



DIREKTION DER JUSTIZ
UND DES INNERN

EINFÜHRUNGSGESETZ ZUM KINDES- UND ERWACHSENENSCHUTZRECHT (EG ZUM KESR)

VERNEHMLASSUNGSERGEBNISSE

4. ABSCHNITT: FÜRSORGERISCHE UNTERBRINGUNG

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
4. ABSCHNITT: FÜRSORGERISCHE UNTERBRINGUNG	
A. Anordnung der Unterbringung und Entlassung	
<p><i>Zuständige Ärztinnen und Ärzte</i> <i>a. Im Allgemeinen</i> § 35. ¹ Für die Anordnung der Unterbringung im Sinne von Art. 429 Abs. 1 ZGB sind Ärztinnen und Ärzte zuständig, die über ein eidgenössisches oder gleichwertiges Diplom verfügen und</p> <ol style="list-style-type: none"> a. in der Schweiz praxisberechtigt sind oder b. unter der Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes gemäss lit. a tätig sind. 	<p>DJ: Die FU ist ein schwerer Eingriff in das Grundrecht der persönlichen Freiheit der betroffenen Person; es müssen deshalb hohe Anforderungen an die Qualität des Unterbringungsentscheids gestellt werden. Eine Studie (Th. Maier, Die Praxis der FFE, in: Praxis 2001; 90: 1575-1581) hat gezeigt, dass die von Psychiatern ausgestellten Einweisungszeugnisse formal und inhaltlich weit besser den minimalen rechtlichen Anforderungen genügen als solche von Allgemeinpraktikern und nicht-psychiatrischen Spitalärzten. Nicht-Fachärzte, die verhältnismässig selten mit der Notwendigkeit einer Zwangseinweisung konfrontiert werden, sind laut Studie überfordert und können zu fordernde Qualität eines FFE-Zeugnisses nicht gewährleisten. Vorgesehene Weiterbildung von einem Tag/Jahr reicht nicht aus, um die bestehenden gravierenden Defizite wettzumachen. Vorgeschlagen wird, die Einweisungsbefugnis auf Fachärztinnen und Fachärzte der Psychiatrie zu beschränken; dies insbesondere für die Einweisung im Rahmen von Notfall-/Pikettdiensten.</p> <p>Pro Mente Sana: Die §§ 35f. EG KESR binden die ärztliche Einweisungskompetenz an keine besonderen fachlichen Voraussetzungen. Eine regelmässige Weiterbildungspflicht wird zwar für einweisende Ärztinnen in § 36 vorgesehen, die Weiterbildung ist aber weder Voraussetzung für die rechtliche Einweisungskompetenz, noch ist ihre Überprüfung vorgesehen. Es finden sich auch keine gesetzlichen Anforderungen betreffend Umfang und Inhalt der Weiterbildung. In den Erläuterungen wird als Minimum der jährlichen Weiterbildung ein Tag pro Jahr erwähnt, was für eine garantierte fachliche Einweisungskompetenz von NichtpsychiaterInnen deutlich ungenügend ist. Die Erläuterungen befassen sich auch nicht mit der Frage, ob eine genügende Anzahl von FachpsychiaterInnen vorhanden wären, um die voraussichtliche Zahl an Einweisungen allein mit FachpsychiaterInnen bewerkstelligen zu können.</p> <p>Widersprüchlich ist auch, dass der Entwurf für die Zurückbehaltung einer freiwillig in die psychiatrische Klinik eingetretenen Person für höchstens drei Tage den Entscheid eines/r FachärztIn in Psychiatrie fordert (§ 39 Abs. 1 b), nicht aber für die Einweisung in die Klinik und die Verlängerung der dreitägigen Zurückbehaltung bis zu 6 Wochen. Die Einschätzung, ob eine psychiatrische Behandlung nicht anders als durch zwangsweise Einweisung erfolgen kann (Art. 426 nZGB) ist nicht weniger heikel als jene, ob eine psychisch beeinträchtigte</p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
	<p>Person sich selbst oder Dritte an Leib und Leben (ernsthaft) gefährdet (Art. 427 nZGB), insbesondere weil auch bei der Einweisung die Frage der Gefährdung professionell beantwortet werden muss. Für die fürsorge- rische Unterbringung sollten nur in der Psychiatrie kompetente Ärztinnen und Ärzte zuständig erklärt werden Sollte der Kanton über eine zu kleine Anzahl von PsychiaterInnen verfügen, die diesen Dienst vollbringen können, so wären an weitere zugelassene ÄrztInnen wesentliche Anforderungen hinsichtlich psychiatrischer Ausbildung und Erfahrung zu stellen, so z.B. ein Assistenzjahr in der Psychiatrie, eine Teilnahme an Balint- Gruppen, die nicht länger als fünf Jahre zurückliegt, sowie Weiterbildung in deeskalierender Gesprächsfüh- rung.</p> <p>FachärztInnen der Psychiatrie sind erfahrungsgemäss im Vergleich mit anderen ÄrztInnen weniger ängstlich, Alternativen zur Unterbringung zu prüfen, und fähiger, eine gefährdende Situation vor Ort zu entschärfen, womit in einem Teil der Fälle sogar von einer Einweisung abgesehen werden kann. Gerade bei einer derart einschneidenden Massnahme wie der fürsorglichen Unterbringung dürfen die BürgerInnen erwarten, dass ein Facharzt / eine Fachärztin des betroffenen Fachgebietes die medizinische Untersuchung durchführt und eine allfällige Freiheitsentziehung anordnet. Allein dies entspricht rechtstaatlichen Grundsätzen eines medi- zinisch bedingten Eingriffs in die persönliche Freiheit.</p> <p><i>§ 35 EG KESR:</i> <i>Für die Anordnung der Unterbringung im Sinne von Art. 429 Abs. 1 ZGB sind Fachärztinnen und Fachärzte der Psychiatrie zuständig, die ...</i> <i>Eventualiter</i> <i>a) nach „FachärztInnen der Psychiatrie“ ergänzt mit:</i> <i>sowie Ärztinnen und Ärzte mit angemessener Ausbildung und Praxiserfahrung in Psychiatrie.</i></p>
<p>² Die einweisenden Ärztinnen und Ärzte dürfen nicht in der aufnehmenden Einrich- tung tätig sein.</p>	<p>SoKo (ebenso Hittnau, Hombrechtikon, Kappel a. A., Rifferswil, Rüti, Stallikon, Urdorf, Weiningen und Winkel):</p> <p>Die bestehenden Kliniken sind heute nicht mehr Einzeleinrichtungen, sondern mehrheitlich in Gruppen (z. B. Clienia oder Hirslanden) organisiert. Mit der Einschränkung von Abs. 2 kann z. B. der behandelnde Arzt eines Ambulatoriums, der einen fU aussprechen sollte, diesen nicht aussprechen, das das Ambulatorium zur gleichen Einrichtung gehört, wie die stationäre Klinik, in der die betroffene Person eingewiesen wird. Folglich ist Abs. 2 zu streichen.</p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
	<p>Birmensdorf, Hedingen, Uster und Greifensee (wie SoKo und mit folgendem Hinweis): Eine Einweisung in eine andere Klinik ist wegen der regionalen Zuständigkeit der Kliniken höchst erschwert.</p> <p>Gossau: Aus Sicht der Praxis ist Abs. 2 ersatzlos zu streichen, da in der heutigen Verbandsstrukturen der Kliniken (Gruppen) Patienten willkürlich an sie unbekannte Ärzte überwiesen werden müssten, nur um einen Klinik-eintritt zu ermöglichen (die Ambulatorien gehören heute oft zu Klinikgruppen). Dies würde für die polizeilichen Organe, Notfallpsychiatrische Dienste und KESB einen unverhältnismässigen Aufwand bedeuten. Notabene ist gerade die Zuständigkeit von Kliniken durch die GD regional geregelt und das neue EG KESR sollte dieser Regelung nicht widersprechen.</p> <p>Forel-Klinik: Die Anweisung könnte missverständlich sein bei Einrichtung einer Unterbringung für Personen, die sich bis anhin bereits freiwillig in stationärer Behandlung befanden.</p> <p>GP: Es sollte im Gesetz näher umschrieben werden, was mit Abs. 2 gemeint ist. Ein Zweifelsfall entsteht, wenn dasselbe Unternehmen ein Ambulatorium und eine Klinik betreibt. Die Ärztinnen des Ambulatoriums stehen dann in demselben Interessenkonflikt wie die Ärztinnen in der Klinik selbst (optimale Auslastung/Notwendigkeit der Einweisung). Auch ihnen sollte der Einweisungsentscheid deshalb verwehrt sein.</p>
