

Thomas Maler

Bericht zum Psychiatriezentrum Münsingen AG

Erstellt im Auftrag des Gesundheitsamtes der
Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des
Kantons Bern

Wil, 14.10.2022

Bericht zum Psychiatriezentrum Münsingen AG

Inhaltsverzeichnis

Die wichtigsten Feststellungen	2
Vorbemerkungen	3
1. Auftrag des GSI Bern	3
2. Ausgangslage.....	4
3. Informationsquellen	4
4. Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FbM) im PZM, speziell in der Klinik für Depression und Angst (KDA).....	10
5. Suizidprävention und Rolle von Psychologinnen als Fallführende	40
6. Zusammenfassung und Synthese	41
7. Empfehlungen	42

Die wichtigsten Feststellungen

Das Psychiatriezentrum Münsingen (PZM) ist ein leistungsfähiger und funktionierender Betrieb. Pro Jahr werden 3500 Patienten in hoher fachlicher Qualität behandelt.

Bei der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FbM) bestehen in einigen Punkten Mängel:

- In allen drei Kliniken des PZM werden Isolation und Fixierung teilweise zu rasch angewendet und zu lange aufrecht erhalten.
- «Behandlung ohne Zustimmung» wird zumeist nicht formell verfügt und damit nicht einem Rechtsmittel unterstellt.
- Aufgrund persönlicher und struktureller Führungsmängel wurde in den letzten Jahren die Handhabung von FbM auf den Stationen zu wenig instruiert, überwacht und reflektiert.

Die beiden Stationen 26E und 27E sowie die Ambulanz der Klinik für Depression und Angst (KDA) waren in den Jahren 2018-2022 mit ihren Behandlungsaufträgen zeitweise fachlich und personell überfordert und wurden von den pflegerischen und ärztlichen Vorgesetzten im Stich gelassen.

Im Umgang mit der Diagnose «dissoziative Identitätsstörung» und dem Thema «Viktimisierung durch rituelle Gewalt/anhaltenden Täterkontakt» fehlte in der KDA die notwendige Professionalität.

Die externen Mechanismen zur Kontrolle der freiheitsbeschränkenden Massnahmen, namentlich das Kindes- und Erwachsenengericht Bern (KESG) funktionieren nicht optimal und können daher ihre Funktion als externes Korrektiv nicht wahrnehmen.

Vorbemerkungen

Dieser Bericht wurde mit dem Auftrag erstellt, allfällige Schwächen und Mängel im Psychiatriezentrum Münsingen (PZM) aufzuzeigen. Er fokussiert deshalb auf Defizite, und es könnte der Eindruck entstehen, das PZM sei insgesamt dysfunktional. Das trifft nicht zu. Im PZM gibt es viele Strukturen und Abläufe, die normal funktionieren, zahlreiche Mitarbeitende, die tagtäglich sehr gute Arbeit leisten und Führungskräfte, die ihre Aufgabe verantwortungsvoll wahrnehmen. Das PZM ist ein wichtiger und leistungsfähiger Versorger im Kanton Bern und behandelt jährlich rund 3500 Patienten aller Altersklassen und Diagnosekategorien auf hohem fachlichem Niveau.

Die Zusammenarbeit mit den PZM-Mitarbeitenden aller Stufen und Bereiche bei der Durchführung dieser Untersuchung war durchwegs angenehm und das Engagement aller zur Verbesserung der Situation ist deutlich spürbar. Dieser Bericht soll dazu beitragen, diesem Engagement Auftrieb zu geben.

Der Fokus der Untersuchung war inhaltlich breit angelegt. Es ging darum, die Funktionsweise des PZM insgesamt zu durchleuchten, organisatorische und fachliche Schwachpunkte auch unabhängig vom Verhalten einzelner Personen zu identifizieren und daraus Empfehlungen abzuleiten. Gemäss Vertrag mit der GSI Bern habe ich diese Untersuchung als Einzelperson durchgeführt. Die Bewertung der erhobenen Befunde und die Empfehlungen beinhalten daher auch persönliche Urteile. Alle vorgebrachten Kritikpunkte sind im Bericht mit konkreten Beispielen belegt, die die beanstandeten Mängel nachweisen. Diese Beispiele sind stichprobenartig herausgegriffen und erlauben keine umfassende Einschätzung der Häufigkeit bestimmter Fehler. Ich hoffe, dass durch die ausführliche Herleitung der Empfehlungen und die Verweise auf zahlreiche konkrete Beispiele meine Schlussfolgerungen dennoch berechtigt und nachvollziehbar erscheinen.

1. Auftrag der GSI Bern (gemäss Vertrag vom 09.05.2022)

«Unterstützung des Gesundheitsamts im Zusammenhang mit aufsichtsrechtlichen Abklärungen in der PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG. Erstellen eines Gutachtens zu den durchgeführten Abklärungen, den gemachten Feststellungen und den daraus resultierenden Empfehlungen.

Vornehmen von Abklärungen im Bereich von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (Zunahme in den letzten vier Jahren? / Zusammenhang mit Personalressourcen? / Covid-19-Effekt? / Änderung betreffend Datenerfassung?), Suizidprävention, Regelung der Kompetenzen von Psychologen sowie der Thematik betreffend die ehemalige Anstellung von Personen aus dem Umfeld der 'Kirschlütchengemeinschaft'».

Das PZM steht als Erbringer von Leistungen nach dem Spitalversorgungsgesetz vom 13.06.2013 (SpVG; BSG 812.11) unter der Aufsicht des Gesundheitsamtes des Kantons Bern.

2. Ausgangslage

Anlass für die Untersuchung zur Thematik «Freiheitsbeschränkende Massnahmen» ist eine am 22.03.2022 ausgestrahlte Sendung im Regionaljournal Bern Freiburg Wallis von SRF. Psychiatriezentrum Münsingen - Werden in Münsingen systematisch Zwangsmassnahmen angewendet? - News - SRF. Das Thema wurde in der Folge weiter medial bearbeitet: Fixierung und Einsperren - Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie: Wie kann man sie verhindern? - News - SRF; PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG in heftiger Kritik (nau.ch); Wegen Personalmangel? - Psychiatrie-Patienten «präventiv» ans Bett gefesselt | Berner Zeitung.

Soweit erkennbar hat ausser der SRF-Journalistin [REDACTED] (Autorin der Sendung vom 22.03.2022) niemand sonst eigene Recherchen zum Thema der freiheitsbeschränkenden Massnahmen im PZM durchgeführt. Andere Medien übernahmen lediglich die Angaben von Frau [REDACTED]. Die Zeitschrift «Beobachter» hat ausschliesslich zum Thema der Kirschlüttingengesellschaft berichtet.

Im Gefolge der medialen Berichterstattung wurde die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) auch von der Gesundheitskommission des Grossen Rates mit dieser Thematik angegangen. Dabei hat die GSI informiert, eine externe Untersuchung zu veranlassen.

Die Themen «Suizidprävention» und «Delegation von ärztlichen Aufgaben an Psychologen» stehen im Zusammenhang mit Hinweisen, die das GA im Rahmen eines Strafverfahrens gegen eine im PZM tätige Ärztin erhalten hat. Dem GA liegt hierzu ein forensisches Gutachten vor, woraus sich Fragen ergeben, inwiefern das PZM sichergestellt hat, dass Suizidprävention in allen Kliniken organisatorisch in Form von Weisungen, Guidelines, Personalschulungen, Unterbringung suizidaler Patienten hinreichend implementiert ist. In diesem Zusammenhang stellt sich insbesondere auch die Frage, inwiefern bei suizidalen Personen mit FU beim Eintritt eine ärztliche Anamnese zwingend ist bzw. ob es zulässig ist, eine derartige Aufgabe an Psychologen zu delegieren.

3. Informationsquellen

Für die vorliegende Untersuchung wurden mir vom Psychiatriezentrum Münsingen und vom GSI zahlreiche Unterlagen zur Verfügung gestellt und Einsicht in Akten, inkl. Krankengeschichten gewährt. Ich habe selbst weitere Informationen eingeholt und zahlreiche Personen und Institutionen kontaktiert. Folgende Informationsquellen konnten ausgewertet werden und sind in diese Untersuchung eingeflossen:

3.1 Liste der freiheitsbeschränkenden Massnahmen im PZM gemäss ANQ-Definition (tabellarische anonymisierte Aufstellung) der Jahre 2018 – 2021

Da die Anzahl freiheitsbeschränkender Massnahmen in der Psychiatrie als Indikator für die Qualität einer Einrichtung angesehen wird, hat sich die Erfassung und Messung dieser

Massnahmen als Standard zur Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie etabliert. Seit 2015 liefern alle psychiatrischen Einrichtungen in der Schweiz ihre Daten zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen an den ANQ (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux; Nationaler Verein für die Qualitätsentwicklung in den Spitälern und Kliniken; <https://www.anq.ch>). Der ANQ hat Definitionen und Erfassungsstandards entwickelt, die für die psychiatrischen Einrichtungen verbindlich sind und seit 2015 einen Vergleich zwischen den Institutionen ermöglichen (nationaler Benchmark). Die Messergebnisse der psychiatrischen Kliniken zu den freiheitsbeschränkenden Massnahmen seit 2015 sind auf der Website des ANQ publiziert und öffentlich einsehbar (<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie/>).

Über die Fallnummer und den Zugang zum Klinikinformationssystem besteht die Möglichkeit, die statistisch erfassten Massnahmen auch im Detail in der Krankengeschichte des betreffenden Patienten zu überprüfen und die Dokumentation dazu einzusehen.

3.2 Klinikinformationssystem (Orbis) mit vollständiger Dokumentation der einzelnen Fälle (Krankengeschichten)

Das PZM hat mir Zugang zum elektronischen Klinikinformationssystem des PZM gewährt, sodass ich sämtliche Patientenakten aus den Jahren ab 2012 bis heute vollständig einsehen konnte. Rechtliche Grundlage dieser Einsichtnahme bildet die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht vom 16.05.2022 durch die Abteilung Aufsicht und Bewilligung des Gesundheitsamts der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) des Kantons Bern. Vorbehalten bleibt die Frage, ob zu bestimmten Patienten und Behandlungsphasen zusätzliche Dokumentationen geführt wurden (so genannte «Schatten-KGs»), die nicht zugänglich wären. Das Führen von solchen zusätzlichen Dokumentationen wäre unzulässig. Einzelne Gesprächspartner erwähnten die Vermutung, dass bei einzelnen Patientinnen mit Traumafolgestörungen auf Welsung von Prof. [REDACTED] Aufzeichnungen ausserhalb des Klinikinformationssystems gemacht worden seien. Ich habe bei meinen Recherchen und Besuchen vor Ort keine solchen Dokumente gefunden oder gelesen.

3.3 Zugang zum CIRS-System des PZM (Critical Incident reporting System; Datenbank zur Erfassung unerwünschter Ereignisse) sowie zu diversen Beschwerdemails von Mitarbeitenden aus den Jahren 2018 – 2022

3.4 Rückmeldung des Kindes- und Erwachsenenschutzgerichts (KESG) des Kantons Bern (u.a. persönliche Mitteilungen von [REDACTED])

Auf meine Anfrage teilte mir Oberrichter [REDACTED] mit, dass aus Sicht des KESG keine besonderen Auffälligkeiten im Zusammenhang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen am PZM festgestellt wurden. Weder habe es in einem bestimmten Zeitraum eine Zunahme von

Beschwerden und Rekursen gegeben, noch selten in Urteilen des KESG jemals Massnahmen des PZM als unrechtmässig bewertet worden. Die Journalistin [REDACTED] hatte in Ihrem SRF-Medienbeitrag erwähnt, dass ihr Gerichtsurteile vorlägen mit negativen Beurteilungen des PZM. Auf Anfrage bestätigte mir Frau [REDACTED] diesen Sachverhalt, konnte mir aber aus Gründen des journalistischen Quellenschutzes diese Urteile nicht zustellen und keine näheren Angaben zu den betroffenen Patienten machen.

Bei der Überprüfung einzelner Fälle stiess ich auf Urteile des KESG Bern, die zu Fragen Anlass gaben und Angaben zu fragwürdigen Behandlungen im PZM enthielten (so z.B. Urteil 21 926/970 vom 23.12.2021 zu Patientin [REDACTED]). Das KESG Bern konnte/wollte keine Stellung nehmen zu einzelnen Urteilen. Nach Auffassung des KESG besteht die Aufgabe des Gerichts darin, zum Zeitpunkt der Rekursverhandlung zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für eine FU noch gegeben seien oder nicht (e-Mail von [REDACTED] an mich vom 23.06.2022).

3.5 Angaben der Kantonspolizei Bern ([REDACTED] Regionenchef Mittelland Emmental Oberraargau)

Auf meine Anfrage beantwortete mir [REDACTED] am 07.06.2022 telefonisch und schriftlich Fragen zum PZM und nahm Stellung zu den Passagen im SRF-Medienbeitrag von [REDACTED]. Dort war erwähnt worden, die Kapo Bern sei im PZM immer häufiger um Hilfe gebeten worden, um Patienten zu fixieren. Schliesslich habe die Polizeileitung deswegen im Herbst 2020 bei der Klinikleitung interveniert und mitgeteilt, dass die Leistungen der Kapo Bern nicht im gleichen Rahmen weitergeführt werden könnten.

[REDACTED] bestätigte diesen Sachverhalt grundsätzlich und stellte mir auch das Schreiben der Kapo Leitung an die Klinikleitung vom Herbst 2020 zur Verfügung. Er präziserte aber, dass es bei der Intervention der Kapo nicht um das Beklagen von Missständen im PZM oder um eine Rückmeldung wegen einer Zunahme von Zwangsmassnahmen im PZM gegangen sei. Niemals habe die Kapo Bern festgestellt, dass im PZM zu oft, übertrieben oder unangemessen freiheitsbeschränkende Massnahmen durchgeführt werden. Aufgrund von Personalmangel bei der Pflege, einer zunehmenden Feminisierung des Fachpersonals und aufgrund von Weiterbildungslücken im Aggressionsmanagement hätte aber die Polizei sehr oft beigezogen werden müssen und diese sei damit an personelle Limiten gestossen. Auf die Intervention der Kapo im Herbst 2020 habe das PZM auch reagiert und die personellen Ressourcen im Bereich des Aggressionsmanagements verbessert. Die Anzahl von Einsätzen der Kapo Bern im PZM sei von rund 250 in den Jahren 2019 und 2020 auf 115 im 2021 zurückgegangen und im laufenden Jahr zeige sich bisher eine weiter ganz leicht sinkende Tendenz. Der Kapo Bern seien keine Fälle bekannt, wo es wegen der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen zu Strafanzeigen gegen das PZM gekommen sei.

¹ Zur Zitierweise von patientenbezogenen Angaben: Patienten sind mit anonymisierten Initialen (also nicht ihren richtigen Initialen), Geburtsjahr und Fallnummer aufgeführt. So sind die Patienten für Aussenstehende nicht identifizierbar, das PZM kann die Fälle aber finden und nachprüfen.

3.6 Auskunft der Ombudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern,
Rückmeldung von [REDACTED] am 01.06.2022

Bei der Ombudsstelle seien keine Beschwerden zum PZM eingegangen.

Allerdings kontaktierte mich später die Familie eines Patienten, der [REDACTED] während der Hospitalisation im PZM mutmasslich durch einen Suizid verstorben war (vgl. Fussnote 3, S.8). Die Familie hatte sich an die Ombudsstelle gewandt und in der Folge war durch Vermittlung der Ombudsstelle ein Gespräch mit Vertretern des PZM (darunter [REDACTED] und der Familie des Verstorbenen durchgeführt worden. Das Gespräch verlief für die Familie nicht vollständig befriedigend.

3.7 Auskunft von [REDACTED] Vorstandsmitglied der Berner
Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (kantonaler Berufsverband
der PsychiaterInnen und Psychiater) vom 31.05.2022

[REDACTED] teilt mir mit, ihr selbst sowie auch ihren Vorstandskolleginnen und Kollegen seien keine negativen Rückmeldungen von Patienten zum PZM bekannt. Sie habe ausser in den Medienberichten keine Informationen zu Missständen im PZM erhalten.

3.8 Auskunft von Frau [REDACTED] Präsidentin des Verbandes der
Bernischen Pflegefachpersonen (SBK Sektion Bern) vom 01.07.2022

[REDACTED] teilt mir mit, dass sich bei Ihnen und auch bei den Sozialpartner-Verantwortlichen sowie der RechtsberaterIn keine Mitarbeitenden des PZM gemeldet hätten.

3.9 Persönliche Auskünfte in Einzelgesprächen (teils telefonisch, teils persönlich
vor Ort im PZM), darunter:

- [REDACTED] CEO
- [REDACTED] stv. CEO, DirektorIn Personal und Betriebe
- [REDACTED] Ärztlicher Direktor und Chefarzt Klinik für Depression und Angst, inzwischen zurückgetreten (telefonisch)
- [REDACTED] Chefarzt Klinik für Psychose und Abhängigkeit und a.i. Chefarzt Klinik für Depression und Angst
- [REDACTED] Chefarzt Klinik für Alters- und Neuropsychiatrie
- [REDACTED] Direktor Pflege und a.i. Leitung Pflege Klinik für Depression und Angst
- [REDACTED] Leitung Pflege Klinik für Alters- und Neuropsychiatrie
- [REDACTED] Leitung Pflege Klinik für Psychose und Abhängigkeit, CIRS
- [REDACTED] Direktor Finanzen
- [REDACTED] LeiterIn Bereich Pflegeentwicklung, Vorsitzende Ethikkommission, Verantwortliche für das Programm «Münsinger Aggressionsmanagement», bewegungs einschränkende Massnahmen

- [REDACTED] Leiter Pflegeinformatik (ORBIS), Präsident Betriebskommission PZM
- [REDACTED] Psychologin, seit 2020 FallführerIn auf der Station 26 (telefonisch)
- [REDACTED] Stationsleiter Pflege, Station 26 (wird das PZM verlassen)
- [REDACTED] ehem. Leiter Pflege, Klinik für Depression und Angst (In anderer Funktion weiterhin im PZM tätig)
- [REDACTED] LeiterIn Strategie, Qualität und Entwicklung
- [REDACTED] OberärztIn in der KDA (telefonisch)
- [REDACTED], ehemaliger Stationsleiter Station 27 (telefonisch)
- [REDACTED] JournalistIn SRF (telefonisch)
- [REDACTED] Rechtsvertreterin der PatientIn [REDACTED]

Nachdem von der GSI öffentlich über mein Untersuchungsmandat informiert worden war, nahmen mehrere ehemalige Mitarbeitende des PZM, aktuelle und ehemalige PatientInnen² sowie Angehörige³ mit mir Kontakt auf. Ich habe mit allen Personen gesprochen, die sich gemeldet haben und ihre Rückmeldungen entgegengenommen. Die meisten dieser Angaben zu Vorkommnissen im PZM konnte ich durch Gespräche mit Mitarbeitenden des PZM sowie durch das Studium der vorliegenden Akten überprüfen und im Wesentlichen verifizieren. Vermutlich handelt es sich zum Teil um dieselben Personen, die auch mit der SRF-JournalistIn [REDACTED] Kontakt hatten und Quellen ihrer Berichte waren⁴.

