

Geriatrie up2date

3 · 2019

CNE 11

Freiheitseinschränkende Maßnahmen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Akutkrankenhaus

*Jonas Narchi
Sebastian Ritzi*

DOI: 10.1055/a-1008-4347
Geriatrie up2date 2019; 1 (3): 267–280
ISSN 2627-0889
© 2019 Georg Thieme Verlag KG

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

Umgang mit älteren Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus L. Habermann-Horstmeier Heft 2/2019

Begegnungsorientiertes Arbeiten mit Menschen mit Demenz S. Kraus Heft 1/2019

ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil, alle bereits erschienenen Artikel. Für Abonnenten kostenlos!
<https://eref.thieme.de/geriatrie-u2d>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet? Ein Klick genügt:
www.thieme.de/eref-registrierung

Freiheitseinschränkende Maßnahmen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Akutkrankenhaus

Jonas Narchi, Sebastian Ritzi

Sie sind ein gewohnter Anblick im klinischen Alltag: Bettgitter, Fixiergurte und ruhigstellende Medikamente. Freiheitseinschränkende Maßnahmen finden vor allem bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen täglich Anwendung und werden selten hinterfragt. Was ist aus fachlicher, rechtlicher und ethischer Perspektive bei ihrer Anwendung zu berücksichtigen und gibt es Alternativen?



Oft wissen sich Pflegendende und Ärzte nicht anders zu helfen, als bei motorischer Unruhe oder herausforderndem Verhalten freiheitsentziehende Maßnahmen anzuwenden (Symbolbild/Quelle: Alexander Fischer/Thieme Gruppe).



CNE (Certified Nursing Education) ist das multimediale Fortbildungskonzept von Thieme. Es wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Pflegerat e. V. (DPR) entwickelt. Weitere Informationen finden Sie unter cne.thieme.de

Die aktuelle Lage

Es ist eine allzu bekannte Situation: Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (häufig einer Demenzerkrankung) kommen wegen einer Akutsituation in die Klinik. Die ungewohnte Umgebung, die Hektik in der Notaufnahme und auf Station, Personal, das nicht unbedingt gut auf die Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen vorbereitet ist – all das überfordert und überwältigt [1]. In einer 2016 veröffentlichten Studie, der von der Robert Bosch Stiftung geförderten GhoSt (General Hospital Study), fand man heraus, dass 40% der über 65-jährigen Patienten in Allgemeinkrankenhäusern an kognitiven Störungen bzw. Demenzen leiden. Fast 80% dieser Patienten zeigten neben kognitiven Beeinträchtigungen sog. herausforderndes Verhalten [2]. Zu diesem Verhalten zählt man neben Unruhe, Angst, Stimmungsschwankungen, Halluzinationen und Reizbarkeit auch Schlafstörungen und einen ausgeprägten Bewegungsdrang [3].

Besonders im Krankenhaus begegnet man Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Demenz von pflegerischer und medizinischer Seite oft mit Unsicherheit, gepaart mit mangelndem Wissen über Demenz: Wie kommuniziert man mit Menschen mit Demenz? Wie kann man der motorischen Unruhe dieser Menschen begegnen? Wie gefährdet sind sie, ein Delir auszubilden oder zu stürzen [4]? Leider ist das Mittel der Wahl, solchen Unsicherheiten zu begegnen, häufig eindeutig: Man greift zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass etwa bei 12 von 100 Patienten in Deutschlands Krankenhäusern eine freiheitseinschränkende Maßnahme angewandt wird. Besonders häufig handelt es sich hierbei um das Aufstellen von Bettgittern [5].

Wie sieht die Pflegesituation eines solchen alten Menschen aus, der Gefahr läuft, im Krankenhaus mit einer freiheitseinschränkenden Maßnahme behandelt zu werden? In der Forschung finden sich vor allem folgende Kriterien [6]:

- eingeschränkte Mobilität
- kognitive Beeinträchtigungen (z. B. Delir oder Demenz)
- herausforderndes Verhalten
- hoher Pflege- und Betreuungsbedarf
- ein von Pflegekräften vermutetes Sturzrisiko
- Sicherstellung (intensiv)medizinischer Versorgung (z. B. um das Entfernen oder Manipulieren von Infusionen bzw. Zugängen, Sonden, Harnkathetern oder Verbänden zu verhindern)

Für viele Menschen mit Demenz bzw. kognitiven Beeinträchtigungen, die auf eine Krankenhausbehandlung angewiesen sind, beginnt oftmals eine Spirale abwärts: Ihre

Orientierung, Mobilität und kognitiven Fähigkeiten verschlechtern sich. Sie sind plötzlich an das Bett gebunden und gänzlich aus ihrem gewohnten Umfeld und Alltag gerissen. Etwaigen Verhaltensauffälligkeiten begegnet man oft mit körpernahen Fixierungen und ruhigstellenden Medikamenten [7]. Im schlimmsten Fall wird ein Mensch mit Demenz, der eben noch in der Lage war, seinen Alltag mit unterstützenden Sorgestrukturen zu meistern, am Ende des Krankenhausaufenthalts als „Pflegefall“ entlassen [4]. Wie kann diese Abwärtsspirale verhindert werden? Wie können wir sichergehen, dass wir Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ernst nehmen, respektieren und zugleich vor Gesundheitsrisiken z. B. durch Stürze schützen? Sind freiheitseinschränkende Maßnahmen dazu geeignet? Und wenn nicht, welche Alternativen zu denselben gibt es?

Rechtliche Grundlagen

Es kann schwerfallen, sich in dem Dschungel von Gesetzen und Verordnungen rund um Freiheitseinschränkung und -entzug zurechtzufinden. Auch wenn man aus dem pflegerischen Alltag vielleicht ungefähr weiß, was freiheitseinschränkende Maßnahmen sind, ist es doch gar nicht so leicht, diesen Begriff zu definieren. Hier kann ein Blick in die wichtigsten Gesetze helfen.

Das Grundgesetz

Allen voran ist hier das Grundgesetz (GG) der Bundesrepublik Deutschland zu nennen. Am wichtigsten ist hier Art. 1 Abs. 1 GG, der die gleiche Würde aller Menschen anerkennt. Diese inhärente, d. h. jedem Menschen innewohnende Würde ist komplett unabhängig von Faktoren wie Alter, Gesundheit, kognitivem Zustand usw. Sie kommt ausnahmslos *jedem* Menschen zu. Die fundamentale Aufgabe des Staates ist es dementsprechend, den Menschen zu schützen. Das klingt banal, ist aber in Bezug auf die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen bei Menschen mit Demenz und kognitiven Beeinträchtigungen besonders wichtig.

Man könnte es für offensichtlich halten, dass Menschen mit Demenz dieselbe Menschenwürde haben wie Menschen, die nicht kognitiv beeinträchtigt sind. Warum ist dies noch eigens zu erwähnen? Leider gibt es heute – auch im klinischen Kontext – noch Positionen, die Menschen allein auf ihre kognitiven Fähigkeiten reduzieren und die Würde des Menschen an gewissen Kriterien (Selbstbewusstsein, Zukunftsfähigkeit, Handlungsfähigkeit) festmachen, z. B. daran, ob deren Gehirn einwandfrei funktioniert – oder eben nicht. Dieses sog. „zerebrozentrische“ (vom lateinischen Wort für Gehirn, cerebrum, abgeleitet), d. h. auf das Funktionieren des Gehirns zentrierte Menschenbild, hat gefährliche Folgen für eine angemessene pflegerische Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz [8,9]. Menschen, die aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung bzw. einer Demenz-

erkrankung Einbußen in ihrer Kognition erlitten haben, hätten dieser Haltung nach keine Menschenwürde mehr oder nur eine eingeschränkte Würde. Freiheitseinschränkende Maßnahmen wären dann sehr leicht zu rechtfertigen: Sie würden schließlich statt eines Menschen mit Würde nur einen stark beschädigten Organismus betreffen.