<p><i>b. Weiterbildung</i></p> <p>§ 36. ¹ Ärztinnen und Ärzte, die fürsorge- rische Unterbringungen anordnen, müssen sich in diesem Bereich regelmässig weiter- bilden.</p>	<p>AGZ: Dieser Paragraph sieht vor, dass Ärztinnen und Ärzte, welche die fürsorge- rische Unterbringung anordnen, sich in diesem Bereich regelmässig weiterbilden müssen. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass als absolutes Minimum eine Weiterbildung von mindestens einem Tag jährlich verlangt wird. Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich hat das Weiterbildungsangebot sicherzustellen. Wir wehren uns dezidiert gegen eine solche zusätzliche Weiterbildung. Alle Ärztinnen und Ärzte, welche im Besitz eines Weiter- oder Fortbil- dungstitels der FMH sind, absolvieren jährlich umfangreiche Weiterbildungen, um den Weiter- bzw. Fortbil- dungstitel behalten zu können. Die bisherige Praxis, wonach auch Grundversorger eine FFE verfügen konn- ten und an welcher sich nichts geändert hat, hat gut funktioniert; es hat sich in keinerlei Hinsicht gezeigt, dass zusätzlicher Weiterbildungsaufwand notwendig wäre. Ein vermehrter Fortbildungsaufwand gerade bei Grundversorgern, welche nur wenige fürsorge- rische Unterbringungen anordnen, würde nur dazu führen,</p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
	<p>dass die Grundversorger die Aufgabe der fürsorgerischen Unterbringung nicht mehr wahrnehmen würden, was den vermehrten Beizug von Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Bezirksärzten erforderlich machen würde. Den Grundversorgern wird so die Kompetenz genommen, selber zu entscheiden, in welchem Bereich Fortbildungsbedarf besteht und in welchem nicht. Zudem gehört die Beurteilung einer fürsorgerischen Unterbringung zum ärztlichen Grundwissen, welches während des Medizinstudiums erworben wurde. Für Psychiaterinnen und Psychiater gilt dieser Einwand umso mehr, absolvieren diese Ärztinnen und Ärzte gerade auch in diesem Bereich umfangreiche von den Fachgesellschaften organisierte Weiterbildungen.</p> <p>Forel-Klinik: Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie sind geschult in der Erhebung des psychopathologischen Befundes und der Beurteilung eines Zustandes, der eine fürsorgerische Unterbringung notwendig macht. Die Weiterbildungsklausel sollte diese FÄ ausschliessen.</p> <p>GP: Die Bestimmung verspricht Qualitätssicherung, kann dieses Versprechen aber nicht halten. Es ist nicht ersichtlich, wie der Kanton die Pflicht zur Weiterbildung durchsetzt, wenn letztlich doch alle praktizierenden Ärzte die fU anordnen dürfen. Wer als Arzt praktiziert, kann mit Notfällen konfrontiert werden, die nach einer fU rufen. Es muss deshalb genügen, dass die einweisenden ÄrztInnen die Voraussetzungen von § 35 erfüllen.</p>
<p>² Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich bietet Weiterbildungskurse an.</p>	<p>Winterthur: Wir begrüßen die klare Regelung der ärztlichen Zuständigkeit und dass FU anordnende Ärztinnen und Ärzte zur regelmässigen Weiterbildung verpflichtet sind. Die Psychiatrische Universitätsklinik soll bei der Sicherstellung des Weiterbildungsangebotes andere Organisationen (KJPD, Integrierte Psychiatrie Winterthur) mit einbeziehen.</p> <p>ZGPP: Richtig ist, dass der Umfang der Weiterbildung nicht bestimmt ist. Aufgrund der Organisation der psychiatrischen Versorgung in Psychiatrieregionen wäre es sinnvoll, wenn die jeweiligen regionalen Psychiatrischen Kliniken oder die regionalen Psychiatriekommissionen für die Fortbildung sorgen würden. In der Praxis muss die Zusammenarbeit in erster Linie in den entsprechenden Regionen funktionieren.</p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
	<p>avenirsocial: In Abschnitt b ist lediglich vermerkt, dass Ärzte, die eine FU aussprechen dürfen, eine mindestens eintägige Weiterbildung pro Jahr machen müssen. Jedoch nicht, welcher Art diese Ausbildung sein soll, noch wie diese kontrolliert wird. Uns erscheint dieser Passus schwammig. Wir schlagen eine zwingende interprofessionelle Weiterbildungspflicht vor, gleichzeitig mit Sozialarbeitenden und JuristInnen, da psychosoziale und (straf)-rechtliche Faktoren bei solchen Entscheiden sehr oft mitberücksichtigt werden müssen. Die gemeinsame und gleichzeitige Weiterbildung bildet unserer Auffassung nach die erforderliche Grundlage für die interprofessionelle Kooperation und Kommunikation innerhalb der KESB und damit für eine Vereinheitlichung ihrer Praxis – ein Aspekt, der dem Geiste des Gesetzes entspricht.</p> <p>Pro Mente Sana: § 36 EG KESR: <i>ÄrztInnen und Ärzte, die fürsorgerische Unterbringungen anordnen, müssen sich in diesem Bereich regelmässig und ausreichend weiterbilden. Der Regierungsrat legt für die Weiterbildung Mindestanforderungen und die Überprüfung ihrer Erfüllung fest.</i></p>
<p><i>Vollzug der Einweisung</i> § 37. Die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt kann für den Vollzug der Einweisung die Polizei beiziehen.</p>	<p>Elgg: Wir beantragen, dass in der Verordnung der einweisende Arzt die zuständige KESB über die Einweisung schriftlich in Kenntnis setzt.</p> <p>Elgg: Wir beantragen, dass in der Verordnung geregelt wird, wie die beteiligte Polizei und die beteiligte Einrichtung die Befähigung des einweisenden Arztes überprüfen kann.</p> <p>Elgg: Wie kann der Arzt in einer Akut-Situation in jedem Fall die Dauer von bis zu 6 Wochen Unterbringung abschliessend entscheiden? Es kann Fälle geben, bei denen sich die Dauer als unverhältnismässig lang herausstellt (z.B. im Akutfall noch nicht erkannte exogene Psychose). In diesem Fall soll nach Möglichkeit der Patient oder der Arzt der Einrichtung, wo der Betroffene eingeliefert worden ist, auch die Möglichkeit haben, der KESB den vorzeitigen Austritt begründet. vorzuschlagen, eventuell verbunden mit der Verfügung neu möglicher nachsorgenden Massnahmen.</p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
<p><i>Dauer der Unterbringung</i> § 38. ¹ Die Unterbringung gemäss Art. 429 Abs. 1 ZGB dauert längstens sechs Wochen.</p>	<p>ZAV: Dass das EG zum KESR für die Befristung die bundesrechtliche Höchstdauer von sechs Wochen übernimmt, ist eher kritisch zu beurteilen. In einer ersten Phase können allenfalls mit dieser Maximalfrist Erfahrungen gesammelt und statistische Werte erhoben werden über die Anzahl und Art der Fälle mit einer erstmaligen Unterbringung von mehr als vier Wochen und einem Antrag auf Verlängerung gestützt auf § 38 Abs. 2. Ist die neue Behördenstruktur eingespielt, sollte jedoch ernsthaft geprüft werden, ob eine Verkürzung der Frist auf vier Wochen möglich und sinnvoll ist.</p>