Bei den Besuchen im PZM am 16.06.2022 und am 08.07.2022 konnte ich ausserdem mit einzelnen PatientInnen⁵ sprechen, die zur Gruppe der «IntensivpatientInnen» der Stationen 26 und 27 gehörten (vgl. unten Punkt 4.3.4).

3.10 Interne Weisungen und Standards des PZM

Das PZM hat für die Durchführung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FbM) interne Weisungen und Reglemente erlassen:

- Weisung A25; Anleitung zur Verordnung einer freiheitsbeschränkenden Massnahme, 23.03.2015
- Handbuch für Ärzte und Psychologen, 17.04.2020
- Konzept «Münslinger Aggressionsmanagement», 04.09.2020
- Pflegekonzept «Intensivpflege während einer bewegungseinschränkenden Massnahme», 14.01.2015
- Anleitung zur Verordnung einer bewegungseinschränkenden Massnahme 1.2
- Weisung – Ausführungsbestimmungen für bewegungseinschränkende Massnahmen

² PatientInnen [REDACTED]

³ Familie des Patienten [REDACTED] Ehefrau des Patienten [REDACTED]

⁴ [REDACTED] hat mir aus Gründen des journalistischen Quellenschutzes selbstverständlich keine konkreten Angaben zu ihren Auskunftspersonen gemacht.

⁵ Pat. [REDACTED] Pat. [REDACTED]

Diese Vorgabedokumente entsprechen mehrheitlich den gesetzlichen und fachlichen Standards und sind grösstenteils korrekt.

Problematisch ist allenfalls der Punkt 3.1.9. im Ärztehandbuch auf S. 15

«Bewegungseinschränkende Sicherheitsmassnahmen». Unter diesem Begriff werden im PZM die leichtereren Formen der bewegungseinschränkenden Massnahmen wie «Fixation im Rollstuhl resp. Bett, Zewldecke, Bettgitter» verstanden. Gemäss Weisung im Ärztehandbuch können solche Massnahmen auch ohne Vorlegen einer FU angeordnet werden. Es sei einzig das mündliche Einverständnis der Angehörigen einzuholen und zu dokumentieren. Die Massnahmen müssten wöchentlich neu beurteilt und dokumentiert werden.

Gemäss Definition des ANQ sowie auch nach der Rechtsauffassung der Nationalen Kommission zur Verhütung von Folter (NKVF) stellen diese Massnahmen «Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit» im Sinne von Art. 383 ZGB dar. In psychiatrischen Kliniken können solche Massnahmen nur im Rahmen von Art. 438 ZGB und damit beim Vorlegen einer FU oder allenfalls einer chefärztlichen Zurückbehaltung (Art. 427 ZGB) angeordnet werden. Sie müssen ausserdem schriftlich verfügt werden, denn nur so kann dem Betroffenen (oder seinen Vertretungspersonen) das Rechtsmittel nach Art. 439 ZGB gewährt werden.

Dass dieser Passus im Ärztehandbuch und diese Auffassung von bewegungseinschränkenden Massnahmen ein entscheidender Grund für eine zu häufige Anwendung solcher Massnahmen darstellen würde, konnte ich anhand stichprobenartiger Prüfung von Krankengeschichten jedoch nicht bestätigen.

Ebenfalls problematisch im Ärztehandbuch ist das Fehlen der Unterscheidung von «Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit» (Art. 383 -385, 438 ZGB) und «Behandlung ohne Zustimmung» (Art. 434 ZGB).

Dazu steht im Ärztehandbuch des PZM (Punkt 3.1.8.1): «Der Begriff „medizinische Behandlung gegen den Willen des Patienten/der Patientin“ beinhaltet im PZM auch Isolation, Fixation und Medikation.» Zwar wird nachher (3.1.8.2) erwähnt, dass der schriftliche Behandlungsplan vorlegen muss, aber es ist im Ärztehandbuch nicht klar beschrieben, dass «Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit» und «Behandlung ohne Zustimmung» zwei unterschiedliche rechtliche Prozeduren sind, die ein getrenntes Rechtsmittel nach sich ziehen und in der Anwendung klar unterschieden werden müssen. Auch fehlt der Hinweis auf Art. 435 ZGB (Notfall), der in der klinischen Praxis in vielen Situationen die Rechtsgrundlage für Medikation ohne Zustimmung bildet. Das sollte im Ärztehandbuch klar dargestellt und dann im KIS/Orbis auch abgebildet werden. Im aktuellen KIS/Orbis gibt es die Voraussetzungen gar nicht, um korrekt den Behandlungsplan anzuordnen (nach Art. 434 ZGB) und daraus ein Formular für den Patienten mit Rechtsmittelbelehrung auszudrucken. Stattdessen wird mit «Therapievereinbarungen» gearbeitet, was aber problematisch ist, da sich Patienten unter Druck gesetzt fühlten, solche Therapievereinbarungen zu unterzeichnen, diese aber nicht als Behandlungsplan formell verfügt werden (vgl. dazu ausführlich Punkt 4.4.7 sowie die Fussnoten 44, 45 und 47 mit Fallbeispielen; zur Thematik der Therapievereinbarungen resultiert Empfehlung 7.7 unten).

Der Behandlungsplan bei FU-Patienten wird im PZM zwar sehr detailliert verfasst, gilt allerdings primär als ein Kommunikationsinstrument gegenüber dem Zuweisenden (Ärzttehandbuch 3.1.2 und 3.1.2). Das ist im Prinzip keine schlechte Idee, aber damit wird die wirkliche Funktion des Behandlungsplans verwässert und im schlimmsten Fall verfehlt: Die Information des Patienten über die vorgesehene Behandlung. Der Behandlungsplan nach Art. 433 ZGB ist vom Gesetzgeber als Kommunikationsinstrument der Behandler gegenüber dem Patienten und ggf. seiner Vertrauensperson konzipiert worden. Der Behandlungsplan sollte direkt an den Patienten adressiert und so geschrieben sein, dass der Patient den Inhalt verstehen kann. Er muss ja nach Vorlage dieses Dokuments entscheiden können, ob er/sie diesem Plan zustimmt oder nicht (Art. 433, Abs. 3). Der Behandlungsplan bildet auch ggf. die Grundlage für eine Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB und ist dort Teil der schriftlichen Anordnung.

3.1.1 Gutachten von [REDACTED] Psychiatrische Dienste Solothurn vom [REDACTED] zum Todesfall eines Patienten im PZM im Juni 2020

Es handelt sich um den Todesfall von [REDACTED] (vgl. Fussnote 17), der am [REDACTED] nach einem Suizidversuch im PZM [REDACTED] durch Erhängen verstorben ist. Die Staatsanwaltschaft Bern gab dazu bei [REDACTED] ein Gutachten in Auftrag, [REDACTED]

4. Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FbM) im PZM, speziell in der Klinik für Depression und Angst (KDA)

4.1 Allgemeines

Im Rahmen der Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Krankheiten entstehen Situationen, in denen die Gefahr von Selbst- oder Fremdgefährdung nicht anders abgewendet werden kann, als durch die physische Einschränkung der Bewegungsfreiheit der betroffenen Patienten und ggf. der Verabreichung von Medikamenten ohne Zustimmung. Der Gesetzgeber hat diese Möglichkeit ausdrücklich anerkannt und seit 2013 mit spezifischen Bestimmungen im Erwachsenenschutzrecht geregelt. Der Begriff «Freiheitsbeschränkende Massnahmen» wird zumeist (so auch vom ANQ, vgl. unten) als Oberbegriff verwendet, der die zwei unterschiedlichen Prozeduren «Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit» und «Behandlung ohne Zustimmung» umfasst. In der praktischen Anwendung ist aber stets zu unterscheiden zwischen «Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit» (Art. 383-385, 438 ZGB) und «Behandlung ohne Zustimmung» (Art. 433/434 sowie ggf. 435 ZGB), da dafür unterschiedliche Artikel angerufen und separate Verfügungen erlassen werden müssen.

Historisch gesehen war der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Psychiatrie sowie in anderen kustodialen Einrichtungen wie Heimen, Erziehungs- und Verwahranstalten über lange Zeit normaler Bestandteil der Behandlungspraxis. Die

Individuellen Freiheitsrechte konnten bis 1981 durch behördliches Handeln relativ einfach eingeschränkt werden. Deshalb stehen die freiheitsbeschränkende Massnahmen in der heutigen Psychiatrie unter intensiver Beobachtung von Patienten- und Angehörigenorganisationen. Interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen, Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen, aber auch die mediale Berichterstattung über die Psychiatrie haben sehr oft die Praxis von freiheitsbeschränkende Massnahmen zum Gegenstand. Gerade die mediale Resonanz der entsprechenden Berichte über das PZM zeigen auf, wie hoch die Sensibilität der Öffentlichkeit zu diesem Thema ist. Die Psychiatrie hat deshalb grösstes Interesse daran, die eigene Praxis transparent darzustellen und externen Kontrollmechanismen und Qualitätssicherungen zu unterstellen.

Die Anwendung von freiheitsbeschränkende Massnahmen in der Psychiatrie unterliegt einerseits detaillierten formalen Regelungen (sie müssen schriftlich verfügt und umfassend dokumentiert werden), andererseits bestehen für betroffene Patienten sowie deren Angehörige oder Vertretungspersonen auch Rechtsmittel und die Möglichkeit, die Massnahmen gerichtlich überprüfen zu lassen. Diese Rechtsmittel sollten für betroffene Patienten sehr niederschwellig und unkompliziert zugänglich sein und auch sehr rasch greifen. Diese Absicht des Gesetzgebers ist aus mehreren Formulierungen im Gesetz deutlich abzulesen (Art. 426, Abs. 4⁶; Art. 439, Abs. 4⁷; Art. 450b, Abs. 3⁸; Art. 450e, Abs. 1⁹ und Abs. 5¹⁰).

Es gibt die zivilrechtliche Rekursmöglichkeit (Art. 439 ZGB), die von vielen Patienten vor allem gegen die fürsorgliche Unterbringung, seltener gegen die Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit und die Behandlung ohne Zustimmung genutzt wird. Allenfalls gäbe es auch die Möglichkeit einer Strafanzeige wegen Freiheitsberaubung, Nötigung oder Körperverletzung, die jedoch sehr selten genutzt wird. Die wenigsten Patienten wissen darüber Bescheid, und wenn Patienten in der Psychiatrie systematisch auf die zivilrechtliche Rekursmöglichkeit hingewiesen werden, ist das schon ein guter Standard.

Die Qualität und Wirksamkeit des Rechtsschutzes für Patienten unter zivilrechtlichen freiheitsbeschränkende Massnahmen hängt von verschiedenen Faktoren ab: Information über die Rechtsmittel, Zugänglichkeit der gerichtlichen Beschwerdestanz (vgl. dazu Fussnoten 6-10), Inhaltliche Qualität der gerichtlichen Abklärungen und des Verfahrens, Haltung und Praxis des Gerichts sowie der übergeordneten, letztlich bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Da die aktuellen Bestimmungen im Erwachsenenschutzrecht erst seit 2013 in Kraft sind, gibt es zu einigen Aspekten der freiheitsbeschränkende Massnahmen und der zugehörigen Prozeduren noch keine eigentliche «best practice». Zivilgesellschaftliche, namentlich psychiatriekritische Organisationen kritisieren regelmässig die Praxis der

⁶ «Die betroffene oder eine ihr nahestehende Person kann jederzeit um Entlassung ersuchen. Über dieses Gesuch ist ohne Verzug zu entscheiden.»

⁷ «Jedes Begehren um gerichtliche Beurteilung ist unverzüglich an das zuständige Gericht weiterzuleiten.»

⁸ «Wegen Rechtsverweigerung und Rechtsverzögerung kann jederzeit Beschwerde geführt werden.»

⁹ «Die Beschwerde gegen einen Entscheid auf dem Gebiet der fürsorglichen Unterbringung muss nicht begründet werden.»

¹⁰ «Sie entscheidet in der Regel innert fünf Arbeitstagen seit Eingang der Beschwerde.»

Psychiatrie, vor allem in Bezug auf die Anwendung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen und der Behandlung ohne Zustimmung.

Auch weitere externe Kontrollinstanzen wie die kantonalen Aufsichtsbehörden, Ombudsstellen, Standesorganisationen, die Nationale Kommission zur Verhütung von Folter (NKVF) sowie die Europäische Anti-Folter Komitee (CPT) überprüfen in unterschiedlicher Intensität ebenfalls die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen in psychiatrischen Kliniken.

Im fachlichen Diskurs von Medizin, Psychiatrie und Pflegewissenschaften findet das Thema der freiheitsbeschränkenden Massnahmen ebenfalls seit langem grosse Beachtung. Generell herrscht die Meinung vor, dass die Reduktion von freiheitsbeschränkenden Massnahmen ein wichtiges Ziel der fachlichen Entwicklung ist und dass die Häufigkeit von freiheitsbeschränkenden Massnahmen ein genereller Indikator für Behandlungsqualität in der Psychiatrie sei. Aus diesem Grund hat der ANQ auch von Anfang an die Messung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen als wichtigen Qualitätsindikator für die Psychiatrie definiert (vgl. oben). Auch Angehörigen- und Patientenorganisationen setzen sich für eine Reduktion von freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Psychiatrie ein, und das Ziel einer «offenen Psychiatrie» vereint Fachpersonen mit Angehörigen und Betroffenen. Ob eine Psychiatrie ohne jegliche Freiheitsbeschränkungen möglich ist, bleibt eine umstrittene Frage. Zwar hat sich die institutionelle Psychiatrie über die letzten 50 Jahre sehr stark gewandelt, die Bettenzahl wurde massiv reduziert, die Aufenthaltsdauern liegen noch bei rund 30 Tagen und Abteilungen werden immer seltener geschlossen geführt. Andererseits werden in der ganzen Schweiz forensische Abteilungen mit hohem Sicherheitsstandard stark ausgebaut. Möglicherweise verlagert sich ein Teil der früheren «geschlossenen Psychiatrie» de facto in die forensischen Abteilungen sowie in den Bereich von spezialisierten Heimen, sodass sich insgesamt nach wie vor ein gemischtes Bild ergibt.

4.2 Zahlen zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen im PZM

Gesamtübersicht freiheitsbeschränkende Massnahmen 2016-2021 im PZM

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Anzahl behandelter Fälle gesamt (ohne Fallzusammenführungen)	2659	3049	3395	3623	3441	3489
Anzahl Austritte	2620	2742	3155	3373	3217	3239
Anzahl Eintritte	2632	2776	3120	3383	3192	3253
Anzahl Eintritte mit FU	777	824	868	956	940	900
Anteil Eintritte mit FU	29.5%	29.7%	27.8%	28.3%	29.4%	27.7%
Alle Massnahmen						
Anzahl betroffener Fälle	226	184	261	311	501	439
Anzahl Massnahmen	1099	679	1117	1441	4033	3149
Anteil betroffener Fälle gesamt	8.6%	6.7%	9.3%	9.2%	14.6%	12.6%

Isolationen						
Anzahl betroffener Fälle	153	114	234	264	470	403
Anzahl Isolationen	505	291	862	1102	2944	1885
Anteil betroffener Fälle	5,8%	4,1%	8,3%	7,8%	13,7%	11,6%
Dauer Isolation (h) MW	126	103	58	50	15	14,4
Häufigkeit Isolation / Fall (MW)	3,3	2,5	3,2	3,2	6,3	4,7
Fixierung						
Anzahl betroffener Fälle	70	61	82	118	171	154
Anzahl Fixierungen	142	120	171	340	364	485
Anteil betroffener Fälle	2,7%	2,2%	2,9%	3,5%	5,0%	4,4%
Dauer Fixierung (h) MW	55,4	69,8	37,5	21,3	11,0	9,6
Häufigkeit Fixierung / Fall (MW)	2,0	2,0	2,0	2,3	2,1	3,2
Behandlung ohne Zustimmung						
orale Einnahme						
Anzahl betroffener Fälle	28	20	70	63	31	48
Anzahl Zwangsmedikation oral	31	21	82	117	42	61
Anteil betroffener Fälle	1,1%	0,7%	2,5%	1,9%	0,9%	1,4%
Häufigkeit Zwangsmedikation oral / Fall (MW)	1,1	1,1	1,2	1,6	1,4	1,3
i.m.-Injektion						
Anzahl betroffener Fälle	8	18	57	78	51	35
Anzahl Zwangsmedikation Injektion	9	25	108	210	82	57
Anteil betroffener Fälle	0,3%	0,7%	2,0%	2,3%	1,5%	1,0%
Häufigkeit Zwangsmedikation Injektion / Fall (MW)	1,1	1,4	1,8	2,4	1,6	1,6
Gerontopsychiatrie						
Sicherheitsmassnahmen						
Bewegungseinschränkung (BE) Stuhl						
Anzahl betroffener Fälle	52	38	4	3	60	59
Anzahl BE Stuhl	380	210	11	9	544	504
Anteil betroffener Fälle	2,0%	1,1%	0,1%	0,1%	1,7%	1,7%
Dauer BE Stuhl (h) MW	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	6,2	4,1
Häufigkeit BE Stuhl / Fall (MW)	7,3	5,5	2,8	3,0	9,1	8,5
Bewegungseinschränkung (BE) Bett						
Anzahl betroffener Fälle	20	12	0	2	33	31
Anzahl BE Bett	32	12	0	8	57	157
Anteil betroffener Fälle	0,8%	0,2%	0%	0,1%	1,0%	0,9%
Dauer BE Bett (h) MW	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	3,7	6,2
Häufigkeit BE Bett / Fall (MW)	1,6	1,0	0	4,0	1,7	5,1

Gesamtklinik, Bettenzahl (ohne Standort Blei und vor Eröffnung der neuen Station SIP): 292

	2018	2019	2020	2021
Anzahl Isolationen	862	1102	2944	1885
Ø Dauer Isolationen in h	58,3	50,2	14,9	14,4
Anzahl Fixierungen	171	340	363	485
Ø Dauer Fixierungen in h	37,5	21,3	11,0	9,6
Sicherheitsmassnahmen (Stuhl, Bett, Zevl-Decke)	3	68	600	661
Behandlung ohne Zustimmung; Injektionen	108	210	81	57
Behandlung ohne Zustimmung, orale Einnahme	82	117	41	60

