

Dokumenteneigner: Ärztliche Direktion, Klinische Ethik

Richtlinie

Zwangsmassnahmen am USB

Inhalt

1	Zweck	2
2	Geltungsbereich	2
3	Begriffe.....	2
4	Rechtliche Grundlagen.....	3
5	Ethische Grundsätze	5
6	Prävention.....	6
7	Entscheidungsfindung.....	6
8	Behandlungsablauf	8
9	Kommunikations- und Informationsprozesse sowie Revision	10
10	Impressum	11
11	Inkrafttreten.....	11
	Anhang.....	12

Zwangsmassnahmen am USB

1 Zweck

Da Zwangsmassnahmen immer dem ethischen Prinzip der Selbstbestimmung widersprechen, dürfen sie nur in Ausnahmefällen in Betracht gezogen werden, um eine schwerwiegende Selbst- oder Fremdgefährdung von Patientinnen und Patienten abzuwenden.

Die vorliegende Richtlinie regelt Voraussetzungen, Entscheidungsfindung und Ablauf von medizinischen Zwangsmassnahmen am Universitätsspital Basel (USB). Der Zweck der Richtlinie ist es, bei Fragen nach Zwangsmassnahmen die Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen, einen ethisch angemessenen Umgang und Handlungssicherheit für die Mitarbeitenden zu gewährleisten. Dazu gehören die Evaluation der Notwendigkeit und Eignung, die Konsensfindung im Behandlungsteam, die Aufklärung der Patientinnen und Patienten sowie der vertretungsberechtigten Personen, die Durchführung, Dokumentation und Nachbesprechung der entsprechenden Massnahmen. Damit soll einerseits eine bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten und andererseits Handlungssicherheit für die Mitarbeitenden erreicht werden. Auch für Zwangsmassnahmen gilt das Prinzip der Personenzentrierung, insbesondere der Respekt und die Achtung der betroffenen Person.¹

Diese Richtlinie orientiert sich an der entsprechenden Richtlinie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).²

2 Geltungsbereich

Die vorliegende Richtlinie gilt für alle Zwangsmassnahmen, die bei im USB betreuten Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Sie ist verbindlich für alle Mitarbeitenden des USB.

3 Begriffe

Als Zwangsmassnahme (ZM) im Sinn dieser Richtlinie gilt jede Massnahme im medizinischen Kontext, die gegen den selbstbestimmten Willen oder den Widerstand einer Patientin oder eines Patienten durchgeführt wird.² Darunter fallen insbesondere ärztliche, pflegerische, therapeutische oder administrative Massnahmen, unabhängig von der Urteilsfähigkeit der Patientin oder des Patienten:

- gegen den aktuell geäusserten Willen,
- gegen den vorausverfügten Willen (z.B. Patientenverfügung),
- gegen den mutmasslichen Willen,
- bei verbaler oder nonverbaler Ablehnung,
- bei aktiver körperlicher Abwehr oder
- unter Anwendung von informellem Zwang (z.B. psychischer Druck, Anreize, Drohen, Täuschen).

Der Begriff der Zwangsmassnahmen wird in dieser Richtlinie bewusst weiter gefasst als rechtlich vorgesehen, um einen ethisch angemessenen Umgang auch bei Massnahmen zu gewährleisten, die zwar nicht gegen den mutmasslichen oder vorausverfügten Willen, aber gegen den Widerstand der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden (siehe 4. Rechtliche Grundlagen).

¹ Vgl. das Prinzip der Personenzentrierung in der USB-Strategie 2025 und der Vision Pflege USB.

² Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Zwangsmassnahmen in der Medizin. Bern, 2015. URL: https://www.samw.ch/dam/jcr:b017b872-8c9a-41eb-934a-e0184609f381/richtlinien_samw_zwangsmassnahmen.pdf (Zugriff am 16.1.2024)

Zwangsmassnahmen am USB

Folgende Arten von Zwangsmassnahmen werden unterschieden:

Freiheitseinschränkende Massnahmen (FEM): Freiheitseinschränkende Massnahmen sind Zwangsmassnahmen, die Bewegungsfreiheit, Privatsphäre, Kommunikation oder andere Grundrechte von Patientinnen und Patienten einschränken.

- *Einschränkungen der Bewegungsfreiheit* sind Zwangsmassnahmen, die eine Person hindern, sich frei zu bewegen oder die ihren Bewegungsradius einschränken, sei es auf mechanische, medikamentöse, elektronische oder andere Art und Weise (z.B. Türschliessung, Festhalten, Bettgitter, Bauchgurte, Pflegedecken, Sensormatten, Sedierung).
- *Einschränkungen der Privatsphäre* sind Zwangsmassnahmen, die einer Person die Rückzugsmöglichkeit ins Private nehmen (z.B. offene Türen im Spitalzimmer, Videoüberwachung oder kontinuierliche Betreuungspersonen gegen den Willen der Patientin oder des Patienten).
- *Einschränkungen der Kommunikationsfreiheit* sind Zwangsmassnahmen zur Unterbindung der Kommunikation einer Person mit der Aussenwelt (z.B. Telefon- oder Internetverbot).

Zwangsbehandlung (ZB): Als Zwangsbehandlung gelten alle Massnahmen, die zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit gegen den Willen oder Widerstand einer Patientin oder eines Patienten angewendet werden (z.B. Medikation, Operation, künstliche Ernährung, künstliche Beatmung).

Fürsorgerische Unterbringung (FU): Als fürsorgerische Unterbringung gilt die Unterbringung einer Person gegen deren Willen in eine zur Behandlung oder Betreuung geeignete Einrichtung gemäss Art. 426 ff Zivilgesetzbuch (ZGB).

Zurückbehaltung: Als Zurückbehaltung gelten Massnahmen, die dazu dienen, freiwillig eingetretene Patientinnen und Patienten im Spital zurückzubehalten gemäss Art. 427 ZGB.

Informeller Zwang: Als informeller Zwang gelten alle Interaktionen mit Patientinnen und Patienten, die diese unter Druck setzen oder manipulieren, um eine Einwilligung oder Duldung einer medizinischen Massnahme zu erreichen (z.B. psychischer Druck, Anreize, Drohen, Täuschen).³

4 Rechtliche Grundlagen⁴

Zwangsmassnahmen in der Medizin sind nicht nur im ärztlichen und pflegerischen Alltag, sondern auch in rechtlicher Hinsicht ein kontrovers diskutiertes Thema. Zunächst ist festzuhalten, dass der Begriff Zwang rechtlich enger gefasst ist als in dieser Richtlinie. *Als Zwangsmassnahme gilt rechtlich jede Massnahme, die gegen den Willen der Patientin oder des Patienten durchgeführt wird.* Zentral für die rechtliche Regelung von Zwangsmassnahmen ist das Schweizerische Zivilgesetzbuch (ZGB), insbesondere die Bestimmungen zum Erwachsenenschutz. Regelungen zu Zwangsmassnahmen existieren nur im Zusammenhang mit den Gesetzesartikeln betreffend der Fürsorgerischen Unterbringung (FU). Ausserhalb dieser Regelungen zur FU gibt es im ZGB keine Grundlagen für die Durchführung von Zwangsmassnahmen am USB.

