

Abschlussarbeit

ÖÄK Diplomlehrgang Geriatric

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Franz Böhmer
Prim. Univ. Prof. Dr. Monika Lechleitner

Rückfragen:

österreichische akademie der ärzte
Weihburggasse 2/5
A-1010 Wien
Tel.: +43 1 512 63 83-40DW

2009

Ruhigstellung auf Rezept?!

Wann ist eine medikamentöse Therapie eine
Freiheitsbeschränkung, wann dient sie zum Schutz des
geriatrischen Patienten?



Inhalt

Einleitung	2
Definition – Gesetzesgrundlagen	3
Korrektes Vorgehen -Voraussetzungen für eine (medikamentöse) Freiheitsbeschränkung	6
Letzte Instanz – einige Rechtsentscheidungen	8
Akteure	10
Alternativen – Denkanstöße	14
Zusammenfassung	17
Literatur	19

Bei allen Personen bezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter, es sei denn, es ist nur eine einzelne, ganz bestimmte Person gemeint.

Einleitung

Wenn eine Person ihre Lebensinteressen nicht mehr selbst wahrnehmen kann und der Hilfe einer anderen bedarf, liegen Fürsorge und Zwang nicht meilenweit auseinander. Wo beginnt die persönliche Freiheit und wo endet sie, etwa bei der eigenen Sicherheit der betroffenen Person? Ist es möglich die Sicherung Betroffener auch durch andere Maßnahmen als durch Verabreichung von Medikamenten durchzuführen?

§1 des Heimaufenthaltsgesetzes

(1) Die persönliche Freiheit von Menschen, die aufgrund des Alters, einer Behinderung oder einer Krankheit der Pflege oder Betreuung bedürfen, ist besonders zu schützen. Ihre Menschenwürde ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren. Die mit der Pflege oder Betreuung betrauten Menschen sind zu diesem Zweck besonders zu unterstützen.

(2) Freiheitsbeschränkungen sind nur dann zulässig, soweit sie im Verfassungsrecht, in diesem Bundesgesetz oder in anderen gesetzlichen Vorschriften ausdrücklich vorgesehen sind.

Die Gefahren sind zu minimieren und die Risiken zu begrenzen, aber ein völliger Risikoausschluss ist nicht möglich, auch rechtlich weder gefordert noch zulässig. Gewisse Risiken birgt das Leben in sich. Ältere Menschen – unabhängig vom Grad ihrer Behinderung - haben das Recht, persönliche Risiken einzugehen und dafür selbst die Verantwortung zu tragen. Es ist nicht Aufgabe der professionellen Pflege und Betreuung, normale Lebensrisiken auszuschließen, zumal dies immer auf Kosten der Selbstbestimmung und Lebensqualität geht.

Die Verabreichung von Medikamenten ist oft sicherlich die einfachere und kostengünstigere Variante, jedoch nicht immer im Sinne des Betroffenen. Aus organisations-psychologischer Sicht stellt die Anordnung eines Freiheitsentzuges „Macht durch Zwang“ dar.

Definition – Gesetzesgrundlagen

Das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) ist ein Bundesgesetz, das am 1.7. 2005 in Kraft getreten und zuletzt am 24.06. 2006 novelliert worden ist.

Es legt fest, unter welchen Bedingungen in Heimen und vergleichbaren Einrichtungen Freiheitsbeschränkungen an kranken und behinderten Menschen rechtmäßig sind. Das HeimAufG regelt nicht nur die rechtlichen Voraussetzungen für Freiheitsbeschränkungen, es stellt auch den Bewohnern eine fachliche Interessensvertretung zur Seite und ermöglicht die Kontrolle durch ein Gericht.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch, dass das HeimAufG die Angestellten eines Heimes zur Dokumentation jeglicher Freiheitsbeschränkung in der Krankengeschichte verpflichtet. Außerdem muss unverzüglich die Heimbewohnervertretung informiert werden.

Im §3 des HeimAufG wird die Frage „Was ist eine freiheitsbeschränkende Maßnahme?“ wie folgt beantwortet:

(1) Eine Freiheitsbeschränkung im Sinn dieses Bundesgesetzes liegt vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person (im Folgenden Bewohner) gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Androhung unterbunden wird.

(2) Eine Freiheitsbeschränkung liegt nicht vor, wenn der einsichts- und urteilsfähige Bewohner einer Unterbindung der Ortsveränderung, insbesondere im Rahmen eines Vertrages über die ärztliche Behandlung, zugestimmt hat.

Sind bei einem Betroffenen, aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung, die Einsichts- und Urteilsfähigkeit nicht gegeben, so sind entsprechende Maßnahmen der Beschränkung der körperlichen Freiheit nur dann rechtlich zulässig, wenn von der drohenden Gefahr einer *erheblichen* Selbst- oder Fremdgefährdung auszugehen ist und keine Alternativen zur Verfügung stehen, die

eine Freiheitsbeschränkung überflüssig machen würden. Die physischen Mittel zur Freiheitsbeschränkung reichen von mechanischen, elektronischen und/oder medikamentösen Maßnahmen bis hin zur Androhung einer solchen. Wobei bei der Androhung es ausreicht, dass der Bewohner aus dem Gesamtbild des Geschehens den Eindruck gewinnt, dass er seinen Aufenthaltsort nicht mehr verlassen kann, weil er damit rechnen muss, am Verlassen gehindert oder „zurückgeholt“ zu werden.

