

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2014)

Heft: 3: Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) - Erfahrungen nach einem Jahr

Artikel: Das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) in der stationären psychiatrischen Versorgung

Autor: Jäger, Matthias / Theodoridou, Anastasia

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-789952>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 13.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) in der stationären psychiatrischen Versorgung

Im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) Art. 426ff werden seit 1. Januar 2013 die Voraussetzungen für eine Fürsorgliche Unterbringung (FU) neu auf Bundesebene geregelt. Das neue KESR fordert für eine FU einen Schwächezustand (psychische Störung, geistige Behinderung oder schwere Verwahrlosung) sowie eine Schutzbedürftigkeit (notwendige Behandlung/Betreuung). Dazu ist eine persönliche Untersuchung inklusive Dokumentation und Aufklärung der betroffenen Person über ihre Rechte notwendig. Neu besteht die Pflicht der verfügenden Instanz zur Benachrichtigung einer von der betroffenen Person benannten nahestehenden Person.



**Dr. med.
Matthias Jäger**

Oberarzt Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich



**Dr. med.
Anastasia Theodoridou**

Oberärztin Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Die Entlassungsbedingungen wurden dahingehend umformuliert, dass das KESR eine Entlassung vorsieht, «sobald die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind», während früher eine Entlassung zu erfolgen hatte «sobald der Zustand es erlaubt».

Ob es sich um eine bewusst enger gefasste Formulierung handelt oder ob es der «Modernisierung» der Sprache zuzuschreiben ist, wird im Verlauf der Umsetzung zu bewerten sein. Im besten Fall kann es den Auftrag einer grundlegenden Überprüfung der Einweisungssituation beinhalten. In negativer Auslegung kann dadurch eine restriktivere Haltung entstehen, die die Patientenautonomie (Wunsch des Patienten) nicht zum frühest möglichen, sondern zum «best»möglichen Zeitpunkt wiederherstellt.

Neu eingeführt wurde auch eine Begrenzung der Gültigkeit einer ärztlich angeordneten FU auf sechs Wochen. Häufig wird die FU jedoch deutlich früher von den behandelnden Ärzten aufgehoben, und es erfolgt eine Entlassung beziehungsweise die Weiterführung des stationären Aufenthaltes auf freiwilliger Basis. Die vor Ablauf der 6-Wochen-Frist stattfindende Überprüfung einer Verlängerung der FU durch drei Personen der KESB wird von einigen Patientinnen und Patienten als unangenehm («Tribunal») und belastend empfunden. Die Verfahren nach neuem KESR sind für die Kliniken personell und administrativ aufwändig.

Neu sieht das Gesetz des Weiteren vor, dass von der betroffenen Person eine Vertrauensperson benannt werden kann, die in die Behandlungsplanung sowie alle weiteren Abläufe zu involvieren ist. Sie soll die Rechte der einge-

wiesenen Person stärken und bei Konflikten vermitteln. Von dieser Option wird in der Praxis noch selten Gebrauch gemacht, da keine Vertrauenspersonen benannt werden. Die im KESR geforderte strukturierte schriftliche und fortlaufend aktualisierte Behandlungsplanung führt zu grösserer Transparenz der Abläufe und Ziele und wird von den meisten Patientinnen und Patienten geschätzt. Die Umsetzung bedingt jedoch eine aufwändige Dokumentation.

Zu beachten ist, dass die sonst für alle Situationen verbindliche Patientenverfügung für Personen unter FU-Bedingungen per Gesetz in ihrer Gültigkeit eingeschränkt ist. Sie taucht in der Praxis allerdings bislang kaum auf. Patientenverfügung und dokumentierte Behandlungsgrundsätze (neu sind diese bei hohem Risiko einer Wiedereinweisung per FU im Rahmen des Austrittsgesprächs zu dokumentieren) sind mit weiteren Herausforderungen im Informationsmanagement verbunden.

Eine Zurückbehaltung von primär freiwillig eingetretenen Patientinnen und Patienten kann neu durch den Chefarzt/die Chefarztin für maximal 72 Stunden erfolgen, wenn eine Selbstgefährdung an Leib und Leben oder eine Gefährdung der körperlichen Integrität oder des Lebens Dritter besteht. Nach Ablauf dieser Frist muss eine FU (auf der Basis einer Beurteilung durch eine/-n klinikunabhängige/-n Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) vorliegen oder die betroffene Person ist bei weiterhin bestehendem Austrittswunsch zu entlassen. Diese Neuregelung führt zu einer Verlagerung einer partizipativen hin zu einer traditionellen, paternalistischen therapeutischen Beziehung und verursacht erhebliche organisatorische Probleme.

Die als «Behandlung ohne Zustimmung» bezeichnete Massnahme in akuten Notfallsituationen kann neu bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung, Urteilsunfähigkeit und gegebener Verhältnismässigkeit ebenfalls durch den Chefarzt/die Chefarztin angeordnet werden. Diese unterliegt unverändert strenger Reglementierung und Dokumentationspflicht.

Zusammenfassend hat sich mit Einführung des KESR der administrative Aufwand deutlich erhöht. Dies kommt teilweise der intendierten Transparenz und Patientenautonomie zugute, birgt aber auch das Potenzial diese zu konterkarieren. Bei kostenneutraler Umsetzung führt die Bindung von Ressourcen zu einer weiteren Reduktion der ohnehin knappen Zeit für direkte Patientenkontakte.