<p>² Hält die ärztliche Leitung der Einrichtung eine längere Unterbringung für notwendig, stellt sie der KESB einen begründeten Antrag. Die KESB entscheidet unverzüglich.</p>	<p>Winterthur und Elgg (ebenso Wila aber mit 10tägiger Frist): Diese Bestimmung ist zu präzisieren. Wir schlagen folgende Formulierung vor: <i>„..., stellt sie der KESB bis spätestens sieben Tage vor Ablauf der sechswöchigen Frist einen begründeten Antrag ...“</i></p>
	<p>Zell (ebenso Neftenbach): Der ärztlichen Leitung soll eine Frist von 10 Tagen vor Ablauf der sechswöchigen Unterbringungsfrist für die Antragstellung gestellt werden. Mindestens sollte erwähnt werden, dass sie den Antrag „rechtzeitig“ einreichen soll. Sonst hat die KESB unter Umständen kaum die Möglichkeit, rechtzeitig zu reagieren</p>
	<p>Elgg: Neuer Abs. 3: <i>Stellt sich im Verlauf der Unterbringung heraus, dass die Gründe für die Einweisung vor Ende der verfügten Unterbringungsdauer wegfallen, kann der ärztliche Dienst der Einrichtung der KESB die Entlassung, wo sachdienlich verbunden mit Nachsorge, beantragen. Die KESB entscheidet unverzüglich</i></p>
<p><i>Unterbringung freiwillig Eingetretener</i> § 39. ¹ Zum Erlass eines vollstreckbaren Unterbringungsentscheides nach Art. 427 Abs. 2 ZGB sind zuständig</p> <ol style="list-style-type: none"> a. die KESB, b. Ärztinnen und Ärzte gemäss § 35, die über einen Facharzttitel in Psychiatrie 	

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
<p>und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügen.</p> <p>² Stellt die ärztliche Leitung der Einrichtung Antrag an die KESB gilt § 38 Abs. 2 sinngemäss.</p>	
<p><i>Verlegung in eine andere Einrichtung</i></p>	<p><u>Vorbemerkungen</u></p> <p>Zürich:</p> <p>Wir schlagen vor, bei § 40 Vorbemerkungen zu verfassen, ähnlich wie sie bei § 46 umschrieben sind:</p> <p>Bei einer Unterbringung von Minderjährigen in einer geschlossenen Einrichtung oder einer psychiatrischen Klinik sind die Bestimmungen des Erwachsenenschutzes über die fürsorgerische Unterbringung sinngemäss anwendbar (Art. 314b nZGB). Unterbringungen von Minderjährigen können psychiatrisch indiziert oder aber aus anderen Gründen - z.B. mangelnde Erziehungsfähigkeit der Eltern - erfolgen. Die Bestimmung über die Verlegung in eine andere Einrichtung gilt somit nur, wenn Minderjährige, die aus einem psychiatrisch indizierten Grund eingewiesen sind, in eine andere Einrichtung verlegt werden. Wenn ein Kind oder Jugendlicher zunächst in einer geschlossenen (nicht psychiatrischen) Einrichtung untergebracht ist und nach einer gewissen Zeit eine Verlegung in eine psychiatrische Einrichtung erforderlich ist, ist dies keine Verlegung im Sinne von § 40 EG KESR, sondern eine (erstmalige) Fürsorgerische Unterbringung. Demgemäss sind die Bestimmungen betreffend FU anzuwenden.</p>
<p>§ 40. ¹ Für die Verlegung einer untergebrachten Person in eine andere Einrichtung ist kein neues Einweisungsverfahren erforderlich.</p> <p>² Die Zuständigkeit für den Verlegungsentcheid richtet sich nach der Zuständigkeit für die Entlassung aus der Einrichtung.</p> <p>³ Beruht die Unterbringung auf einem Entscheid der KESB, teilt die ärztliche Leitung der Einrichtung dieser die Verlegung mit.</p>	<p>Pro Mente Sana:</p> <p>§ 40 Abs. 1 statuiert, dass für die Verlegung einer untergebrachten Person in eine andere Einrichtung kein neues Einweisungsverfahren erforderlich ist. In den Erläuterungen wird unter Hinweis auf zwei Bundesgerichtsentscheide behauptet, diese Bestimmung sei bundesrechtskonform und eine Änderung der schon bisher geltenden Norm dränge sich nicht auf, weil ja die betroffene Person jederzeit um Entlassung ersuchen könne, weshalb der Rechtsschutz genügend gewährt sei. In diesen Erläuterungen wird Verschiedenes verkannt:</p> <p>Im erwähnten Entscheid des Bundesgerichtes vom 12.5.2010, 5A_331/2010 E. 2.4. geht es gerade nicht um eine Verlegung in eine andere Einrichtung, sondern um eine Verlegung innerhalb derselben Klinik in einen anderen Fachbereich. Er sagt also nichts zur vorliegenden Rechtsfrage</p> <p>In BGE 122 I 35 Erw. 2f., einem notabene alten Entscheid aus dem Jahre 1996, führt das Gericht in einer</p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
	<p>Begründung von ganzen zwei Sätzen aus, bei der Versetzung in eine andere Anstalt gehe es nicht mehr um die Einweisung, der Freiheitsentzug sei vielmehr bereits erfolgt, es gehe nur mehr um die Art und Weise seiner Durchführung, deshalb müsse das formelle Verfahren grundsätzlich nicht eingehalten werden. Das Gericht verkennt dabei, dass die Eignung der Einrichtung zu den unabdingbaren materiellen Voraussetzungen einer rechtmässigen Freiheitsbeschränkung gemäss Art. 397a bzw. Art. 426 nZGB gehört.</p> <p>Die Erläuterungen des Regierungsrates weisen denn auch selber darauf hin, dass die Lehre einen neuen Einweisungsentscheid für nötig erachtet. Jedenfalls kann unter dem neuen Erwachsenenschutzrecht eine Verlegung in eine andere Einrichtung ohne neuen Unterbringungsentscheid (inkl. aktuelle Überprüfung der Voraussetzungen) nicht mehr rechtens sein. Art. 431 nZGB verpflichtet die ordentliche Einweisungsstelle, die KESB, dazu, periodisch die Geeignetheit der Einrichtung zu überprüfen. Das zeigt, dass diese Frage jeweils formell zu beantworten ist und dass nicht die Einrichtung dafür zuständig sein kann.</p> <p>Dass die Verlegung einen neuen Unterbringungsentscheid bedingt, zeigt auch die Gesetzgebung anderer Kantone: So haben etwa sowohl der Kanton Bern wie der Kanton Aargau sowohl im geltenden Recht wie im Entwurf zur Umsetzung des Erwachsenenschutzrechtes bestimmt, dass die Versetzung in eine andere Einrichtung nur gestützt auf einen Unterbringungsentscheid zulässig ist (BE: Art. 30 Abs. 3 nEG KES bzw. Art. 28 FFEG; AG: 67g Abs. 1 nEG ZGB bzw. § 67i EG ZGB).</p> <p><i>Art. 40 Abs. 1:</i> <i>Für die Verlegung einer untergebrachten Person in eine andere Einrichtung ist ein Unterbringungsentscheid erforderlich.</i></p> <p><i>Abs. 2:</i> <i>Beruhet die bisherige Unterbringung auf einem Entscheid der KESB, ist diese für den Entscheid gemäss Abs. 1 zuständig.</i></p> <p><i>Abs. 3: streichen</i></p>
<p><i>Wiederaufnahme entwichener oder beurlaubter Personen</i></p> <p>§ 41. ¹ Die Wiederaufnahme einer durch die KESB untergebrachten Person, die entwichen oder beurlaubt worden ist, ist ohne neues Einweisungsverfahren zulässig, wenn</p> <p>a. sie innert drei Monaten erfolgt und</p>	<p>Zürich:</p> <p>In den Erläuterungen wird darauf hingewiesen, dass die Bestimmung von § 41 sinngemäss auf Fälle ärztlicher Unterbringung anwendbar ist. Statt bloss in den Erläuterungen darauf hinzuweisen, soll in Abs. 1 der Passus "durch die KESB untergebrachten" gestrichen werden.</p> <p>Bei ärztlicher FU soll die Einrichtung ermächtigt sein, der Polizei die Ausschreibung der betroffenen Person zu beantragen. In solchen Fällen ist die KESB nicht involviert. Deshalb macht es Sinn, dass die Einrichtung die Ausschreibung selber beantragen kann. Die Einrichtung soll auch dann zur Ausschreibung ermächtigt sein, wenn die KESB die Entlassungskompetenz an die Einrichtung übertragen hat.</p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
