

Wer befiehlt, zahlt

Gastkommentar
von RENÉ BRIDLER

Gut zweieinhalb Jahre nach der Einführung des neuen Erwachsenenschutzrechts hat sich im Bereich der Psychiatrie wieder eine Handlungspraxis etabliert, Kinderkrankheiten sind eliminiert. Ein guter Zeitpunkt also für einen weiter gefassten Blick auf gesundheitspolizeiliche Aspekte psychiatrischer Versorgung.

Im europäischen Vergleich weisen die Schweiz und der Kanton Zürich eine überdurchschnittlich hohe Quote an psychiatrischen Zwangseinweisungen auf. Im Rahmen der Grundversorgung erfolgt rund ein Viertel der Eintritte ohne Zustimmung oder gegen den Willen der Betroffenen. Befürworter einer hohen Unterbringungsquote weisen gerne auf andere Länder und argumentieren, dass Zwangseinweisungen Obdachlosigkeit und Verwahrlosung psychisch Kranker verhindern und ein Merkmal guter Versorgung seien. Allerdings ist das Elend psychisch Kranker in vielen Staaten der Welt nicht primär eine Folge fehlenden Zwangs, sondern des Fehlens sozialer Netze und des finanziellen Aushungerns der institutionellen Psychiatrie.

Im Hinblick auf das neue Erwachsenenschutzrecht hielt der eidgenössische Gesetzgeber bei psychiatrischen Zwangseinweisungen an der traditionellen ärztlichen Kompetenzzuschreibung fest. Im Unterschied zu anderen Kantonen schränkte der Kanton Zürich den Kreis der berechtigten Ärzte für eine fürsorgliche Unterbringung (FU) nicht auf qualifizierte Gruppen wie Bezirks- oder psychiatrische Fachärzte ein. Die breite Streuung gibt Tausenden von Ärzten die Kompetenz zur Anordnung psychiatrischer Zwangseinweisungen. Gemäss zwei unabhängigen Studien weist eine beträchtliche Zahl ärztlicher Einweisungszeugnisse formale und inhaltliche Mängel auf, was die hohe FU-Quote mit erklären dürfte.

Die Rechtmässigkeit jeder FU wird zwar von den psychiatrischen Fachärzten in der Klinik laufend überprüft, eine gerichtliche Kontrolle gibt es aber nur auf Verlangen der Betroffenen oder der Angehörigen. Die erste zwingende externe Überprüfung findet nach sechs Wochen statt – allerdings nicht durch ein unabhängiges Gericht, sondern durch die eigenen Interessen folgende Erwachsenenschutzbehörde. Die sechswöchige Frist ist europaweit einmalig; andere Staaten beschränken die Gültigkeit von ärztlichen Notfalleinwei-

sungen auf maximal 72 Stunden und sehen danach ein reguläres Verfahren vor. Damit sind psychiatrische FU-Patienten im Kanton Zürich rechtlich schlechter gestellt als Untersuchungshäftlinge.

Heute müssen Ärzte aller Fachrichtungen im Kanton Zürich jährlich in Tausenden von Fällen über die Einschränkung verfassungsmässig geschützter Freiheitsrechte entscheiden und damit eine hoheitliche Aufgabe übernehmen, für die sie nicht ausgebildet sind.

Ärzte erkennen aufgrund ihres Fachwissens Krankheitszustände, stellen Diagnosen und empfehlen Behandlungen. Ob unsere Gesellschaft Personen mit einer psychischen Störung die Ablehnung einer Therapie zugesteht oder diese im Rahmen hoheitlichen Handelns vollstreckt sehen will, ob eine Unterbringung den Kriterien der Verhältnismässigkeit standhält – all dies sind komplexe, dem Wandel des Zeitgeistes unterworfenen Fragen des Rechts, nicht der Medizin.

Dennoch wird in der psychiatrischen Versorgung in einer für die Medizin einzigartigen Weise nicht nur der Vollzug eines polizeirechtlichen Ordnungsauftrags, sondern weitgehend auch dessen Überwachung an die Ärzteschaft delegiert. Es ist bedenklich und erstaunlich zugleich, dass die Psychiatrie dagegen nie aufgekehrt hat, obwohl sie von derselben Gesellschaft für die Erledigung ebendieses Auftrags stigmatisiert, kritisiert und in ihrem Ansehen fortlaufend unterhöhlt wird. Dieses Schicksal teilt sie mit den Patienten.

Von der Gesundheitsdirektion sofort durchsetzbar wäre die Eingrenzung der FU-Kompetenz auf Ärzte, welche nachweislich die gesetzlich verlangten FU-Fortbildungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich absolviert haben. Weiterführende Massnahmen wie beispielsweise eine Beschränkung der Unterbringungskompetenz auf psychiatrische Fach- bzw. Bezirksärzte oder die Verkürzung der Gültigkeit einer notfallmässigen ärztlichen FU-Anordnung auf 72 Stunden sind ohne Änderungen der gesetzlichen Bestimmungen kaum möglich.

Die originellsten und wahrscheinlich wirksamsten Ansätze zur Senkung der FU-Quote wären eine gegen die Ausführung von Polizeifunktionen geeinte Ärzteschaft oder die finanzielle Inpflichtnahme des Staates im Falle von hoheitlich verfügten Zwangsmassnahmen – frei nach dem Motto: Wer befiehlt, zahlt.