Massnahmen, die dem vorausverfügtten oder mutmasslichen Willen einer urteilsunfähigen Patientin entsprechen (z.B. festgehalten in einer Patientenverfügung oder mitgeteilt durch eine vertretungsrechtliche Person), gelten rechtlich nicht als Zwang, auch wenn sie gegen Widerstand durchgeführt

³ Vgl. Jäger, Matthias (2017): Informeller Zwang in der therapeutischen Beziehung. In: Praxis 106 (2), S. 91–96. DOI: 10.1024/1661-8157/a002585.

⁴ Für Fallbeispiele mit rechtlichem und ethischem Kommentar siehe Anhang A.

Zwangsmassnahmen am USB

werden (z.B. mittels Fixierung oder Sedation). Rechtlich gelten für solche Massnahmen die Bestimmungen für urteilsunfähige Patientinnen und Patienten, wie sie im Erwachsenenschutzrecht vorgesehen sind (Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung, Vertretungsrechte, dringliche Fälle). Dennoch sind auch bei solchen Massnahmen gegen den Widerstand von Patientinnen und Patienten die besonderen ethischen Sorgfaltspflichten zu beachten (siehe 5. Ethische Grundsätze).

Fürsorgerische Unterbringung gemäss Art. 426-439 ZGB

Voraussetzungen der zwangsweisen Unterbringung (Art. 426)

Eine FU ist in drei Fällen möglich: bei Personen mit einer psychischen Störung, bei Personen mit einer geistigen Behinderung oder bei schwer verwahrlosten Personen sowie immer nur dann, wenn die notwendige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann. Auch am USB können Patientinnen und Patienten fürsorgerisch untergebracht und im Rahmen der FU behandelt werden.⁵

Zurückbehaltung (Art. 427)

Eine Zurückbehaltung im Spital ist nur bei Patientinnen und Patienten mit einer *psychischen* Störung möglich, wenn sie freiwillig eingetreten sind und die ärztliche Leitung dies anordnet. Voraussetzung ist zudem, dass die Patientinnen und Patienten sich selbst «an Leib und Leben» oder das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährden. Liegt innerhalb von drei Tagen kein FU-Entscheid vor, muss die Patientin bzw. der Patient entlassen werden.

Medizinische Massnahmen unter FU (Art. 433/434/435)

Die Behandlung der *psychischen* Störung erfolgt nach einem schriftlichen Behandlungsplan. Die Patientin bzw. der Patient und die Vertrauensperson werden einbezogen. Der Behandlungsplan wird der Patientin oder dem Patienten zur Zustimmung unterbreitet. Bei urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten ist eine Patientenverfügung (PV) zu berücksichtigen – sie ist aber nicht verbindlich, wie bei somatischen Erkrankungen.

Stimmt die Patientin oder der Patient dem Behandlungsplan nicht zu, kann die Chefarztin oder der Chefarzt der Abteilung die Behandlung anordnen (Zwangsbearbeitung), wenn erstens die Patientin oder der Patient sich selbst oder Dritte ernsthaft zu gefährden droht, zweitens die Patientin oder der Patient in Bezug auf die Behandlungsbedürftigkeit nicht urteilsfähig ist und drittens keine andere, weniger einschneidende Massnahme zur Verfügung steht. Die Zwangsmassnahme muss verfügt werden (mit der Aufklärung über die Rekursmöglichkeit). In Notfallsituationen können die notwendigen medizinischen Massnahmen sofort ergriffen werden, wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind.

Somatische Erkrankungen

Die Behandlung einer psychischen Störung unter FU ist durch Art. 434 ZGB abschliessend geregelt. Wenn während eines Spitalaufenthalts nicht eine psychische, sondern eine *somatische* Erkrankung behandelt wird, sind die oben dargestellten Regelungen des ZGB nicht anwendbar. Es gibt keine «somatische» FU respektive Zwangsbearbeitung im Rahmen einer FU. In der medizinischen Routine kommt es jedoch bei der Behandlung somatischer Patientinnen und Patienten nicht selten vor, dass eine (akut) erforderliche Behandlung von der betroffenen Person abgelehnt wird. Handelt es sich um eine urteilsfähige Person, so ist ihr Wille zu respektieren und sie hat die Folgen ihrer Entscheidung eigenverantwortlich zu tragen. Bei urteilsunfähigen Patienten sind mangels vergleichbarer einschlägiger Regelungen ausserhalb des psychischen Bereichs bei der Behandlung somatischer Erkrankungen die Grundsätze der Sorgfalt und der Respektierung des mutmasslichen Willens zu befolgen. Da

⁵ Vgl. hierzu den MedStandard «Fürsorgerische Unterbringung (FU)».

Zwangsmassnahmen am USB

diese Massnahmen nicht gegen den Willen der Person erfolgen (sondern eben gemäss ihrem mutmasslichen Willen und ihren Interessen), kommen die Vertretungsregelungen nach Art. 377ff. ZGB sowie gegebenenfalls die Regelung dringlicher Fälle nach Art. 379 ZGB zur Anwendung.

Aufenthalt in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung, Art. 383 ZGB

Die gesetzlichen Regelungen über die Einschränkungen der Bewegungsfreiheit der urteilsunfähigen Person in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung sind im Rahmen einer FU analog anwendbar. Eine analoge Anwendung im Akutspital ist nicht vorgesehen.

Beurteilung der Urteilsfähigkeit

Bestehen begründete Zweifel an der Urteilsfähigkeit einer Patientin oder eines Patienten können im medizinischen Bereich tätige Fachpersonen mit der Evaluation der Urteilsfähigkeit konfrontiert sein.⁶ Da die Urteilsfähigkeit immer im Hinblick auf die Einwilligung oder Ablehnung für eine konkret vorzunehmende Massnahme relevant ist, ist bei ärztlichen Entscheidungen derjenige der behandelnden Ärztinnen und Ärzte für die Beurteilung als zuständig anzusehen, der die Einwilligung des Patienten für diese Massnahme einholt. Ein psychiatrisches Konsil ist grundsätzlich nicht erforderlich, jedoch hilfreich, sofern die Beurteilung die eigenen Kompetenzen übersteigt.

5 Ethische Grundsätze

Respekt vor der Autonomie

Der Grundsatz, dass Patientinnen und Patienten selbst über ihre medizinische Behandlung entscheiden, ist moralisch und rechtlich von zentraler Bedeutung. Zwangsmassnahmen verletzen diesen Grundsatz und sind daher nur in Ausnahmefällen zu rechtfertigen. Dies kann insbesondere bei urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen der Fall sein, die sich selbst oder andere ernsthaft gefährden. Bei Zwangsmassnahmen sind die Präferenzen der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Methode und die Art der Durchführung so weit wie möglich zu berücksichtigen.

Wohltun und Schutz Dritter

Gesundheitsfachpersonen sind verpflichtet, den Gesundheitszustand zu verbessern oder zu erhalten, Schmerzen und Leiden zu lindern sowie Prävention und Gesundheitsförderung zu betreiben. Hinzu kommt, dass Mitpatientinnen und Mitpatienten, Besuchende und Gesundheitsfachpersonen vor physischer und psychischer Gefährdung zu schützen sind. Zwangsmassnahmen können nur dann Aufgabe von Gesundheitsfachpersonen sein, wenn sie diesen Zielen dienen. Gegebenenfalls kann auch der Schutz von Drittpersonen ausserhalb des USB zu den Aufgaben der Mitarbeitenden gehören.