Wir betonen noch einmal: Im Sinne des Grundgesetzes hat ein Mensch mit Demenz dieselben Rechte wie jeder andere Mensch – auch und besonders im Krankenhaus: Ein Recht auf gesellschaftliche Teilhabe, ein Recht auf Rahmenbedingungen, die die Autonomie fördern, ein Recht auf wirksamen Schutz seiner Freiheitsrechte, ein Recht auf Individualität, ein Recht auf Schutz vor Eingriffen in Freiheit und Gesundheit sowie ein Recht auf fachlich adäquate pflegerisch-medizinische Begleitung [10]. Diesen Überlegungen entsprechend, wurde 2005 die *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (auch Pflege-Charta genannt) vom Bundesfamilienministerium, vom Bundesgesundheitsministerium und vom Deutschen Zentrum für Altersfragen verabschiedet [11].

Die Pflege-Charta

Die Pflege-Charta gilt innerhalb des deutschen Rechtssystems als sogenanntes *Soft Law*, d.h. im Unterschied zum *Hard Law* als nicht verbindlich [10]. Trotz ihres Soft-Law-Charakters will sie im Sinne der Initiatoren als verbindlicher Rechtskatalog für pflegebedürftige Menschen verstanden werden. Sie formuliert, welche Rechte pflege- und hilfebedürftige Menschen in Deutschland haben [11]. Im gerichtlichen Kontext bietet die Pflege-Charta eine Auslegungshilfe für die Rechtsprechung an, die sogar so weit geht, dass ein Nichtbeachten der Charta als „rechtsfehlerhaft“ eingestuft werden könnte [12].

In den Artikeln 1 und 2 der Pflege-Charta wird das Recht auf Selbstbestimmung, körperliche und seelische Gesundheit und Freiheit sowie der Schutz vor Gewalt noch einmal ausdrücklich betont. Eigens formuliert gehört hier auch der Schutz vor der Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen wie z. B. das Angurten oder das Verabreichen ruhigstellender Medikamente ohne eine medizinische Notwendigkeit dazu. Darüber hinaus warnt die Charta, dass die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen gesundheitliche Gefahren birgt und fordert daher, neben einer stetigen Beobachtung der betroffenen Person, eine regelmäßige Prüfung der Erforderlichkeit der Maßnahme [13].

Eigentlich enthält sie daher nicht viel Neues, sondern möchte noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass das GG auch für pflegebedürftige Menschen gilt. Wie die Kommission des 6. Altenberichts der Bundesregierung feststellt, ist es beängstigend, dass es in unserer Gesellschaft überhaupt notwendig ist, in einer eigenen Charta festzuschreiben zu müssen, was eigentlich pflegerisch

selbstverständlich sein sollte. Es sei äußerst kritisch zu betrachten, welche diskriminierenden Verhaltensweisen und Altersbilder in der Pflege noch heute verbreitet seien [14].

Was sind feM?

Zurück zum Grundgesetz: Der grundrechtliche Schutz der Freiheit in Art. 2 Abs. 2 GG schließt die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen mit ein, da hier die Fortbewegungsfreiheit unmittelbar betroffen ist. Jeder Eingriff in die Fortbewegungsfreiheit kann nach Art. 2 Abs. 2 GG als freiheitseinschränkende Maßnahme bezeichnet werden [15].

Der Deutsche Ethikrat versteht darunter solche Maßnahmen, „die eine Person von der freien Körperbewegung abhalten und/oder vom normalen Zugang zu ihrem Körper durch die Anwendung irgendeiner Maßnahme, die am Körper oder in der Nähe des Körpers angebracht ist und von ihr nicht kontrolliert oder mühelos entfernt werden kann“ [16].

Wann ist nun eine solche Maßnahme als freiheitsentziehend zu bewerten? Wenn diese Maßnahmen von einer gewissen Intensität und/oder Dauer bzw. Regelmäßigkeit sind und gegen den Willen des Betroffenen eingesetzt werden, werden sie juristisch gesprochen freiheitsentziehende Maßnahmen (feM) genannt und fallen unter den § 1906 BGB. Um eine feM zu ergreifen, ist eine richterliche Genehmigung notwendig. Darin besteht ein wichtiger Unterschied zu anderen freiheitseinschränkenden Maßnahmen, die kurzfristig angewandt werden (z. B. Aufstellen der Bettgitter bei der morgendlichen Grundpflege, um zu vermeiden, dass die Person bei dem Hin- und Herdrehen aus dem Bett fällt). Ab wann eine Maßnahme „längerfristig“ ist, ist aber rechtlich nicht genau geregelt. Entscheidend ist die Intensität des Eingriffs in die Freiheit. Nach Ansicht des Aktionsbündnisses Patientensicherheit sollte eine richterliche Genehmigung angestrebt werden, sobald sich abzeichnet, dass die Maßnahme nicht nur wenige Stunden andauern wird [17].

BEISPIEL

Eine Person mit einer demenziellen Erkrankung als Nebendiagnose wird in das Krankenhaus eingeliefert. Da die Pflegenden die Sturzgefahr nicht genau einschätzen und den Willen der Person nicht in Erfahrung bringen können, stellen sie für die ganze erste Nacht des Aufenthalts Bettgitter auf. Bereits hier handelt es sich um eine genehmigungspflichtige freiheitsentziehende Maßnahme!

Wann sind feM zulässig?

In Anlehnung an die Handreichung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit soll im Folgenden erklärt werden, welche möglichen rechtlichen Szenarien es bei der Anwendung von feM geben kann: Grundsätzlich sind feM verboten. Jeder, der sie zu Unrecht durchführt, macht sich unter Umständen der Freiheitsberaubung strafbar. FeM können nur zulässig sein, wenn sich der Betroffene selbst erheblich gefährdet und es kein anderes, milderes Mittel gibt, das diese Selbstgefährdung verhindern kann [16, 17]. Zusätzlich muss eines der folgenden 3 Kriterien erfüllt sein:

1. Eine Einwilligung des einwilligungsfähigen (!) Patienten liegt vor.
2. Ein rechtfertigender Notstand nach § 34 StGB liegt vor.
3. Eine richterliche Genehmigung wird erteilt.

Je nachdem, welches Kriterium erfüllt ist, ergeben sich verschiedene Vorgehensweisen, wie eine feM erlaubt und durchgeführt werden kann [17].

FALLBEISPIEL 1

Eine Einwilligung des einwilligungsfähigen (!) Patienten liegt vor.

Wenn der Patient entscheidungs- und einwilligungsfähig ist, kann er der Durchführung einer feM zustimmen, sodass diese gerechtfertigt ist. Das gilt aber nur, solange die oben genannten Kriterien noch erfüllt sind: Es besteht eine Selbstgefährdung und es gibt keine milderen Mittel als feM. Diese Entscheidung kann der Patient jederzeit widerrufen. In diesem Fall muss die feM entfernt werden, wenn es keinen anderen Rechtfertigungsgrund für sie gibt.

FALLBEISPIEL 2

Ein rechtfertigender Notstand nach § 34 StGB liegt vor.

Liegt eine gegenwärtige Gefahrensituation für den Patienten vor, die nicht anders abzuwenden ist und der Patient kann oder will nicht zustimmen, kann die feM gegen seinen Willen durchgeführt werden, wenn und solange dies zur Abwehr einer Notsituation notwendig ist. Fährt z. B. ein gangunsicherer Patient mit einem Rollstuhl an eine steile Treppe und möchte sich aus ihm erheben, liegt eine Gefahrensituation vor, in der man einschreiten darf bzw. muss [18]. Sollte sich herausstellen, dass die Gefahr länger andauert bzw. regelmäßig wiederkehrt, ist das Betreuungsgericht einzuschalten. Man darf sich nicht sozusagen bei jeder wiederkehrenden Gelegenheit auf einen rechtfertigenden Notstand berufen. Um bei dem Beispiel zu bleiben: Es wäre nicht zulässig, dem besagten Patienten von nun an immer eine Sitzhose anzulegen und sich auf die Gefahrensituation an der Treppe zu berufen. Die Gefahrensituation ist bereits vorbei und die Maßnahme soll erneut angewandt werden? Dann ist sie bereits genehmigungspflichtig.

FALLBEISPIEL 3

Eine richterliche Genehmigung wird erteilt.

