

Aus medizinethischer Sicht

Ist die fürsorgerische Unterbringung von Urteilsfähigen zulässig?

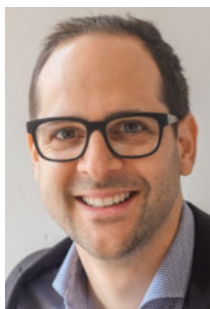
Ass.-Prof. Dr. iur. Daniel Hürlimann^a, Dr. med. Dr. phil. Manuel Trachsel^b^a Universität St. Gallen, ^b Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich

Mit dem Inkrafttreten des neuen Erwachsenenschutzrechts per 1. Januar 2013 wurde die fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) in fürsorgerische Unterbringung (FU) umbenannt. Bei der Frage, ob eine solche auch bei diesbezüglich urteilsfähigen Personen zulässig ist, gehen die juristischen und medizinethischen Meinungen jedoch auseinander.

Einführung

Nach Art. 426 Abs. 1 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) darf eine Person, die an einer psychischen Störung leidet, eine geistige Behinderung hat oder schwer verwahrlost ist, in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann. Während sowohl eine psychische Störung als auch eine geistige Behinderung oft auch die Urteilsfähigkeit beeinflussen, gilt dies nicht im gleichen Mass für die schwere Verwahrlosung.

Die Rechtslehre in der Schweiz scheint einhellig davon auszugehen, dass eine fürsorgerische Unterbringung trotz gegebener Urteilsfähigkeit zulässig ist [1–10]. Der Bundesrat hat in seinen Erläuterungen zum Erwachsenenschutzrecht festgehalten, dass Einweisungen einzig gestützt auf die schwere Verwahrlosung in der Praxis sehr selten seien, da oft gleichzeitig auch die Voraussetzung der geistigen Behinderung oder der psychischen Störung erfüllt sei [11]. Es wird auch vertreten, dass die Verwahrlosung nur angerufen werden könne, wenn sie direkte Folge einer psychischen Störung sei und deshalb keine eigenständige Bedeutung habe [12].



Manuel Trachsel



Daniel Hürlimann

Der Begriff der Verwahrlosung und dessen ethische Einordnung

Verwahrlosung (engl. «self neglect»), auch bekannt als Diogenes-Syndrom, kann unterschiedlich definiert werden. Es existiert daher kein Konsens über eine einheitliche Definition und es fehlt ein einheitliches Erklärungsmodell für ihre Entstehung [13]. Die Verwahrlosung gehört im Unterschied zur psychischen Störung und der geistigen Behinderung nicht zur medizinischen



Terminologie im engeren Sinn [14, 9]. «Eine generell akzeptierte Definition gibt es nicht. Dies führt dazu, dass die für die Anordnung einer FU zuständigen Personen eine unterschiedliche Praxis haben können» ([15], S. 13). Das Phänomen ist jedoch in einem weiteren Sinn für die klinische Praxis durchaus relevant: Entstehung, Prävention und Auswirkungen der Verwahrlosung wurden bisher in zahlreichen sozial- und pflegewissenschaftlichen Studien untersucht [16, 13]. Dong und Kollegen [17] definieren Verwahrlosung als Verhalten einer Person, mit dem sie ihre Gesundheit und Sicherheit gefährdet. Andere Definitionen schliessen die Gefährdung des Wohlbefindens durch Verwahrlosung ein. So definiert

Gibbons [18] Verwahrlosung als «the inability (intentional or non-intentional) to maintain a socially and culturally accepted standard of self-care with the potential for serious consequences to the health and well-being of the self-neglecters and perhaps even their community» (S. 16).

Mit *schwerer Verwahrlosung* ist gemäss Bundesgericht ein Zustand der Verkommenheit gemeint, welcher mit der Menschenwürde nicht mehr vereinbar ist (BGE 128 III 14). «Landstreicherei» beziehungsweise Obdachlosigkeit genügen nicht, um die betroffene Person unter Anordnung einer fürsorglichen Unterbringung in eine Einrichtung einzuweisen [7]. Die Botschaft zum Erwachsenenschutzrecht hält einzig fest, unter schwerer Verwahrlosung sei ein Zustand zu verstehen, «bei dessen Vorliegen es der Menschenwürde der hilfsbedürftigen Person schlechthin widersprechen würde, ihr nicht die nötige Fürsorge in einer Einrichtung zukom-

Verwahrlosung ist ein relevantes Problem für die klinische Praxis, da sie meist medizinische Ursachen hat und selbst zu negativen gesundheitlichen Konsequenzen führt.

men zu lassen.» Diese Definition ist letztlich zirkulär, indem sie sagt, der Einweisungsgrund der Verwahrlosung sei dann erfüllt, wenn es der Menschenwürde widersprechen würde, die Person nicht einzuweisen.