Nichtschaden

Zwangsmassnahmen setzen die Betroffenen dem Risiko somatischer Komplikationen und psychischer Folgeschäden aus. Diese Risiken sind so gering wie möglich zu halten. Zwangsmassnahmen sollten deshalb nur durch ausgebildete Fachpersonen durchgeführt werden. Entsprechende Schulungen sollen angeboten und durch das USB unterstützt werden. Die Betroffenen müssen während der

⁶ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2019): Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis. Bern. URL: https://www.samw.ch/dam/jcr:f280a76e-f5d9-4a83-b80d-5debe56507ae/richtlinien_samw_urteilsfaehigkeit.pdf (Zugriff am 16.1.2024)

Zwangsmassnahmen am USB

Massnahme medizinisch überwacht werden, damit Komplikationen vermieden, frühzeitig erkannt und behandelt werden können.

Gerechtigkeit und Transparenz

Herkunft, Ethnie, Geschlecht, Alter, Sprache, soziale Stellung, Lebensform, politische Überzeugung oder Behinderung von Patientinnen und Patienten können keine Zwangsmassnahmen rechtfertigen. Zwangsmassnahmen sollen nur aufgrund der Schutzbedürftigkeit der Patientinnen und Patienten oder des Umfelds erfolgen. Kosten, Personalknappheit oder Arbeitsbelastung des Personals sollen den Entscheid über Zwangsmassnahmen nicht beeinflussen (z.B. Fixierung statt 1:1-Betreuung aus Kostengründen).

Verfahrensgerechtigkeit erfordert ein transparentes und überprüfbares Vorgehen bei der Entscheidung, Durchführung und Nachbereitung der Massnahme (z.B. systematische Dokumentation, Nachbesprechung mit Patientinnen und Patienten, Recht auf Akteneinsicht).

Achtung der Würde

Die Würde des Menschen ist auch bei Zwangsmassnahmen zu achten. Dazu gehören ein respektvoller und therapeutischer Umgang (z.B. Beziehung zu den Betroffenen aufrechterhalten und laufend über das Vorgehen informieren), der Schutz der Privatsphäre (z.B. Sichtschutz in Mehrbettzimmern) und eine Nachbesprechung der Massnahmen.

Verhältnismässigkeit und Subsidiarität

Zwangsmassnahmen müssen verhältnismässig sein, d.h. geeignet, erforderlich und mit einer positiven Nutzen-Schaden-Bilanz. Diese Voraussetzungen sind für jede Patientin und jeden Patienten individuell zu prüfen. Es ist jeweils das mildeste Mittel anzuwenden, das geeignet ist, um das angestrebte Ziel zu erreichen (Subsidiarität). Beispielsweise dürfen Zwangsmassnahmen nur so lange wie unbedingt nötig angewandt werden oder die Entlassungsfähigkeit der betroffenen Person ist vor der Zwangsmassnahme zu prüfen.

Gesundheitsfachpersonen haben die Pflicht zur Prävention von Zuständen, welche Zwangsmassnahmen nötig machen könnten (z.B. Prävention durch Vorausplanung, deeskalierende Kommunikation, Delirprävention).

6 Prävention

Um den Einsatz von Zwangsmassnahmen zu minimieren, müssen alle Möglichkeiten der Prävention ausgeschöpft werden. Dabei kann die Früherkennung von problematischen Situationen und Verhaltensweisen hilfreich sein. Mögliche Situationen, die typischerweise Fragen nach Zwangsmassnahmen aufwerfen können, wie z.B. Abwehrverhalten und Stresssituationen, die wiederum zur Anwendung von Zwangsmassnahmen führen, sollen frühzeitig wahrgenommen und nach Möglichkeit verhindert werden. Dazu können Check-Listen mit Präventionsmassnahmen verwendet werden (s. Anhang B).

7 Entscheidungsfindung

Entscheidungen darüber, ob Zwangsmassnahmen medizinisch, ethisch und rechtlich gerechtfertigt sind oder nicht, sind komplex und bedürfen immer einer sorgfältigen und systematischen Prüfung im Einzelfall. Anzustreben sind Entscheidungen im interprofessionellen Team, wobei bei hoher Dringlichkeit eine Entscheidung durch eine einzelne Fachperson mit anschliessender Besprechung im Team

Zwangsmassnahmen am USB

möglich ist. Bei nicht dringlichen Entscheidungen sind vertretungsberechtigte Personen angemessen einzubeziehen.

Eine Zwangsmassnahme darf grundsätzlich nur auf Anordnung einer Ärztin oder eines Arztes (ab Assistenzarzt-Stufe) durchgeführt werden. In Notfallsituationen kann das nichtärztliche Fachpersonal die notwendigen Zwangsmassnahmen durchführen und so schnell wie möglich den ärztlichen Dienst informieren, der die Verordnung so schnell wie möglich, spätestens aber nach 12 Stunden, nachholt. Die Anordnung einer Zwangsmassnahme ist mindestens alle 24 Stunden durch die zuständige Oberärztin zu überprüfen und gegebenenfalls neu anzuordnen.

Bei der Entscheidungsfindung sind folgende Kriterien zu prüfen:

Zweckmässigkeit	Was soll bei der Patient*in mit der ZM erreicht werden? <ul style="list-style-type: none"> - Abwenden der Gefahr eines ernsthaften gesundheitlichen Schadens (z.B. Sturz, Entfernen von therapeutischen Zugängen, Drainagen oder Materialien, Suizidgefahr) - Abwenden der Gefahr eines ernsthaften gesundheitlichen Schadens für Drittpersonen am USB oder ausserhalb des USB (z.B. Körperverletzung, Infizierung) - Abwenden der Gefahr einer schwerwiegenden Störung des Zusammenlebens am USB (z.B. anhaltende Aggression, nächtliches Schreien, öffentliches Defäkieren)
Eignung	Ist die ZM geeignet, um den Zweck zu erreichen?
Erforderlichkeit	Ist die ZM zwingend erforderlich, um den Zweck zu erreichen? <ul style="list-style-type: none"> - Gibt es keine mildere geeignete ZM? - Wurden alle Alternativen geprüft und/oder ausgeschöpft?
Verhältnismässigkeit	Überwiegt der Nutzen der ZM den Schaden, der durch sie entsteht? Trägt die ZM dazu bei, ein sinnvolles Therapieziel zu erreichen? Kann die ZM sofort beendet werden, wenn sie nicht mehr erforderlich ist?
Patientenwille	Wurde die Patient*in über alle Optionen und Massnahmen hinreichend aufgeklärt? Ist die Patient*in urteilsunfähig hinsichtlich der medizinischen Behandlung? Werden Patientenverfügung und / oder Stellvertreter*in bei urteilsunfähigen Patient*innen angemessen berücksichtigt? Werden die Patientenpräferenzen so weit wie möglich berücksichtigt?
Recht	Sind die rechtlichen Voraussetzungen für eine ZM erfüllt? <ul style="list-style-type: none"> - Liegt trotz Ablehnung oder Widerstand der urteilsunfähigen Patient*in ein vorausverfügter oder mutmasslicher Wille gemäss Art. 370-372 und 377-379 ZGB vor? - Sind die Kriterien für eine fürsorgerische Unterbringung oder eine Zurückbehaltung nach Art. 426 und 427 ZGB erfüllt? - Sind die Kriterien für die Behandlung einer psychischen Erkrankung ohne Zustimmung der betroffenen Person nach Art. 434 ZGB erfüllt?
Umfeld	Besteht ein geeignetes Umfeld für eine Durchführung der ZM unter Achtung der Person und Sicherheit von Patient*innen sowie der Mitarbeitenden? <ul style="list-style-type: none"> - Personalressourcen - Kompetenzen - Räumlichkeiten
Interprofessionalität	Wird die Entscheidung vom interprofessionellen Team mitgetragen? Ist die Verantwortlichkeit hinsichtlich Anordnung und Durchführung der ZM im Team klar?