Der § 1906 BGB regelt die richterliche Genehmigung von feM sowohl in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege als auch in Akutkrankenhäusern. Grundsätzlich entscheidet der Richter des zuständigen Betreuungsgerichts auf Antrag, welche feM in welchem Zeitraum ergriffen werden dürfen – nicht die Pflegekraft und nicht der Arzt. Der Antrag für eine feM wird nicht von Pflegekräften oder Ärzten gestellt – diese sind, wenn überhaupt, beratend tätig –, sondern von einem Betreuer bzw. Bevollmächtigten. Die Entscheidung eines Betreuers oder Bevollmächtigten, eine feM anzuwenden, muss (ggf. auch im Eilverfahren) auf Antrag durch das Betreuungsgericht genehmigt werden, wenn die Freiheit des Patienten länger oder regelmäßig eingeschränkt werden soll. Das bedeutet: Jede feM muss, da sie längerfristig bzw. regelmäßig angewandt wird, beim Betreuungsgericht beantragt werden. Wichtig: Oft wird im pflegerischen Alltag einfach die Zustimmung der Angehörigen des Patienten eingeholt. Diese Zustimmung ist aber *nicht gültig*, es sei denn, diese Angehörigen wurden zum Betreuer bestellt oder eine entsprechende Vorsorgevollmacht des nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten liegt vor. *Auch wenn* im Rahmen der Vorsorgevollmacht verfügt wurde, dass die bevollmächtigte Person im Zweifelsfall über den Einsatz von feM entscheiden darf, reicht dies *nicht* aus. Ein Antrag bei dem Betreuungsgericht ist notwendig.

Angesichts dieser kompliziert und aufwändig wirkenden Regelungen könnte man sich fragen: Ist dieses Vorgehen nicht übertrieben? Wäre es nicht leichter, auf richterliche Genehmigungen und langwierige Entscheidungsprozesse zu verzichten? Die naheliegende Antwort auf diese Fragen kann natürlich in erster Linie der Verweis auf das geltende Recht in Deutschland sein. Darüber hinaus sei aber auch noch auf ein Merkmal von feM hingewiesen, das immer wieder unterschätzt oder übersehen wird: Auch, wenn wir die Anwendung von feM häufig nicht als solche wahrnehmen – es handelt sich dabei um eine Form von *Gewalt*. Gewalt ist ein vielschichtiger Begriff und deckt jede Zufügung körperlichen, emotionalen und/oder psychischen Schadens sowie jede Rechtseinschränkung, die den Menschen in Persönlichkeit und Würde verletzt, mit ab [19]. Als Gewaltanwendung befinden sich feM zu Recht immer in der rechtlich prekären Lage, richterlich geprüft und genehmigt werden zu müssen. Dabei gilt es zudem immer mit zu bedenken: Auch richterlich genehmigte Gewalt ist und bleibt Gewalt am pflegebedürftigen Menschen. Den beteiligten Akteuren im Krankenhaus ist

oft nicht bewusst, dass es sich bei der Anwendung von feM um tiefgreifende Einschnitte in die Grundrechte handelt, die folgenreiche Auswirkungen auf die Lebenssituation und Lebensqualität der Betroffenen und damit auf den gesamten Pflegeprozess haben.

Wir gehen einen Schritt weiter: Selbst wenn schließlich eine richterliche Genehmigung für die Anwendung einer feM vorliegt, bedeutet das – wie häufig fälschlicherweise angenommen – *nicht*, dass diese angebracht bzw. angewendet werden *muss*. Die Genehmigung ist eine Erlaubnis („Du darfst...“) und keine Verpflichtung („Du musst...“). Es ist hier die Aufgabe der Pflegefachkräfte, die Erforderlichkeit der feM stets erneut zu evaluieren.

FeM im Akutkrankenhaus

Allgemein gesprochen regelt der § 1906 BGB die Genehmigung des Betreuungsgerichts bei einer freiheitsentziehenden Unterbringung und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen. Unter freiheitsentziehenden Unterbringungen im Kontext des Krankenhauses werden z. B. das Unterbringen auf Code-gesicherten Stationen bzw. Schließmechanismen an Türen verstanden. Freiheitsentziehende Maßnahmen, auf die wir uns hier konzentrieren wollen, können viele verschiedene Formen annehmen. ► **Abb. 1** zeigt verschiedene Beispiele [15, 16, 18, 20].

Medikamentöse Fixierung

Wenn Medikamente wie Psychopharmaka mit dem Ziel verabreicht werden, den Patienten ruhigzustellen und an Bewegungen zu hindern, dann handelt es sich hierbei um eine feM nach § 1906 BGB, in dem die Verwendung von Medikamenten mit dem Ziel des Freiheitsentzugs eigens erwähnt wird. Maßgeblich entscheidend ist hier die In-

tention bei der Verabreichung der Medikamente: Wenn das Medikament medizinisch indiziert ist und sedierende Nebenwirkungen mit sich bringt, handelt es sich hier nicht um absichtlichen Freiheitsentzug. Dementsprechend gilt in so einem Fall auch keine Genehmigungspflicht. Wird das Medikament jedoch mit dem Hauptziel gegeben, den Patienten ruhigzustellen, handelt es sich um eine genehmigungspflichtige feM [15].

Oft kann es im klinischen Alltag hektisch und belastend sein, wenn Menschen mit Demenz motorisch unruhig sind und sich übermäßig bewegen. Der zusätzliche Aufwand, der damit verbunden ist, ist aber noch lange keine medizinische Indikation für ruhigstellende Medikamente. Laut der S3-Leitlinie Demenzen, die sich an Ärzte richtet, reicht so eine Begründung ausdrücklich nicht aus, um das Medikament zu verabreichen. Nur wenn es keine einzige mögliche Alternative mehr gibt, kann eine pharmakologische Intervention zur Abwehr der Selbstgefährdung erforderlich sein [21]. Wenn trotzdem häufig das fragwürdige Argument hervorgebracht wird, man spare durch die Verwendung von Psychopharmaka zur Ruhigstellung Zeit, Personal und Kosten, kann darauf geantwortet werden: Die Gabe dieser Medikamente führt wiederum nachweislich zu Stürzen, Dysphagie oder Deliren, sodass sogar ein höherer Betreuungsaufwand entsteht [22].

Negative Folgen von feM

Die Anwendung von feM ist mit negativen Folgen für Leib und Seele der Betroffenen assoziiert. In einer Übersichtsarbeit trugen Hamers und Huizing [6] internationale Forschungsergebnisse zusammen, die unter anderem die in ► **Abb. 2** aufgeführten Negativfolgen des Einsatzes von feM nannten.

Mechanische Maßnahmen	Versteckte Maßnahmen	Medikamentöse Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Leibgurte an Stuhl oder Bett • Sitzgurte bzw. Sitzhosen • Bettgitter • Fixierdecken • Zwangsjacken • Therapietische am (Roll)Stuhl 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorenthalten von Gehhilfen • Wegnahme/Verstecken von Schuhen, Kleidung, Sehbrillen usw. • Ausübung physischen und/oder psychischen Drucks, z.B. Verbote, List, Zwang oder Drohungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Antipsychotika • Tranquilizer • andere psychotrope Medikamente

► **Abb. 1** Beispiele für freiheitsentziehende Maßnahmen.

Körperliche Folgen	Psychische Folgen	Soziale Folgen
<ul style="list-style-type: none"> • Stürze • Dekubitus • Muskelatrophie • Kontrakturen • Gleichgewichts- und Koordinationsstörungen • Inkontinenz • ernsthafte Verletzungen • Tod 	<ul style="list-style-type: none"> • Demütigung • Minderwertigkeitsgefühle • Depressionen • Aggressivität • Unwohlsein • Teilnahmslosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • beeinträchtigte Teilhabe • verlängerter Krankenhausaufenthalt • Beeinträchtigung der Privatsphäre • Verlust der Bewegungsfreiheit • erhöhte Angewiesenheit auf Hilfe

► **Abb. 2** Negative Folgen von freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Begründungen für feM

Welche Begründungen führen Pflegekräfte im klinischen Alltag für die Verwendung von feM an? Wie werden feM meistens gerechtfertigt? Die Forschung von Hamers und Huizing [6] ergab diesbezüglich, dass eine ganze Bandbreite an verschiedenen Gründen diskutiert werden: Am häufigsten wird hier die tatsächliche bzw. von Pflegekräften vermutete Sturzgefahr genannt, die den Einsatz von feM rechtfertigen soll. Auch der Schutz von medizinischen Vorrichtungen wie Sonden, Zugängen und Verbänden, die entfernt oder manipuliert werden könnten, wird als Begründung angeführt. Schließlich kann auch das bereits erwähnte herausfordernde Verhalten, das sich z. B. in Wandering, Aggressivität und motorischer Unruhe äußert, häufig Anlass für die Verwendung von feM sein [6]. Im Folgenden sollen die wichtigsten dieser Begründungen vorgestellt und geprüft werden.