Verwahrlosung kann in jeder Altersgruppe vorkommen und ist oft verbunden mit Depressivität, Demenz, körperlichen Problemen, hohem Alter, fehlenden sozialen Kontakten, Alkohol- und Substanzmissbrauch, finanziellen Problemen und gesellschaftlichem Abstieg [19]. Verwahrlosung ist somit ein relevantes Problem für die klinische Praxis, da sie meistens medizinische Ursachen hat und selbst wiederum zu negativen gesundheitlichen Konsequenzen führt [20]. Eine besondere Herausforderung liegt oft darin, dass verwahrloste Personen keine Hilfe annehmen wollen. Für Gesundheitsfachpersonen ist dies vor allem deshalb schwierig, weil dadurch deren primäre Motivation und ein fundamentales Ziel der Medizin herausgefordert wird: fürsorglich für das Wohlergehen des Patienten zu handeln [21]. Dieses Ziel wurde traditionellerweise mit dem ethischen Prinzip der Benefizienz respektive der Fürsorge begründet («beneficence»; [22]). Unter normalen Umständen gehen wir davon aus, dass Menschen im Sinne ihrer eigenen besten Interessen («best interests») handeln und so von Gesundheitsfachpersonen optimal darin unterstützt werden können. Diese können jedoch in grosse moralische Schwierigkeiten geraten, wenn Patienten – über längere Zeit – Entscheidungen fällen, die für sie selbst schädlich oder sogar gefährlich sind [23]. Einem Patienten zuzugestehen, seine funda-

mentalen Grundbedürfnisse zu vernachlässigen und zu verwahrlosen, ohne als Gesundheitsfachperson einzuschreiten, kann einer Missachtung der ethischen Pflicht zur Fürsorge gleichkommen.

Dem ethischen Prinzip der Fürsorge steht jedoch das ethische Prinzip des Respekts vor der Autonomie gegenüber («respect for autonomy»; [22]). Für die Frage, welches der beiden Prinzipien im konkreten Fall vorgehen soll, wenn sich nicht beide gleichzeitig verwirklichen lassen, ist es zentral, ob ein Patient hinsichtlich einer Entscheidung urteilsfähig oder urteilsunfähig ist

Urteilsfähigkeit

Kriterien für Urteilsfähigkeit sind (1) die Fähigkeit, Information in Bezug auf die zu fällende Entscheidung zu verstehen, (2) die Fähigkeit, die Situation und die Konsequenzen, die sich aus alternativen Möglichkeiten ergeben, realistisch abzuwägen, (3) die Fähigkeit, die erhaltenen Informationen zu gewichten und schliesslich (4) die Fähigkeit, die eigene Wahl zu äussern [24]. Urteilsunfähigkeit kann einer Person dabei immer nur in Bezug auf eine bestimmte Entscheidung und für einen definierten Zeitpunkt zugeschrieben werden [25]. Es gibt keine Abstufungen, das heisst eine Person ist in Bezug auf die vorliegende Entscheidung entweder urteilsfähig oder nicht urteilsfähig.

Diese klassischen Kriterien für Urteilsfähigkeit gelten somit auch für die Entscheidung, ob eine Person in eine Institution eintreten soll oder nicht. Wenn eine Person diese Kriterien mit Bezug auf einen Eintritt erfüllt, ist prima facie nicht ersichtlich, weshalb sie dennoch gegen ihren Willen in einer Institution untergebracht werden soll. Trotzdem vertritt die herrschende Lehre die Auffassung, dass eine Person auch dann eingewiesen werden kann, wenn sie die Situation und die Konsequenzen, die sich aus alternativen Möglichkeiten ergeben, richtig abwägen, einen Entscheid treffen und diesen kommunizieren kann (d.h. urteilsfähig ist).

Fürsorgerische Unterbringung nur bei fehlender Urteilsfähigkeit

Es gibt Situationen, in denen es möglich sein muss, eine schwer verwahrloste Person gegen ihren Willen fürsorglich unterzubringen. Es handelt sich dabei unseres Erachtens aber immer um Fälle, in denen die Person hinsichtlich der Unterbringung nicht urteilsfähig ist (ähnlich [8]). Die fürsorgliche Unterbringung soll deshalb mit Blick auf die sehr hoch zu gewichtende Patientenautonomie auch bei schwerer Verwahrlosung nur angeordnet werden, wenn die betroffene Person

Korrespondenz:
Ass.-Prof. Dr. iur.
Daniel Hürliemann
Universität St. Gallen
Tellstrasse 2
CH-9000 St. Gallen
daniel.huerlimann
[at]unisg.ch

diesbezüglich nicht urteilsfähig ist. Gleiches gilt für Menschen, die an einer psychischen Störung leiden oder geistig behindert sind.