Zwangsmassnahmen am USB

Bei der Entscheidung für eine Zwangsmassnahme ist der *MedStandard Zwangsmassnahmen* zu beachten (siehe Abbildung 1). Bei ethisch schwierigen Entscheidungen kann es hilfreich sein, sich an die Abteilung Klinische Ethik (84488) zu wenden.

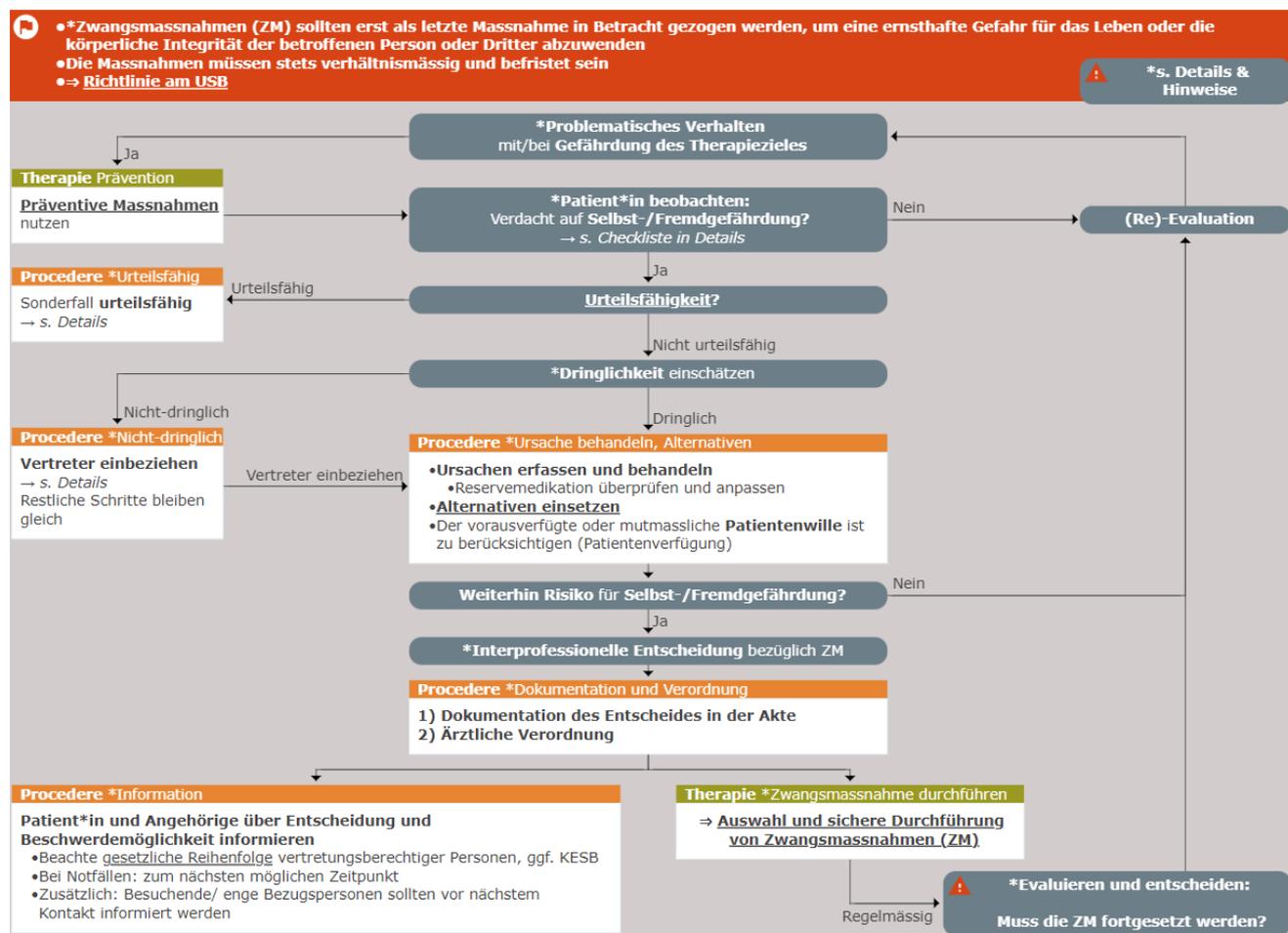


Abbildung 1: MedStandard Zwangsmassnahmen

8 Behandlungsablauf

Der Anwendung einer Zwangsmassnahme geht immer eine Einzelfallentscheidung voraus. Zwangsmassnahmen sind sachgerecht und möglichst schonend durchzuführen. Patientinnen und Patienten mit Zwangsmassnahmen sind je nach der Schwere des Eingriffs laufend zu überwachen.

Zwangsmassnahmen sind durch die anordnende Ärztin oder den anordnenden Arzt mit dem dafür vorgesehenen Formular im Patientendokumentationssystem zu dokumentieren (Delegation möglich). Klingelmatten oder Bettgitter sind nicht gesondert dokumentationspflichtig.

Nach einer Zwangsmassnahme bietet die anordnende Ärztin oder der anordnende Arzt dem Behandlungsteam und der Patientin oder dem Patienten eine Nachbesprechung an (Delegation möglich).

Bei der Durchführung einer freiheitseinschränkende Massnahme ist der *MedStandard Ablauf Freiheitseinschränkende Massnahme* (siehe Abbildung 2), bei einer Zwangsmassmedikation der *MedStandard Ablauf Zwangsmassmedikation* zu beachten (siehe Abbildung 3).