<p>b. die Voraussetzungen von Art. 426 Abs. 1 und 2 ZGB erfüllt sind.</p> <p>² Die KESB kann der Polizei die Ausschreibung der betroffenen Person beantragen.</p>	<p>¹ Die Wiederaufnahme einer untergebrachten Person, die entwichen oder beurlaubt worden ist, ...</p> <p>² Die KESB <u>oder die Einrichtung</u> kann der Polizei die Ausschreibung der betroffenen Person beantragen</p> <p>Pro Mente Sana: § 41 ist ein Widerspruch in sich. Die Norm will ohne neues Einweisungsverfahren auskommen, bindet aber die Wiederaufnahme an Voraussetzungen, die nur in einem neuen Einweisungsverfahren festgestellt werden können, nämlich ob „die Voraussetzungen von Art. 426 Abs. 1 und 2 ZGB erfüllt sind“. Art. 41 Abs. 1 ist deshalb zu streichen.</p> <p>Winterthur: Wir begrüßen, dass die KESB der Polizei direkt die Ausschreibung beantragen kann, dies soll aber auch die Einrichtung können.</p>
<p><i>Entlassung durch die Einrichtung</i></p> <p>§ 42. In den Fällen von Art. 428 Abs. 2 sowie Art. 429 Abs. 3 ZGB entscheidet die ärztliche Leitung der Einrichtung über die Entlassung.</p>	
<p><i>Entlassung durch die KESB</i></p> <p>§ 43. Ist die KESB für die Entlassung einer untergebrachten Person zuständig, stellt die ärztliche Leitung der Einrichtung ihr einen begründeten Entlassungsantrag, sobald die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht mehr erfüllt sind. Die KESB entscheidet unverzüglich.</p>	<p>Winterthur: Der Begriff „unverzüglich“ ist zu definieren. In Art. 426 Abs. 4 zweiter Satz nZGB wird von „ohne Verzug“ gesprochen, wobei sich diese Bestimmung auf Art. 31 Abs. 4 BV („so rasch wie "möglich") und Art. 5 Abs. 4 EMRK („innerhalb kurzer Frist“) stützt (siehe Botschaft zum KESR, S. 7063). Diese Frage ist auch von Bedeutung, um die Notwendigkeit eines Pikettdienstes über die Wochenenden zu klären.</p>
<p><i>Meldung der Verantwortlichkeiten in den Einrichtungen</i></p> <p>§ 44. Einrichtungen, die fürsorgerisch</p>	

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
<p>untergebrachte Personen aufnehmen, melden der administrativen Aufsichtsbehörde:</p> <ol style="list-style-type: none"> ihre ärztliche Leitung und die Regelung der Stellvertretung (Art. 427 Abs. 1 ZGB); die Chefärztin oder den Chefarzt der Abteilung und die Regelung der Stellvertretung (Art. 434 Abs. 1 ZGB). 	
<p><i>Ergänzende Verfahrensbestimmung bei ärztlicher Unterbringung</i></p> <p>§ 45. Die Ärztin oder der Arzt, die oder der eine fürsorgerische Unterbringung anordnet, weist die betroffene Person auf das Recht hin,</p> <ol style="list-style-type: none"> eine Vertrauensperson im Sinne von Art. 432 ZGB zu bezeichnen, eine in fürsorgerischen und rechtlichen Fragen erfahrene Person als Beiständin oder Beistand zu verlangen. 	<p>Zürich:</p> <p>Um jegliche Missverständnisse zu vermeiden, regen wir an in § 45 zu präzisieren, um welche Art Beiständin oder Beistand es sich hier handelt, nämlich um solche nach Art. 449a nZGB und nicht um solche nach Art. 390 ff. nZGB.</p> <p><i>b. eine in fürsorgerischen und rechtlichen Fragen erfahrene Person als Beiständin oder Beistand <u>im Sinne von Art. 449a ZGB</u> zu verlangen.</i></p> <p>Pro Mente Sana:</p> <p>Die durch Art. 432 nZGB eingeführte Vertrauensperson hat die Aufgabe und das Recht, die untergebrachte Person während der Unterbringung zu unterstützen. Eine solche Unterstützung ist nichts Unwesentliches, hat sie doch die Aufgabe, der untergebrachten Person beim Schutz ihrer Grundrechte und bei allfälligen Zwangsmassnahmen beizustehen und Konflikte mit der Institution zu entschärfen. Eine grosse Zahl von psychiatrischen PatientInnen ist aber sozial isoliert und hat kaum die Möglichkeit, im privaten Umfeld auf Personen zurückzugreifen, die in der Lage sind, diese Aufgabe wahrzunehmen. Zudem stellt es für Betroffene im akuten Krankheitsfall oft eine Überforderung dar, eine entsprechende Person zu suchen. Da teilweise konflikthafte Beziehungen zur Familie bestehen, kann die Aufgabe der Vertrauensperson in solchen Fällen auch nicht einem Familienmitglied übertragen werden. Der Kanton muss deshalb dafür sorgen, dass geeignete Vertrauenspersonen für solche PatientInnen zur Verfügung stehen. Die Kantone Tessin, Genf und Appenzell-Ausserrhoden kennen bereits solche Modelle. Der Vernehmlassungsentwurf sieht zwar in § 45 vor, dass die einweisende Ärztin bzw. der einweisende Arzt die betroffene Person auf das Recht hinweisen muss, eine Vertrauensperson im Sinne von Art. 432 ZGB zu bezeichnen sowie eine Beiständin, einen Beistand zu verlangen, der in fürsorgerischen und rechtlichen Fragen erfahren ist. Diese Regelung reicht nicht aus. Die Ver-</p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
	<p>trauensperson im Sinne von Art. 432 nZGB soll von den Beistandschaften des Erwachsenenschutzrechtes verschieden sein, damit sie das Vertrauen der in einem Zwangsverfahren oft verunsicherten und misstrauischen betroffenen Person haben kann. Von eingewiesenen Personen, die oft befürchten, nun einer erwachsenenschutzrechtlichen Massnahme unterworfen zu werden, ist nicht zu erwarten, dass sie sich an die KESB richten, um eine Vertrauensperson beiseite gestellt zu erhalten. Dies berücksichtigen auch die im letzten Abschnitt erwähnten kantonalen Modelle.</p> <p>Weiterer Artikel, z.B. als Art. 37bis EG KESR:</p> <p><i>Der Kanton sorgt dafür, dass jeder Person, die in einer Einrichtung fürsorgerisch untergebracht wird, eine Vertrauensperson im Sinne von Art. 432 ZGB zur Verfügung steht, die von der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde unabhängig ist.</i></p>
	<p>Neuer Paragraph</p> <p>Pro Mente Sana:</p> <p>Die eigene Vorsorge ist ebenfalls ein Kernstück des neuen Erwachsenenschutzrechtes. Mittels einer Patientenverfügung kann eine Person für den Fall ihrer eigenen Urteilsunfähigkeit vorsorgen (Art. 370 ff. nZGB). Behandelnde ÄrztInnen haben einer Patientenverfügung grundsätzlich zu entsprechen (Art. 372 Abs. 2 nZGB). Ein Abweichen muss schriftlich festgehalten werden (Art. 372 Abs. 3 nZGB). Wird eine Person mittels einer Fürsorgerischen Unterbringung (Art. 426 ff. nZGB) zur Behandlung einer psychischen Störung in eine Klinik eingewiesen, ist eine Patientenverfügung jedoch lediglich zu „berücksichtigen“ (Art. 433 Abs. 3 nZGB). Sind zudem die Voraussetzungen gemäss Art. 434 Abs. 1 nZGB erfüllt, ist eine medizinische Behandlung auch ohne Zustimmung bzw. ohne oder gegen den Willen der betroffenen Person zulässig. Diese Ungleichbehandlung zwischen physischen und psychischen Leiden ist sehr unbefriedigend und zeigt auf, dass psychische Erkrankungen noch heute stigmatisiert sind. Umso wichtiger ist es, dass die behandelnden ÄrztInnen auf diese Ungleichbehandlung sensibilisiert sind und eine Abweichung von einer PV nur dann vorgenommen wird, wenn gar keine andere Lösungsmöglichkeit mehr zur Verfügung steht bzw. wenn der Zweck der FU nicht mehr anders erreicht werden kann. Wir bitten Sie daher, in Ihren gesetzlichen Ausführungsbestimmungen auf diesen Punkt Rücksicht zu nehmen und die Kliniken auf diese Problematik zu sensibilisieren.</p> <p><i>Bei einer urteilsunfähigen Person gelten hinsichtlich einer allfälligen Patientenverfügung die Bestimmungen von Art. 372 Abs. 2 und 3 ZGB. Art. 434 ZGB bleibt vorbehalten.</i></p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