Zusammenfassend führt unsere Argumentation zum Ergebnis, *dass die fürsorgliche Unterbringung von Urteilsfähigen entgegen der im juristischen Schrifttum vertretenen Auffassung immer unzulässig ist.*

Das Wichtigste für die Praxis

Das Erwachsenenschutzrecht legt nicht fest, ob die Anordnung einer fürsorglichen Unterbringung auch dann zulässig ist, wenn eine Person diesbezüglich urteilsfähig ist. Ein Blick in die Rechtslehre zeigt, dass erstaunlicherweise fast alle Autoren die Auffassung vertreten, dass eine fürsorgliche Unterbringung auch bei gegebener Urteilsfähigkeit zulässig sei. Aus medizinethischer Sicht ist diese Auffassung unseres Erachtens jedoch abzulehnen. Weil die Frage im Gesetz nicht beantwortet ist, müssen die medizinethischen Überlegungen bei der Gesetzesauslegung berücksichtigt werden. Damit gelangt man zum Ergebnis, *dass die Anordnung einer fürsorglichen Unterbringung nur bei fehlender Urteilsfähigkeit zulässig ist.*

Verdankung

Die Autoren danken Frau Prof. Dr. iur. Margot Michel (Universität Zürich) für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Bildnachweis

Schmuckbild S. 214: © Andrey Popov | Dreamstime.com

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie als Anhang des Online-Artikels unter www.medicalforum.ch.

Literatur

- 1 Breitschmid P, Matt I, Pfannkuchen-Heeb S. Kommentar zu Art. 426 ZGB, in: Handkommentar zum Schweizer Privatrecht, 3. Auflage, Zürich 2016.
- 2 Büchler A, Michel M. Medizin – Mensch – Recht. Eine Einführung in das Medizinrecht der Schweiz, Zürich 2014.
- 3 Dubno B, Rosch D. Die Fürsorgerische Unterbringung, in: Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz, Bern 2016.
- 4 Fassbind P. Erwachsenenschutz, Zürich 2012.
- 5 Geiser T, Etzensberger M. Kommentar zu Art. 426 ZGB, in: Basler Kommentar Erwachsenenschutz, Basel 2012.
- 6 Guillod O. Kommentar zu Art. 426 ZGB, in: FamKomm Erwachsenenschutz, Bern 2013.
- 7 Hausheer H, Geiser T, Aebi-Müller RE. Das neue Erwachsenenschutzrecht, 2. Auflage, Bern 2014.
- 8 Michel M. Von der administrativen Versorgung zur fürsorgerischen Unterbringung. Alles in Ordnung im neuen Recht? FamPra.ch 2015. S. 797 ff.
- 9 Rosch D. Die fürsorgerische Unterbringung im revidierten Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, AJP 2011, S. 505–516.
- 10 Tuor P, Schnyder B, Jungo A. Das Schweizerische Zivilgesetzbuch, Zürich 2015.
- 11 Botschaft zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht) vom 28. Juni 2006 (BBl 2006 7001). S. 7062.
- 12 Bernhart Ch. Handbuch der fürsorgerischen Unterbringung, Basel 2011.
- 13 Day M.R, Leahy-Warren P, McCarthy G. (2016). Self-neglect: Ethical considerations. Annual Review of Nursing Research, 34, 89–107.
- 14 Häfeli Ch. Grundriss zum Erwachsenenschutzrecht, Bern 2013.
- 15 Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW. 2015. Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizin-ethische Richtlinien. Bern: SAMW.
- 16 Day M.R, McCarthy G. (2015). A national cross sectional study of community nurses and social workers knowledge of self-neglect. Age and Ageing. 44:717–720.
- 17 Dong X, Fulmer T, Simon M, Mendes de Leon, Fulmer C, Beck T, et al. Elder selfneglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. Journal of the American Medical Association. 2009;302(5):517–526.
- 18 Gibbons S. Primary care assessment of older people with self-care challenges. Journal of Nurse Practitioners. 2006;2(5):323–328.
- 19 Pickens S, Ostwald S.K, Pace K.M, Diamond P, Burnett J, Dyer C.B. Assessing dimensions of executive function in community-dwelling older adults with self-neglect. Clinical Nursing Studies. 2014;2(1):17–29.
- 20 Pavlou MP, Lachs MS. Self-neglect in older adults: a primer for clinicians. J Gen Intern Med. 2008;23(11):1841–6.
- 21 Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2004.
- 22 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th edn. New York: Oxford University Press, 2012.
- 23 Torke AM, Sachs GA. Self-neglect and resistance to intervention: ethical challenges for clinicians. J Gen Intern Med. 2008;23(11):1926–7.
- 24 Grisso T, Appelbaum PS. Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals. Oxford, England: Oxford University Press; 1998.
- 25 Trachsel M, Hermann, H, Biller-Andorno N. Cognitive fluctuations as a challenge for the assessment of decision-making capacity in patients with dementia. Am J Alzheimers Dis Other Dement. 2015;30(4):360–3.