Zwangsmassnahmen am USB

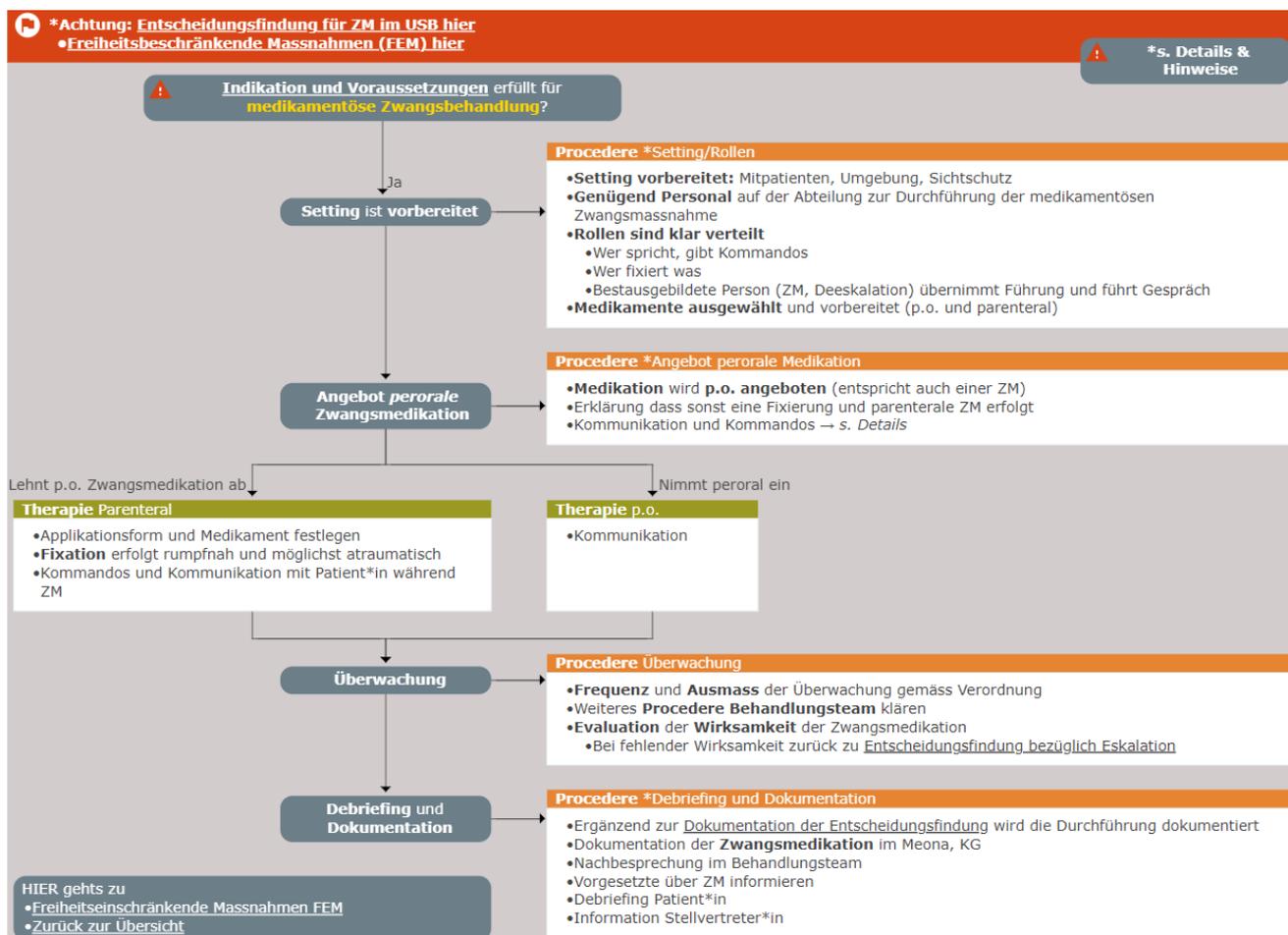


Abbildung 2: MedStandard Ablauf Freiheitseinschränkende Massnahmen

Zwangsmassnahmen am USB

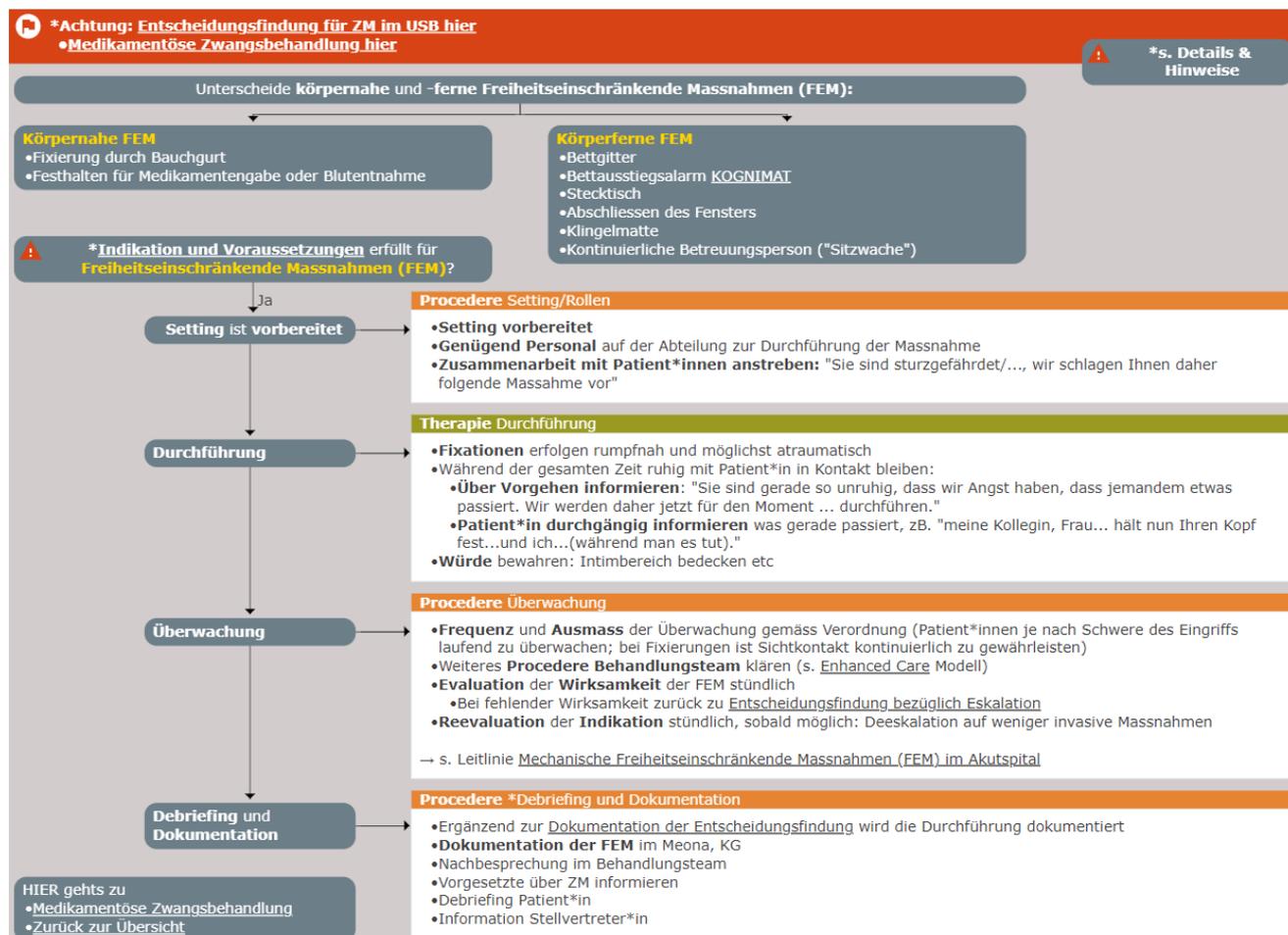


Abbildung 3: MedStandard Ablauf Zwangsmedikation

Die Durchführung einer FU ist im MedStandard Fürsorgerische Unterbringung geregelt (URL: <https://medstandards.com/view/standard/5660>).

9 Kommunikations- und Informationsprozesse sowie Revision

Alle Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonal des USB werden über die neue Richtlinie informiert. Verantwortlich für die Information sind die Departementsleitungen, die Klinikleitungen und die ärztlichen und pflegerischen Abteilungsleitungen.

Auf Wunsch können den Abteilungen Schulungen angeboten werden. Diese werden von der Abteilung Klinische Ethik durchgeführt.

Die unternehmensweite Information und externe Kommunikation erfolgt durch die Abteilung Marketing und Kommunikation.