B. Nachbetreuung und ambulante Massnahmen	<p>Winterthur:</p> <p>Diese neuen Bestimmungen begrüßen wir grundsätzlich sehr, auch wenn noch nicht abgeschätzt werden kann, ob sie sich in der Praxis bewähren werden. Wir stellen uns zudem die Frage, ob in solchen Fällen nicht mindestens eine Begleitbeistandschaft, mit dem Auftrag, die angeordneten ambulanten Massnahmen zu überwachen bzw. zu begleiten, notwendig sein wird. Eine Überwachung der Massnahmen direkt durch die KESB scheint uns schwer umsetzbar zu sein, da wo sich diese nicht in der Einholung von ärztlichen Berichten und deren Auswertung erschöpft. Unseres Erachtens wird es daher in der Praxis notwendig sein, auch in denjenigen Fällen, wo noch keine Beistandschaft besteht, eine solche zu errichten und die Überwachungen die Beiständin oder den Beistand zu delegieren. Wir erwarten, dass diese Bestimmungen zu einer besseren Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen der KESB und den Kliniken führt und die Verantwortung für die fürsorglich untergebrachten Personen nicht mehr zwischen Kliniken und Behörden hin und her geschoben wird.</p>
	<p>ZAV:</p> <p>Die einzuführenden Instrumente der Nachbetreuung und der ambulanten Massnahmen werden im Grundsatz begrüsst, insbesondere der präventive Einsatz von ambulanten Massnahmen zur Verhinderung einer fU (§§ 46, 50). Der Katalog der ambulanten Massnahmen (Weisungen, Anordnungen, Meldepflichten) ist aber weitreichend; die Anwaltschaft wird darauf achten, dass den Prinzipien der Verhältnismässigkeit, Zumutbarkeit, etc. Rechnung getragen wird.</p>
	<p>DJ:</p> <p>Diese Bestimmungen erscheinen rechtlich problematisch, verschiedene rechtsdogmatische Fragen sind ungeklärt. Insbesondere erscheint unklar, in welcher Beziehung die genannte Regelung mit den bundesrechtlichen Normen über die Patientenverfügung und über die Vertretung bei medizinischen Massnahmen stehen. Die ZGB Normen haben aufgrund der derogatorischen Kraft des Bundesrechts den Vorrang gegenüber den kantonalen Bestimmungen zur Nachbetreuung und zu den ambulanten Massnahmen, was im Gesetzestext zum Ausdruck gebracht werden sollte.</p>
	<p>Pro Mente Sana:</p> <p>Art. 437 Abs. 1 nZGB beinhaltet keine Verpflichtung für die Kantone, die Nachbetreuung im Nachgang zur fürsorglichen Unterbringung zu regeln. Die Botschaft des Bundesrates spricht denn auch nur von „einem ausdrücklichen Vorbehalt zugunsten des kantonalen Rechtes“, nicht von einer Verpflichtung zur Regulierung der Nachbetreuung oder gar zu einer Einführung von ambulanten Zwangsmassnahmen. Die gegenteilige Meinung in den Erläuterungen zu § 46 a. E. sind insoweit nicht richtig. Die Besprechung und Einleitung der Nachbetreuung nach einer fürsorglichen Unterbringung gehört bereits</p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
	<p>heute zum ärztlichen Standard für die stationär tätigen Fachleute; die Nachbetreuung findet also bereits statt. Für die Regelung von ambulanten Massnahmen durch die Kantone sieht Art. 437 Abs. 2 ZGB sogar ausdrücklich nur eine Kann-Vorschrift vor. Die ambulante Versorgung ist selbstverständlich heute schon durch die verschiedensten kantonalen Regelungen ausserhalb von Einführungsgesetzen zum ZGB geregelt. Ein zwingender Bedarf für kantonale Einführungsbestimmungen zu Art. 437 ZGB besteht also nicht. Sollte der Kanton dennoch an einer Regelung festhalten wollen, empfehlen wir, von einer Regelung mit Anordnungen, Verpflichtungen und Weisungen für Therapien, Einnahme von Medikamenten, Betreuung sowie Verhalten abzusehen, wie dies die §§ 47 – 50 vorsehen, und stattdessen Regelungen vorzusehen, die die Kooperation zwischen Arzt / Ärztin und Patient / Patientin unterstützen und einen selbstverantwortlichen Umgang der PatientInnen mit ihrer Krankheit fördern. Dies aus folgenden Gründen:</p> <p>a) Verpflichtungen und Anweisungen im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen, insbesondere die Verpflichtung, sich einer Therapie zu unterziehen oder bestimmte Medikamente einzunehmen, wie dies § 47 ff. vorsehen, greifen in sehr erheblichem Umfang in die persönliche Freiheit der PatientInnen ein. Grundsätzlich erfordert jede Behandlung die informierte Einwilligung (informed consent) des Patienten bzw. der Patientin; bei Dauerbehandlungen muss diese immer wieder neu vorhanden sein. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes stellt die Verabreichung von Neuroleptika wegen der damit verbundenen starken Veränderung des geistigen und körperlichen Zustandes einen schweren Eingriff in die persönliche Freiheit dar und betrifft den Kerngehalt dieses Grundrechtes². Neuroleptika haben in vielen Fällen nachgewiesenermassen erhebliche Schäden zur Folge³; auch Antidepressiva können beträchtliche Nebenwirkungen erzeugen, ihre Wirkung als Antidepressiva ist aber in vielen Fällen fraglich⁴. Aus diesen Gründen ist es rechtsstaatlich äusserst bedenklich, die Einnahme solcher Medikamente einseitig zu verfügen. Das darf deshalb nur in besonderen Ausnahmefällen geschehen. Art. 434 nZGB ermöglicht dies im Rahmen der stationären Unterbringung bereits. Eine Ausweitung des Zwangs auf die ambulante Behandlung ist deshalb nicht notwendig.</p> <p>b) Als Begründung für die Einführung von ambulanten Zwangsmassnahmen wird angeführt, ein ambulanter Zwang sei für den Patienten / die Patientin weniger einschneidend als eine fürsorgerische Unterbringung. Wenn aber für die betroffene Person die ambulante Massnahme weniger einschneidend ist als die fürsorgerische Unterbringung, wird sie dieser Massnahme zustimmen und eine Verpflichtung erübrigt sich.</p> <p>c) Die Einführung von Verpflichtungen und Anweisungen betreffend ambulanter Behandlung widerspricht den anerkannten modernen ärztlichen und pflegerischen Grundsätzen der Psychiatrie⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine psychiatrische Behandlung ist nur wirksam, wenn der Patient / die Patientin mit ihr einverstanden ist. A und O der Behandlung muss deshalb die Kooperation zwischen Arzt / Ärztin und Patient / Patientin sein.