Beispiele für physische Mittel sind die Anbringung eines Steckgitters am Bett, das Vorstellen eines Sessels oder Tisches, die Entfernung einer Gehilfe, die Verhinderung des Aufstehens aus dem Rollstuhl, oder einer anderen Sitzgelegenheit mittels eines Fixiergurtes, einer „Fixierhose“ oder eines Leintuchs oder auch das körperliche Festhalten. Ebenso fällt in diese Kategorie das Einschließen des Betroffenen in einem Raum oder in einer Abteilung.

Diese Aufzählung kann natürlich nicht vollständig sein, die Kreativität und damit auch die Interpretierbarkeit solcher Maßnahmen sind eigentlich keine Grenzen gesetzt. Auch bei den elektronischen Überwachungsmaßnahmen gibt es die verschiedensten Möglichkeiten. Sie gelten aber nur dann als eine Freiheitsbeschränkung, wenn bei Auslösung des Alarms unmittelbare freiheitsentziehende Folgen zu erwarten sind, also etwa der Betreute zurückgeholt wird.

Stehen gelindere Maßnahmen zur Verfügung, so sind diese anzuwenden. Darüber hinaus muss die angeordnete Maßnahme verhältnismäßig und in ihrer Dauer bestimmt sein. Sie muss unmittelbar aufgehoben werden, wenn die Voraussetzungen, die zu ihrer Anordnung geführt haben, nicht mehr gegeben sind.

Einen besonderen Stellenwert nehmen die Medikamente als Mittel zur Freiheitsbeschränkung ein. Das Gesetz fokussiert hauptsächlich auf Freiheitsbeschränkungen mit mechanischen und elektronischen Mitteln. Die medikamentöse Ruhigstellung hat demgegenüber eine eigene Qualität und ist schwerer fassbar. Hier taucht das Problem auf, zwischen therapeutisch indizierter Medikation (mit Nebenwirkungen) und freiheitsbeschränkenden Aspekten bei der Vergabe von Medikamenten zu unterscheiden.

Von einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung kann nur dann gesprochen werden,

... wenn die Behandlung unmittelbar die Unterbindung des Bewegungsdranges bezweckt, nicht jedoch bei unvermeidlich bewegungsdämpfenden Nebenwirkungen, die sich bei der Verfolgung anderer therapeutischer Ziele ergeben können.

Mann und Meyer (Wien Med Wochenschr 2008) zeigen in ihrer Analyse zur medikamentösen Freiheitsbeschränkung in Pflegeheimen im Bundesland Vorarlberg deutlich auf, dass die ausstehende Definition einer medikamentösen FB in Österreich eines der Hauptprobleme darstellt. Diese sollte sich nicht nur auf motorische Einschränkungen des Patienten beziehen, sondern ebenfalls kognitive oder das Verhalten betreffende Einschränkungen der Autonomie mit einschließen.

Vor dem Hintergrund das ca. 60% der Psychopharmaka in Österreich von Hausärzten verordnet werden, bekommt die „Ruhigstellung auf Rezept“ eine ganz andere Dimension. Hinzu kommt noch, dass die Bewohner von Altersheimen ohnehin schon durch eine Polypharmazie und Multimorbidität ausgezeichnet, durch vielfältige Interaktionen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Kontraindikationen zusätzlich gefährdet sind. Eine besondere Herausforderung stellen in diesem Zusammenhang die Demenzerkrankten dar. Auf Grund der Erkrankung fehlt den Betroffenen sehr oft das Verständnis für eine Einschränkung oder auch andere Maßnahmen. „Wandertrieb“, motorische Unruhe und mitunter auch Aggressivität führen dann oft zu einer „zusätzlichen“ medikamentösen Verordnung.

Nur die Vergesslichkeit oder auch Verwirrtheit alleine kann und darf nie Grund für eine freiheitsbeschränkende Maßnahme, welcher Art auch immer, sein.

Korrektes Vorgehen – Voraussetzungen für eine (medikamentöse) Freiheitsbeschränkung

Freiheitsbeschränkung darf nur vorgenommen werden

wenn der Betroffene psychisch krank oder geistig behindert ist

wenn er durch diese Erkrankung sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer Menschen ernstlich und erheblich gefährdet.

wenn die Gefährdung ernstlich ist. Das Leben, die Gesundheit oder die körperliche Integrität des Betroffenen oder anderer Personen muss konkret und aktuell gefährdet sein. Es reicht nicht aus, dass der Bewohner sich oder andere vielleicht gefährden könnte, die Gefahr muss aktuell vorhanden sein.

wenn die Beschränkung zur Verhinderung dieser Gefahr unerlässlich und geeignet ist, sowie Dauer und Ausmaß im Verhältnis zur Gefahr angemessen ist.

wenn diese Gefahr nicht durch andere Maßnahmen, insbesondere schonende Betreuungs- und Pflegemaßnahmen abgewendet werden kann. Die angeordnete Freiheitsbeschränkung muss jedenfalls sowohl das gelindeste Mittel als auch die „Ultima Ratio“ sein.