Die Revision der Richtlinie und der dazu entwickelten MedStandards erfolgt unter Aufsicht und in Absprache mit der Abteilung Klinische Ethik.

Zwangsmassnahmen am USB

10 Impressum

Mitglieder der Arbeitsgruppe Zwangsmassnahmen (alphabetische Reihenfolge):

Dr. Sandra Eckstein, Leiterin Palliative Care

Florian Grossmann, Departementsfachleitung Pflege/MTT DAKU

Niklaus Gygli, Pflegeexperte Chirurgie 6.2

Anja Hermann, stv. CNO

Angelika Lehmann, Klinikleitung Pflege Intensivstation

Dr. Jürg Müller, Leiter Rechtsdienst

Dr. Christiane Rosin, Oberärztin Psychosomatik / Notfallzentrum

Dr. Jan Schürmann, Abteilung Klinische Ethik (AG-Koordination)

Kevin Seiler, Programmleiter Delirmanagement

Dr. Avram Tolev, Oberarzt Psychosomatik

Dr. Anna Westermair, Abteilung Klinische Ethik

Dr. Charlotte Wetterauer, stv. Leiterin Abteilung Klinische Ethik

Doris Würmli, Pflegeexpertin Chirurgie 3.1

11 Inkrafttreten

Die Richtlinie wurde von der Spitalleitung am 22.04.2024 verabschiedet. Sie tritt per 01.06.2024 in Kraft.

Dr. Werner Kübler

Semya Ayoubi

Spitaldirektor

Generalsekretärin

Anhang

A. Fallbeispiele mit ethischem und rechtlichem Kommentar

Fall 1: Patientin mit Anorexia nervosa

Eine 19-jährige Jugendliche kommt mit einem BMI von 12,4 kg/m² («extremes» Untergewicht nach DSM-5) in die Notaufnahme. In den letzten Wochen ist sie mehrmals ohnmächtig geworden, einmal beim Fahrradfahren. Sie befindet sich wegen Anorexia nervosa in ambulanter Behandlung, hat aber in den letzten Monaten weiter abgenommen. Sie berichtet, dass ihr oft kalt ist und sie Konzentrations-schwierigkeiten hat, glaubt aber nicht, dass diese Symptome mit ihrem Gewicht zusammenhängen. Sie ist jedoch damit einverstanden, in der Inneren Medizin aufgenommen zu werden und berichtet, dass sie motiviert sei, zu essen. Dies fällt ihr jedoch sehr schwer. Es gelingt ihr nur zwischen 3 und 5 Uhr morgens zu essen, nachdem sie sich mehrere Stunden mit Körperpflege beschäftigt hat und während sie sich einen bestimmten Kinderfilm ansieht. Ausserdem akzeptiert sie nur abgepackte Lebensmittel, auf denen der Kaloriengehalt angegeben ist (das heisst, sie lehnt alle Speisen aus der Spitalküche ab, da diese auf Tellern serviert werden). Über mehrere Tage hinweg versucht das klinische Team, ihr zu helfen, ihre orale Kalorienaufnahme zu erhöhen, was nicht gelingt. Einmal läuft sie weg und berichtet, sie habe die Absicht gehabt, vom Balkon zu springen. Auslöser für diesen Vorfall war ein Missverständnis mit der Pflegeexpertin über ihren Zugang zu abgepackter Nahrung.

Sie verliert weiter an Gewicht. Ihre Leberenzyme sind hoch und steigen weiter an. Da keine andere Ursache festgestellt werden kann, ist dies höchstwahrscheinlich auf Starvation zurückzuführen - ein Prozess namens Autophagie, bei dem der Körper lebenswichtige Organe wie die Leber abbaut, um sich am Leben zu halten. Ausserdem zeigen die Blutgasanalysen eine zunehmende respiratorische Insuffizienz, die höchstwahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass die Atemmuskulatur zu schwach ist, um das Blut ausreichend mit Sauerstoff zu versorgen. Eines Morgens beginnt die Patientin, schwere neurokognitive Defizite zu zeigen; sie kann Informationen nicht länger als fünf Minuten behalten, braucht mehr als fünf Sekunden, um einfache Fragen zu beantworten, hat keine Einsicht mehr in ihr Untergewicht. Das klinische Team schätzt sie als unmittelbar gefährdet ein, am Hungertod zu sterben. Sie verweigert die künstliche Ernährung über eine nasogastrale Sonde und verspricht wiederholt zu essen.

Kommentar:

Aus rechtlicher Sicht ist für die Frage, ob die Patientin gegen ihren Willen ernährt werden darf, die Urteilsfähigkeit der Patientin zentral. Ist sie urteilsfähig, ist ihr aktuell geäussertes Wille verbindlich und zu respektieren. Allenfalls kommt eine Zurückbehaltung oder eine fürsorgliche Unterbringung in Frage, die für sich allein aber keine Zwangsbehandlung rechtfertigen.

Ist die Patientin nicht urteilsfähig, wie es die Schilderung nahelegt, ist die Frage nach dem vorausverfügteten oder mutmasslichen Willen zu klären. Liegt eine gültige Patientenverfügung vor, oder gibt es klare Hinweise, dass die Patientin im Zustand der Urteilsfähigkeit in die lebensrettende Behandlung eingewilligt oder sie abgelehnt hätte? Wenn ja, hat sich die Behandlung nach der Patientenverfügung oder dem mutmasslichen Willen zu richten. Liegen keine Patientenverfügung und keine Anhaltspunkte für einen mutmasslichen Willen vor, hat sich die Behandlung am objektiven Wohl der Patientin zu orientieren (in dringlichen Fällen gemäss Art. 379 ZGB). Das objektive Interesse orientiert sich an der medizinischen Indikation, im Zweifelsfall an der Lebenserhaltung, sofern damit kein unverhältnismässiger Schaden verbunden ist. Eine intensivmedizinische Behandlung zur Verhinderung des Verhungerns wäre in diesem Fall ethisch angemessen. Die vertretungsberechtigte Person wäre so bald wie möglich in die weitere Behandlung miteinzubeziehen.

Zwangsmassnahmen am USB

Kommen Massnahmen gegen den Widerstand der urteilsunfähigen Patientin, nicht aber gegen ihren vorausverfügten oder mutmasslichen Willen oder ihr objektives Interesse in Betracht, so handelt es sich rechtlich nicht um Zwang. Die ethischen Standards dieser Richtlinie müssen jedoch eingehalten werden.

Fall 2: Suizidale Patientin

Eine 25-jährige Frau wird via Sanität bei St. n. Suizidversuch mittels Strangulation ins USB gebracht. Nach dem Aufenthalt auf der Intensivstation wird die Patientin auf die Normalstation verlegt. Hier lehnt die Patientin die weitere medizinische Behandlung, inklusive der Antibiotika-Gabe zur Behandlung einer Sepsis und eine Sauerstofftherapie bei einer Aspirationspneumonie aufgrund ihres persistierenden Sterbewunsches ab. Die Patientin möchte sofort entlassen werden.