Sturzgefahr

Der Hauptgrund, der im pflegerischen Alltag zur Begründung von feM herangezogen wird, ist die Sturzgefahr. Tatsächlich sind Stürze vor allem älterer Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen häufig und ein ernst zu nehmendes Problem. Pro Jahr gibt es in großen Krankenhäusern ca. 1000 Sturzereignisse, wobei dies nur die Zahl der erfassten und dokumentierten Stürze ist. Die Dunkelziffer dürfte weit höher sein. Ein Großteil aller Stürze älterer Patienten im Krankenhaus ereignet sich im Patientenzimmer, auf dem Weg zur oder auf der Toilette bzw. in der Nasszelle. Häufig kommt es beim Gehen und dem Wechsel vom Bett zum Stuhl/Rollstuhl oder umgekehrt zu Stürzen. Wesentlich seltener sind Stürze aus dem Bett [17]. Eine zunächst naheliegende Schlussfolgerung lautet häufig: „Wenn ich mit einer feM den Patienten an diesen Tätigkeiten hindere, verhindere ich auch Stürze“.

Sturzursachen sind vielfältig: Altersbedingte Veränderungen, Medikation, Hilfsmittel, Kleidung, Schuhwerk und umgebende Architektur können alle das Sturzrisiko beeinflussen. Auch demenzielle Erkrankungen können das Sturzrisiko erhöhen, denn Desorientiertheit und Sprach-, Handlungs- und Bewegungsstörungen machen besonders anfällig für Stürze [23]. Kann man diesem Risiko mit feM erfolgreich entgegenwirken? Hält die zur Sturzvermeidung angewandte feM das, was sie verspricht?

Anders als erwartet konnten Studien nicht nachweisen, dass feM zur Sturzprophylaxe wirklich geeignet sind: Menschen ohne feM stürzen *nicht* häufiger als Menschen mit feM. Das durch das Bundesfamilienministerium und die Robert Bosch Stiftung finanzierte Modellvorhaben ReduFix fand heraus, dass fixierte Personen sogar öfter und bei angebrachtem Bettgitter auch tiefer stürzen. Die Folge sind mehr und schwerere Verletzungen bei Stürzen (siehe ► **Abb. 3**) [24].

Das Problem reicht sogar noch weiter: Nicht nur, dass feM keine erfolgreiche Sturzprophylaxe leisten, sie können auch neue Gefahren bedeuten – vor allem für Menschen mit Demenz, die den Sinn der Maßnahmen oft nicht verstehen können. Besonders bei körpernahen Fixierungen kann die Fixierung selbst lebensgefährlich werden: Wenn Fixierungen fehlerhaft angelegt werden, können sie durch Strangulation, Brustkorbkompression oder Kopftieflage zum Tod der Patienten führen. Selbst korrekt angebrachte Fixierungen können und haben bereits zum Tod von Menschen geführt, da diese bei dem Versuch, aus den Fixierungen herauszurutschen, stranguliert wurden [20,25]. Eine harmlos wirkende Fixierung durch einen körpernahen Fixiergurt stellt wie jede feM eine Gewalthandlung dar und ist nicht auf die leichte Schulter zu nehmen.

Herausforderndes Verhalten

Handlungen, die für den Menschen mit Demenz vielleicht einen eigenen Sinn haben oder ein natürliches Bedürfnis nach Bewegung und Freiheit zum Ausdruck bringen, können oft den straffen und disziplinierten Alltag in der Klinik durcheinanderbringen. Das Verhalten von Menschen mit Demenz, das hier „störend“ wirkt, wird entsprechend als herausforderndes Verhalten bezeichnet, obwohl es sicher nicht die Absicht eines Menschen mit Demenz ist, irgendjemanden zu stören oder herauszufordern.

ZUSATZINFO

Herausforderndes Verhalten

Symptome, die als herausforderndes Verhalten bezeichnet werden sind: Unruhe, Angst, Apathie, Konfabulieren (unzusammenhängende, nicht der Wirklichkeit entsprechende Aussagen), Depressionen, Stimmungsschwankungen, Halluzinationen, Reizbarkeit, Verwechslung von Personen oder Gegenständen, Verfolgungswahn, Schlafstörungen, Umherirren, Wandering, lautes Rufen, Aggressionen [3, 26].

Die Behandlung demenzkranker Menschen, besonders, wenn sie herausfordernde Verhaltensweisen zeigen, kann für Pflegende eine erhebliche Belastung darstellen und man ist schnell in der Situation, dieses Handeln unterdrücken und verdrängen zu wollen. Dabei hat das scheinbar unerklärliche Verhalten der Menschen mit Demenz – wie man heutzutage weiß – einen identifizierbaren Grund. Allem voran ist häufig Schmerz die Ursache von herausforderndem Verhalten [27].

Umgang mit Menschen mit Demenz

Die gesamte Betreuungssituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (besonders Demenz) im Krankenhaus ist von der Spannung zwischen hoch individuellen Bedürfnissen und den institutionellen und ökonomischen Abläufen der Klinik geprägt [28]. Sobald ein Patient die Abläufe durchbricht, wird er als Störung wahrgenommen und es wird sehr wahrscheinlich versucht, auf das Verhalten einzuwirken. Oft wird dann zu feM gegriffen, da sich die Pflegenden nicht mehr anders zu helfen wissen [26].

Wir müssen genauer hinterfragen, wie wir Menschen mit Demenz wahrnehmen und wie wir unsere Vorstellung von pflegerischer Tätigkeit im Akutkrankenhaus unter Umständen neu denken müssen. Es lässt sich festhalten, dass das Akutkrankenhaus gegenwärtig eine Organisation ist, die von ökonomischen Motiven dominiert wird. In einem Setting mit routinierten Arbeitsabläufen und wenig Spielraum für die Pflegenden gerät die Praxis ins Stocken, wenn sich Patienten nicht in den eng getakteten



► **Abb. 3** Versucht ein Patient, aus einem Bett mit Bettgitter zu entfliehen, ist die Fallhöhe größer als ohne Bettgitter (Symbolbild/Quelle: Alexander Fischer/Thieme Gruppe).

Plan „fügen“. Schnell werden diese dann in den Augen der Pflegenden und Ärzte zu „Störenfrieden“, die unter Kontrolle gebracht werden müssen. Wenn Überreden nicht mehr funktioniert, werden häufig an sich nicht indizierte feM in Form von z. B. medikamentöser Fixierung als Mittel verwendet, um die Patienten zwangsweise zu integrieren [29]. Damit soll nicht behauptet werden, dass Pflegende und Ärzte hier böswillig handeln oder Menschen mit Demenz schaden wollen. Vielmehr ist es vonseiten der Pflegenden häufig Unwissenheit, Zeitdruck, Stress und Überforderung, die dazu führen, dass man in der feM die einzige Möglichkeit sieht, spontan entstehende Gefahrensituationen zu bewältigen. Es scheint ein strukturelles Problem im Akutkrankenhaus zu geben.

Wie das Pflege thermometer 2014, eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften in Krankenhäusern, ergab, wurde es von 58,5% der Befragten als stark belastend empfunden, zeitlich an die Patienten mit Demenz gebunden zu sein und noch andere Arbeit tun zu müssen. Von 56,5% der Befragten wurde es als stark belastend empfunden, Menschen mit Demenz nicht gerecht werden zu können. Auch der Einsatz von feM wurde im Pflege thermometer explizit thematisiert: Beinahe die Hälfte (49,4%) der Befragten empfanden es als stark belastend, feM nicht verhindern zu können [30].