Station 26.E; Akutstation (KDA); Bettenzahl 20

	2018	2019	2020	2021
Anzahl Isolationen	333	230	443	266
Ø Dauer Isolationen in h	39	67,9	17	16,5
Anzahl Fixierungen	78	192	70	93
Ø Dauer Fixierungen in h	11,2	9,4	5,3	5,6
Sicherheitsmassnahmen (Stuhl, Bett, Zevl-Decke)	11	17	4	0
Behandlung ohne Zustimmung; Injektionen	29	77	40	8
Behandlung ohne Zustimmung, orale Einnahme	32	41	21	8

Station 27.E; Akutstation (KDA); Bettenzahl 20

	2018	2019	2020	2021
Anzahl Isolationen	37	58	137	238
Ø Dauer Isolationen in h	222,8	83,3	10,8	12,2
Anzahl Fixierungen	15	15	53	81
Ø Dauer Fixierungen in h	89	29,3	6,2	7,1
Sicherheitsmassnahmen (Stuhl, Bett, Zevl-Decke)	0	0	4	0
Behandlung ohne Zustimmung; Injektionen	4	10	12	8
Behandlung ohne Zustimmung, orale Einnahme	14	11	8	25

Station 45.E: Station für den qualifizierten Entzug Münsingen (KPA); Bettenzahl 17

	2018	2019	2020	2021
Anzahl Isolationen	23	86	480	132
Ø Dauer Isolationen in h	142,9	44,1	9,3	16,7
Anzahl Fixierungen	11	39	35	15
Ø Dauer Fixierungen in h	46,8	19,1	10,4	18,6
Sicherheitsmassnahmen (Stuhl, Bett, Zevl-Decke)	0	10	0	0
Behandlung ohne Zustimmung; Injektionen	8	5	1	0
Behandlung ohne Zustimmung, orale Einnahme	1	11	1	1

Station 46.E: Offene Psychosestation Münsingen – Akutstation (KPA); Bettenzahl 20

	2018	2019	2020	2021
Anzahl Isolationen	52	48	428	263
Ø Dauer Isolationen in h	100	79	20,7	19,8
Anzahl Fixierungen	3	19	53	56
Ø Dauer Fixierungen in h	73,6	56,4	19,6	17,1
Sicherheitsmassnahmen (Stuhl, Bett, Zevl-Decke)	0	0	13	0
Behandlung ohne Zustimmung; Injektionen	5	10	1	5
Behandlung ohne Zustimmung, orale Einnahme	9	25	5	13

Station 47.E: Offene Psychosestation Münsingen – Akutstation (KPA); Bettenzahl 20

	2018	2019	2020	2021
Anzahl Isolationen	51	91	528	295
Ø Dauer Isolationen in h	197,9	85,9	16,3	13,3
Anzahl Fixierungen	13	15	41	28
Ø Dauer Fixierungen in h	72	45	16,7	14,7
Sicherheitsmassnahmen (Stuhl, Bett, Zevl-Decke)	0	0	3	0
Behandlung ohne Zustimmung; Injektionen	7	19	11	7
Behandlung ohne Zustimmung, orale Einnahme	16	23	6	14

Station 23.1: Akutstation Alters- und Neuropsychiatrie (KAN); Bettenzahl 20

	2018	2019	2020	2021
Anzahl Isolationen	100	160	202	88
Ø Dauer Isolationen in h	56,2	41	17,2	9,8
Anzahl Fixierungen	24	31	31	10
Ø Dauer Fixierungen in h	52,9	35,3	9,2	13,9
Sicherheitsmassnahmen (Stuhl, Bett, Zevl-Decke)	0	2	155	158
Behandlung ohne Zustimmung; Injektionen	38	80	8	7
Behandlung ohne Zustimmung, orale Einnahme	2	2	1	0

Station 23.2: Akutstation Alters- und Neuropsychiatrie (KAN); Bettenzahl 20

	2018	2019	2020	2021
Anzahl Isolationen	264	244	280	290
Ø Dauer Isolationen in h	15,5	28,8	18,4	15,9
Anzahl Fixierungen	21	17	19	39
Ø Dauer Fixierungen in h	24,4	68,2	16,2	13,2
Sicherheitsmassnahmen (Stuhl, Bett, Zevl-Decke)	1	37	252	43
Behandlung ohne Zustimmung; Injektionen	16	7	3	13
Behandlung ohne Zustimmung, orale Einnahme	8	2	0	0

Station 43.1: Demenz- und Delirstation Münsingen (KAN); Bettenzahl 28

	2018	2019	2020	2021
Anzahl Isolationen	2	180	405	141
Ø Dauer Isolationen in h	379,5	20,7	9,6	13,5
Anzahl Fixierungen	4	10	51	16
Ø Dauer Fixierungen in h	195,7	25,5	11,3	18,3
Sicherheitsmassnahmen (Stuhl, Bett, Zevl-Decke)	2	20	168	248
Behandlung ohne Zustimmung; Injektionen	2	1	6	9
Behandlung ohne Zustimmung, orale Einnahme	0	1	0	0

Station 45.1: Krisenintervention stationär – Kompetenzzentrum für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung KogB (KAN); Bettenzahl 10

	2018	2019	2020	2021
Anzahl Isolationen	0	5	9	162
Ø Dauer Isolationen in h	0	46,6	6,3	6,6
Anzahl Fixierungen	0	2	5	138
Ø Dauer Fixierungen in h	0	8,8	5,3	7,0
Sicherheitsmassnahmen (Stuhl, Bett, Zevl-Decke)	0	0	4	212
Behandlung ohne Zustimmung; Injektionen	0	1	0	0
Behandlung ohne Zustimmung, orale Einnahme	1	1	0	0

Die ANQ-Daten ab 2016 zeigen, dass im PZM in allen drei Kliniken relativ häufig freiheitsbeschränkende Massnahmen angewendet werden. Sowohl die Anzahl der einzelnen Massnahmen als auch deren Dauer erscheinen im nationalen Vergleich vor allem ab 2020 eher hoch, aber vergleichbar mit anderen Kliniken ähnlicher Grösse und mit ähnlichem Versorgungsauftrag. Wegen eines Datenübermittlungsfehlers konnten die Daten für das Jahr 2020 nicht ordnungsgemäss an den ANQ gesandt werden, weshalb die auf der ANQ-Website veröffentlichte Statistik für das PZM im Jahr 2020 nicht verwertet werden kann. Die internen Zahlen zeigen auf den Stationen aller drei Kliniken für 2020 gegenüber 2019 einen erheblichen Anstieg der Massnahmen, allerdings bei einer deutlichen Verkürzung der durchschnittlichen Dauer. Das PZM erklärt denn auch dazu, dass man von 2019 auf 2020 eine Änderung der Praxis vorgenommen habe und nun deutlich kürzere Massnahmen anwende. Allerdings erscheinen damit die Anzahl der Massnahmen insgesamt höher und es waren 2020 deutlich über 10% aller Patienten von freiheitsbeschränkenden Massnahmen betroffen. Das ist im nationalen Vergleich ein eher hoher, aber nicht ausserordentlicher Wert. Für 2021 liegen die Zahlen im ähnlichen Bereich, die offizielle ANQ-Statistik ist aber noch nicht veröffentlicht.

Als weitere mögliche Erklärung für den markanten Anstieg der FbM von 2019 auf 2020 wurde von den Verantwortlichen des PZM auch ein Covid-19-bedingter Anstieg der Isolationen genannt. Ein sauberer statistischer Nachweis eines solchen Effekts könnte nur mit hohem Analyse-Aufwand erbracht werden, denn die ANQ-Listen der FbM (vgl. 3.1.) weisen infektiologisch begründete Isolationen nicht getrennt aus. Ich habe aus den Listen der FbM zwei Stichproben à 20 Fällen gezogen je für den Zeitraum der 1. und der 2. Corona-Welle (April 2020 und November 2020). Bei der Analyse dieser 40 Fälle stiess ich lediglich auf zwei Fälle im November 2020, bei denen eine 10-tägige Isolation verfügt wurde, weil die betreffenden Patienten vor Klinikintritt engen Kontakt mit Covid-positiven Personen gehabt hätten. In beiden Fällen handelte es sich um Patienten unter FU und mit ausgeprägten psychopathologischen Symptomen, die allenfalls auch ohne Covid-Exposition eine Isolation erfordert hätten (allerdings evtl. nicht von 10 Tagen). Insgesamt scheint damit der Beitrag von infektiologisch begründeten Isolationen nicht so gross zu sein, um den Anstieg der Zahlen von 2019 auf 2020 zu erklären.

Eine Besonderheit ist, dass im PZM die Mehrheit der insgesamt 17 stationären Abteilungen überhaupt freiheitsbeschränkende Massnahmen anwenden. In vielen Kliniken der Schweiz wird die Anwendung solcher Massnahmen auf drei oder vier Stationen beschränkt und auf allen anderen Stationen wird komplett ohne FbM gearbeitet. Im PZM sind hingegen auf neun von 17 Stationen FbM möglich und werden gemäss ANQ-Daten angewendet. Die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen ist auch in allen drei Kliniken des PZM etwa gleich häufig, es sind also keine wesentlichen Unterschiede in der Häufigkeit von FbM zwischen den drei Kliniken erkennbar.

4.3 Entwicklungen in der Klinik für Depression und Angst (KDA) ab 2018

In der Klinik für Depression und Angst (KDA) des PZM¹¹, vor allem auf den wichtigen Stationen 26 und 27, entwickelte sich ab 2018 bei vielen Mitarbeitenden eine tiefgreifende, allgemeine Verunsicherung und Unzufriedenheit, die zunehmend auf den ganzen Standort ausstrahlte. Die negativen Medienberichte im Frühjahr 2022 empfanden viele lediglich als das öffentliche «Platzen einer Eiterbeule», die innerhalb des PZM schon lange schwelte. Die Journalistin [REDACTED] Autorin der beiden kritischen SRF News-Berträge vom März und Mai 2022 teilte mir mit, dass sie bei ihren Recherchen mit geringem Aufwand und in kurzer Zeit auf eine grosse Anzahl wütender und frustrierter ehemaliger Mitarbeitender sowie auch Patienten gestossen sei. Es hätten sich auch nach den Veröffentlichungen noch zahlreiche weitere Patienten und Mitarbeitende bei ihr gemeldet. Für sie entstand damit der Eindruck, dass es sich beim Thema der übermässigen freiheitsbeschränkenden Massnahmen auch quantitativ um ein bedeutendes Problem im PZM handle und nicht nur um Einzelfälle. Auch wenn einige KDA/PZM-Mitarbeitende die medialen Vorwürfe insgesamt für undifferenziert und zu allgemein halten, so sind doch nicht wenige auch froh darüber, dass durch den Sturm in der Öffentlichkeit ein Druck entsteht, Missstände im PZM anzugehen.

Die Überprüfung der medialen Vorwürfe zu den freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FbM) ergibt, dass in diesem Bereich tatsächlich Mängel vorliegen. Viele Mitarbeitende – vor allem aus der Pflege – haben Probleme bei den FbM schon vor längerer Zeit bemerkt und darauf hingewiesen. Doch erst das Gefühl, dass die Führung nicht fähig oder willens war, offensichtliche Unzulänglichkeiten anzugehen, führte zur Resignation und zum Abgang vieler Fachkräfte. Damit verschlechterte sich die Qualität der Arbeit und der Ruf auf dem Arbeitsmarkt weiter, eine Negativspirale war die Folge. Am Ende dieser Negativspirale stand ein genereller Vertrauensverlust zwischen den Mitarbeitenden im PZM. Die Anstellung von Mitgliedern der Kirschblütengemeinschaft stellte in dieser gesamten Misstrauenskultur nur einen weiteren Mosaikstein dar und war für die meisten der befragten Personen im PZM ein eher marginales Problem. Auf dem Höhepunkt der Vertrauenskrise im Frühjahr 2022 fehlte das Vertrauen sowohl auf der horizontalen Ebene (Zusammenarbeit zwischen den Kliniken, den Berufsgruppen, den Kadermitarbeitenden) als auch auf der vertikalen Ebene (Basis gegenüber dem mittleren und höheren Kader, mittleres gegenüber dem höheren Kader). Es verwundert

¹¹ Das Psychiatriezentrum Münsingen ist am Standort Münsingen in drei Kliniken gegliedert, die je über rund 100 Betten verfügen: Die «Klinik für Depression und Angst» (KDA), die «Klinik für Psychose und Abhängigkeit» (KPA) und die «Klinik für Alters- und Neuropsychiatrie» (KAN).

deshalb nicht, dass auch viele Patienten und Angehörigen fehlendes Vertrauen ins PZM als Problem benennen. Wenn die Fachpersonen untereinander kein Vertrauen haben, können sie auch kein vertrauensvolles Milieu für die Patienten schaffen. Diese Schwierigkeiten zeigten sich besonders akzentuiert in der Klinik für Depression und Angst (KDA), aber sie betreffen das gesamte PZM.

Die zahlreichen Aussagen, Mitteilungen, Dokumente und Berichte, die ich für diese Untersuchung sammelte, ergeben in der Gesamtschau ein kohärentes Bild. Zwar sehen einige – vor allem ausgeschiedene Mitarbeitende – die Dinge vehementer als andere, doch lassen sich aus all den Gesprächen und Aufzeichnungen viele Probleme des PZM ab ca. 2017 in einen inneren Zusammenhang bringen und erklären. Da inzwischen mehrere der verantwortlichen Personen das PZM verlassen haben und die gegenwärtige Führung bereits einige Weichen richtig gestellt hat, liegt die Bedeutung der folgenden Darstellung wohl weniger darin, Verantwortliche zu finden und die Vergangenheit zu bewältigen, sondern für die Zukunft des PZM die richtigen Schlüsse aus dem Gewesenen zu ziehen.

4.3.1 Anstellung von AnhängerInnen der Kirschblütengemeinschaft

Der oben erwähnte Vertrauensverlust im PZM hat sich über einen Zeitraum von rund fünf Jahren entwickelt. Auf der Ebene der Geschäftsleitung stellte die Anstellung von zwei ÄrztInnen der Kirschblütengemeinschaft auf Vorschlag von Prof. [REDACTED] in den Jahren 2015 und 2017 eine erste Belastung für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit dar. Obwohl der Chefarztkollege Dr. [REDACTED] und andere Mitarbeitende nach ihren Aussagen sehr deutlich und scharf gegen die Anstellung dieser Fachpersonen protestierten und sich dabei auch schriftlich an den Verwaltungsrat wandten, akzeptierte die PZM-Leitung diese Anstellungen. Die damalige Geschäftsleitung unter CEO [REDACTED] hat die Problematik dieser Anstellungen zwar erkannt, im Rahmen eines «Risikoentscheids» aber akzeptiert. Man ging davon aus, dass die ergriffenen «flankierenden Massnahmen» (ausdrückliche Mahnungen und «Abstinenzregeln» für die Kirschblütenmitglieder) ausreichen würden und für den schlimmsten Fall bereitete man schon die beschwichtigenden Pressemitteilungen vor.

Selbst wenn die Angehörigen der Kirschblütengemeinschaft – soweit bisher bekannt – im PZM keine schlechte Arbeit gemacht haben, war doch aus heutiger Sicht der Preis dafür deutlich zu hoch. Sowohl in der externen Öffentlichkeit als auch bei Patienten, Angehörigen, Zuweisenden und einer Mehrheit der internen Fachpersonen löste die Information, dass Angehörige dieser obskuren Gruppierung im PZM an verantwortungsvollen Positionen und mit direktem Patientenkontakt arbeiten, grosse Verunsicherung, wenn nicht Angst und Empörung aus. Es entstand eine Atmosphäre der Verunsicherung im gesamten PZM. Sollen nun die «Kirschblütler» in wichtige Funktionen im PZM eingeschleust werden? Unterstützt/fördert die Geschäftsleitung diese Gruppe? Gehört der Ärztliche Direktor selbst dieser Gemeinschaft an? Muss man dort Mitglied werden, um im PZM aufsteigen zu können? Als Prof. [REDACTED] im Februar 2021 unter Umgehung üblicher Anstellungsgepflogenheiten eine dritte Angehörige der Kirschblütengemeinschaft [REDACTED] als Assistenzpsychologin in seiner Klinik anstellte, kam es zu offenem Widerstand von

Mitarbeitenden der KDA und die betreffende Psychologin musste intern umgeteilt werden. Sie hat dann im Dezember 2021 das PZM aus eigenem Antrieb wieder verlassen. Erst durch die Berichterstattung des «Beobachters» im Februar 2022 nahm eine breitere Öffentlichkeit Notiz von diesen Vorgängen im PZM und es kam zu einer medialen Eskalation, die schliesslich in die Suspendierung von Prof. [REDACTED] mündete. Dass dies erst so spät und erst durch die Medienberichte im Februar 2022 eintrat, kann als «glücklicher Zufall» angesehen werden, denn die Vorkommnisse hätten das PZM schon viel früher in ein schlechtes Licht rücken und diskreditieren können. Die Entscheidung der damaligen PZM-Geschäftsleitung zur Anstellung von ÄrztInnen der Kirschblütengemeinschaft stellt deshalb in der Rückschau einen Führungsfehler dar. Das Reputationsrisiko gegen aussen und der Vertrauensverlust bei der Belegschaft waren ein zu hoher Einsatz.

4.3.2 Ambulanz der Klinik für Depression und Angst (KDA) ab 2018

Parallel zu den Vorgängen um die Angehörigen der Kirschblütengemeinschaft gab es im Einflussbereich von Prof. [REDACTED] etwa zur gleichen Zeit eine andere folgenschwere Entwicklung: Um die Stellen-Attraktivität für die ärztlichen und psychologischen Fachpersonen zu erhöhen, führte das PZM in allen drei Kliniken so genannte Klinik-Ambulanzen ein. Damit konnten im PZM nun in gewissem Umfang neben der stationären Behandlung auch ambulante Patienten behandelt werden. Das war durchaus sinnvoll, da das PZM selbst bis dahin nicht über ambulante Behandlungskapazitäten verfügte und zahlreiche Patienten nach Klinikaustritt so nachbetreut und weiter begleitet werden konnten. Auch im Hinblick auf die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten des PZM stellte der Aufbau einer Ambulanz eine wichtige und erwünschte Entwicklung dar. Kommerzielle Aspekte spielten bei der Schaffung dieser Klinik-Ambulanzen eine untergeordnete Rolle, da der ambulante Tarif sehr karg ist und nur knapp kostendeckendes Arbeiten ermöglicht.