Kommentar:

Auch hier stellt sich zunächst die Frage nach der Urteilsfähigkeit der Patientin, die sorgfältig zu prüfen ist. Ist die Patientin urteilsfähig, so ist ihr aktuell geäussertes Wille verbindlich und zu respektieren. Sollte sich herausstellen, dass die Patientin urteilsunfähig ist, würde sich die Behandlung nach ihrem mutmasslichen Willen und ihren Interessen richten. Dabei ist auch – soweit möglich – die urteilsunfähige Patientin nach Art 377 Abs. 3 ZGB in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Sofern kein mutmasslicher Wille eruiert werden kann, müsste man sich im Rahmen des medizinisch Indizierten am objektiven Interesse orientieren, im Zweifelsfall an der Lebenserhaltung. Falls der Verdacht besteht, dass die Patientin bei einer Entlassung einen erneuten Suizidversuch unternehmen würde, wäre entsprechend eine Zurückbehaltung und/oder eine fürsorgliche Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung (gemäss Art. 426ff. ZGB) zu veranlassen.

Fall 3: Patient, der das Gemeinschaftsleben stört

Ein 67-jähriger Patient wird aufgrund von epileptischen Anfällen stationär aufgenommen. In der Nacht wird der Patient vom Nachtdienst in grosser Unruhe vorgefunden. Er hätte genug von dieser Behandlung und spiele die Spielchen nicht mehr mit. Deeskalationsversuche seitens einer Pflegefachkraft und einer Ärztin bleiben erfolglos. Die angebotene Medikation lehnt der Patient ab, und er wird zunehmend laut und beleidigend. Er versucht, auf das Bett des Zimmernachbarn zu klettern, und als er von den Behandelnden darin gehindert wird, flüchtet er schreiend aus dem Zimmer. Auf dem Flur stehen verunsicherte Mitpatienten und fragen, was los sei. Als der Sicherheitsdienst eintrifft, setzt sich der Patient in eine Ecke und stuhlt dabei ein. Verbal scheint der weiterhin schreiende Patient nicht mehr zugänglich zu sein.

Kommentar:

Die Situationsbeschreibung legt nahe, dass der Patient in dieser Situation bezüglich der Behandlung seines akuten Zustandes nicht urteilsfähig ist. Entsprechend ist nach dem mutmasslichen Willen des Patienten zu handeln. Da der Patient oder sein gesetzlicher Vertreter ursprünglich in die Spitalbehandlung eingewilligt hat, ist davon auszugehen, dass er eine erfolgreiche Behandlung seiner Erkrankung wünscht. Dies setzt voraus, dass er sich auf das Behandlungssetting einlässt, sich selbst nicht gefährdet und das Zusammenleben auf der Abteilung nicht stört. Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall nicht gegeben. Da deeskalierende und alternative Massnahmen erfolglos geblieben sind, erscheint es daher gerechtfertigt, die Bewegungsfreiheit des Patienten auch gegen seinen Widerstand einzuschränken (in dringlichen Fällen gemäss Art. 379 ZGB). Welche Massnahme dazu erforderlich und verhältnismässig ist, wäre im konkreten Fall abzuklären. Die vertretungsberechtigte Person ist so früh wie möglich in die weitere Behandlung einzubeziehen.

Zwangsmassnahmen am USB

Da zwar gegen den Widerstand des Patienten, nicht aber gegen den mutmasslichen Willen des Patienten gehandelt wird, ist die Massnahme rechtlich nicht als Zwangsmassnahme zu qualifizieren. Die Verhältnismässigkeit und die weiteren ethischen Standards dieser Richtlinie müssen jedoch gewahrt bleiben.

Fall 4: Patient mit Delir auf der Chirurgie

Ein 81-jähriger Patient ist zu Hause gestürzt und hat sich eine Rippenserienfraktur zugezogen. Mittels Sanität kommt der Patient ins USB auf den Notfall. Die Fraktur wird chirurgisch stabilisiert, und der Patient kommt vom Aufwachraum zur weiteren Behandlung auf die Bettenstation.

Nach der Operation präsentiert sich der Patient schläfrig, ist aber jederzeit weckbar und kooperativ. Der Patient möchte in Ruhe gelassen werden und nur schlafen. Gegen 20 Uhr wird der Patient vermehrt motorisch unruhig. Er manipuliert am Blasenkatheter und dem venösen Zugang. Auf Nachfrage äussert der Patient keine Schmerzen, Urin- oder Stuhldrang. Der Patient weiss, dass er im USB ist und eine Operation hatte.

Gegen 21 Uhr, als die Pflegefachperson Medikamente abgeben möchte, steht der Patient plötzlich neben dem Bett und wirkt desorientiert. Der Patient wird aufgefordert, nicht allein aufzustehen und sich bei Bedarf zu melden. Die Bettgitter werden vorsichtshalber hochgeschoben und zur Sicherheit ein Türspalt des Patientenzimmers offengelassen.

Eine halbe Stunde später klingelt der Zimmernachbar und die Pflegefachperson findet den Patienten erneut stehend neben dem Bett. Den venösen Zugang hat sich der Patient bereits entfernt und durch den Zug am Dauerkatheter ist der Urin blutig. Der Patient erklärt, er müsse jetzt nach Hause gehen. Nach einem Gespräch mit der Pflegefachperson beruhigt sich der Patient, legt sich wieder ins Bett und schläft ein. Kurz danach ist ein lautes Rufen aus dem Zimmer zu hören. Der Patient liegt nackt und eingekleimt zwischen den Bettgittern und ruft nach seiner Frau. Der Patient wehrt Hilfe ab, wird verbal aggressiv und schlägt mit den Händen gegen die Pflegefachperson.

Kommentar:

Der Patient ist in Bezug auf seine Behandlung gegenwärtig nicht urteilsfähig. Daher ist nach dem mutmasslichen Willen und dem objektiven Interesse des Patienten zu handeln. Da der Patient bzw. sein Stellvertreter initial in die Operation eingewilligt hat, ist davon auszugehen, dass er möglichst gesund werden möchte. Sein selbst- und fremdgefährdendes Verhalten steht diesem Ziel diametral entgegen. Deeskalationsstrategien und mildere Mittel sind erfolglos geblieben. Dementsprechend erscheint eine medikamentöse Behandlung des Delirs auch gegen den Widerstand des Patienten ethisch gerechtfertigt (in dringlichen Fällen gemäss Art. 379 ZGB). Die vertretungsberechtigte Person ist möglichst frühzeitig in die weitere Behandlung einzubeziehen.

Da es sich um Massnahmen gegen den Widerstand und nicht gegen den mutmasslichen Patientenwillen handelt, sind diese wiederum nicht als Zwang im rechtlichen Sinne zu verstehen. Die Verhältnismässigkeit und die weiteren ethischen Standards dieser Richtlinie müssen jedoch gewahrt bleiben.