Besonders deutlich wird die schwierige Situation von Pflegekräften im Fall der nächtlichen Pflege im Krankenhaus, die noch einmal drastisch die geschilderten Probleme zuspitzt: Wie eine Studie 2015 ergab, sind heutzutage 72% der Pflegenden nachts alleine für die Station zuständig [31]. Bis zu 10 Stunden versorgt zumeist eine Pflegefachkraft zwischen 20 bis 33 (!) Patienten [31]. Weiterhin sind im Vergleich zu einer Studie aus den 1980er-Jahren

die Anzahl von Patienten mit Demenz, das Auftreten von herausforderndem Verhalten und der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen im Akutkrankenhaus gestiegen [31]. Diese schwierige Situation muss berücksichtigt werden, wenn das Akutkrankenhaus ein demenzsensibles Klima entwickeln soll. Ein wichtiger Schritt dazu kann die Sensibilisierung für Demenz und die rechtlichen, pflegfachlichen und ethischen Probleme, die mit feM einhergehen, sein. Um ein für Menschen mit Demenz bzw. kognitiven Beeinträchtigungen förderliches Milieu zu schaffen, bedarf es neben einer offenen und guten Teamkultur auch des Einsatzes von gerontopsychiatrisch weitergebildeten Pflegekräften und sog. Demenzexperten. Auch ist die Bedeutung von Sorgestrukturen z. B. in Form von bürgerschaftlichem Engagement im Kontext des Krankenhauses oder die Möglichkeit eines Rooming-ins z. B. für Begleitpersonen nicht aus dem Auge zu verlieren.

Alternativen zu feM

Immer wieder stellt sich die Frage, ob es überhaupt möglich ist, auf Maßnahmen wie Bettgitter oder Fixiergurte zu verzichten. Ganz klar ist diese Frage zu bejahen: Es ist möglich, auf feM zu verzichten. Um bei dem Einsatz von feM im Akutkrankenhaus ein Umdenken anzustoßen, muss gezeigt werden, dass feM alles andere als alternativlos sind.

So unterschiedlich die Menschen, so unterschiedlich sind auch die Wege, die Anwendung von feM in ihren jeweiligen Pflegesituationen zu umgehen. Es gehört Kreativität und Aufmerksamkeit dazu, für jeden Menschen die jeweils erfolgreichen Mittel zu finden und zu erproben, um letztlich auf feM zu verzichten. Um herauszufinden, welche alternativen Mittel angebracht wären, bietet es sich vor allem an, im Rahmen einer Team- oder Fallbesprechung gemeinsam die Situation zu erschließen und das Für und Wider verschiedener Interventionen zu ermitteln und schriftlich festzuhalten. Dies bildet die Grundlage zum einen für den nachfolgenden Evaluationsprozess und zum anderen für einen fachlich beratenden Dialog mit den Angehörigen bzw. Betreuern und/oder Bevollmächtigten und Richtern. Ein solches Beratungsgespräch setzt neben Beratungskompetenz auch das Wissen um alternative Mittel zum Umgehen einer feM voraus. Es gibt eine ganze Reihe von erprobten mechanischen alternativen Mitteln, die dem Patienten Schutz bieten, ohne ihn in seiner Freiheit einzuschränken. Von ihnen soll eine Auswahl vorgestellt werden [24, 32]:

Niedrigflurbetten. Als Alternative vor allem für Fixiergurte und die weit verbreiteten Bettgitter bietet sich vor allem der Einsatz von höhenverstellbaren Niedrigflurbetten – in Kombination mit einer davor gelegten Matratze, Sturzmatte, Sensormatte oder einem Lichtschrankensystem – an. Niedrigflurbetten können so niedrig einge-

stellt werden, dass die Sturzgefahr stark verringert wird: Ist das Bett z. B. auf eine Liegehöhe von 20 bis 30 cm eingestellt und eine entsprechende Matratze bzw. Matte davor positioniert, rollt man eher heraus, als dass man stürzt.

Sensormatten und Lichtschrankensysteme. Sie können in Kombination mit Niedrigflurbetten oder für sich allein verwendet werden. Sie ermöglichen es dem Patienten, auch wenn dieser aufgrund seiner Erkrankung nicht (mehr) in der Lage ist, die Rufanlage zu bedienen, sicher und assistiert das Bett zu verlassen, da bei der ersten Berührung der Sensormatte bzw. der ersten Bewegung in den Bereich der Lichtschranke ein akustisches Signal abgegeben wird – im Patientenzimmer oder direkt an die Pflegenden weitergeleitet (oder beides). Sollte es zu einem Sturzereignis kommen, ist durch das Alarmsystem ebenfalls sofortige Hilfe gesichert.

Antirutschstrümpfe. Wie bereits erwähnt, ist eine der häufigsten Situationen, in denen es zu Sturzereignissen kommen kann, das Verlassen des Bettes oder des (Roll) Stuhls. Als erprobte Alternative z. B. zu Sitzgurten oder Bettgittern bieten sich hier sog. Antirutschstrümpfe an. Es ist nur eine kleine Maßnahme, aber sie kann große Effekte erzielen: Die gummierten Punkte auf der Sohle verhindern das Ausrutschen und sichern den Stand und Gang des Patienten zusätzlich.

Hüftprotektoren. Neben diesen Maßnahmen zur Sturzprävention gibt es auch mechanische Alternativen, die im Falle eines Sturzes die Sturzfolgen vermindern: Hüftprotektoren helfen, die empfindlichsten Stellen des Körpers im Bereich der Hüfte zu schützen. Sie helfen, hüftgelenksnahe Frakturen, die zu den häufigsten, sturzbedingten Verletzungen bei älteren Menschen zählen, zu verhindern.

Easy Walker. Da ein unsicherer Gang ein hohes Sturzrisiko mit sich bringt, empfehlen sich hier Maßnahmen, die den Gang des Patienten sichern, statt diesen weiter einzuschränken. Sogenannte Easy Walker können helfen, die Mobilität des Patienten zu erhalten und ihn in seiner eingeschränkten Gehfähigkeit zu unterstützen. In den Walker ist eine Sitzfläche integriert, sodass man sich bei Ermüdung hinsetzen kann. Zusätzlich verhindert diese Sitzfläche durch eine Schrittsicherung das Herunterrutschen auf den Boden. Wichtig: Da der Easy Walker unter Umständen nur schwer vom Patienten zu verlassen ist, kann er auch als feM gewertet werden – jedoch als weitaus milderes Mittel als z. B. eine Sitzhose.

In ► **Abb. 4** sind die wichtigsten mechanischen Alternativen sowie weitere denkbare Interventionen angeführt, die für sich genommen oder in Kombination miteinander als erfolgreiche Alternativen zu feM verwendet werden können.

Mechanische Alternativen zu feM	Weitere Maßnahmen zur Vermeidung von feM
<ul style="list-style-type: none"> • Niedrigflurbetten • Sturzmatten • Safe Bag • rutschfeste Matratze • Sensorenmatte • Lichtschranken- bzw. Sensorensysteme • Alarmsysteme • Antirutschstrümpfe • Hüftprotektorenhosen • Schutzpolster für Gelenke • Sturzhelme • Easy Walker • angepasste Geh- bzw. Mobilitätshilfen • geteilte Bettgitter • Bodenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilitätsförderung • helle Beleuchtung • Erkennen und Entfernen von Stolperfallen • sofortige Reaktion auf Rufanlage • persönliche Zuwendung • Biografiearbeit • Kooperation mit Angehörigen • Rooming-in von Begleitpersonen • Niedrigstellen des Bettes • Sitzgelegenheiten • Berücksichtigen von individuellen Bedürfnissen, Wünschen, Abneigungen und Vorlieben • Kontinenzmanagement • Kommunikationshilfen • regelmäßige Kontrollgänge • individueller Umgang mit Besuchszeiten • wertschätzende Grundhaltung • tagesstrukturierende Aktivitäten

► **Abb. 4** Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Ethische Bewertung

Auch wenn es im hektischen Pflegealltag manchmal schwer sein kann, sollte man versuchen, sich auch Zeit für Fragen zu nehmen, die tiefer gehen: Ist das, was ich hier tue, gut? Ist es fair und gerecht für die Betroffenen? Fragen wie diese stellt sich die Ethik. Das Wort Ethik kommt vom griechischen Wort „ethos“ (= Gewohnheit) und beschäftigt sich mit dem Handeln des Menschen. Sie fragt, ob bestimmte Taten und Handlungen, die der Mensch vornimmt, moralisch als „gut“ oder „schlecht“ zu bewerten sind [33].