Die Klinik-Ambulanz der Klinik für Depression und Angst (KDA) unter Prof. [REDACTED] fokussierte ihre ambulante Tätigkeit konzeptionell auf PatientInnen mit schweren Borderline-Persönlichkeitsstörungen und komplexen Traumafolgestörungen. Diese Ausrichtung der KDA-Ambulanz sei von Anfang an bewusst und explizit so gewählt worden, da sich die verantwortlichen Fachpersonen spezifisch für diese Patientengruppe interessierten. Unter der Anleitung und Ermunterung des zuständigen Chefarztes Prof. [REDACTED] behandelte vor allem die [REDACTED] zahlreiche PatientInnen mit schweren Borderline-Störungen und einem breiten Spektrum von behandlingstechnisch sehr anspruchsvollen Nebendiagnosen wie Essstörungen, Transsexualismus oder Suchterkrankungen.

[REDACTED] Die komplexen und anspruchsvollen PatientInnen der KDA-Ambulanz wurden ausschliesslich aus der KDA

rekrutiert (also nicht von extern neu akquiriert). Diese PatientInnen waren also schon vorher im PZM in Behandlung, jedoch ausschliesslich stationär. Bei einer auffallend hohen Anzahl dieser PatientInnen wurde früher oder später die Diagnose einer «dissoziativen Identitätsstörung» gestellt («DID»; ICD-10 F44.81, vgl. unten Punkt 4.3.4). Ein Teil der PatientInnen kam bereits mit dieser Diagnose an die Ambulanz.

Die Behandlungen der Oberärztin [REDACTED] im Rahmen der KDA-Ambulanz sind im Klinikinformationssystem nicht gut dokumentiert¹². Es finden sich nur wenige substantielle Informationen zu den Inhalten der therapeutischen Sitzungen, Therapiepläne oder Angaben zu konkreten Interventionen. Obwohl [REDACTED] und ihre psychologischen MitarbeiterInnen (in erster Linie die Psychologinnen [REDACTED] und [REDACTED]) nach eigenen Angaben über umfassende psychotraumatologische Weiterbildungen verfügten, waren sie nach meinem Eindruck fachlich nicht ausreichend qualifiziert, um eine solche Anzahl so schwieriger PatientInnen adäquat zu behandeln. Es gab weder in der Ambulanz noch auf den beiden Stationen 26 und 27 der KDA ausreichende Supervision oder fachliche Kontrolle durch eine therapeutisch erfahrene Fachperson ausserhalb des «eigenen Kochens». Der Einbezug einer Aussenperspektive – die so genannte Triangulation – stellt fachlich gesehen ein Standardelement einer professionellen Behandlung dar, erst recht, wenn mehrere so komplexe PatientInnen wiederholt auf denselben Stationen behandelt werden. Da Frau [REDACTED] neben ihrer ambulanten Tätigkeit auch zugleich in oberärztlicher Rolle auf den Stationen 26 und 27 eingesetzt war, konnte sie ihre eigenen ambulanten Patienten direkt selbst auf die Station zuweisen/bringen und auch die Behandlungsstrategie allein bestimmen. Die kontinuierliche Behandlung im ambulanten und stationären Setting entsprach dem therapeutischen Konzept der KDA («Integrierte Behandlung»), erwies sich aber wegen der fehlenden professionellen Distanz der Beteiligten als dysfunktional.

[REDACTED] Aufgrund von Führungsmängeln auf Seiten der Pflege wären die Pflegeteams dieser beiden Stationen auch nicht in der Lage gewesen, bei der Behandlungskonzeption dieser schwierigen PatientInnen mitzureden.

Mehrere der PatientInnen in der Behandlung der KDA-Ambulanz wiesen sehr ausgeprägte und belastende Symptome auf wie chronische Suizidalität, Selbstverletzungen, aggressive Ausbrüche (v.a. im Rahmen von dissoziativen Zuständen), Essstörungen, etc. Einige dieser ambulanten PatientInnen der KDA-Ambulanz entwickelten sich in kurzer Zeit zu eigentlichen «Alpträumen» für die beiden KDA-Stationen 26 und 27. Sehr oft mussten solche PatientInnen notfallmässig direkt aus den ambulanten Terminen von Frau [REDACTED] auf die Station gebracht werden (im selben Gebäude, ein Stockwerk höher; typischerweise jeweils am späteren Nachmittag, weil dann diese ambulanten Termine angesetzt waren), wo sie sogleich mit heftigsten suizidalen Handlungen das Pflegepersonal und die Mitpatienten terrorisierten und schliesslich aus Sicherheitsgründen oft nach kurzer Zeit isoliert und fixiert werden mussten. Diese Handvoll schwerer Borderline-PatientInnen (vgl. unten 4.3.4) absorbierten auf den beiden Stationen 26 und 27 zeitweise das gesamte Pflegeteam und sämtliche verfügbaren

¹² Vgl. dazu Hinweis auf mögliche «Schatten-Dokumentationen» oben unter 3.2.

Zusatzressourcen des PZM (Sitzwachen, Springerpool, Tages-, Nacht- und Hintergrundärzte), sodass phasenweise die Funktionalität nicht nur der beiden Station 26 und 27, sondern des gesamten restlichen PZM in Frage gestellt war. Die KDA-Ambulanz, formell unter Leitung von Chefarzt Prof. [REDACTED] war de facto führungslos und therapeutisch überfordert.

4.3.3 Auswirkungen auf die Stationen 26E und 27E der KDA

Die wichtigen und für das gesamte PZM sehr zentralen Akut-/Aufnahmestationen 26 und 27 waren nach Abgängen von kompetenten und leistungsfähigen OberärztInnen bereits ab 2015/2016 etwas ins Schlingern geraten. Bis dahin seien diese beiden Stationen der «Stolz des PZM» gewesen und hätten sehr gut funktioniert. Es gelang nicht, die oberärztlichen Leitungen nachhaltig zu ersetzen und die Leitungen wechselten in den folgenden Jahren bis heute mehrmals.

Nach der Eröffnung der KDA-Ambulanz kamen ab 2018 allmählich immer mehr, immer schwierigere Borderline-PatientInnen (darunter viele mit der Diagnose DID, vgl. oben sowie unten 4.3.4) mit hochsuizidalen Krisen auf diese beiden Stationen. In der Zeit von 2018 bis heute haben sich auf diesen beiden Stationen Dutzende, teils schwere Suizidversuche und Selbstverletzungen ereignet. Zwei junge PatientInnen sind seit 2019 durch Suizid auf der Station 26 verstorben, eine weitere Patientin mit einer schweren Anorexie verstarb ebenfalls auf der Abteilung¹³. Es gab zeitweise praktisch täglich Notfallsituationen¹⁴ mit schweren suizidalen Handlungen, entweichenden hochsuizidalen PatientInnen, die dann in letzter Sekunde von Brücken, Bahngleisen oder Baukränen geholt werden mussten, Pflegefachpersonen angriffen und teilweise erheblich verletzten. Diese Behandlungen waren fachlich ausser Kontrolle und es fehlte an kompetenten Vorgesetzten, die erkannten, welche dysfunktionalen Mechanismen sich um diese PatientInnen abspielten. Am [REDACTED] verübte z.B. eine der DID-PatientInnen [REDACTED] einen Tötungsversuch an der Sitzwache [REDACTED]. Die Patientin selbst bestätigte ihre Tötungsabsicht ausdrücklich. Sie wurde danach in die forensische Abteilung Etolne der UPD verlegt, später aber erneut im PZM behandelt. Es gab phasenweise bis zu 6, 7 fixierte PatientInnen pro Nachtschicht, und die Pflegeteams der beiden Stationen kämpften täglich ums Überleben von zahlreichen PatientInnen. An einen normalen Pflegealltag – es gab neben den hochsuizidalen ja noch andere Patienten – war über längere Zeit nicht mehr zu denken. Die Teams der Stationen 26 und 27 wurden in einen letztlich sinnlosen «Suizidverhütungs-Grabenkampf» geschickt, bei dem es nur Verlierer gab: Den PatientInnen wurde unreflektiert ein Agierfeld für schwere Regressionen, wahrscheinlich im Sinne von unbewussten sado-masochistischen Reinszenierungen traumatischer Erfahrungen

¹³ Todesfälle auf der Station 26: Patientin [REDACTED] verstarb [REDACTED] 2019 durch Suizid auf der Station; Patientin [REDACTED] verstarb im [REDACTED] 2021 vier Tage nach einem Suizidversuch auf der Station; Patientin [REDACTED] verstarb [REDACTED] an einer schweren Anorexie auf der Station. Die Patientin [REDACTED] die in den Jahren 2020-22 ebenfalls sehr oft auf der Station 26 hospitalliert war, verstarb am [REDACTED] 2022 durch Suizid auf einer Station der Klinik für Psychose und Abhängigkeit des PZM.

¹⁴ Zur Erklärung für Nicht-Fachpersonen: Solche Vorfälle kann es auf psychiatrischen Akutstationen zwar geben, sie sind aber in dieser Häufung und Heftigkeit keinesfalls normal.

¹⁵ Patientin [REDACTED] Fallnummer [REDACTED]

gebieten. Die Therapeutinnen der KDA-Ambulanz waren nicht in der Lage, diese Verläufe als «negative therapeutische Reaktion» oder «maligne Regression» zu durchschauen und aufzufangen. Die heroischen Einsätze der Pflege in langen Nachtdiensten wären wahrscheinlich gar nicht nötig geworden, wenn die Patientinnen bei adäquater ambulanter Behandlung nicht in so tiefe und dysfunktionale Regressionen geraten wären.

Zahlreiche, teils erfahrene, langjährige Pflegefachpersonen haben über die zurückliegenden vier Jahre wegen dieser Zustände gekündigt, dies vor allem auf der Station 27. Neu Dazugestossene gingen nach kurzer Zeit wieder. So stellte sich auf diesen beiden Stationen seit 2018, verstärkt ab 2020 eine resignierte, teils auch zynische, freudlose Stimmung ein. Auch normale Prozessroutinen des pflegerischen Stationsalltags wurden nicht mehr eingehalten, es wurde nur noch das Nötigste gemacht. Zahlreiche Beschwerden, Klagen, Rückmeldungen von Pflegemitarbeitenden sind an die zuständigen Vorgesetzten gerichtet worden und liegen vor. Auch in Kündigungsschreiben wurden teilweise auf drastische – aber vermutlich zutreffende – Weise die oben dargestellten Zustände auf den beiden Abteilungen geschildert. Bei diesen Klagen und Beschwerden schwingt eine grosse Portion Fassungslosigkeit mit, da viele das Problem wegen der schwierigen Patientinnen aus der eigenen KDA-Ambulanz als «hausgemacht» und vermeidbar empfanden. Niemand ausser den Austrittenden traute sich, dies offen auszusprechen. Dem pflegerischen Stationsleiter der Station 27 wurde gekündigt. Weitere Mitarbeitende, die von sich aus gekündigt hatten, wurden nach der Kündigung bis zum Vertragsende freigestellt. Für dieses Vorgehen mag es berechtigte Gründe gegeben haben, doch hinterliessen auch diese brüsken Abgänge ungute Gefühle und verstärkten bei den Zurückbleibenden den Eindruck eines «sinkenden Schiffes». Dass Personalmangel per se oder Covid-19-Massnahmen bei der Überlastung der Abteilungen oder bei den beschriebenen Zuständen eine entscheidende Rolle gespielt hätten, konnte ich hingegen nicht feststellen.

Die Geschäftsleitung war über die Situation durch die zahlreichen Rückmeldungen von Mitarbeitenden stets informiert, hat aber die Zusammenhänge entweder fachlich zu wenig verstanden oder aus Angst und Respekt vor Prof. [REDACTED] nicht eingegriffen. Einzelne Mitarbeitende sagten, die Leitung habe die Klagen «zwar stets gehört, aber nicht verstanden». Die Tatsache, dass [REDACTED] zu einer Oberärztin¹⁶ der eigenen Klinik eine private Beziehung führte – was auch schon vor seinem Outing gegenüber der Geschäftsleitung allgemein bekannt gewesen sei – bestärkte viele in ihrer Wut und Resignation wegen der Untätigkeit der obersten Führungsebene (inkl. VR). Es schien, dass «einige sich alles erlauben könnten und unantastbar seien». Die Tatsache, dass noch ein zweiter Chefarzt eine unterstellte Oberärztin heiratete und zur Leitenden Ärztin in der eigenen Klinik beförderte, machte die Sache nicht besser und gab jenen Auftrieb, die Nepotismus und Klüngerei im PZM anprangerten.

Als besonders schlecht wird auch die duale Zusammenarbeit in der KDA beschrieben. Nach guten Anfängen sei der Kontakt zwischen Chefarzt und Leiter Pflege der KDA [REDACTED] und [REDACTED] eigentlich abgebrochen und die beiden hätten nicht mehr miteinander geredet. So gab

¹⁶ Dabei handelt es sich nicht um die hier mehrfach erwähnte [REDACTED]

es also auch noch einen Graben zwischen den Berufsgruppen (Ärzte/Psychologen vs. Pflege), auch die drei Kliniken befehdeten sich und rivalisierten untereinander.

Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang noch, dass gegen Mitarbeitende des PZM zur Zeit drei Straf-/Haftpflichtverfahren geführt werden: Eines, weil ein Patient die 15-minütige Überwachungsfrequenz nützte, um sich auf einer Abteilung der Klinik für Psychose und Abhängigkeit (KPA) zu suizidieren¹⁷, ein zweites, weil ein Patient in der Klinik für Alters- und Neuropsychiatrie (KAN) während der Fixierung aspirierte und davon bleibende Gesundheitsschäden davontrug¹⁸, das dritte wegen dem Suizid auf der Station 26 der KDA im Januar 2021 (vgl. Fussnote 13 oben). Vor allem der letztgenannte Suizidfall der oben schon erwähnten Patientin [REDACTED] auf der Station 26 Anfang Januar 2021 hat die Teams nachhaltig traumatisiert und in ihrem Dilemma zwischen Helfen und Schützen/Sichern verstärkt. Diese Vorfälle mögen dazu beigetragen haben, dass die Teams der Stationen 26 und 27 in den letzten drei Jahren teilweise übervorsichtig und überprotektiv gearbeitet haben und im Zweifelsfall aus Hilflosigkeit mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen reagierten.

Erst durch den medialen Eclat wegen der KirschblütlerInnen – der Ironischerweise nicht unmittelbar mit den oben dargestellten Problemen im Zusammenhang steht – kam es zum erzwungenen Rückzug von Prof. [REDACTED]. Das machte den Weg frei, dass [REDACTED] (CA Klinik für Psychose und Abhängigkeit) und [REDACTED] (Direktor Pflege) eingreifen und die beiden Stationen 26 und 27 etwas stabilisieren konnten. Inzwischen sind die ärztlichen und pflegerischen Leitungspositionen der KDA zur Neubesetzung ausgeschrieben. Die Diagnose «DID» (vgl. unten 4.3.4) darf inzwischen nur nach Rücksprache mit Dr. [REDACTED] gestellt werden und bei einzelnen der oben erwähnten Patientinnen wurde die Diagnose offiziell geändert. Für die beiden Stationen ist auch bereits ein neuer Stationsleiter und zwei neue Oberärzte installiert, deren Qualität, Wirkung und «Haltbarkeit» indes abzuwarten bleibt.

4.3.4 Dissoziative Identitätsstörung; rituelle Gewalt/anhaltender Täterkontakt

In der Ambulanz der KDA unter Leitung von Prof. [REDACTED] ist ab 2018 bis ins Frühjahr 2022 ein Team von ÄrztInnen und PsychologInnen tätig gewesen, das zu unkritisch die Diagnose der «dissoziativen Identitätsstörung» (DID, gemäss ICD-10: F44.81) verwendet hat. Die Diagnose DID ist fachlich umstritten und selbst im diagnostischen Handbuch zur ICD-10 wird grösste Zurückhaltung bei der Diagnosestellung empfohlen. Es wird im ICD-10 auch darauf hingewiesen, dass es sich dabei möglicherweise um eine *iatroge* Störung handelt (d.h. durch die Behandler hervorgerufen). Diese Diagnose ist – wenn es sie überhaupt gibt – sehr selten¹⁹. Sie «tritt» grundsätzlich nur bei Patienten auf, die in intensiven, langjährigen Therapiesettings

¹⁷ Patient [REDACTED] Ereignis im [REDACTED], vgl. dazu 3.11 oben sowie unten Abschnitt 5. Der Gutachter stellt in diesem Fall die Frage, warum die Fachpersonen im PZM bei diesem Patienten gerade keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen angewendet hätten und wundert sich darüber, dass die Fachpersonen gezögert haben, gegen die Wünsche und Aussagen des Patienten zu handeln und seine Freiheit einzuschränken.

¹⁸ Patient [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] Ereignis im Oktober 2021.

¹⁹ Bei insgesamt 79'244 seit 2012 im PZM gestellten Diagnosen kommt die Diagnose DID nur 41 mal vor.

von Therapeuten stehen, die sich auf diese Diagnose spezialisiert haben. Wenn es in bestimmten Gegenden und um bestimmte Institutionen eine Häufung von Patienten mit dieser Diagnose gibt, dann liegt das eindeutig an den lokalen Therapeuten und nicht an den Patienten.

Ich habe für die folgende Darstellung die Krankengeschichten von rund einem Dutzend PatientInnen der KDA-Ambulanz näher analysiert²⁰, die sehr oft und lange freiheitsbeschränkenden Massnahmen auf den Stationen 26 und 27 unterworfen waren und als so genannte «Intensiv-PatientInnen» im oben beschriebenen Sinne gelten können. Vier davon sind inzwischen verstorben. Von den Überlebenden neun sind einige seit längerer Zeit nicht mehr im PZM gewesen und haben sich offenbar stabilisiert; die Mehrheit davon sind aber nach wie vor in schlechtem Gesundheitszustand und kämpfen um ihr Leben:

- Frau [REDACTED]
- Frau [REDACTED] «DID», «Täterkontakt»
- Frau [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] «DID», verstorben nach Suizidversuch auf der [REDACTED] im [REDACTED] 2021, «Täterkontakt»
- Frau [REDACTED] «DID», «Täterkontakt»
- Frau [REDACTED] «DID», «Täterkontakt»
- Frau [REDACTED] Fallnummer [REDACTED]
- Frau [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] Anorexie, verstorben im [REDACTED] 2022 auf der [REDACTED] vermutlich an einer Elektrolytstörung aufgrund der Anorexie
- Frau [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] nach Geschlechtsumwandlung Herr [REDACTED] «DID»
- Frau [REDACTED] Fallnummer [REDACTED]
- Frau [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] «DID»; verstorben im [REDACTED] 2019 durch Suizid [REDACTED], «Täterkontakt»
- Frau [REDACTED] Fallnummer [REDACTED], «DID», «Täterkontakt»
- Frau [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] «DID»; verstorben im [REDACTED] 2022 durch Suizid im PZM, «Täterkontakt»
- Frau [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] «DID», Täterkontakt»

Von diesen 13 PatientInnen sind neun im PZM mit der Diagnose DID geführt worden, bei acht PatientInnen wird in den Krankengeschichten von aktuellem anhaltendem Täterkontakt (vgl. unten) berichtet.

