFE voraus, es sei denn, es handle sich um eine Notfall-

Es braucht einen gesellschaftlichen Diskurs zu den sozialen Aspekten des Alterns sowie zu den Themen Hilfs-, Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit.

Foto: Martin Glauser

Literatur

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften: Medizin-ethische Richtlinien. Basel:

Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. (2004)

Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung. Medizinisch-ethische Grundsätze. (2005)

Zwangsmassnahmen in der Medizin – medizinische Richtlinien. (2005)

Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. (2008)

Schweizerische Eidgenossenschaft. Botschaft zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht). Bern. 2006.

Beauchamp, T. L. & Childress, J. (1994). Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition. New York. 1994.

«Individualität macht Leben mit Demenz leichter.» Welt online. http://www.welt.de/politik/article2010169/Individualitaet_macht_Leben_mit_Demenz_leichter.html

Wustmann, T. M. Verwahrlosung, Vermüllung und Horten – eine katamnestische Studie in der Stadt Halle (Salle). Medizinische Dissertation Medizinische Fakultät Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. 2006.

situation im engeren Sinne (unmittelbare Lebensgefährdung). Die Voraussetzungen für Zwangsbehandlungen sind kantonal geregelt und unterschiedlich.

Medizinethische Diskussion Soziales Verhalten, «Ordnung», aber auch «Hygiene» sind neben gesellschaftlichen Standards ebenso stark subjektive Werte. Abgesehen von der Notfallsituation im engeren Sinne mit einhergehender Lebensgefährdung müssen für eine fürsorgerische freiheitsbeschränkende Massnahme *schwerwiegende Gründe* gegeben sein wie eine hohe Selbstgefährdung oder die Gefährdung Dritter. Es muss sichergestellt sein, dass das Problem nicht anders, das heisst mit weniger freiheitsbeschränkenden Massnahmen erreicht werden kann. Damit ist schon klar, dass alleine das Nichtwahrnehmen von gemeinhin als «normal» eingestuften Aufgaben nicht ausreichend ist, um eine fürsorgerische Unterbringung zu erwirken. Bei der Wahl der freiheitsbeschränkenden Massnahme muss dem *Grundsatz der Verhältnismässigkeit* entsprochen werden, mit anderen Worten: *Die Massnahmen müssen sich auf das absolut Notwendige beschränken.*

Auch müssen Ursachen (z.B. Psychosen, Suchtverhalten, Demenzerkrankungen), die zur Situation geführt haben, sorgfältig abgeklärt werden: Diese bestimmt nämlich zentral den Erfolg der Massnahme (Wustmann 2006).

Besondere Beachtung verdient die *Prävention*. Liegt eine Demenzerkrankung vor, so sollten mögliche Szenarien, wie sich die Krankheit entwickeln könnten, *frühzeitig* mit der Patientin oder dem Patienten und gegebenenfalls mit betreuenden Angehörigen besprochen werden. Im Zusammenhang mit den ebenfalls mit dem neuen Erwachsenenschutzgesetz geschaffenen Rechtsinstituten Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag sollten Patienten über diese Möglichkeiten der Selbstbestimmung, die auch bei der fürsorgerischen Unterbringung greifen können, informiert werden.

« Besondere Beachtung verdient die Prävention. »

Aus ethischer Perspektive muss auch gefragt werden, wie die Situation einer hochbetagten Patientin beurteilt werden muss, die früher schon geäussert hat, dass ihr Leben an ein Ende komme. Darf ihr Verhalten nicht zu einer gesundheitlichen Gefährdung, wie zum Beispiel einer Mangelernährung, führen, beziehungsweise muss dies um jeden Preis ausgeschlossen werden? Könnte das Verhalten beziehungsweise die Vernachlässigung nicht auch als Prozess des Älterwerdens und Sterbens betrachtet werden? Eine Argumentation alleine mit Bezugnahme auf die «Würde» der Patientin, die «fürsorgerisch» geschützt werden muss, greift sicher zu kurz. Besondere Beachtung muss hingegen dem Umfeld der Patientin geschenkt werden: Kann die Situation beziehungsweise das Verhalten von nahen

Angehörigen körperlich und psychisch bewältigt werden? Und welche Hilfen und Unterstützung brauchen sie? Sicher muss in einer solchen Situation zuerst nach Massnahmen gesucht werden, die die Patientenautonomie möglichst wenig beschränken. Dies weist darauf hin, dass Zwangsmassnahmen als Lösung zurückhaltend eingesetzt werden sollten. Auch sollte dem Grundsatz, dass solche Entscheidungen möglichst einvernehmlich zwischen Patient, Betreuenden und Angehörigen getroffen werden sollten (vgl. Grundsätze Patientenselbstbestimmung, SAMW 2005), entsprochen werden. Noch einmal anders präsentiert sich die Situation, wenn die Patientin unter ihrem Verhalten leidet. Besondere Beachtung verdienen auch ergänzende Massnahmen oder weniger beschränkende Massnahmen. Diese müssen in jedem Fall vorher ausgeschöpft sein, zum Beispiel die Bereitstellung von hauswirtschaftlichen Hilfen, aufsuchende Hilfsangebote aufsuchender Art und regelmässige Sozialkontakte.

Individualität, Autonomie, Einsamkeit? Es ist bekannt, dass ein Mangel an sozialen Kontakten beziehungsweise sozialer Rückzug das Auftreten einer Verwahrlosung begünstigen (Wustmann 2006). Auf diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob «flankierende Massnahmen» zum oft an erster Stelle genannten Ziel geriatrischer Konzepte «solange wie möglich zu Hause» genügend berücksichtigt sind. Neben ambulant-pflegerischen Diensten sollten ergänzende Angebote wie ambulante sozialpsychiatrische Dienste, Nachbarschaftshilfe und die Vermittlung sozialer Kontakte eingeplant werden, denn nicht selten bedeutet für chronische kranke und insbesondere ältere Menschen «alleine zu Hause Leben» auch Vereinsamung. Dazu trägt auch die von den meisten hoch gewichtete «Autonomie» bei. Betreuung im stationären Rahmen wird in dieser Perspektive oft zu einem absolut unwünschten Szenario. Individuelle Werte, Vorstellungen und Wünsche und der gesellschaftliche Umgang mit schwerer Krankheit beeinflussen sich wechselseitig. Die Auseinandersetzung mit dem Thema zeigt aber die Grenzen der Autonomie und der Selbstbestimmung und welche schwierigen Entscheidungen von Dritten dann getroffen werden müssen. Angesichts weiterhin steigender Lebenserwartung und beschränkter familieninterner Möglichkeiten der Langzeitbetreuung sollten auch die Grenzen der Autonomie in Überlegungen der Lebensgestaltung im hohen Alter einbezogen werden. Damit ist natürlich nicht nur die oder der Einzelne gemeint, vielmehr braucht es einen gesellschaftlichen Diskurs zu den sozialen Aspekten des Alterns sowie zu den Themen Hilfs-, Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit und wie diese Aufgaben zwischen Privaten und öffentlicher Hand verteilt beziehungsweise getragen werden. Dazu sind alle aufgerufen, insbesondere die Verantwortlichen in den Versorgungsstrukturen, aber ebenso Altersorganisationen. Angesichts ebenfalls stetig steigender Kosten im Gesundheitswesen wird nämlich auch ein weiteres Prinzip an Bedeutung gewinnen, nämlich jenes der (Verteil-)Gerechtigkeit. ■