Das klingt zunächst sehr theoretisch und man kann sich natürlich die Frage stellen, ob diese Fragen nicht am Schreibtisch besser aufgehoben sind als am Pflegebett. Warum muss man sich bei der Anwendung von feM mit Ethik beschäftigen?

Ethik kann man sich vorstellen wie einen Kompass [34]: Wie die Nadel im Kompass zeigt die Ethik die Richtung

an, in die man gehen soll. Sie gibt das Ziel vor und zeigt uns einen Weg, von dem wir nicht abkommen sollen. Wenn man dieses Ziel vor Augen hat, kann man alle Schritte, die man im Alltag macht, einzeln hinterfragen. Ethisch über etwas nachzudenken, heißt zu fragen, ob das, was gerade so ist, wie es ist, auch wirklich so sein *soll*. Der bedeutende Philosoph Immanuel Kant (1724–1804) brachte diese Frage auf die Formel: „Was soll ich tun?“ Auf die vorliegende Situation angepasst können wir also fragen: „Was soll ich in dieser konkreten Pflegesituation im Akutkrankenhaus, die scheinbar nur durch eine feM gelöst werden kann, tun?“ Man kann auch kürzer fragen: „Soll bzw. darf ich hier eine feM anwenden?“ Um diese Frage zu beantworten, muss man sich darüber klar werden, nach welchen Kriterien man hier entscheiden soll: Auf welcher Pol soll unser Kompass genordet sein (siehe ► **Abb. 5**)?



► **Abb. 5** Unser Kompass sollte darauf gerichtet sein, fair und gerecht für den Betroffenen zu handeln (Quelle: MarekPhotoDesign.com/stock.adobe.com).

Das Prinzip Würde

Der ethische Maßstab, an dem sich alle unsere Handlungen orientieren sollten und der in Deutschland Eingang in das Recht gefunden hat, ist die bereits angesprochene Würde des Menschen [16]. So einfach diese Feststellung in der Theorie auch ist, so umstritten ist sie in der Praxis: Was genau ist Menschenwürde? Wann achte oder missachte ich sie? Hat ein Mensch mit kognitiven Beeinträchtigungen eine andere Art Würde als ein Mensch ohne? Wie hängt Würde mit FeM zusammen?

Der Begriff „Würde“ wird heute noch auf 2 verschiedene Weisen gebraucht, die man in der Fachsprache „extrinsisch“ und „intrinsisch“ nennt [35]: Wir sprechen noch heute von „Amtswürde“, „Richterwürde“, „Hochwürden“ etc., wenn wir die soziale Stellung einer Person ansprechen wollen. In dieser Bedeutung ist Würde extrinsisch, also „von außen“. Mit anderen Worten: Sie wird dem Menschen von anderen zugesprochen und kann ihm deswegen auch wieder abgesprochen werden. Extrinsische Würde – besser wären hier Begriffe wie Rang, Ehre, Geltung oder Prestige – kann höher und niedriger sein als von anderen und der Mensch kann sie prinzipiell auch wieder verlieren.

Im Unterschied dazu meint die intrinsische Würde des Menschen einen absoluten und unvergleichbaren Wert, den der Mensch „von innen“, d. h. von sich aus und vom Anfang bis zum Ende seiner Existenz hat. Diese Würde ist unveränderlich und unveräußerlich (d. h. nicht verlierbar) und damit komplett unabhängig von der sozialen Stellung. Von dieser Würde kann es nicht mehr oder weniger geben.

Eine hilfreiche Gedankenübung kann es sein, sich zu fragen, ob man sich im klinischen Alltag mehr an der extrinsischen oder an der intrinsischen Würde orientiert: Wie werden ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren behandelt? Wie gesetzlich versicherte Patienten im Vergleich zu privatversicherten? Wie Frauen im Vergleich zu Männern? Wie Ärzte im Vergleich zu Pflegekräften? Wie Menschen mit Demenz im Vergleich zu Menschen ohne? Wie Menschen, die durch herausforderndes Verhalten zusätzliche pflegerische Aufmerksamkeit erfordern?

Bei dieser Reflexion kann sich schnell zeigen, dass häufig Menschen aufgrund äußerlicher Kriterien wie Geschlecht, Herkunft, Beruf, Alter, Gesundheitszustand, kognitiven Fähigkeiten, Wohlstand usw. ungerecht behandelt werden. Es bildet sich geradezu eine Hierarchie mit zahlreichen Stufen heraus. Häufig wird die intrinsische Würde, mit der alle Menschen auf derselben Stufe stehen, dabei vergessen oder sogar verneint. In Ausdrücken wie „die Dementen“, „Pflegefall“ [10], „die Patientin lebt ja nicht mehr würdevoll“, „bei dem Patienten ist sowieso niemand mehr zu Hause“, „der Patient vegetiert ja nur noch“ schwingt mit, dass dem Menschen mit Blick auf äußere Umstände auch die innere Würde abgesprochen wird. Mit so einem Menschen- und Altersbild ist es dann auch sehr leicht, FeM, die die Würde des Menschen antasten und ihrem Wortlaut nach die menschliche Freiheit *entziehen*, zu rechtfertigen.

Freiheit

Würdeverletzungen erkennt man häufig konkret daran, dass die Freiheit eines Menschen missachtet wird. Es ist deswegen besonders wichtig, dass man sich bewusstmacht, worin das Wesen der Freiheit besteht und wie sie zu schützen ist. In unserem Fall wird deutlich: FeM kann man nur ethisch bewerten, wenn man versteht, was Freiheit ist.

Grundsätzlich kann man in der Ethik positive und negative Freiheiten unterscheiden [36]: Positiv und negativ sind hier nicht wertend als „schlecht“ und „gut“ zu verstehen, sondern meinen 2 verschiedene Arten, frei zu sein: Negative Freiheit ist eine Freiheit *von* etwas oder jemandem, d. h. dass man frei von einer Einschränkung ist. Positive Freiheit dagegen ist eine Freiheit *zu* etwas, d. h. dass man frei ist, dies oder jenes zu tun oder zu lassen. Was bedeutet diese Unterscheidung konkret für die Pflege und FeM im Krankenhaus?

Die Freiheit, die dem Menschen mittels einer FeM entzogen wird, ist die Fortbewegungsfreiheit. Diese ist im Sinn der negativen Freiheit erst einmal die Freiheit von Bewegungseinschränkungen: Der Mensch ist frei, weil er nicht von anderen Menschen bzw. den Mitteln, die diese verwenden, behindert wird, sich zu bewegen. Aber sie ist auch viel mehr: Positiv verstanden ist die Fortbewegungsfreiheit die Freiheit *zur* Bewegung: Der Mensch ist frei,

sich vielfältig zu bewegen und z. B. an einen anderen Ort zu gehen. Dazu gehört interessanterweise auch die Freiheit, sich *nicht* zu bewegen und z. B. zu ruhen. Es ist auch eine freie Entscheidung, nicht von einer Freiheit Gebrauch zu machen.

Die Fortbewegungsfreiheit eines kognitiv beeinträchtigten Menschen wird auf verschiedene Arten sichtbar: in einem starken Bewegungsdrang genauso wie in kleineren Positionsänderungen oder im Versuch, sich aus dem Pflegebett oder dem Pflegerollstuhl zu erheben. Wenn man sich die Frage „Was soll ich tun?“ in dieser Pflegesituation stellt, ist es hilfreich, die negative und positive Freiheit des betroffenen Menschen abzuschätzen: Inwieweit beschneidet die pflegerische Maßnahme die negative Freiheit von Hindernissen? Die Suche nach alternativen Mitteln ist vor allem die Suche nach Mitteln, die weniger einschränkend sind und dabei denselben oder vielmehr einen höheren Schutz des Betroffenen versprechen. Das allein reicht jedoch nicht aus. Man sollte sich auch fragen, wie hoch die positive Freiheit des Menschen ist, sich zu bewegen und die Freiheit auszuleben. Alternative mildere Mittel sollten deswegen immer auch mit Maßnahmen kombiniert werden, die die positive Freiheit stärken: Physiotherapie, Aktivierungsmaßnahmen und eine möglichst umfassende Teilhabe am Alltag.