Zwangsmassnahmen am USB

B. Checkliste zur Prävention von Zwangsmassnahmen

Generelle Präventionsmassnahmen	
<ul style="list-style-type: none"> - Anamnese, insbesondere Sozialanamnese erheben und kennen - Grundbedürfnisse befriedigen (Durst, Hunger, Bewegung, Schlaf, Ausscheidung, Linderung von Schmerzen und Angst) - Personenzentrierte Versorgung (z.B. Flexibilität bei Routineabläufen ermöglichen, Vorschriften angepasst umsetzen, Ruhepausen einplanen, empathisch sein) - Partnerschaftliche Orientierung (transparent sein, Absprachen einhalten, Shared Decision Making, Informationen zeitnah weitergeben etc.) - Ruhige, stressfreie Atmosphäre schaffen (z.B. Unterbrechung der Nachtruhe für ärztliche und pflegerische Massnahmen auf ein Minimum beschränken, häufige Umgebungswechsel vermeiden, ruhige und unruhige Patienten nicht im gleichen Zimmer unterbringen, enge Zimmerverhältnisse vermeiden) - Prädiktoren für Aggressivität erkennen und deeskalieren (z.B. Patient*innen nicht korrigieren oder Aussagen in Frage stellen, Gefühle stellvertretend in Worte fassen, eigenes Handeln und Auftreten hinsichtlich Wortwahl und Nähe/Distanz reflektieren) - Angehörige und Besuchende aktiv über Wartezeiten und weiteres Vorgehen informieren - Fallbesprechungen im interprofessionellen Team durchführen - Qualifiziertes und ausreichendes Personal einsetzen - Patient*innen bzw. stellvertretende Personen vor Eingriffen, die typischerweise zu Bewusstseinsstörungen führen können (z.B. Delir nach grossen Operationen), explizit informieren und Einwilligung zu gegebenenfalls notwendigen Massnahmen einholen - Schulung des Personals in gewaltfreier Kommunikation, Deeskalationstraining und bestehenden Standards 	
Patientenbezogene Präventionsmassnahmen	
Unterstützung bei	Präventionsmassnahme
Angeordneter Bewegungseinschränkung	z.B. Ergotherapie/Physiotherapie involvieren, Beschäftigung anbieten, Bettruhe möglichst vermeiden, Einschränkung mindestens alle 24 Stunden reevaluieren
Unruhe	Ursache finden und beheben Grundbedürfnisse befriedigen (s. oben) Delirprävention durchführen (s. unten) Vgl. MedStandard Erregungszustände
Kommunikationsbarrieren z.B. Sprachbarriere, eingeschränkter Visus, Schwerhörigkeit, geistige Behinderung, Autismus, ADHS, Persönlichkeitsstörung	Pflegerische Unterstützung/Massnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Hilfsmittel einsetzen (Brille, Hörgeräte, Uhr etc.) • Kommunikationswege eröffnen, Medien bereitstellen • Dolmetscher*in einsetzen, adressatenadäquate Sprache Psychosomatik, psychiatrischer Konsildienst, Seelsorge, Freiwilligendienst und/oder Angehörige einbeziehen
Familiären Spannungen, bevorstehenden Veränderungen z.B. vorgesehener Heimeintritt	Gesprächsbereitschaft signalisieren, Sozialdienst und ggf. Psychosomatik oder Seelsorge hinzuziehen
Ungelösten/bestehenden häuslichen Verpflichtungen (zu pflegende Angehörige, Haustiere)	Kontakt zu Personen aus dem Umfeld herstellen, Sozialdienst hinzuziehen
Neurokognitiven Einschränkungen z.B. Delir, Demenz	Delirprävention durchführen (vgl. MedStandard Delir ; Delirkonzept) <ul style="list-style-type: none"> - Schmerzen vermeiden (Schmerzreserve verabreichen) - Mobilisation fördern (möglichst früh und oft) - Sauerstoffversorgung verbessern - Stress reduzieren (kontinuierliche Bezugsperson, ruhiges Vorgehen, nicht überfordern etc.) - Wahrnehmung fördern (Brille, Hörgeräte, Uhr etc.) - Kommunikation fördern/anpassen - Ausscheidung unterstützen (Urin, Stuhlgang) - Ernährung und Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushalt normalisieren (Zahnprothese, Trinknahrung, Bilanz, etc.) - Nosokomiale Infektionen vermeiden

Zwangsmassnahmen am USB

	<ul style="list-style-type: none"> - Umgebungsgestaltung verbessern (Licht, Lärm, Vertrautes) - Schlafqualität verbessern (z.B. Rituale anbieten) - Angehörige miteinbeziehen - Pflegerischer Delir-Konsildienst und/oder akutgeriatrischer Konsildienst hinzuziehen - Unruhereserve abklären (so viel wie nötig, so wenig wie möglich) - Minimierung von Polypharmazie sowie von apparativ-technischen Untersuchungen und Massnahmen
Metabolischen Störungen mit Veränderung des Bewusstseins, z.B. Hyponatriämie, Urämie, Hyperthyreose, Hypothyreose	Ursache behandeln (z.B. Elektrolyte ausgleichen, Dialyse, Trinkrestriktion prüfen, Medikation)
Neurologische Erkrankungen, z.B. Subarachnoidalblutung, Schädel-Hirn-Trauma, neurochirurgische OP, Status nach epileptischen Anfällen, Enzephalitis, kognitive Defizite im Rahmen chronischer Erkrankungen des ZNS (Parkinson, MS etc.)	ggf. medikamentöse Symptombehandlung, neurologische Überwachung, Bezugspersonen involvieren, Urteilsfähigkeit überprüfen
Intoxikationen und Substanzgebrauch, z.B. akute Intoxikation durch Alkohol/Drogen	Einbezug von APN Abhängigkeitserkrankungen und psychiatrischem Konsiliardienst Bestehende Medikation weiterführen: Psychopharmaka, Benzodiazepine, Opiate nicht absetzen oder reduzieren vgl. MedStandard Opioidsubstitution ; MedStandard Alkoholentzug, Prophylaxe ; Leitlinie personenzentrierte Pflege und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Opiat-, Opioid- und Mehrfachabhängigkeit im USB
Psychiatrische Diagnosen, z.B. affektive Störung mit Depression und Manie, Erkrankungen des psychotischen Formenkreises	Nach Befinden fragen, bestehende Medikation weiterführen; Kontakt zu eigener Psycholog*in oder Psychiater*in ermöglichen; ggf. Psychiater*in hinzuziehen; Behandlungsplan bei Absprachefähigkeit erstellen; bei psychotischen Inhalten nicht validieren, nicht konfrontieren, Deeskalationsmassnahmen
Suizidalität bei nicht absprachefähigen Patient*innen	sichere Umgebung schaffen, scharfe/gefährliche Gegenstände entfernen; psychiatrisches Konsil veranlassen, vgl. MedStandard Suizidalität ; Richtlinie für Pflegefachpersonen in der Patientenversorgung: Betreuung von Patientinnen und Patienten, die Suizidgedanken äussern
Missbrauchserfahrungen, z.B. sexuell, Folter, PTBS	Zurückhaltender Körperkontakt, Präferenzen der betroffenen Person in Bezug auf das Geschlecht der Fachpersonen nach Möglichkeit berücksichtigen; ggf. Psychosomatik involvieren Vgl. MedStandard Häusliche Gewalt
Selbstgefährdung/Fremdgefährdung	Gefährliche Gegenstände entfernen, Einzelzimmer, psychiatrisches Konsil veranlassen, Personalressourcen für 1:1 Betreuung zur Verfügung stellen, bei akuter Gefährdung Sicherheitsdienst beiziehen, gewaltfreie Kommunikation und Deeskalationstechniken anwenden, keine Hektik/Stress, Erkennen von Prädiktoren für aggressives Handeln oder Gewalt wie z.B. feindseliges Verhalten, erhobene Stimme, Anspannung/Agitiertheit, Konfrontation vermeiden Vgl. Richtlinie zum Umgang mit Gewalt von Patienten und Angehörigen ; Informationsplattform kontinuierliche Betreuung