Diese dreizehn Fälle weisen viele Parallelen und Ähnlichkeiten auf, die meisten dieser PatientInnen kennen sich gegenseitig und stehen auch ausserhalb der Klinik miteinander im Kontakt. Viele waren bei den selben externen Therapeutinnen in Behandlung, einige sind es weiterhin, andere haben sich gelöst. Es geht hier nicht um eine wissenschaftliche Analyse dieser komplexen Fälle, sondern um das Aufzeigen von Schwachpunkten und blinden Flecken in der Behandlung solcher PatientInnen sowie deren Einfluss auf die Praxis der FbM im PZM.

²⁰ Aus der Gruppe dieser 13 PatientInnen habe ich bei meinen Besuchen im PZM zwei persönlich getroffen (Frau [REDACTED] und Frau [REDACTED] und mit zwei weiteren telefoniert (Frau [REDACTED] und Frau [REDACTED]).

Bei den PatientInnen dieser Gruppe handelt es sich allesamt um schwer kranke, jüngere Frauen²¹. Sie sind alle seit langem in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, teils seit Jugendzeit, in der Regel IV-berentet, z.T. auch verbelstänDET. Alle haben schwierige Lebensgeschichten mit Vernachlässigung, emotionaler Deprivation und Traumatisierung. Auf diesem Hintergrund haben alle diese PatientInnen tiefgreifende Bindungsstörungen, d.h. sie können sich nicht gut auf vertrauensvolle Beziehungen einlassen, was wiederum die therapeutischen Möglichkeiten einschränkt. So sind alle diese Frauen zwar mehr oder weniger ständig und intensiv mit TherapeutInnen und Institutionen des Gesundheitswesens im Kontakt, dennoch finden eigentlich über weite Strecken keine wirksamen und hilfreichen Therapien statt. Das hat damit zu tun, dass sie sich – wegen ihres Misstrauens und ihrer Beziehungsstörung – nicht gut auf längere, tragende Beziehungen einlassen können, sondern typischerweise vor allem im Krisen-/Notfallmodus in Beziehung treten oder in starke Abhängigkeitsverhältnisse geraten. Alle diese PatientInnen haben über die Jahre Dutzende von Suizidversuchen verübt und sind deswegen viele Male in psychiatrische Kliniken eingewiesen worden. Dabei handelt es sich stets um Notfallzuweisungen, nicht selten mit dramatischen Begleitumständen (Polizei, Rettung, Lebensgefahr). Sie «lernen» so, durch dysfunktionalen Handlungen intensiv in Beziehung mit Fachpersonen zu treten und jeweils innert kurzer Zeit höchste Aufmerksamkeit und Zuwendung zu bekommen. Das stabilisiert sie kurzzeitig, blockiert aber zugleich eine therapeutische Entwicklung. Da stets nur auf die momentane Dramatik reagiert wird, bleibt eine tiefere Bearbeitung der Probleme auf der Strecke. Es sieht zwar so aus, wie wenn diese PatientInnen ständig in Behandlung seien, in Tat und Wahrheit bleiben sie aber in einer Behandlungsvermeidung stecken. Diese Vorgänge sind den PatientInnen nicht bewusst, sollten aber von den Fachpersonen erkannt werden. In ungünstigen Fällen entwickeln solche PatientInnen eine schwere chronische Suizidalität. Diese führt zu einer «Dauerkrise» mit wiederholten Klinikeinweisungen und dort oft noch zu Zwangsmassnahmen und Zwangsmedikationen. Die PatientInnen treiben ihr (unbewusstes) destruktives Agieren so auf die Spitze, dass Fachpersonen sich nicht anders zu helfen wissen, als zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen zu greifen. Dabei spielt die gegenseitige Angst eine grosse Rolle. Die PatientInnen geben meist an, grosse Angst vor Isolation und Fixierung zu haben²², was bei den Fachpersonen erst recht Schuld- und Insuffizienzgefühle auslöst. Die Fachpersonen sind ihrerseits aufgrund von schweren Suizidversuchen und Suizidfällen und Rechtsverfahren «traumatisiert» und können deshalb nicht anders, als im Zweifelsfall mit Isolation und Fixierung zu reagieren. Die Behandlungsteams von Akutstationen sind in der Dynamik um die unbewussten Re-enactments der Borderline-PatientInnen die hilflosen Mitagierenden, da sie aufgrund ihrer Professionalität zu 100% auf Suizidverhinderung getrimmt sind.

Tatsächlich sind die stationären Behandlungen zur Suizidverhinderung zwar bezogen auf das Minimalziel (das Überleben zu sichern) meist erfolgreich, ansonsten aber sowohl für Fachpersonen als auch für die PatientInnen therapeutisch nicht nachhaltig. Die ambulanten

²¹ Eine identifizierte sich als transgener und tritt nach einer Geschlechtsumwandlung als Mann auf.

²² Teils weil sie angeben, im Rahmen ihrer Traumata von Tätern auch gefesselt und eingesperrt worden zu sein, teils weil sie bei früheren Hospitalisationen schlechte Erfahrungen gemacht haben.

Behandlungen, die mit diesen PatientInnen in der KDA durchgeführt wurden, sind soweit ich das erkennen kann, allesamt nicht erfolgreich verlaufen. Eigentlich handelte man sich lediglich von einer suizidalen Krise zu nächsten und wirkliche Behandlungsphasen mit echter therapeutischer Arbeit gab es gar nie. Einzelne der PatientInnen auf obiger Liste sind bis heute im beschriebenen Modus und kommen weiterhin in gewissen Abständen ins PZM (vgl. unten Seite 30, vor allem Fussnote 34).

Einem Teil dieser PatientInnen war schon von Vortherapeuten erklärt worden, dass sie extremtraumatisiert seien und an einer «dissoziativen Identitätsstörung» litten. Darunter versteht man eine Aufspaltung der Persönlichkeit in mehrere verschiedene Anteile, die sehr gegensätzlich sein können und voneinander nichts wissen. Diese verschiedenen Persönlichkeitsanteile treten je nach Situation hervor, switchen in andere Anteile, übernehmen die Kontrolle oder treten in den Hintergrund. Die TherapeutInnen glauben, in jeder therapeutischen Situation jeweils zuerst klären zu müssen, mit welchem Persönlichkeitsanteil nun gerade verhandelt wird und je nach dem seien Vereinbarungen nicht wirksam, weil nicht alle Persönlichkeitsanteile darüber informiert waren.

Viele dieser PatientInnen brachten als Narrativ bereits Misshandlungs- und Missbrauchsgeschichten mit in die Therapie, die von anhaltenden Täterkontakten berichten, teilweise auch von anhaltender Überwachung, mind control²³ und ähnlichen Elementen. Einzelne Persönlichkeitsanteile im Rahmen der «dissoziativen Identitätsstörung» stehen in dieser Vorstellung ständig mit Tätern im Kontakt, andere Anteile seien aber dagegen und so findet ein anhaltender innerer Kampf statt. Als häufiges Element dieser «bedrohlichen Kulisse» wird in den Verläufen beschrieben, dass die PatientInnen über ihr Handy permanent mit den Tätern im Kontakt stünden, von den Tätern überwacht, an Orte bestellt oder bedroht würden. Die Täter seien so auch immer über den Therapieverlauf informiert und würden je nach Verlauf die PatientInnen später für Therapiefortschritte bestrafen und misshandeln. Die TherapeutInnen der KDA bestärkten diese PatientInnen indirekt in dieser Überzeugung, indem sie diese Themen standardmässig in den Therapiestunden aufgriffen und abfragten. Bei einigen stationären Aufenthalten wurde dabei situativ erwogen, den PatientInnen das Handy wegzunehmen, um den Täterkontakt zu verhindern²⁴.

Die Angaben der acht PatientInnen mit angeblich anhaltendem Täterkontakt wurden, soweit ich in der Dokumentation erkennen kann, von den Fachpersonen der KDA nicht in Frage gestellt, sondern im Gegenteil intensiv thematisiert. Auch in Dokumenten, die vom Chefarzt Prof. [REDACTED] selbst visitiert sind, wurde diese Auffassung vertreten. Die Angaben dieser PatientInnen zu aktuell weiterlaufenden Misshandlungen, Programmierungen durch Codewörter und andere Triggerreize («mind control»), hoch organisierte, sehr raffinierte Täterkreise etc. wurden als gesicherte Tatsachen genommen (vgl. z.B. Krankengeschichte der

²³ Darunter verstehen die Anhänger dieser Theorie, dass mittels Triggerreizen und Triggerwörtern ein bestimmtes Verhalten beim «Opfer» ausgelöst werden könne, z.B. sich wie ferngesteuert an einen bestimmten Ort zu begeben und die/den Täter zu treffen.

²⁴ So z.B. bei Frau [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] (vgl. auch Fussnote 42 sowie 4.4.4 unten)

Patientin [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] darin insbesondere das Gutachten für das KES-Gericht vom Dezember 2021, das von [REDACTED] mitunterzeichnet wurde).

Befragt nach den einschlägigen Stichworten «rituelle Gewalt» oder «Satanismus», streiten die Fachpersonen jedoch ab, an solche Theorien zu glauben oder bei PatientInnen solche Themen aufgegriffen zu haben²⁵. Tatsächlich erscheinen in den Dokumentationen zu den hier untersuchten acht Fällen mit anhaltendem Täterkontakt die Begriffe «ritueller Missbrauch» oder «Satanismus» nie²⁶, hingegen wird standardmässig über das Thema des anhaltenden Täterkontaktes gesprochen. Insofern ist das entscheidende Element des «Irrglaubens» ungefähr folgendermassen zu charakterisieren:

Therapeutinnen²⁷ der DID-IntensivpatientInnen glauben, dass die PatientInnen von Tätern und Tätergruppen über lange Zeit ihres Lebens intensiv verfolgt, bedroht, überwacht und misshandelt werden. Die Frauen werden dabei jeweils für kurze Zeit auch entführt, an unbekannte Orte gebracht, vergewaltigt, teilweise an andere Täter «ausgeliehen» und es werden sadistische Handlungen an Ihnen vorgenommen. Diese Täter werden jedoch nie von Aussenstehenden gesehen, sie haben keine identifizierbaren Namen, keine Adressen, hinterlassen keine auswertbaren Spuren, werden niemals gefasst und sie sind der Polizei und Justiz nicht bekannt. Objektive Beweise dafür, dass real feststellbare Verletzungen wirklich von Dritten zugefügt wurden, können nicht erbracht werden. Das liegt gemäss den TherapeutInnen daran, dass diese Täter äusserst raffiniert vorgehen und ausserdem Verbindungen zu höchsten Polizei- und Justizkreisen hätten. Die PatientInnen seien diesen Tätern wegen emotionaler Abhängigkeit, Erpressungen oder wegen manipulativen Techniken (mind control) ausgeliefert. Die Aufgabe der Therapeutinnen bestehe darin, die PatientInnen vor diesen Tätern zu schützen, z.B. indem sie an sichere Orte gebracht werden²⁸. Bei dieser Überzeugung handelt es sich um Vorstellungen, die nach meinem Eindruck wesentlich stärker bei den TherapeutInnen ausgeprägt sind als bei den PatientInnen selbst. Letztere zeigen oft eine gewisse Unsicherheit oder Ambivalenz und scheinen zu spüren, dass es sich nicht um eine 100% gesicherte Wahrheit handelt²⁹. Diese Ambivalenz wird von den TherapeutInnen zu wenig beachtet und übergangen. Gerade die Äusserungen von [REDACTED], geb. [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] (dokumentiert im Austrittsbericht vom [REDACTED] über die Abhängigkeit von der ambulanten Therapeutin zeigen diese Problematik in tragischer Weise auf.

²⁵ Vgl. z.B. Stellungnahme der PZM-Geschäftsleitung gegenüber der GSI vom 23.05.2022; so auch Frau [REDACTED] im Gespräch mit mir gegenüber.

²⁶ Offen bleibt, ob diese Begrifflichkeit allenfalls in den Schatten-Dokumentationen verwendet wird (vgl. 3.2).

²⁷ Abgesehen von [REDACTED] handelt es sich ausschliesslich um TherapeutInnen.

²⁸ Vgl. z.B. die Ziele des «Ver eins für Opfersicherheit» (<http://opfersicherheit.ch>) in dessen Vorstand Frau [REDACTED] nach eigenen Angaben ist. Zwar hat dieser Verein eine Homepage und ist insofern keine Geheimorganisation. Auf der Homepage erscheinen aber keine Namen und es ist nicht erkennbar, wer hinter dem Verein steckt.

²⁹ So äusserten sich mir gegenüber z.B. die beiden PatientInnen [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] und [REDACTED] Fallnummer [REDACTED]. Vgl. auch Äusserungen der Patientin [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] im Austrittsbericht vom [REDACTED] 2022.

Zwar existieren ohne Zweifel schwere sexuelle Missbräuche in und ausserhalb von Familien, Menschenhandel, Entführungen, Stalking, Überwachungstechniken, kriminelle Organisationen etc. und zahlreiche Menschen werden Opfer solcher Phänomene. Aber die Geschichten dieser PatientInnen muten an wie Requisiten, die aus obskuren Quellen des Internets, aus schlechten Filmen und anderen Schauergeschichten zusammengemixt wurden. Zu ähnlich sind sich auch die Angaben der PatientInnen und zu schematisch erscheinen die Profile der unfassbaren Täter. Einige dieser PatientInnen des PZM sind mitunter auch in anderen Kliniken hospitalisiert worden, wo man statt «dissoziative Identitätsstörung» jeweils «Pseudologia phantastica» diagnostizierte³⁰, was wohl die angemessenere Einschätzung darstellt. Es entsteht der Eindruck, dass der Glaube an raffinierte Tätergruppen die feste Überzeugung einer «Schule» von TherapeutInnen ist. Diese Überzeugung hat unverkennbar Elemente einer Verschwörungstheorie, denn sie wird je nach Kontext verleugnet, verschwiegen oder zumindest verharmlost. Damit kommen umgekehrt die beteiligten TherapeutInnen zugleich in den Ruf, ein Geheimbund, eine Sekte zu sein. Darin steckt im Fall des PZM eine besondere Ironie, weil zwar eine Sekte «verjagt» wurde (die Kirschlorbengemeinschaft), in deren Windschatten sich aber eine andere, möglicherweise noch gefährlichere breiten konnte.

Es ist bekannt, dass ein wichtiger «Spin doctor» hinter dieser Überzeugung der in Bern praktizierende Psychiater [REDACTED] ist, der tatsächlich eine Art Schule gegründet hat und über Fortbildungen, Kurse, Bücher und Supervisionen für die Verbreitung seiner Ideen sorgt³¹. [REDACTED] war als Supervisor auch im PZM tätig, die Zusammenarbeit mit ihm wurde aber inzwischen beendet. Spuren des Wirkens von [REDACTED] sind bekanntlich auch in anderen Kliniken entdeckt und – evtl. – eliminiert worden, so z.B. in Meltingen oder in der Clinica Littenheld.

Zu den AnhängerInnen dieser Vorstellungen gehörten nach meinen Feststellungen im PZM neben der Leitenden Oberärztin [REDACTED] auch andere OberärztInnen und PsychologInnen (z.B. [REDACTED]), die teilweise das PZM inzwischen verlassen haben, teilweise aber noch immer dort arbeiten. [REDACTED] ist gemäss eigenen Einträgen im PZM-Krankengeschichten Vorstandsmitglied im «Verein für Opfersicherheit», einer Organisation, die Gewaltopfern Hilfe anbietet, wenn «die Polizei und die Behörden keinen Schutz geben können» (vgl. Fussnote 28 oben). Sie ist inzwischen nicht mehr am PZM tätig, hat aber einige der PatientInnen dieser Gruppe nach wie vor in ambulanter Behandlung in einer Praxis in Bern. Diese werden nach wie vor wegen suizidalen Krisen wiederholt im PZM behandelt, teilweise mittels Therapievereinbarungen, die noch von Frau [REDACTED] selbst aufgestellt wurden³². Bei diesen PatientInnen scheinen die gleichen dysfunktionalen Therapiemuster durch [REDACTED] auch jetzt noch fortgesetzt zu werden, da sie in privater Praxis arbeitet. Nach wie vor spielen dabei

³⁰ So vor allem in der UPD, nicht hingegen in Meltingen, wo es auch AnhängerInnen der dissoziativen Identitätsstörung gibt (gab?)

³¹ [REDACTED]

³² Es gehörten auch einige Pflegefachpersonen zu den AnhängerInnen dieser Überzeugungen. Männer scheinen – abgesehen von Prof. [REDACTED] – nicht zu den Anhängern zu zählen.

³³ z.B. Pat. [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] [REDACTED] Fallnummer [REDACTED]

Therapievereinbarungen eine Rolle, die bei den PatientInnen regressive Verhaltensweisen fördern und sie in einer emotionalen Abhängigkeit zur Therapeutin halten³⁴.

Die Fachpersonen der KDA-Ambulanz, die sich mit diesen Verschwörungsgeschichten identifizierten, traten so in die dunkle Welt der PatientInnen ein. Damit entstand eine kollusive Verstrickung der TherapeutInnen mit den PatientInnen: Oberflächlich gesehen fühlten sich die PatientInnen verstanden und wertgeschätzt und die TherapeutInnen hatten das Gefühl, dass sie als einzige diese komplizierten PatientInnen und die geheimen Hintergründe verstehen und ihnen helfen könnten. Auf einer tieferen Ebene erlebten aber die PatientInnen die TherapeutInnen als schwach, manipulierbar und nicht hilfreich, denn anstatt ihnen zu ermöglichen, aus der ausweglosen Fantasiewelt auszubrechen, bestärkten sie diese darin. So schienen zwar die Behandlungen dieser PatientInnen in der KDA heroisch und engagiert, waren aber in Tat und Wahrheit dysfunktional und trugen zur Aufrechterhaltung der Störung bei. Die Behandlungen von PatientInnen mit DID in der KDA zwischen 2018 und 2022 waren fachlich gesehen schlecht und in Bezug auf eine nachhaltige Entwicklung weitgehend wirkungslos, wenn nicht sogar schädlich. Zwei PatientInnen³⁵ dieser Gruppe, mit denen ich gesprochen habe, äusserten sich explizit so. Von einer dritten³⁶ sind in einem Austrittsbericht klare entsprechende Äusserungen des Zweifels dokumentiert.