Selbst- oder fremdbestimmt?

In Verbindung mit Freiheit wird sehr häufig von „Autonomie“ gesprochen, jedoch ist nicht immer ganz klar, was mit dem Fremdwort gemeint ist. Ursprünglich war mit Autonomie (von gr. *autos* = selbst und *nomos* = Gesetz) im politischen Sinn gemeint, dass eine Stadt oder ein Staat sich selbst Gesetze geben durfte und deswegen unabhängig von anderen war. Später wurde der Begriff auf den Menschen übertragen: Ein autonomer Mensch kann über sich selbst bestimmen und ist unabhängig von der Bestimmung durch andere, der sogenannten Heteronomie (von gr. *heteros* = anders). Autonomie ist also mit Selbstbestimmung zu übersetzen und ist der Heteronomie, d. h. der Fremdbestimmung, entgegengesetzt [37].

Im klinischen Alltag ist die Spannung von Autonomie und Heteronomie immer wieder Ursache von Konflikten. Besonders deutlich ist das im Fall von feM bei Menschen, deren selbstbestimmten Willen wir nicht mehr genau ergründen können. Man ist schnell versucht, über die Köpfe dieser Menschen hinweg zu entscheiden: „Ich weiß sowieso besser, was gut für die Patientin ist ...“ Man spricht hier auch von Paternalismus (von lat. *pater* = Vater), man könnte auch sagen „Bevormundung“ oder etwas umgangssprachlich „Bemutterung“. Eine Ethikerin bringt Paternalismus auf die Formel, dass man hier vor allem das *Wohl* und nicht den *Willen* des Patienten im Blick hat [38].

Das klingt zunächst gar nicht so schlimm: Schließlich geht es einem ja zumindest darum, dass es dem Menschen gut geht und man hat nicht die Absicht, ihm zu schaden. Ziel ist es, eine Selbstgefährdung des Betroffenen zu verhindern – und sei es gegen dessen Willen bzw. in einer Pflegesituation, in der man seinen Willen nicht ergründen kann. Aber auch diese Haltung kann letztlich eine Demütigung des Menschen bedeuten [9, 39]: Man handelt mit der Überzeugung, ihm alle Entscheidungen abnehmen zu können und erklärt ihn damit für unfrei. Wie kann man nun entscheiden, ob solche Maßnahmen ethisch gerechtfertigt sind oder ob sie eine solche Form von Demütigung darstellen?

Wohltätiger Zwang

Setzt man sich über den Willen des Patienten hinweg bzw. handelt, ohne diesen ergründen zu können, und verfolgt dabei das Ziel, diesen zu schützen, so wendet man an, was in der Fachsprache *wohltätiger Zwang* genannt wird [16]. Der Deutsche Ethikrat, der sich umfassend mit wohltätigem Zwang auseinandergesetzt hat, formulierte in seiner Stellungnahme vom 1. November 2018 Kriterien, die erfüllt sein müssen, damit eine Maßnahme des wohltätigen Zwangs gerechtfertigt ist. Das übergeordnete Ziel lässt sich wie folgt formulieren: Die Zwangsmaßnahme muss auf die Entwicklung, Förderung oder Wiederherstellung der selbstbestimmten Lebensführung der Person im Rahmen der Möglichkeiten abzielen. Dies gilt auch, wenn die Fähigkeit zum freiverantwortlichen Handeln nicht mehr erreichbar ist. Diesem Ziel werden folgende 4 Kriterien zugeordnet:

1. Die Zwangsmittel müssen zu diesen Zielen geeignet, erforderlich und angemessen sein.
2. Die Abwehr eines primären Schadens darf nicht unangemessene andere womöglich irreversible Schäden erzeugen
3. Der Schaden darf sich nicht anders abwenden bzw. das Ziel nicht anders erreichen lassen (Ultima Ratio).
4. Die jeweilige Maßnahme sollte auf die Zustimmung der adressierten Person stoßen, wäre diese aktuell zu einer autonomen Entscheidung fähig.

Diese Kriterien lassen sich 1:1 auf die Frage der feM im klinischen Alltag anwenden, durch weitere exemplarische Detailfragen ergänzen und in folgende Checkliste übersetzen:

1. Kriterium der Verhältnismäßigkeit

Ist die feM für die Ziele, für die sie eingesetzt werden soll, geeignet, erforderlich und angemessen?

- Ist die feM pflegfachlich und medizinisch indiziert oder stehen persönliche, organisatorische und wirtschaftliche Interessen im Vordergrund?
- Gibt es mildere feM, die den gleichen oder höheren Nutzen versprechen?
- Gibt es Alternativen zu feM, die den gleichen oder höheren Nutzen versprechen?

- Kann die feM den abzuwendenden Schaden effektiv verhindern?
- Ist die feM in ihrer Intensität der Situation angemessen?
- Ist die feM in ihrer Dauer der Situation angemessen?

2. Kriterium des Nichtschadens

Birgt die feM das Risiko, noch andere körperliche oder seelische Schäden zu verursachen?

- Besteht durch die feM eine Lebensgefahr (z. B. durch Strangulation)?
- Besteht durch die feM eine erhöhte Sturzgefahr?
- Geht mit der feM eine Verschlechterung der Pflegesituation einher (z. B. erzwungene Inkontinenz)?
- Geht mit der feM ein Verlust der Mobilität und Selbstständigkeit einher?
- Stellt die feM direkt oder indirekt eine Form von Demütigung dar?
- Ruft die feM Misstrauen, Angst und Machtgefälle hervor?
- Steigert die feM das Auftreten von als herausfordernd empfundenem Verhalten (z. B. motorische Unruhe und lautes Rufen)?
- Im Fall chemischer Fixierung: Hat das Medikament schädliche bzw. irreversible Nebenwirkungen für Leib und Seele?

3. Kriterium des letztmöglichen Mittels

Wurden *alle* möglichen Alternativen zur feM bereits erprobt und erwiesen sich als unwirksam, sodass die feM als letztmögliches Mittel übrigbleibt?

- Wurden alle mechanischen Alternativen zur feM bereits erprobt?
- Wurden alle nicht mechanischen Alternativen zur feM bereits erprobt?
- Lässt die Pflegedokumentation Rückschlüsse auf die Nichtwirksamkeit von alternativen Mitteln zur feM zu (z. B. eindeutige Pflegeberichte, Fallbesprechungen, Sturzereignisprotokolle)?
- Stellt die feM im Entscheidungsprozess die letzte Option dar oder vielmehr das erste Mittel der Wahl?

4. Kriterium der Selbstbestimmung

Ist die feM mit dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten vereinbar?

- Lässt sich der tatsächliche Wille des Patienten ergründen?
- Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten ergründen?
- Wurde der mutmaßliche Wille des Patienten unter der Beteiligung vom Betroffenen sowie von Angehörigen, Betreuern, Ärzten und Pflegekräften erforscht?
- Wie steht oder stand der Patient vermutlich zur Anwendung der feM und welche Gründe lassen sich dafür finden?
- Wie stünde der Patient zu der Anwendung der feM, wenn er um die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken sowie um geeignete mildere Alternativen wüsste?
- Lässt die Biografie des Patienten Rückschlüsse auf seine Einstellung zu feM zu?
- Kommuniziert der Patient verbal oder nonverbal Zustimmung oder Ablehnung (z. B. wiederholtes Rütteln am Bettgitter oder Versuche, die Maßnahme zu entfernen)?