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
	<ul style="list-style-type: none"> • In aller Regel verletzt und entwürdigt Zwang und untergräbt damit die Bereitschaft des Patienten / der Patientin zur Kooperation. Zwang darf deshalb nur in ausgeprägten Gefahrensituationen eingesetzt werden, wie dies das neue Erwachsenenschutzrecht im Rahmen der fürsorgerischen Unterbringung vorsieht. • Die einseitige Verordnung von Behandlungen untergräbt das psychiatrische An-sinnen, die Fähigkeit des Patienten / der Patientin zu fördern, mit der Krankheit selbstverantwortlich umgehen zu können, und steht deshalb quer zu den Anstrengungen der psychiatrischen Versorgung, wie sie von den Fachkräften Ihres Kantons im Rahmen ihrer Tätigkeit bereits unternommen werden. <p>d)</p> <p>Verpflichtungen und Anweisungen im ambulanten Bereich nützen auch bei schwierigen, aktuell oder bis anhin nicht kooperationswilligen Personen nichts, sondern schaden im Gegenteil⁶:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese Menschen werden sich nicht an die Verpflichtungen und Anweisungen halten. • Mit den Verpflichtungen und Anweisungen wird aber die Möglichkeit, sie in Zukunft doch einmal zur Kooperation gewinnen zu können, torpediert. • Allfällige Schutzinteressen Dritter sind durch die fürsorgerische Unterbringung gewährleistet. <p>e)</p> <p>Wird hingegen der ambulante Raum nicht von Zwang frei gehalten, wird das Vertrauen der Gesamtheit psychisch kranker Menschen in die ambulante Behandlung und damit ihre Bereitschaft zur Kooperation untergraben. Psychisch kranke Menschen wissen dann, dass sie, wenn sie sich in ambulante Behandlung begeben, mit der Auferlegung von Zwangsmassnahmen rechnen müssen, wenn sie eine andere Meinung als ihre Ärztin / ihr Arzt haben sollten. Das wird psychisch kranke Menschen davon abhalten, den Psychiater / die Psychiaterin frühzeitig aufzusuchen. Die Regelung von zwangsbetonten Nachbetreuungen und ambulanten Massnahmen würde so den Anstrengungen, psychische Krankheiten und Rückfälle frühzeitig zu behandeln, zuwiderlaufen.</p> <p>f)</p> <p>Verpflichtungen und Anweisungen im Bereich der ambulanten Behandlung sind anerkanntermassen nicht vollstreckbar⁷. Werden sie trotzdem gesetzlich eingeführt, wird damit eine doppelbödige Botschaft (double bind) kreiert: „wir verpflichten – können es aber nicht durchsetzen“. Solche Doppelbotschaften wirken sich gerade bei psychisch beeinträchtigten Menschen verwirrend und damit negativ aus. Die Arbeit der ambulant tätigen ÄrztInnen und PflegerInnen mit diesen Menschen wird dadurch erschwert.</p> <p>g)</p> <p>Für die medizinische Behandlung und Medikamenteneinnahme sind ÄrztInnen zuständig. Ein Verpflichtung zur Therapie bzw. eine Anweisung zur Einnahme bestimmter Medikamente durch die Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) wäre somit rechtswidrig. Dies auch, wenn sich die Verfügung auf einen ärztlichen</p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
	<p>Bericht stützt. Denn Therapie wie Medikamenteneinnahme müssen laufend ärztlich überprüft und allenfalls angepasst oder aufgehoben werden. Eine Verfügung, eine (bestimmte) Therapie durchzuführen oder (bestimmte) Medikamente einzunehmen, widerspricht dieser notwendigen ärztlichen Pflicht zur Anpassung. Die Frage der Therapie und der Medikamenteneinnahme muss deshalb von vornherein dem ambulant tätigen Arzt / der ambulant tätigen Ärztin überlassen werden.</p> <p>h) Die Verfügung einer Medikation durch eine Behörde oder die entlassende Einrichtung fördert ein problematisches Verhalten bei ambulant tätigen ÄrztInnen, insbesondere bei noch wenig erfahrenen AssistenzärztInnen auf Ambulatorien, nämlich, die angeordnete Medikation nicht mehr dauernd zu überprüfen, sowie beim Wunsch des Patienten / der Patientin, die Medikamente zu reduzieren, sich hinter der Verordnung zu verschancen, statt sich darüber mit der betroffenen Person auseinanderzusetzen.</p> <p>i) Ein System ambulanter Zwangsverpflichtungen wird sowohl die KESB wie auch die kantonalen Gerichte in Anspruch nehmen. Angesichts des beschriebenen Schadens eines solchen Systems und der fehlenden Vollstreckbarkeit der Massnahmen, müssten die damit erzeugten Verwaltungs- und Gerichtskosten als Verschwendung von öffentlichen Mitteln beurteilt werden. Es wäre sinnvoller, wenn der Kanton solches Geld für Projekte aufwenden würde, welche die ambulante psychiatrische Arbeit mit wenig kooperativen PatientInnen unterstützen, wie z.B. Modelle aufsuchender Hilfe.</p> <p>k) Würden die §§ 47 – 50 gestrichen und allein § 46 ins Gesetz überführt, wäre ein psychiatrisches Vorgehen und eine Rechtspraxis, der wir hier das Wort reden, denkbar. § 46 heisst: "Die Einrichtung, in der die Person fürsorgerisch untergebracht ist, sorgt vor deren Entlassung für eine angemessene Nachbetreuung." Diese Norm spricht von „sorgen“ und würde es somit ermöglichen, die Pflicht der Einrichtung betr. Nachbetreuung korrekt zu verstehen, nämlich als die Pflicht, die Zeit nach dem Klinikaufenthalt mit der betroffenen Person zu besprechen und die nötigen Schritte gemeinsam zu organisieren. Wie die im dem § 46 folgenden §§ 47 – 50 aber zeigen, steht sein Wortlaut einseitigen Zwangsverfügungen nicht entgegen. Wir befürworten deshalb auch für § 46 einen Wortlaut, der der Sorge im Sinne einer informierten Zustimmung und Kooperation das Wort redet. Der neu vorgeschlagene § 47 Abs. 3 soll eine entsprechende Norm für Situationen drohender fürsorgerischer Unterbringungen sein, also eine Alternative zu § 50. Vorschlag:</p> <p>§ 46 EG KESR: Nachbetreuung <i>und ambulante Massnahmen:</i> Abs. 1: <i>Die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt bespricht mit der untergebrachten Person vor deren Entlassung die Nachbetreuung und organisiert sie soweit notwendig und im Einverständnis mit der untergebrachten Person.</i></p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