Den TherapeutInnen der KDA-Ambulanz fehlte es an Erfahrung, sie waren nicht geführt und nicht ausreichend supervidiert. Da der vorgesetzte Chefarzt Prof. [REDACTED] selbst gegenüber der Problematik DID, anhaltender Täterkontakt etc. zu wenig Distanz hatte und sich in jener Zeit mit vielen anderen Dingen beschäftigte, war es ihm nicht möglich, die dysfunktionalen Behandlungen in der Ambulanz und auf den Stationen 26 und 27 zu stoppen.

³⁴ vgl. z.B. Einweisungszeugnis von [REDACTED] für Frau [REDACTED] vom [REDACTED] In der KG abgelegt am 07.2022. Frau [REDACTED] informiert in diesem Zeugnis das PZM-Personal über ihre aktuelle Behandlungsvereinbarung als ambulante Therapeutin der Patientin: Sie dürfe während drei Monaten keine suizidalen Handlungen ausführen, sonst werde die ambulante Behandlung bei ihr beendet. Damit wird die Suizidalität indirekt als manipulativ beurteilt und nicht als echter Ausdruck von Not anerkannt. Das gibt der Patientin das Gefühl, nicht wirklich ernst genommen und eigentlich im Stich gelassen zu werden. Die «Drohung» mit dem Behandlungsabbruch durch die Therapeutin verstärkt dieses Gefühl. Zugleich nützt die Therapeutin die Tatsache aus, dass der drohende Behandlungsabbruch für die PatientInnen subjektiv sehr schlimm wäre, sodass sie alles daransetzen würden, die Suizidalität zu unterdrücken. Die Therapeutin benützt damit die emotionale Abhängigkeit der Patientin, um die unerwünschte Suizidalität zu unterbinden. Die sozial isolierten und schwachen PatientInnen kommen so erst recht in grosse Not und oft resultiert daraus wiederum eine suizidale Krise.

Eine andere Patientin, [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] die nach dem Weggang von [REDACTED] aus dem PZM weiter bei ihr in ambulanter Behandlung ist, äussert bei ihrem erneuten Aufenthalt im PZM Anfang Juli 2022 Unbehagen über die ambulante Behandlung bei Frau [REDACTED]. Diese sage ihr seltsame Dinge und sie habe das Gefühl, nicht alles, was ihr eingeordnet werde, entspreche der Realität. Sie habe aber keine andere ambulante Therapeutin, deshalb werde sie wohl weiter zu ihr gehen [REDACTED].

³⁵ Patientin [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] und [REDACTED] Fallnummer [REDACTED]

³⁶ Patientin [REDACTED] Fallnummer [REDACTED]

4.4 Praxis der freiheitsbeschränkenden Massnahmen im PZM

Anhand zahlreicher Gespräche mit aktuellen und ehemaligen Mitarbeitenden, mit PatientInnen sowie aufgrund der Analyse von Patientendossiers aus den Jahren 2018 bis 2022 ist erkennbar, dass die Praxis der freiheitsbeschränkenden Massnahmen im PZM generell – also in allen drei Kliniken – in gewissen Teilen problematisch ist und in mehreren Punkten Mängel aufweist:

- Sowohl die Häufigkeit als auch die Dauer der Massnahmen ist aus fachlicher Sicht oft zu hoch.
- Bei der Anordnung von FbM wird nicht genügend darauf geachtet, dass die gesetzlichen Voraussetzungen gemäss Art. 383 ZGB aktuell erfüllt sind.
- Die Mechanismen zur Beendigung der FbM bei Wegfallen der Voraussetzungen greifen nicht schnell genug und die Massnahmen werden deshalb zu lange aufrecht erhalten.
- Die korrekten Prozeduren bei der Behandlung ohne Zustimmung (Art. 434 ZGB, «Zwangsmedikation») sind im PZM nicht etabliert.
- Die negativen Auswirkungen der FbM-Praxis auf die Einstellung der Mitarbeitenden und auf therapeutische Atmosphäre der Abteilungen wurden nicht genügend reflektiert. Ein Teil der Patienten kann so kein Vertrauen zu den Fachpersonen des PZM aufbauen, da sie sich bevormundet und genötigt fühlen. Viele Mitarbeitenden spüren umgekehrt, dass sie mit ihren Vorgehensweisen das Vertrauen der Patienten nicht gewinnen können und fühlen sich therapeutisch ohnmächtig.

Konkret sind folgende Punkte im Zusammenhang mit der Anwendung von FbM im PZM zu beanstanden³⁷:

- 4.4.1 FbM werden im PZM oftmals präventiv und «auf Vorrat ausgesprochen», d.h. ohne dass der aktuelle Zustand des Patienten den Voraussetzungen aus Art. 383 ZGB entspricht («1. *Urteilsunfähigkeit*, 2. *ersthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität der betroffenen Person oder Dritter oder schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens*»). Solche präventiven Anordnungen von FbM werden z.B. gleich beim Eintritt des Patienten vorgenommen oder auch im Behandlungsverlauf, wenn dysfunktionale Verhaltensweisen befürchtet werden, aber noch nicht eingetreten sind. Nach der Rückkehr bei einer Entweichung werden z.B. die Patienten meist direkt und ohne aktuelle Beurteilung in Isolation geschickt, die teilweise schon vor der Rückkehr auf Vorrat angeordnet wird.³⁸

³⁷ Ich habe für alle dargestellten Punkte zum Beleg jeweils konkrete Beispiele aus der Dokumentation herausgesucht und mit verfremdeten Patienteninitialen, Jahrgang, Fallnummer und Datum des Vorfalls aufgeführt. Es könnte eingewendet werden, es handle sich um herausgepickte Einzelfälle, die nicht ausreichen, um eine systematische Praxis zu belegen. Mir fehlte im Rahmen dieses Mandats die Kapazität, um eine umfassende Analyse einer grossen Zahl von Behandlungen durchzuführen und in einem wissenschaftlichen Sinn das Ausmass der inadäquaten FbM-Praxis insgesamt zu dokumentieren. Im PZM werden pro Jahr über 3000 Patienten stationär behandelt. Die angeführten Fallbeispiele zu jedem Kritikpunkt habe ich allerdings ohne grossen Suchaufwand zumeist bei aktuellen Patienten des PZM finden können, sodass es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht um seltene Einzelfälle handelt.

³⁸ Patient [redacted] Fallnummer [redacted] Verlaufseintrag vom [redacted] 2020 «Patient präsentiert sich in der Visite ruhig und angepasst. Nimmt zur Kenntnis, dass er bis Montag durchgehend isoliert

Oft werden Isolationen auch bei ruhigem und kooperativem Verhalten des Patienten noch für Stunden oder bis zum nächsten Tag aufrecht erhalten, da die Aufhebung der FbM gemäss Verfügung an der nächsten «Oberarzt-Visite» erfolge. Art. 383 ZGB, Abs. 3³⁹ wird also im PZM zu wenig strikt umgesetzt.

Diese Praxis von FbM wird von einigen Patienten verständlicherweise als Straf- oder Disziplinarmassnahme erlebt. In der heutigen Psychiatrie besteht jedoch weder fachlich noch gesetzlich eine Grundlage, um Patienten zu disziplinieren oder mit Vergällungsmethoden Verhaltensänderungen zu erwirken. Dass eine vorgeschlagene Behandlung mitunter nicht mit den Vorstellungen des Patienten übereinstimmt, ist nicht nur in der Psychiatrie eine häufige Situation dar und bedeutet in erster Linie eine Herausforderung für Beziehungskompetenz der Fachpersonen. Wie im Falle von FU bezüglich Behandlungsplanung vorzugehen ist, wird den Fachpersonen in Art. 433 ff. ZGB detailliert aufgezeigt. Diese Mechanismen sind im PZM zu wenig etabliert.

- 4.4.2 Im PZM werden insbesondere bei Suchtmittelkonsum Automatismen mit Einschränkungen für den betroffenen Patienten ausgelöst. Diese beinhalten in der Regel Ausgangsbeschränkungen (die jedoch noch nicht unter freiheitsbeschränkenden Massnahmen im Sinne von Art. 383 ZGB fallen), werden aber auch als Begründung für Isolation herangezogen. Dies wird ebenfalls meist mit Hilfe von «Therapievereinbarungen» begründet, denen der Patient angeblich durch seine Unterschrift zugestimmt hat⁴⁰. Diese Therapievereinbarungen sind aber oftmals unter Druck von Patienten unterschrieben worden, bzw. man teilt den Patienten mit, dass diese auch ohne ihre Unterschrift gültig seien⁴¹ (Aussagen von Patientin [REDACTED] geb. [REDACTED], Fallnummer [REDACTED], [REDACTED] Fallnummer [REDACTED], auch von fallführenden Therapeutinnen).
- 4.4.3 FbM werden als Druckmittel eingesetzt, um erwünschte Verhaltensweisen zu erzwingen, insbesondere die Einnahme von Medikamenten oder das Unterzeichnen von Therapievereinbarungen (vgl. oben 4.4.2 sowie unten 4.4.7). Es wird den Patienten

bleiben wird. Am Montag erfolgt die Visite durch den zuständigen Oberarzt» [Das entsprach einem Zeitraum von ungefähr 18h]. Patient [REDACTED], [REDACTED] Fallnummer [REDACTED]; die Therapievereinbarung vom 07.07.2022 sieht vor, dass er bei Rückkehr nach Entweichung automatisch und unabhängig vom Verhalten für 48h Isoliert wird.

³⁹ «Die Einschränkung der Bewegungsfreiheit wird so bald wie möglich wieder aufgehoben und auf jeden Fall regelmässig auf ihre Berechtigung hin überprüft.»

⁴⁰ Patient [REDACTED] geb. [REDACTED] (Fallnummer [REDACTED] Station 27; wegen Cannabis-pos. UP ab [REDACTED] 2021: Isoliert, KG-Eintrag: «ruhig, äussert keine Wünsche»; 17.07.2021, 17.45 Uhr KG-Eintrag: «soll Isoliert bleiben bis 19.07.2021, um 15 Uhr». 18.07.2021, 10.30 Uhr KG-Eintrag: «sitzt ruhig im Zimmer, äussert keine Wünsche, Entscheidung: Isolation bis 19.07.2021», Vgl. auch Punkt 4.4.7 zum Thema «Therapievereinbarungen».

⁴¹ Patientin [REDACTED] (Fallnummer [REDACTED] Station 26: Die Patientin ist seit dem 15.06.2022 auf unbestimmte Zeit Isoliert. Am 18.06.2022 wird ihr von der Oberärztin um 12.30 Uhr mitgeteilt, dass die Isolation gemäss Therapievereinbarung noch für 48 h aufrecht erhalten wird. Am 19.06.2022 dokumentiert die Pflege: «Frau [REDACTED] verhielt sich heute vorzüglich nett und anständig.» Tatsächlich wird erst am 20.06.2022 um 9.58 Uhr die durchgehende Isolation formell aufgehoben, die Psychologin notiert: «Die Pat. verhält sich angepasst, freundlich, hält sich an Abmachungen. Die Isolation wird deshalb aufgehoben.»

z.B. gesagt, die Isolation werde erst aufgehoben, wenn er die Medikamente eingenommen hat. Dieses Vorgehen ist rechtlich unzulässig und auch therapeutisch meist nicht sinnvoll: 1. dürfen FbM nicht als Droh- und Druckmittel eingesetzt werden, sondern nur gemäss den Vorgaben von Art. 383 ZGB; 2. erfolgt Jede Medikamenteneinnahme entweder freiwillig im Sinne eines *informed consent* oder aber es handelt sich um eine Behandlung ohne Zustimmung, die ausschliesslich via chefärztliche Anordnung des Behandlungsplanes (gemäss Art. 434 ZGB) erfolgen kann (vgl. unten Punkt 4.4.7). Im Falle der Durchsetzung einer Medikation, die im chefärztlich angeordneten Behandlungsplan vorgesehen ist, kann und darf allenfalls so ein Druckmittel eingesetzt werden. Es sollte aber auch dann eher zurückhaltend eingesetzt werden, denn so wird die zukünftige Einsatzmöglichkeit der Isolation als Schutzmassnahme bei diesem Patienten kompromittiert.

- 4.4.4 FbM werden mit anderen Einschränkungen wie z.B. Handyentzug⁴² verknüpft, ohne dass dafür eine gesetzliche Grundlage (und m.E. zumeist auch kein therapeutischer Sinn) besteht. Solche Einschränkungen müssten allenfalls mittels Behandlungsplan nach Art. 434 formell verfügt und damit einem Rechtsmittel unterstellt werden.
- 4.4.5 FbM wurden – vor allem in einigen Fällen der DIS-PatientInnen – auch «freiwillig», bzw. «auf Wunsch der Patienten» angewendet. Dieses Vorgehen ist aus mehreren Gründen problematisch: 1. Ist unklar, ob die PatientInnen wirklich freiwillig so einer Massnahme zustimmen, da sie in einer Notlage und in einem Abhängigkeitsverhältnis sind, 2. führt das Anwenden von FbM ohne zwingenden Grund zu einer Regression und Habituation an ein dysfunktionales, weil passives Coping, 3. Ist unklar, wie das Vorgehen bei einem späteren Rückzug der Zustimmung wäre.⁴³
- 4.4.6 FbM können im PZM auch vorsorglich im Sinne einer «intermittierenden Isolation» angeordnet werden. Im Rahmen einer solchen Verordnung wird es der Pflege übertragen, die FbM je nach Zustand des Patienten flexibel anzuwenden und zwischendurch auch aufzuheben. Viele Kliniken in der Schweiz kennen vor allem im Bereich der Gerontopsychiatrie solche flexiblen Massnahmen, v.a. beim pflegerischen Management von fluktuierenden Verwirrheitszuständen. Hier macht es keinen Sinn, alle paar Stunden eine neue Verfügung von FbM zu erlassen, da sich der Zustand rasch wieder ändert. In der Erwachsenenpsychiatrie sind hingegen solche variablen Massnahmen eher unüblich und mit Sorgfalt anzuwenden. Es besteht die Gefahr, dass die FbM willkürlich oder inkonsistent angewendet werden. Die Anordnung einer

⁴² Patientin ██████, Fallnummer ██████, Eintrag am 22.06.2022 um 06.07 Uhr: Beklagt sich, dass ihr das Handy entzogen sei. Es liegt keine Verfügung dazu vor. Vgl. auch S. 27 oben sowie Fussnote 24.

⁴³ Die Patientin ██████ geb. ██████, Fallnummer ██████, bei der die Praxis der «freiwilligen Fixierung» zum Exzess getrieben wurde, teilte mir mit, sie habe diesen Vereinbarungen jeweils nur zugestimmt, weil sie die Hilflosigkeit, Überforderung und Angst des Pflegepersonals in den Nächten gesehen habe. Sie habe sich dann aber in den Nächten in der «freiwilligen» Fixierung oft sehr unwohl gefühlt und manchmal in der Nacht den Wunsch geäussert, dass die Fixierung aufgehoben werde. Dem hat das Pflegepersonal jedoch nicht stattgegeben, da dies gegen die Vereinbarung war und keine Personalressourcen vorhanden waren, um befürchtete Selbstverletzungen zu verhindern. Nach der Freistellung von ██████ hat ██████ die Praxis der «freiwilligen» Fixierung verboten.

Intermittierenden Isolation sollte nur auf einen überschaubaren Zeitraum (z.B. für 24h) gemacht werden und es sollte klar geregelt werden, wer danach das weitere Procedere festlegt. Auch sollte die Dokumentation nachvollziehbar machen, von wann bis wann genau effektiv FbM angewendet wurden.

- 4.4.7 Im PZM scheint es keine Praxis zum Umgang mit «Behandlung ohne Zustimmung», d.h. mit der Verabreichung von Medikamenten gegen den Willen, bzw. ohne rechtsgültige Zustimmung im Sinne eines *Informed consent* zu geben (vgl. auch Kommentare oben unter Punkt 3.10). Zwar werden Zwangsmedikationen mit dem Verordnungsformular in Orbis verordnet und auch durchgeführt, es wird aber nirgends dazu vermerkt, auf welche Rechtsgrundlage sich diese Medikamentenverabreichung stützt. In den meisten Fällen scheint mir die Notfallsituation im Sinne von Art. 435 ZGB vorzuliegen. Dies sollte auch entsprechend benannt und dokumentiert werden.
- Die Möglichkeit, mittels FU-Behandlungsplan nach Art. 433 & 434 ZGB eine Medikation vorzuschlagen und bei fehlender Zustimmung durch chefarztliche Anordnung des Behandlungsplans auch gegen den Willen umzusetzen (Art. 434 ZGB), ist im PZM nicht etabliert. Zwar werden bei FU-Patienten recht ausführliche Behandlungspläne verfasst, die seltsamerweise aber jeweils in Briefform an die Zuweiser versandt, nicht hingegen dem Patienten vorgelegt und erklärt werden. Ich finde in der Dokumentation des PZM keine Belege, dass diese Behandlungspläne «unter Bezug der betroffenen Person und gegebenenfalls Ihrer Vertrauensperson» erstellt (Art. 433 ZGB, Abs. 1) und danach «der betroffenen Person zur Zustimmung unterbreitet» wurden (Art. 433 ZGB, Abs. 3). Stattdessen werden vom Behandlungsteam einseitig die bereits oben erwähnten «Therapievereinbarungen» aufgestellt und die Patienten zur Unterschrift genötigt. Falls jemand nicht unterschreiben wolle, seien die Vereinbarungen dennoch gültig (Aussagen von Patientinnen und von Mitarbeitenden).

Auf dem Formular für die Therapievereinbarung im KIS/Orbis sind unten die merkwürdigen Sätze vorgedruckt: «Wird die Vereinbarung vom Patienten unterschrieben, muss die Vereinbarung NICHT⁴⁴ eingescannt werden! Die unterschriebene Vereinbarung bleibt auf der Station und kann nach dem Austritt vernichtet werden.»

Es ist nicht einzusehen, warum die unterschriebene Vereinbarung nicht eingescannt werden sollen. Das würde ja gerade nachvollziehbar dokumentieren, dass der Patient zugestimmt hat.

Als Standard des therapeutischen Vorgehens gilt in der heutigen Psychiatrie ein Behandlungsplan, der gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet wird. Dass der Gesetzgeber gerade für die FU-Situation ein solches Vorgehen als Pflicht für die behandelnden ÄrztInnen und Ärzte definiert, mag paradox erscheinen, unterstreicht aber gerade diese Erwartung.