René Bridler ist Ärztlicher Direktor am Sanatorium Kirchberg, einer Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Frage des Stichentscheids

Gastkommentar
von PETER BREITSCHMID

Das Erwachsenenschutzrecht beschäftigt sich mit rechtlichen Aspekten der Schwäche von Menschen – mit einem unbeliebten Thema also, denn eigentlich sind wir fit, leistungsfähig, gutgelaunt und lassen uns nichts anderes anmerken. Behandeln lassen wir uns eher unfreiwillig, zur Kompensation von Leistungsfähigkeitseinbusse, weil ein Gelenk knirscht, ein Unfall oder eine Krankheit uns wirklich ins Bett zwingt. Auch sogenannte Wahlbehandlungen und ganz besonders Schönheitsoperationen sind kaum wirklich freiwillig, sondern Folge eines (vermeintlichen) Drucks, fit und schön zu sein.

Aber selbst wenn wir krank sind, sind wir «gesund im Kopf»: Testamente beginnen routinemässig mit «Bei klarem Verstand», und je lauter das unterstrichen wird, desto eher zwingt die Praxis zu Zweifeln. Sind wir überhaupt bei klarem Verstand? Oder lassen wir uns nur deshalb von so vielen Werbebotschaften verführen, weil wir unsern Verstand nicht immer brauchen wollen? Was lassen wir, und was lässt die Gesellschaft an Irrationalität zu? Wie viel Raum dazu gibt es in der dichtbesiedelten und dichtgetakteten Gesellschaft?

Während somatische Störungen vom Essen oder vom Arbeiten (oder auch vom Trinken oder Rauchen) kommen, treten psychische Störungen eher unerklärlich in unser Leben – und manifestieren sich bisweilen im Arbeiten, Trinken oder Essen. Ob Orthopäden oder Psychiater etwas zurechtbiegen, ist deshalb nur scheinbar nicht dasselbe. Nur ist der Rechtsschutz bei der orthopädischen Behandlung weit weniger ausgebaut. Doch niemand wird auf die Idee kommen, dass ein Psychiater die orthopädische Behandlung anordnet oder auch nur empfiehlt.

Dass sich auch Nicht-Psychiater in die Psychiatrie einmischen können, bildet das Stigma ab: «Das kann jeder», und die können nichts. Persönlich würde ich mich allerdings wohl vom Hausarzt einweisen lassen, würde mich allerdings wohl (ich bin Jurist) zur Wehr setzen und dann aber letztlich doch hoffen, dass mein medizinisches Problem mit den Mitteln der Medizin fachlich angegangen und nicht rein juristisch therapiert bzw. «eliminiert» würde.

Wer also soll im Rahmen gelebter Interdisziplinarität den Stichentscheid haben, der Mediziner oder der Jurist? Ob der Zahnarzt eine Füllung legt oder unsere ganze schizophrene Per-

sönlichkeit erfasst werden muss, sind sehr verschiedene Spektren, aber immer ärztliche Tätigkeit. Um die juristischen Aspekte medizinischer Behandlung sollten sich zudem nur ausgewiesene Medizinrechtler kümmern, denn dass ärztliche (Behandlungs-)Zeit durch bloss juristische Rabulisten konsumiert wird, bringt weder das Rechts- noch das Gesundheitssystem in eine höhere Qualitätsliga.

Ob wir Juristen die letzte Instanz sein sollen, wollen, können? Man ist manchmal froh, dass Theologen noch ein Jüngstes Gericht anbieten, aber ärztliche Bemühungen sind doch irdisch und rasch erreichbar, viel konkreter! Und ärztliche Bemühungen sind auch im psychiatrischen Kontext nicht primär polizeilicher Natur – umgekehrt nämlich ist es Teil der menschen- und verfassungsrechtlich geschützten Menschenwürde und des Rechts auf Gesundheit, behandelt zu werden; dass ungewollte Behandlung einer gewissen rechtlichen Begleitung bedarf, ist zu ertragen, denn immerhin sind die registrierten Einweisungen ein Zeichen dafür, dass Kranke überhaupt behandelt werden; Krankenversicherer wachen mit Argusaugen, dass keine Überbehandlung erfolgt.

Weniger das Recht als die gesellschaftlichen Anschauungen und der Grundleistungskatalog des KVG bestimmen, was und in welcher Intensität behandelt wird.

Wichtiger als ein Ausbau des (nötigen) Rechtsschutzes wäre, dass das medizinische und pflegerische Behandlungsteam genügend Zeit hat, mit den Kranken zusammenzuarbeiten und das Vertrauen in die nötige Behandlung überhaupt erst einmal aufzubauen und zu stärken. Die hohe Quote bei der unfreiwilligen Behandlung ist eher auch Ausdruck der allgemeinen Stigmatisierung und läuft synchron dazu.

Es gibt wohl keinen juristischen «Kniff», um die Antinomie zwischen erstrebter Autonomie und erzwungener Behandlungsbedürftigkeit zu überwinden: Mit (gesundheitlicher) Schwäche verlieren wir Autonomie, und medizinisches Wissen sollte dies abfedern, die Juristerei sodann (eher im Rahmen interdisziplinärer Gremien denn als «Gericht») darüber wachen, dass abhängige Behandlungsbedürftige im Rahmen ihrer Wünsche und der medizinischen Möglichkeiten bestmöglich betreut werden – was durchaus auch Verzicht auf Betreuung bedeuten kann.

Peter Breitschmid ist Professor für Privatrecht an der Universität Zürich.