	<p>Abs. 2: unverändert Abs. 3: <i>Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde kann die möglicherweise unterzubringende Person zu einem Gespräch bei ihr oder einer geeigneten Fachstelle einladen.</i> §§ 47 – 50 streichen.</p>
<p><i>Nachbetreuung</i> § 46. ¹ Die Einrichtung, in der eine Person fürsorgerisch untergebracht ist, sorgt vor deren Entlassung für eine angemessene Nachbetreuung.</p>	<p>SoKo (ebenso Birmensdorf, Greifensee, Hedingen, Hittnau, Hombrechtikon, Rifferswil, Stallikon, Uster und Weiningen): Es stellt sich die Frage, ob die Verantwortung für die Nachbetreuung auch dann bei der Einrichtung anzusiedeln ist, wenn die betroffene Person bereits einen Beistand hat.</p> <p>ZGPP: Dass die Institutionen verpflichtet sind, für eine angemessene Nachbetreuung zu sorgen, erscheint uns sehr wichtig.</p> <p>Forel-Klinik: Grundsätzlich sind Nachbetreuungen aus psychiatrischer Sicht zur Vermeidung von Stigmatisierungen und Chronifizierungen sinnvoll. Dabei obliegt die Sorge für die Nachbetreuung der Einrichtung, in der die Person fürsorgerisch untergebracht ist. Es ist hierfür auch Sorge zu tragen, dass angemessene Nachsorgemöglichkeiten existieren, für die gesorgt werden kann. Hier müsste eine Auflistung geeigneter Möglichkeiten erfolgen und es müssten die Zuständigkeiten für die Sicherstellung derartiger Angebote benannt werden.</p>
<p>² Die Nachbetreuung dient insbesondere der Stabilisierung des Gesundheitszustandes und der Vermeidung eines Rückfalls der betroffenen Person.</p>	
<p><i>Ambulante Massnahmen</i> <i>a. Grundsatz</i> § 47. ¹ Im Rahmen der Nachbetreuung können ambulante Massnahmen angeordnet werden falls dies notwendig ist a. für die Entlassung aus einer fürsorgeri-</p>	<p>Zürich: Wir regen an, dass Ausführungen zu machen sind, ob gestützt auf § 47 Zwangsmassnahmen ohne Zustimmung bzw. bei urteilsunfähigen Personen zulässig sind, insbesondere ob § 47 eine genügende gesetzliche Grundlage bildet, um das verfassungsmässig garantierte Recht auf persönliche Freiheit einschränken zu können. Sollten gestützt auf § 47 Zwangsmassnahmen zulässig sein, lehnen wir die (zwangsweise) Anordnung einer</p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
<p>b. schen Unterbringung, zur Vermeidung einer erneuten fürsorgerischen Unterbringung.</p>	<p>medizinisch indizierten Medikamenteneinnahme ab. Es kann nicht sein, dass Patient/innen gestützt auf einen Entscheid der KESB - der sich wiederum auf einen Bericht bzw. einen begründeten Antrag der Einrichtung (d.h. deren Fachärzte) oder auf einen Bericht von externen Fachärzten (bei präventiven Massnahmen gemäss § 50) stützt - unter Anwendung von körperlichem Zwang Medikamente eingegeben werden (oral oder durch Injektion). Der Beizug von externen Fachärzten und die Einholung von Gutachten sind in diesem Bereich zudem insgesamt nicht klar geregelt.</p> <p>Der medizinisch indizierten Medikamenteneinnahme gleichzusetzen sind andere Massnahmen, die die körperliche und psychische Integrität beeinträchtigen, wie z.B. Elektrokrampf-Therapie. Deshalb ist aus unserer Sicht § 47 Abs. 2 lit. c ersatzlos zu streichen.</p> <p>Gleichzeitig ist in den Erläuterungen festzuhalten, was unter medizinisch indizierter Behandlung nach § 47 Abs. 2 lit. b zu verstehen ist. Wir verstehen darunter die Aufforderung an die betroffene Person, sich z.B. in eine teilstationäre Behandlung (Tages- oder Nachtambulanz) zu begeben, eine ambulante Ergotherapie zu besuchen, regelmässige Gesprächstermine wahrzunehmen etc., ohne dass dabei die körperliche oder psychische Integrität der Betroffenen beeinträchtigt wird. Es kann jedoch nicht sein, dass in diesem Fall die (zwangsweise) Medikamenteneinnahme Bestandteil der medizinisch indizierten Behandlung ist. Dies ist durch eine entsprechende Formulierung im Gesetz zu verdeutlichen. Andernfalls müsste die Zuständigkeit zur Anordnung solcher Massnahmen direkt bei den Ärzt/innen, ev. auch bei den Fachärzt/innen oder Bezirksärzt/innen sein, da diese auch für die (zumindest vorübergehende) Anordnung einer fürsorgerischen Unterbringung zuständig sind, welche einen schwerwiegenderen Eingriff darstellt (in majore minus). In einem solchen Fall müsste auch die Ärztin / der Arzt die von ihr / ihm angeordneten ambulanten Massnahmen überwachen. Als Folge davon wäre § 57, wo nur von der KESB die Rede ist, entsprechend anzupassen.</p> <p>² <i>Ambulante Massnahmen sind insbesondere</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. ... b. <i>Anordnung einer medizinisch indizierten Behandlung, soweit dadurch die körperliche oder psychische Integrität nicht beeinträchtigt wird.</i> c. Anordnung einer medizinisch indizierten Medikamenteneinnahme, c. <i>Meldepflicht bei einer Fachstelle oder Behörde</i> ...