⁴⁴ Hervorhebung im Original

4.5 Gründe für die mangelhafte FbM-Praxis im PZM

Es ist schwer zu rekonstruieren, woher die mangelhafte Anwendungspraxis der FbM im PZM stammt. Sie widerspricht den erklärten Zielen des PZM, den eigenen Welsungen und auch den geäusserten Vorstellungen der meisten Fachpersonen aller Berufsgruppen. Folgende Faktoren haben aus meiner Sicht beigetragen, dass sich nicht auf allen Stationen eine ausreichend kompetente Behandlungskultur – vor allem in Bezug auf die Anwendung von FbM – etabliert hat:

- 4.5.1 **Fehlendes fachliches Knowhow:** Auf der Stufe der Oberärzte – das sind die unmittelbar Verantwortlichen auf den Stationen – fehlt wegen Abgängen von erfahrenen Fachärzten, häufigen Wechseln, Vakanzen und dem Einsatz unerfahrener Jungoberärzte das fachliche Knowhow, um die Fallführenden und die Pflegeteams in der Anwendung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen wirksam zu führen. Um akute psychiatrische Krankheitsbilder wie suizidale Krisen, Selbstverletzungen, Dissoziationen, psychotische und delirante Notfallsituationen kompetent managen zu können, ist eine grosse klinische Erfahrung erforderlich, die auf mehreren Stationen im PZM fehlt.
Auch auf der Seite der Pflege fehlen auf vielen Abteilungen erfahrene Fachpersonen mit Augenmass und Akzeptanz bei den Teams. Da die wenigen erfahreneren Kollegen zwar jeweils rasch die Mängel und Fehler erkannten, mit ihren Feedbacks aber nichts bewirken konnten, gelang es dem PZM auf einigen Stationen nicht mehr, ein fachliches Mindestniveau zu halten, und so schlichen sich Fatalismus, Resignation und teilweise auch Zynismus ein. So war es auf mehreren Stationen nicht mehr möglich, ein vertrauensvolles Milieu zu erhalten, in dem sich Patienten gestützt und geschützt fühlen konnten.
- 4.5.2 **Zu dünne ärztliche Führungsebene:** Da die Ebene der Oberärzte schwach ist und den Stationen damit die fachliche Führung fehlt, wird die nächst höhere Hierarchiestufe wichtiger. Zwar leisten alle drei (inzwischen nur noch zwei) Chefärzte quantitativ sehr viel, bemühen sich um Präsenz auf den Abteilungen, machen Hintergrunddienst und wurden auch bei der Behandlung schweriger Patienten involviert. Aufgrund der grossen Führungsspanne war es ihnen aber trotz grossem Einsatz nicht möglich, die Stationen eng genug zu kontrollieren, zu führen und die Einhaltung der Prozessvorgaben zu garantieren. Das Fehlen der hierarchischen Zwischenstufe mit kompetenten Leitenden Ärzten wirkte sich damit im PZM negativ aus. Um drei Kliniken mit je vier bis sechs grossen stationären Abteilungen und über 100 Betten wirksam zu führen, wären neben Chefärzten und Oberärzten insgesamt noch zwei bis drei, besser vier Leitende Ärzte erforderlich.
- 4.5.3 **Zu wenig Sensibilität auf höchster Führungsebene für die Brisanz des Themas der FbM:** Sowohl die Chefärzte als auch die pflegerischen Kader schienen sich zu wenig bewusst gewesen zu sein, dass ein fehlerhafter Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen die moralische Glaubwürdigkeit des ganzen PZM aufs Spiel setzt und das Vertrauen der Anspruchsgruppen nachhaltig zerstören kann. Die Frustration und die Demoralisierung ganzer Teams durch die Ohnmacht angesichts der bröckelnden

Behandlungskultur auf einigen Stationen wurde in zahlreichen Rückmeldungen deutlich spürbar. Die therapeutische Wirkung, die gerade bei schwer beziehungsgestörten PatientInnen (vgl. oben 4.3.4) erzielt – oder eben nicht erzielt – werden kann, hängt massgeblich davon ab, ob die Teams eine wohlwollende, positiv «beelternde» Haltung einnehmen können. Wenn sie hingegen im «Jargon von Schulhausabwarten» mit den Patienten kommunizieren⁴⁵, werden sich diese auch wie «Problemschüler» verhalten. In zahlreichen Verlaufseinträgen kann man nachlesen, dass Patienten trotz und demonstrativ unkooperativ reagieren, weil sie in ungeschickter Weise mit «Therapievereinbarungen» drangsaliert werden.

- 4.5.4 Fehlende Vertrautheit mit den gesetzlichen Vorgaben und mangelhafte Implementierung der erwachsenenschutzrechtlichen Standardprozeduren: Im PZM fehlt auf der Stufe der Fallführer und auch der Oberärzte die Vertrautheit mit den gültigen gesetzlichen Vorgaben im Zusammenhang mit FU, freiheitsbeschränkenden Massnahmen, FU-Behandlungsplan, Behandlung ohne Zustimmung und Notfallmassnahmen. Das trug dazu bei, dass sich offenbar viele Fachpersonen nicht bewusst waren/sind, dass die praktizierten Massnahmen teilweise ungesetzlich sind oder nicht korrekt angewendet wurden. Diese Schwäche wird noch dadurch verstärkt, dass das KES-Gericht Bern kaum in der Lage ist, die Anwendungspraxis kritisch zu begleiten und durch punktuelle Interventionen (in Form von Urteilen) zu justieren (vgl. unten 4.5.7 und 4.6). Auch die Ansätze der Recovery-Bewegung/Peers – manchmal ein gewisses Korrektiv gegen eine zu direkte FbM-Praxis – sind im PZM zu wenig erkennbar.
- 4.5.5 Traumatisierung von Teams und Einzelpersonen durch Vorfälle mit Suiziden und schweren Suizidversuchen mit Rechtsfolgen: Da es in den Abteilungen 26 und 27 sehr viele, teils schwerwiegende und folgenreiche Zwischenfälle gab, waren die Teams nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv grossen Gefahren ausgesetzt (vgl. oben 4.3.3). Viele Mitarbeitende empfanden die Arbeit auf den Stationen als gefährlich und fühlten sich ungeschützt. Dies bezog sich nicht nur auf die unmittelbare physische Sicherheit, sondern auch auf die psychische Belastung sowie die subjektiv fehlende moralische Unterstützung durch die Vorgesetzten und auf den Schutz vor allfälligen rechtlichen Folgen (Haftung, Strafverfahren). Aufgrund von mehreren Zwischenfällen werden derzeit Strafverfahren gegen Mitarbeitende des PZM geführt und es laufen haftungsrechtliche Verfahren. Diese Verfahren sind für «normale» Mitarbeitende nicht transparent und verstärken daher die Verunsicherung.
- 4.5.6 Zu wenig/keine Supervision: Es gab auf den beiden Stationen 26 und 27 nur selten Supervisionssitzungen, bei denen über diese schwierigen Fälle gesprochen wurde. So

⁴⁵ Vgl. z.B. die Formulierungen in Therapievereinbarungen. Hier wird den Patienten in barschem Ton mitgeteilt, was sie alles müssen und nicht dürfen, hingegen nur wenig darüber gesagt, was das Behandlungsteam an Unterstützung zu bieten hat und mit welchen Mitteln man die Patientin zu behandeln gedenkt. Beispiele: PatientIn [redacted] Fallnummer [redacted] Therapievereinbarung vom 06.07.2022; Patient [redacted] Fallnummer [redacted] Therapievereinbarung vom 08.06.2022; Patient [redacted] Fallnummer [redacted] Therapievereinbarung vom [redacted] Patient [redacted] geb. [redacted] Fallnummer [redacted] Therapievereinbarung vom [redacted]

fehlte der Reflexionsraum, um darüber nachzudenken und sich im Team auszutauschen, was eigentlich vorgeht, wie man darauf reagieren soll und welches die Ziele der Behandlung sind. Auch auf anderen Stationen des PZM werden nicht systematisch Supervisionen oder Fallbesprechungen durchgeführt, um die Vorgänge bei den Behandlungen zu verstehen. Die «natürliche» Triangulation durch höhere Vorgesetzte (z.B. Leitende Ärzte) fehlt im PZM gänzlich, da diese Hierarchiestufe nicht vorhanden ist (vgl. oben Punkte 4.5.1 und 4.5.2). So gesehen ist das PZM insgesamt fachlich zu schwach aufgestellt, indem für eine Klinik mit über 300 Betten nur drei (aktuell sogar nur zwei) erfahrene höhere Kaderärzte zuständig sind. Die drei Kliniken scheinen sich zudem insgesamt eher als Konkurrenten zu sehen und rivalisieren um Personal und Patienten. Damit fehlt auch die Möglichkeit, sich über die Klinikgrenzen hinweg zu unterstützen und fachlich zu ergänzen.

- 4.5.7 KES-Gericht nimmt Aufsichtspflicht nicht wirksam wahr: Der gerichtlichen Beschwerdeinstanz kommt in der FU- und FbM-Thematik eine wichtige Kontroll- und ggf. Korrekturfunktion zu (vgl. oben Punkt 4.5.4). Der Gesetzgeber hat bewusst die Möglichkeiten für betroffene Patienten sehr breit und niederschwellig ausgestaltet, sich an ein Gericht zu wenden (vgl. Art. 439 & 450e ZGB sowie die Fussnoten 6-10 auf S.11). Im Kanton Bern scheint sich das zuständige Kindes- und Erwachsenenschutzgericht dieser Funktion zu wenig bewusst zu sein und möglicherweise nicht über die nötigen Ressourcen zu verfügen, um die Aufgabe wirksam wahrzunehmen. Das KES-Gericht vermag so in den meisten Fällen die gesetzlich vorgeschriebene Frist von fünf Tagen bis zu einem Entscheid (Art. 450e, Abs. 5) nicht einzuhalten. In einem Fall betrug der Zeitverlust zwischen Beschwerdeeingang und Verhandlung volle 20 Arbeitstage (Patient ██████████ Fallnummer ██████████ Beschwerde eingereicht am 25.06.2021, Verhandlung vor KES-Gericht 23.07.2021). Dies kommt praktisch einer Rechtsverweigerung gleich, da dem Patienten die gerichtliche Überprüfung der Unterbringung nahezu bis zum Ablauf der Unterbringungsdauer verweigert wird. Die wenigsten Patienten können die rechtlichen Prozeduren durchschauen und sind in der Lage, sich gegen eine solche Rechtsverweigerung zu wehren, z.B. indem sie Art. 450b, Abs. 3⁴⁶ anrufen würden. Das KES-Gericht vertritt auch die Meinung, dass die ohne Zustimmung der Patienten angewendeten «Therapievereinbarungen» (vgl. oben 4.4.7) keine Zwangsmassnahmen im Sinne von Art. 434 ZGB darstellen, da sie eben «Therapievereinbarung» genannt würden und nicht «Behandlungsplan». Es handle sich dabei nicht um eine Verordnung von Zwangsmedikation oder sonstigen mittels Zwang verordneter Behandlungen, da diese eben nicht «mittels Zwangsmassnahme angeordnet» seien (z.B. Entscheid 22'494 vom 11.07.2022 gegen Patientin ██████████). Mit dieser zirkulären Argumentation könnte de facto jede Art von Zwang angewendet werden, so lange sie eben nicht als Behandlungsplan angeordnet, sondern «Therapievereinbarung» genannt wird. Die Therapievereinbarungen werden aber im PZM einseitig von den Fachpersonen verfasst und unabhängig von der Zustimmung des Patienten durchgesetzt⁴⁷.

⁴⁶ «Wegen Rechtsverweigerung und Rechtsverzögerung kann jederzeit Beschwerde geführt werden.»

⁴⁷ Es besteht aufgrund der Dokumentation in der Krankengeschichte kein Zweifel, dass z.B. die Inhalte der Therapievereinbarung vom 07.07.2022 bei ██████████ (Fallnummer ██████████) ohne ihre Zustimmung

Das KES-Gericht Bern erhielt im Rahmen verschiedener Rekursverfahren auch Kenntnis von fragwürdigen FbM-Praktiken (z.B. die ausgedehnten «freiwilligen» Fixierungen von DID-PatientInnen) sowie auch von merkwürdigen Behandlungen bei PatientInnen mit anhaltendem Täterkontakt (vgl. Gutachten von Prof. [REDACTED] u. Handen des KES-Gerichts vom Dezember 2021 betr. Patientin [REDACTED] geb. [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] bereits oben auf S.27/28 erwähnt). Dennoch sah sich das KES-Gericht nicht veranlasst, diese Feststellungen in ihren Urteilen weiter zu kommentieren oder ggf. Aufsichtsbeschwerden an die zuständigen Gesundheitsbehörden zu erwägen. So fehlte dem PZM ein «Sparringpartner», um die Praxis der FbM weiterzuentwickeln und an die gesetzlichen Vorgaben anzupassen.

4.6 Rolle des Kindes- und Erwachsenenschutzgerichts Bern

In Ergänzung zum oben bereits Genannten, scheinen mir weitere Aspekte zur Praxis des KES-Gerichts Bern bedenkenswert:

Das KES-Gericht Bern hat offensichtlich Mühe, die zahlreichen Verfahren in Sachen FU und FbM fristgerecht durchzuführen und kann in vielen Fällen die vorgeschriebenen Fristen nicht einhalten⁴⁰. Damit untergräbt das KES-Gericht die Rechtssicherheit und das Vertrauen von Patienten und Angehörigen in die Vorgänge in der Psychiatrie. Für den Ruf der Psychiatrie ist das ein folgenschwerer Missstand.

Die Auflage aus Art. 450e, Abs. 3 «Bei psychischen Störungen muss gestützt auf das Gutachten einer sachverständigen Person entschieden werden.» wird vom KES-Gericht Bern m.E. ebenfalls in unbefriedigender Weise gelöst. Wohl der Einfachheit halber werden standardmässig

u.a. mittels Androhung von Isolation durchgesetzt wurden. Ich habe die Patientin am 16.06.2022 und 08.07.2022 auf der Station 26 auch persönlich aufgesucht und mit ihr gesprochen.

⁴⁰ Patient [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] Rekurs gegen FU eingereicht und an KES-Gericht gemalt am 21.06.2022; Verhandlung am 05.07.2022 (nach 10 Arbeitstagen); Patient [REDACTED] geb. [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] Rekurs gegen FU eingereicht und an KES-Gericht gemalt am 22.06.2022, Verhandlung am 05.07.2022 (nach 9 Arbeitstagen). Patient [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] Rekurs gegen FU eingereicht und an KES-Gericht gemalt am 25.06.2021; Verhandlung ohne ersichtlichen Grund erst am 23.07.2021 (nach 20 Arbeitstagen). In diesem Fall wies das KES-Gericht die Beschwerde dann ohne weitere Erwägungen und ohne Entschuldigung für die Verzögerung ab mit dem lakonischen Verweis, die FU laufe ohnehin am 03.08.2021 ab. Auf diese Weise könnte das KES-Gericht die meisten Rekursverfahren kurz halten und die Fälle würden sich von selbst erledigen. Im PZM scheint sich niemand an der Verzögerung der Gerichtsverhandlung gestört zu haben. Der Patient [REDACTED] fragte einmal beim Pflegepersonal nach weil er nichts von seinem Rekurs gehört hatte, doch niemand konnte ihm Auskunft geben.

Patientin [REDACTED] Fallnummer [REDACTED] per FU in PZM seit 23.06.2022, schreibt Beschwerde am 24.06.2022, trifft beim KES-Gericht ein am 27.06.2022; Verhandlung angesetzt für den 07.07.2022 (nach 8 Arbeitstagen). Am 06.07.2022 teilt die fallführende Psychologin dem Obergericht Bern per E-Mail mit, der Patient sei in einem «schlechten Zustand», die Verhandlung vom 07.07.2022 müsse abgesagt/verschoben werden. Das Obergericht akzeptiert diese Erklärung ohne weitere Nachfrage und verschiebt die Verhandlung auf den 14.07.2022 an (13 Arbeitstage nach Beschwerdeeingang). Am 14.07.2022 entscheidet das KES-Gericht, das Verfahren werde infolge Rückzugs der Beschwerde eingestellt. Am 14.07.2022 findet sich in der Krankengeschichte ein Einzeiler, der Patient habe die Klage gegen die FU zurückgezogen. Es gibt aber dazu aber kein schriftliches Dokument, keine Unterschrift des Patienten. Somit bleibt unklar/nicht nachvollziehbar, gegenüber wem der Patient diesen Rückzug erklärt hat und ob das wirklich seine Meinung war.

Fachärzte oder auch FachpsychologInnen aus dem PZM selbst beauftragt, Patienten aus dem PZM in FU-Rekursfällen zu begutachten. Als Juristischer Laie ist mir unklar, ob das überhaupt zulässig ist (Unabhängigkeit des Gutachters) und ob hier nicht erneut unnötig die Vertrauenswürdigkeit des Verfahrens beim allgemeinen Publikum kompromittiert wird.

Aus Sicht des PZM finde ich auch den Aspekt der sehr hohen zusätzlichen Arbeitsbelastung durch diese Gutachten beachtenswert. Das PZM verfügt schon so über viel zu wenig fachärztliche Kapazität (vgl. Kommentare zur ungenügenden Führungsstruktur 4.5.1 und 4.5.2 oben), und hier werden für eine fragwürdige Tätigkeit im FU-Verfahren nochmals sehr grosse Ressourcen absorbiert. Die Gutachten im Verfahren des KES-Gerichts sind m.E. wiederum eigentlich zu lang und zu ausführlich, was gerade angesichts der nicht eingehaltenen Fristen Anlass zu Justierungen geben sollte.

In einigen Fällen bekommen Beschwerdeführer den Eindruck, das KES-Gericht versuche, ihre Beschwerde abzuwimmeln und sie zum Verzicht auf die Beschwerde zu motivieren. So verschickt das KES-Gericht beschwerdeführenden Patienten nach Eingang der Beschwerde einen Brief mit dem komplizierten Satz:

«Ohne entgegenstehenden Bericht des Beschwerdeführers an das Kindes- und Erwachsenenschutzgericht innerhalb von 3 Tagen ab Zustellung dieser Verfügung wird das Schreiben des Beschwerdeführers vom 2. Juli 2022 als Beschwerde gegen den Entscheid der KESB Mittelland Süd vom 24. Juni 2022 und damit gegen die Unterbringung im Psychiatriezentrum Münsingen entgegengenommen.»⁴⁹

Frau [REDACTED] geb. [REDACTED], Fallnummer [REDACTED] teilte mir mit, dass in Ihrem Fall die Gerichtsverhandlung vor dem KES-Gericht im Dezember 2021 vier Stunden gedauert habe, was sie als sehr belastend erlebt habe. Mir scheint ein solches Vorgehen gegenüber psychisch kranken Menschen inadäquat und auch sachlich nicht notwendig. Gerade um die direkte Befragung des Patienten auf eine möglichst kurze Zeitspanne limitieren zu können, hat der Gesetzgeber die Erstellung eines Fachgutachtens vorgeschrieben.