Fazit

Freiheitseinschränkende Maßnahmen mögen auf den ersten Blick immer noch unverzichtbar für die Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Krankenhaus sein. Für viele sind sie kaum wegzudenken. Glücklicherweise zeigt sich jedoch in der Forschung mehr und mehr, dass dies nicht der Fall sein muss: Es kann sich durchaus lohnen, diese Maßnahmen „wegzudenken“, d. h. auch über alternative Interventionen nachzudenken, mit denen man dem Menschen mit Demenz und kognitiven Beeinträchtigungen im Akutkrankenhaus auf ganzheitlichere Weise gerecht werden kann.

Für einen reflektierten sowie fachlich, rechtlich und ethisch informierten Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen ist es wichtig, die Grundkategorien, Definitionen und Erfahrungsdaten zu dem Thema zu kennen. Dazu sollte dieser Artikel einen Beitrag leisten.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Sebastian Ritzi

Sebastian Ritzi studierte nach seiner Ausbildung zum Altenpfleger, der Weiterbildung als Pflegefachkraft für Gerontopsychiatrie und langjähriger Berufserfahrung Gesundheit und Gesellschaft – Care sowie Philosophie/Ethik an der Universität Heidelberg. Er ist am Institut für

Gerontologie der Universität Heidelberg als wissenschaftlicher Mitarbeiter sowie Studiengangskoordinator tätig und promoviert zur ethischen Bewertung der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen im Akutkrankenhaus.



Jonas Narchi

Jonas Narchi studierte im Bachelor Philosophie und Europäische Kunstgeschichte und im Master Philosophie an der Universität Heidelberg. Er ist als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Medizinethik am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) in Heidelberg tätig

und promoviert in Philosophie. Zu seinen Schwerpunkten gehören u. a. medizinethische Fragen am Lebensende sowie die Ethik des Alter(n)s.

Korrespondenzadresse

Sebastian Ritzi

Institut für Gerontologie
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Bergheimer Straße 20
69115 Heidelberg
sebastian.ritzi@gero.uni-heidelberg.de

Literatur

- [1] Kricheldorf C, Hofmann W. Demenz im Akutkrankenhaus. *Z Gerontol Geriatr* 2013; 46: 196–197. doi:10.1007/s00391-013-0484-x
- [2] Robert Bosch Stiftung, Hrsg. General Hospital Study – GHoSt. Zusammenfassung einer repräsentativen Studie zu kognitiven Störungen und Demenz in den Allgemeinkrankenhäusern von Baden-Württemberg und Bayern. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2016
- [3] Sawa GM, Zaccai J, Matthews FE et al. Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 212–219. doi:10.1192/bjp.bp.108.049619
- [4] Wetzstein V. Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Eine Frage der Ethik. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2017; 63: 217–230
- [5] Krüger C, Mayer H, Haastert B et al. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: a multi-centre cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2013; 50: 1599–1606. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.05.005
- [6] Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38: 19–25. doi:10.1007/s00391-005-0286-x
- [7] Wunder M. Demenz und Selbstbestimmung. *Ethik in der Medizin* 2008; 20: 17–25. doi:10.1007/s00481-007-0529-z
- [8] Fuchs T. Das Leibgedächtnis in der Demenz. In: Kruse A, Hrsg. Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft, 2010: 231–242
- [9] Kruse A. Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife. Berlin: Springer; 2017
- [10] Klie T. Demenz und Recht. Würde und Teilhabe im Alltag zulassen. Hannover: Vincentz; 2015
- [11] Igl G, Sulmann D. 10 Jahre Pflege-Charta. Zeit Bilanz zu ziehen. *Z Gerontol Geriatr* 2017; 50: 287–293. doi:10.1007/s00391-017-1246-y
- [12] Hoppach I. Die Fixierung in der Altenpflege aus strafrechtlicher Sicht. Marburg: Tectum; 2015
- [13] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. 11. Aufl. Berlin: BMFSFJ; 2014
- [14] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin: BMFSFJ; 2010
- [15] Hoffmann B, Klie T. Freiheitsentziehende Maßnahmen im Betreuungs- und Kindschaftsrecht. Voraussetzungen, Verfahren, Praxis. 2. Aufl. Heidelberg: C.F. Müller; 2012
- [16] Deutscher Ethikrat, Hrsg. Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Stellungnahme. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2018
- [17] Aktionsbündnis Patientensicherheit, Hrsg. Vermeidung von Stürzen älterer Patienten im Krankenhaus. Eine Ausarbeitung, die Hintergründe und Fakten zur Sturzprävention vermittelt. Berlin: apn; 2013
- [18] König J, Schibrowski M. FEM – Freiheitseinschränkende Maßnahmen. Gesetzliche Grundlagen – Praxisbeispiele – Alternativen. Hannover: Schlütersche; 2013
- [19] Berzlanovich AM, Kohls N. Freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM) in der Pflege von Menschen mit Demenz: Probleme und Alternativen. In: Kruse A, Hrsg. Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft, 2010: 355–361
- [20] Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Todesfälle bei Gurtfixierungen. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109: 27–32. doi:10.3238/arztebl.2012.0027
- [21] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Hrsg. S3-Leitlinie Demenzen. Berlin: Springer; 2017
- [22] Hewer W, Thomas C. Psychopharmakotherapie bei Demenz und Delir. Im Spannungsfeld zwischen Leitlinienempfehlungen und Versorgungspraxis. *Z Gerontol Geriatr* 2017; 50: 106–114
- [23] Tideiksaar R. Stürze und Sturzprävention. Assessment – Prävention – Management. 2. Aufl. Bern: Huber; 2008
- [24] Projektgruppe ReduFix. ReduFix: Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert? 2. Aufl. Hannover: Vincentz; 2017
- [25] Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Strangulation im Sitzgurt. Tödlicher Unfall trotz sach- und fachgemäßer Fixierung. *Rechtsmedizin* 2007; 17: 363–366

- [26] Volmar B, Löhr M, von Bierbrauer zu Brennstein A. Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus – Die Herausforderung der ökonomisierten Behandlung und der notwendigen Individualität. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2017; 63: 179–192
- [27] Binas M, Gnass I, Mayer B et al. Herausfordernde Verhaltensweisen und Schmerz bei Demenz. Erfahrungen von Pflegenden in einem Akutkrankenhaus. *Der Schmerz* 2019; 33: 212–219
- [28] Riedel A, Linde AC. Menschen mit Demenz im Krankenhaus – Exemplarische ethische Konfliktfelder und situative Effekte. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2017; 63: 163–178
- [29] Newerla A. Demenz als kritisches Moment: Ordnungsversuche im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2017; 63: 193–204
- [30] Isfort M, Klostermann J, Gehlen D, Siegling B. *Pflegethermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.; 2014
- [31] Bienstein C. Nachts im Krankenhaus. Alleinverantwortlich für komplexe Pflege. *Heilberufe* 2015; 67: 66–66. doi:10.1007/s00058-015-1259-0
- [32] Hindrichs S, Fähmann E. Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen: Pflegefachliche und rechtliche Grundlagen zur Fixierungsvermeidung. Regensburg: Walhalla; 2016
- [33] Höffe O. *Ethik: Eine Einführung*. München: C. H. Beck; 2013
- [34] Pieper A, Thurnherr U, Hrsg. *Angewandte Ethik: Eine Einführung*. München: C. H. Beck; 1998
- [35] Von der Pfordten D. *Menschenwürde*. München: C. H. Beck; 2016
- [36] Berlin I. *Liberty. Incorporating 'Four Essays on Liberty'*. Oxford: Oxford University Press; 2002
- [37] von Wolff-Metternich BS. Autonomie am Lebensende. In: Anderheiden M, Eckart WU, Hrsg. *Handbuch Sterben und Menschenwürde*. Bd. 1. Berlin, Boston: De Gruyter; 2012: 511–524
- [38] Rehbock T. Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. Zur Kritik (medizin-)ethischer Grundbegriffe. *Ethik in der Medizin* 2002; 14: 131–150
- [39] Margalit A. *Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 2012
- [40] Koczy P, Becker C, Bühl K et al. Menschen mit Demenz im Krankenhaus – Wie das Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart der Herausforderung begegnet. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2017; 63: 231–238

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1008-4347>
 Geriatrie up2date 2019; 1: 267–280
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
 ISSN 2627-0889