	<p>ZGPP: Dass auch ambulante Massnahmen angeordnet werden können, ist für uns eine wertvolle Ergänzung.</p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
	<p>Forel-Klinik: Die aufgelisteten ambulanten Massnahmen erscheinen grundsätzlich sinnvoll für die Stabilisierung der betroffenen Personen.</p> <p>GP: Der Begriff ambulante Massnahme ist unglücklich, da er auch im Strafrecht verwendet wird. Um stigmatisierende Verwechslungen zu vermeiden, ist ein anderer Begriff, z. B. „angeordnete Betreuung“ vorzuziehen.</p> <p>SP: Ambulante medizinisch indizierte Zwangsmassnahmen Der Wortlaut von § 47 des Vernehmlassungsentwurfs regelt nicht mit der notwendigen Klarheit, ob und inwieweit medizinisch indizierte Zwangsmassnahmen bei urteilsunfähigen Personen zulässig sein sollen. Die SP Kanton Zürich ist dezidiert der Meinung, dass ärztliche Zwangsbehandlungen wie bisher auf den stationären Bereich beschränkt sein sollten. Die SP befürchtet, dass mit Zwangsbehandlungen im ambulanten Rahmen schutzbedürftige Menschen aus ökonomischen Gründen der für sie notwendigen stationären Behandlung und Betreuung ferngehalten werden könnten oder dass sie damit aufgrund blosser sozialer Auffälligkeit ruhig gestellt werden sollen. Wir sind auch der Meinung, dass durch solche Massnahmen die therapeutische Verhandlungskultur, welche zu einer nachhaltigen Stabilisierung der Patientinnen und Patienten führen kann, gefährdet wäre. Ausserdem weisen wir auf die historisch belastete Situation der Zwangspanychiatrie hin, welche nicht mit medizinisch und therapeutisch fragwürdigen Konzepten neuerlich belastet werden sollte. Notwendige nicht oder nicht vorwiegend medizinisch indizierte Massnahmen (z.B. Herstellung menschenwürdiger Wohnverhältnisse) sind im ZGB, Massnahmen zur Gefahrenabwehr in Notsituationen im Patientengesetz ausreichend geregelt.</p>
<p>² Ambulante Massnahmen sind insbesondere</p> <p>a. Weisungen bezüglich Aufenthalt, Berufsausübung und Verhalten,</p>	<p>GP: Problematisch sind die vorgesehenen Weisungen zu Berufsausübung, Aufenthaltsort und Verhalten. Die Behörde hat kein Druckmittel in der Hand, wenn ein Betroffener sich weigert, einen bestimmten Beruf auszuüben oder nicht auszuüben, was auch gut ist. Der Entwurf lehnt sich hier viel zu stark an die für Straftäterinnen auf Bewährung geltenden Regeln an (vgl. Art 41 Ziff. 2 alt StGB). Gegenüber Straftäterinnen hat der Staat ein starkes Druckmittel in der Hand, bei Missachtung der Weisung droht der Strafvollzug. Ein verhältnismässiges Mittel der KESB, eine Weisung durchsetzen zu können, ist dagegen nicht ersichtlich. Sie sollten solche Weisungen nicht erteilen dürfen. Dasselbe gilt für die gutgemeinte Idee, Betroffenen z.B. den Aufent-</p>

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
	<p>halt an notorischen Treffpunkten von Alkoholikerinnen zu verbieten. Das durchzusetzen hiesse, die Betroffenen zu büssen, das geht zu weit und hat nichts mehr mit Fürsorge zu tun.</p>
<p>b. Anordnung einer medizinisch indizierten Behandlung,</p>	<p>Winterthur: Es macht Sinn, dass für die Anordnung einer medizinisch indizierten Behandlung oder Medikamenteneinnahme die Einholung eines fachärztlichen Berichtes vorausgesetzt wird.</p> <p>Forel-Klinik: Insbesondere die ambulanten Massnahmen b) und c), die auf der Grundlage eines psychiatrischen Berichtes von der KESB angeordnet werden, erscheinen nur schwer kontrollierbar. Massnahmen, die nicht kontrolliert werden können, erscheinen in ihrer Effizienz fragwürdig. Zwar wäre es beispielsweise möglich eine Auflage zur Spiegelbestimmung der Medikamente im Blut zur Kontrolle durchzuführen, jedoch müsste dann auch festgelegt werden, welche Konsequenzen die ehemals untergebrachte Person zu erwarten hat, wenn sie gegen die Anordnung der KESB verstösst.</p>
<p>c. Anordnung einer medizinisch indizierten Medikamenteneinnahme,</p>	<p>DJ: Es erscheint ausserordentlich problematisch, der KESB die Möglichkeit einzuräumen, am Sitzungstisch die Einnahme eines bestimmten Medikamentes zu verordnen. Damit wird auf eine Art und Weise in die Arzt-Patienten-Beziehung eingegriffen, die weder therapeutisch sinnvoll erscheint, noch mit der Therapiewahlfreiheit der betroffenen Person in Einklang zu bringen ist. Die Wahl eines bestimmten Medikamentes und dessen Dosierung muss im Rahmen der Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt ausgehandelt und laufend dem Krankheitsverlauf und den Wirkungen sowie den auftretenden Nebenwirkungen angepasst werden. § 47 Abs. 2 lit. c ist deshalb ersatzlos zu streichen.</p>
<p>d. Meldepflicht bei einer Fachstelle oder Behörde,</p>	
<p>e. Regelung der Betreuung.</p>	

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
	<p><u>Neue Litera</u> GP: Die KESB sollte eine Behörde zwingen können, Gegenstände zu hinterlegen, um einer Selbst- oder Fremdgefährdung entgegenzuwirken. Z. B. Hinterlegung gefährlicher Gegenstände nach einem Suizidversuch oder Hinterlegung einer Stereoanlage, wenn der Verlust der Wohnung wegen nächtlicher Ruhestörung droht. Es kommt vor, dass Betroffene sich oder andere mit Gegenständen gefährden, die sich nicht gestützt auf das Waffengesetz wegnehmen lassen, z.B. zu kurze Messer. Zu denken ist auch an grosse Mengen gehorteter Medikamente. Die Hinterlegung von Gegenständen sollte ausdrücklich geregelt sein. Sie ist eine Möglichkeit, einem Betroffenen den Weg zu einer früheren Entlassung zu ebnen.</p>
<p><i>b. Anordnung</i> § 48. ¹ Die KESB ordnet ambulante Massnahmen an, gestützt auf</p> <ul style="list-style-type: none"> a. einen begründeten Antrag der Einrichtung, wenn diese für die Entlassung der betroffenen Person zuständig ist, b. einen Bericht der Einrichtung, wenn die KESB für die Entlassung zuständig ist. <p>² Ambulante Massnahmen gemäss § 47 Abs. 2 lit. b oder c darf sie nur gestützt auf den Bericht einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie anordnen.</p>	
<p><i>c. Überwachung, Aufhebung</i> § 49. ¹ Die KESB überwacht die Einhaltung der angeordneten Massnahmen. ² Sie hebt diese auf, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ihr Zweck erreicht ist oder nicht erreicht werden kann, 	

EG zum KESR Entwurf	Stellungnahmen
<p>b. eine fürsorgerische Unterbringung notwendig ist.</p>	
<p>³ Ambulante Massnahmen dauern längstens zwei Jahre. Eine erneute Anordnung ist zulässig.</p>	<p>ZAV: Die vorgesehene Maximaldauer von zwei Jahren erscheint zu lang bzw. unverhältnismässig. Ambulante Massnahmen sollen mindestens einmal jährlich von Amtes wegen überprüft werden müssen.</p> <p>GP: Anordnungen der Behörde sollten alle sechs Monate von Amtes wegen überprüft werden. Das muss zumindest für jene Anordnungen gelten, die stark in die persönliche Freiheit eingreifen, wie die Zwangsmedikation. Bei angeordneten medizinischen Massnahmen wird der behandelnde Arzt als erster feststellen, dass die Behandlung nicht mehr indiziert ist. Das Gesetz sollte ausdrücklich festhalten, dass der Arzt dann die Behandlung von sich aus einstellen und der Behörde die Aufhebung beantragen kann.</p>
<p>C. Vermeidung einer fürsorgerischen Unterbringung</p>	
<p><i>Anordnung von ambulanten Massnahmen</i> § 50. Drängt sich zur Verhinderung einer fürsorgerischen Unterbringung die Anordnung von ambulanten Massnahmen auf, sind die Bestimmungen von §§ 46 - 49 sinngemäss anwendbar.</p>	