Damit die Bevölkerung des Kantons Bern Vertrauen in die Psychiatrie zurückgewinnen kann, muss m.E. auch die Funktionsweise des KES-Gerichts verbessert werden. Eine vertrauenswürdige und reibungslos funktionierende FU-Rekursinstanz ist für die Psychiatrie von höchster Bedeutung, denn nur wenn eine vertrauenswürdige Gerichtsinstanz die Prozeduren der Psychiatrie überprüft, haben diese eine gesellschaftliche Legitimation. Wenn das PZM jetzt wegen Unsauberkeiten bei der Anwendung der FbM in der Kritik steht, so fällt auch ein Schatten auf das KES-Gericht, das trotz klaren Hinweisen nicht genauer hingeschaut hat.

⁴⁹ Patient [REDACTED], Fallnummer [REDACTED], Schreiben des KES-Gerichts vom 05.07.2022. Die Verhandlung wurde schliesslich auf den 20.07.2022 angesetzt, das sind 12 Tage nach Beschwerdeeingang. Ich habe anlässlich meines Besuchs im PZM am 08.07.2022 mit dem Patienten zusammen dieses Schreiben durchgelesen und war selbst auch nach mehrmaligem Durchlesen nicht sicher, ob ich den Inhalt richtig verstanden hatte.

5. Suizidprävention und Rolle von Psychologinnen als Fallführende

Im forensischen Gutachten zu einem Suizidfall in der Klinik für Psychose und Abhängigkeit des PZM kritisiert der Gutachter einige Punkte im Setting des PZM (vgl. 3.1.1 sowie 4.3.3 und Fussnote 17). Er beanstandet, dass im PZM kein implementiertes Suizidpräventionskonzept vorliege und die Aufgaben und Kompetenzen von psychologischen Fallführenden nicht klar geregelt seien.

5.1 Suizidprävention im PZM

Im PZM gilt ein 50-jähriges Suizidpräventionskonzept, das in der aktuellen Version am 13.08.2019 in Kraft gesetzt wurde. Es gilt für alle Kliniken des PZM. Das Suizidassessment beim Eintritt wird gemäss diesem Konzept mit der Münsinger-Skala vorgenommen, ein zusammengesetztes Instrument, das auf drei international gebräuchlichen und akzeptierten Instrumenten beruht. Als mögliche Massnahmen, die bei erhöhter Suizidgefahr gemäss dieser Skala ergriffen werden können, sind auch 1:1-Überwachung bis hin zu bewegungs einschränkenden Massnahmen genannt (S. 15), allerdings nicht im Sinne von Automatismen, sondern als ein Spektrum von möglichen Massnahmen. Dieses Suizidpräventionskonzept ist «State-of-the-art» der aktuellen Psychiatrie. Andere Kliniken haben sich an diesem Konzept orientiert und lassen sich davon inspirieren. Die im Konzept beschriebene Vorgehensweise ist interprofessionell ausgerichtet und entspricht dem heutigen Standard für Fachpersonen aus dem Bereich Medizin, Psychologie und Pflege. Es gibt keine Hinweise, dass dieses Konzept nicht auf allen Kliniken des PZM systematisch und kompetent angewendet wird. Bei der Durchsicht von Krankengeschichten stösst man regelmässig auf die entsprechenden Dokumente und Assessments. Auch bei der Behandlung der oben dargestellten Intensiv-Patientinnen wurde gemäss diesem Konzept gehandelt.

5.2 Einsatz von Psychologinnen als Fallführerinnen im PZM

In der Psychiatrie werden auf der Stufe und in der Funktion des Assistenzarztes wahlweise auch Psychologen/Psychologinnen eingesetzt. Das ist in der Schweiz in allen Kliniken normaler und alltäglicher Standard. Diese fallführenden Psychologinnen sind dabei – abgesehen von der Medikamentenverordnung und der somatischen Untersuchung – äquivalent tätig wie Assistenzärzte. Das oben beschriebene Prozedere mit Erstuntersuchung, danach Vorstellung beim Oberarzt ist grundsätzlich genau gleich, egal ob eine Assistenzärztin oder ein Assistenzpsychologe die Erstuntersuchung macht. Wenn im forensischen Gutachten beanstandet wird, dass die Rolle und die Funktion von solchen fallführenden Psychologinnen nicht mit expliziten Konzepten oder Stellenbeschreibungen geregelt seien, dann scheint mir das übertrieben formalistisch. Auch für normale Assistenzärzte/Stationärzte gibt es in den meisten Kliniken keine expliziten Stellenbeschreibungen (meist auch nicht für Oberärzte), da ihre Aufgabe klar ist und sich an allgemeinen Vorgaben (u.a. der FMH-Weiterbildungsordnung) orientiert. Für fallführende Psychologen ist das genauso. Im übrigen beschreibt das PZM-Ärzttehandbuch ausreichend klar, was die fallführenden Stationspsychologen machen (Ärzttehandbuch PZM, Punkte 4.1.2., 4.2., 4.3). Psychologen sind – gerade was die Suizidalitätsbeurteilung anbetrifft – fachlich den Assistenzärzten ebenbürtig.

6. Zusammenfassung und Synthese

Das Psychiatriezentrum Münsingen, mit über 300 Betten eine der grössten psychiatrischen Kliniken der Schweiz, verfügt über eine verhältnismässig dünne fachärztliche Führungsebene. Neben den drei Chefärzten der drei Kliniken am Standort Münsingen gibt es wenige weitere Fachärztinnen mit langjähriger klinischer Erfahrung (z.B. Leitende Ärzte). Teile der Geschäftsleitung, namentlich [REDACTED] und [REDACTED] waren sich dieses Problems bewusst und versuchten, mehr qualifizierte Fachärzte ins PZM zu bringen. Unter anderem kam es auf diesem Hintergrund zu den fragwürdigen Einstellungen der Angehörigen der Kirschblütengemeinschaft.

Die mangelnde fachliche Führungsdecke führte dazu, dass ab ca. 2017 verschiedene komplexere Behandlungsprozesse auf den Stationen nicht mehr mit der nötigen Sorgfalt, Konsequenz und Kohärenz instruiert wurden. Dazu gehörten neben der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen auch anspruchsvolle therapeutische Situationen wie z.B. stationäre Krisenintervention bei Borderline-Patientinnen, Umgang mit Therapievereinbarungen oder die Arbeit mit unmotivierten Patienten. Externe Kontroll- oder Aufsichtsinstanzen, die so genau hinschauten, dass sie diese Mängel hätten bemerken und beanstanden können, gab es nicht. Namentlich das KES-Gericht Bern war/ist nicht in der Lage, anhand der vorgelegten Beschwerdefälle zu erkennen, dass die freiheitsbeschränkenden Massnahmen im PZM teilweise nicht mit der nötigen Sorgfalt und Zurückhaltung angewendet wurden.

So bestand im PZM bereits ein gewisses fachliches Führungsvakuum, als ab 2018 eine Gruppe von übermotivierten Ärztinnen und Psychologinnen in der KDA-Ambulanz das Zepter übernahm. Innerst kurzer Zeit gerieten durch unreflektierte Behandlungsstrategien rund ein Dutzend hochintensive Borderline-Patientinnen in unkontrollierbare Regression und überforderten damit die beiden Akutstationen 26 und 27 heillos. Diese Patientinnen belasteten ab 2018/19 mit zahllosen Suizidversuchen, Selbstverletzungen und fremdaggressiven Handlungen diese beiden Abteilungen, die in der Folge umso mehr zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen Zuflucht nehmen mussten und so in einen ausweglosen Selbstwiderspruch gerieten. In dieser Situation wirkte sich die fehlende Sicherheit und die abwesende Führung in anspruchsvollen Behandlungsprozessen negativ aus. Weder die ärztliche noch die pflegerische Führung der Klinik für Depression und Angst, noch die PZM-Leitung insgesamt waren in der Zeit ab 2019 bis ins Frühjahr 2022 im Stande, diese maligne Dynamik auf diesen beiden Abteilungen zu erkennen und die ausser Kontrolle geratenen Behandlungen mit den Borderline-Patientinnen wieder in geordnete Bahnen zu lenken. Die Teams der beiden Stationen 26 und 27 sind unter dieser Belastung komplett zusammengebrochen und mittlerweile praktisch vollständig ausgetauscht worden. Damit ist zwar das Schiff notdürftig wieder flott gemacht worden, aber der «PZM-Dampfer» insgesamt noch nicht hochseetauglich. Viel Vertrauen innerhalb des PZM und auch gegenüber den Anspruchsgruppen ist verloren gegangen. Eine Reihe von Massnahmen sollten ergriffen werden, um das Vertrauen in die Behandlungsqualität wieder herzustellen (vgl. 7).

7. Empfehlungen

- 7.1 Im PZM sollte die ärztlich-fachliche Führung personell verstärkt werden, indem zwei bis drei zusätzliche Stellen für Leitende Ärzte geschaffen werden. Um eine Grossklinik mit über 300 Betten fachlich kompetent führen und die Qualität der Behandlungen gewährleisten zu können, sind insgesamt fünf bis sechs erfahrene höhere Kaderärzte der Stufe Leitender Arzt und höher erforderlich. Wenn das PZM zusätzlich in relevantem Umfang ambulante Dienstleistungen erbringen will, sind zur Überwachung dieser Behandlungen ebenfalls zusätzliche höhere Kaderärzte erforderlich.
- 7.2 Die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FbM) sollte auf weniger Stationen als bisher begrenzt werden. So kann die Praxis besser kontrolliert, standardisiert und instruiert werden: Je eine Aufnahmestation für Gerontopsychiatrie und für die Klinik für Depression und Angst sowie allenfalls zwei für die Klinik für Psychose und Abhängigkeit sollten genügen. Auch die Station für Demenz/Delir sowie die Station für geistig Behinderte können in standardisierten Situationen FbM anwenden. Auf allen anderen Stationen sollten FbM grundsätzlich abgeschafft werden.
- 7.3 Die Teams der Stationen, die FbM anwenden, sollten als Ganzes (d.h. berufsgruppenübergreifend) in der Anwendung geschult werden. Es sollten spezifische Qualitätssicherungselemente für diese Stationen etabliert werden wie z.B. spezifische FbM-Supervisionen, regelmässige interne Audits, Kennzahlen-Boards, Refresher-Schulungen etc.
- 7.4 Der Einsatz von Peers («Genesungsbegleitern») vor allem auf Stationen mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen sollte geprüft werden.
- 7.5 Die PZM-Wesungen zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FbM) sollten aktualisiert und präzisiert werden:
- «Freiwillige» FbM dürfen nicht angewendet werden.
 - Bei Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit müssen die Voraussetzungen «Urteilsunfähigkeit, unmittelbare Gefahr für den Patienten selbst oder für andere oder schwere Störung des Gemeinschaftslebens» aktuell vorhanden sein und dokumentiert werden; die Massnahmen sind zeitnah aufzuheben, wenn die Voraussetzungen weggefallen sind.
 - Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit dürfen nicht als Drohung oder als Sanktionierung eingesetzt werden. Sie dienen einzig der Abwehr eines aktuellen, krankheitsbedingten Fehlverhaltens und haben keinen erzieherischen Charakter.
 - Andere Sanktionen und Einschränkungen wie z.B. Kontakt- oder Besuchsverbot, Handyentzug, Vorenthalten von Eigentum oder von Annehmlichkeiten sind unzulässig. Solche Einschränkungen dürfen nur mittels Behandlungsplan (nach Art. 434 ZGB) verfügt und ggf. durchgesetzt werden, wenn es dafür eine

Notwendigkeit gibt, Sie unterstehen dann einem Rechtsmittel. Vorbehalten bleibt immer Art. 435 ZGB (Notfall).

- Die Anrufung von Art. 435 ZGB (Notfall) soll ermöglicht und geregelt werden.
- Die Medikation ohne Zustimmung ausserhalb der Notfallsituation (Art. 435 ZGB, oben) soll klar geregelt und instruiert werden. Die Möglichkeit, den Behandlungsplan nach Art. 434 ZGB chefärztlich anzuordnen, sollte geschaffen und instruiert werden.

- 7.6 Die Funktion des FU-Behandlungsplans (Art. 433 ZGB) sollte in den internen Weisungen präzisiert werden. Der Behandlungsplan muss so weit als möglich mit der Patientin zusammen erarbeitet und an sie gerichtet werden. Der Behandlungsplan sollte stets so verfasst werden, dass ihn die Patientin versteht und sich dafür oder dagegen entscheiden kann. Der Behandlungsplan ist die Grundlage für eine allfällige Behandlung ohne Zustimmung.
- 7.7 «Therapievereinbarungen» sollten abgeschafft oder allenfalls nur unter sehr strikten Voraussetzungen bezüglich Freiwilligkeit toleriert werden. Therapievereinbarungen (oder wie auch immer dann diese Dokumente genannt werden) sollten nicht nur beschreiben, was der Patient muss und was er nicht darf, sondern auch, was das Behandlungsteam dem Patienten anbieten kann, wie es ihn unterstützen möchte und welches die Ziele der Behandlung sind. Sie sollten in einer für den Patienten verständlichen Sprache formuliert sein und sich durch eine freundliche, wertschätzende Ausdruckswise auszeichnen.
- 7.8 Das Führen von patientenbezogenen Dokumentationen ausserhalb des elektronischen Dokumentationssystems ist grundsätzlich zu vermeiden. Aus Gründen der Datensicherheit, der Transparenz und der Nachvollziehbarkeit müssen sämtliche patientenbezogenen Daten in einem einzigen Dokumentationssystem (aktuell Orbis) abgelegt werden.
- 7.9 Die Behandlung von Intensiv-Patientinnen mit schweren Borderline-Störungen sollte zentral monitorisiert und supervidiert werden. Mit solchen Patientinnen sollten übergeordnete Behandlungsziele und -strategien für wiederholte Eintritte festgelegt und befolgt werden. Jedoch nicht Therapievereinbarungen mit starren Abmachungen (vgl. oben Punkt 7.7). Diese Behandlungen sollten grundsätzlich in grosser Transparenz geführt werden, d.h. für das ganze Team stets vollständig einsehbar dokumentiert und kontinuierlich supervidiert sein.
- 7.10 Fälle von «dissoziativer Identitätsstörung» und von angeblicher oder tatsächlicher Viktimisierung durch anhaltenden Täterkontakt sollten von erfahrenen Experten beurteilt und nur in transparenten, supervidierten Therapie-settings behandelt werden.
- 7.11 Zum Thema «dissoziative Identitätsstörung» und «rituelle Gewalt» sollten Fortbildungen und Expertenvorträge angeboten werden.

- 7.12 Patienten, die an Werktagen vor 17.00 Uhr im PZM in stationäre Behandlung eintreten, müssen noch gleichentags von einem Kaderarzt gesehen und beurteilt werden.
- 7.13 Der Schutz und die Unterstützung von Mitarbeitenden im Fall von physischen und psychischen Verletzungen durch Patienten sollte verbessert werden. Der Support in persönlicher und ggf. rechtlicher Hinsicht durch das PZM sollte für betroffenen Mitarbeitende niederschwellig zugänglich sein.
- 7.14 Das PZM sollte nach Möglichkeiten suchen, das Erstellen von Gutachten für das KES-Gericht in FU-Verfahren zu eigenen Patienten ablehnen. Erstens können PZM-Interne Gutachter die Fälle nicht unabhängig beurteilen, zweitens fehlen die Ressourcen für diese zeitintensive Tätigkeit. Die Glaubwürdigkeit des FU-Rekursverfahrens leidet durch diese Doppelrolle von PZM-Ärzten, und damit setzt auch das PZM seine Vertrauenswürdigkeit gegenüber den Patienten aufs Spiel.⁵⁰
- 7.15 Das Kindes- und Erwachsenenschutzgericht sollte motiviert werden, den Rechtsschutz im FU-Verfahren wirksamer und glaubwürdiger zu gewährleisten. Die gesetzliche 5-Tage-Frist sollte eingehalten werden, Versuche, die Verfahren zu verzögern sollten aufgegeben werden, die Neutralität der Gutachter sollte höher gewichtet werden und die Möglichkeit von Aufsichtsbeschwerden im Fall von Auffälligkeiten im Behandlungsverlauf sollte erwogen werden.

⁵⁰ Ein Nebenproblem bezüglich «FU-Gewaltenteilung» besteht darin, dass im PZM FU-Zuweisungen auch durch PZM-eigene Ärzte verfügt werden können. Dies stellt in der festgestellten Praxis sogar eine recht häufige Situation dar, wobei jeweils Kaderärzte der einen Klinik die FU-Zeugnisse für eine andere Klinik des PZM ausstellen. Diese Praxis ist im Kanton Bern auch in der UPD üblich und wurde dort von der NKVF bereits 2017 kritisiert (Bericht der NKVF vom 30.05.2017 zum Besuch bei der UPD, abrufbar auf <https://www.nkvf.admin.ch>). Der Regierungsrat des Kantons Bern hatte dazu in seiner Stellungnahme vom 23.08.2017 erklärt: «Fürsorgerische Unterbringungen in der eigenen Institution sind in der Praxis nicht immer vermeidbar. Eine externe Überprüfung der Entscheide ist dabei zu empfehlen. Aus Art. 427 ZGB ergibt sich, dass der Gesetzgeber eine Zurückbehaltung eines Patienten durch einen Entscheid der ärztlichen Leitung der Einrichtung im Sinne einer Ausnahme nur gerade für 3 Tage zugelassen hat. Grundsätzlich ist daher eine doppelte Kontrolle über die Rechtfertigung der Unterbringung im eigenen Betrieb erforderlich. Der Einweisungsentscheid sollte durch eine klinikkexterne Stelle (KESB/Arzt) gefällt, bzw. geprüft werden. Der Regierungsrat wird daher den Leistungserbringern im Kanton Bern nahe legen, die aktuelle Praxis in solchen Fällen zu überprüfen.» Das Thema scheint zumindest im PZM bisher nicht angegangen worden zu sein und auch das KES-Gericht hat offenbar diesem Punkt keine besondere Beachtung geschenkt. Aus Sicht des PZM wäre es eine vertrauensbildende Massnahme gegenüber dem Publikum, wenn FU-Zuweisungen ins PZM grundsätzlich nicht von PZM-Ärzten verfügt würden.

Verfasser:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Thomas Maler', followed by a stylized flourish.

PD Dr. med. Thomas Maler
Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor Psychiatrie St.Gallen Nord (PSGN)
Zürcherstrasse 30
CH-9500 Wil

thomas.maler@psgn.ch

Wil, 14.10.2022