§5 des HeimAufG

(1) Eine Freiheitsbeschränkung darf nur aufgrund der Anordnung einer dazu befugten Person vorgenommen werden. Anordnungsbefugt ist

- 1. der mit der Führung der Abteilung oder - falls eine solche nicht besteht - der mit der Leitung der Einrichtung betraute Arzt oder sein Vertreter oder*
- 2. in Einrichtungen, die nicht unter ärztlicher Leitung stehen, die mit der ärztlichen Aufsicht oder mit der Leitung des Pflegediensts betraute Person oder ihr Vertreter oder*
- 3. in Einrichtungen, die weder unter ärztlicher Leitung oder Aufsicht noch unter pflegerischer Leitung stehen, ein mit der Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen betrauter Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder sein Vertreter oder die mit der pädagogischen Leitung betraute Person oder ihr Vertreter.*

(2) Wenn eine Freiheitsbeschränkung voraussichtlich länger als 24 Stunden oder wiederholt erforderlich sein wird, darf sie nur von einem Arzt angeordnet werden. Auch eine Freiheitsbeschränkung durch medikamentöse Maßnahmen muss von einem Arzt angeordnet werden.

(3) Eine Freiheitsbeschränkung darf nur unter Einhaltung fachgemäßer Standards und unter möglicher Schonung des Bewohners durchgeführt werden.

(4) Eine Freiheitsbeschränkung ist sofort aufzuheben, wenn deren Voraussetzungen nicht mehr vorliegen

Die anordnungsbefugte Person hat den Bewohner über Grund, Art, den Beginn und die voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung auf geeignete Weise aufzuklären. Der Leiter der Einrichtung ist unverzüglich zu verständigen und unverzüglich den Vertreter und die Vertrauensperson des Bewohners zu verständigen, diese können dann eine Stellungnahme abgeben.

Jede freiheitsbeschränkende Maßnahme muss dokumentiert werden. Auch die Einschränkung der persönlichen Freiheit, die mit der Einwilligung des einsichts- und urteilsfähigen Bewohners erfolgt, ist zu dokumentieren und muss nachvollziehbar sein. Meldepflichtig ist **jede Freiheitsbeschränkung** an den gesetzlichen Bewohnervertreter.

Der Vertreter des Heimbewohners hat die Befugnis u.a. die Einrichtung unangemeldet zu besuchen, mit den Bediensteten der Einrichtung das Vorliegen der Voraussetzung der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu besprechen und in erforderlichem Umfang Einsicht in die Pflegedokumentation, die Krankengeschichte und andere Aufzeichnungen über den Bewohner zu nehmen.

Die Freiheitsbeschränkung ist sofort und immer aufzuheben: bei Wegfall der Voraussetzungen, und zwar durch die anordnungsbefugte Person; bei Beschluss des Bezirksgerichtes, dass die Freiheitsbeschränkung unzulässig ist; bei Ablauf der vom Gericht festgelegten Frist; wenn keine Meldung über eine beabsichtigte Fortsetzung der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen erfolgt.

In allen Fällen muss eine Meldung an den Bewohnervertreter erfolgen.

Letzte Instanz – einige Rechtsentscheidungen

Den Gerichten kommt in den Vorgaben des HeimAufG die Aufgabe zu freiheitsbeschränkende Maßnahmen auf Antrag auf ihre Rechtmäßigkeit hin zu überprüfen (§ 11). Wenn die Meinungsunterschiede der handelnden Akteure (Bewohnervertreter vs Pflegeeinrichtung) anders nicht zu beseitigen sind, ist es die Aufgabe des Gerichtes eine Klärung herbeizuführen. Eine weitere Aufgabe der Gerichte ist es, die Vorgaben des HeimAufG durch ihre Rechtsprechung weiter zu entwickeln und damit einen Beitrag zur Konkretisierung der Begrifflichkeit des HeimAufG zu leisten.

Im Anschluss ein paar beispielhafte Rechtsprechungen zum HeimAufG:

Landesgericht Krams an der Donau 2 R 30/06h, 23.2.2006 § 3 Abs 1 HeimAufG: Medikamentöse Freiheitsbeschränkung

Zur **Medikamentierung mit Cisordinal Depot 200 mg** in zweiwöchigen Abständen ist auszuführen, dass eine Freiheitsbeschränkung auch durch medikamentöse Mittelerfolge kann. Davon kann allerdings nur dann gesprochen werden, wenn die Behandlung unmittelbar die Unterbindung des Bewegungsdranges bezweckt, nicht jedoch bei unvermeidlichen bewegungsdämpfenden Nebenwirkungen, die sich bei der Verfolgung anderer therapeutischer Ziele mitunter ergeben können.

Diesbezüglich hat die psychiatrische Sachverständige in der Rekursverhandlung ausgeführt, dass **mit der vorliegenden Medikation kein anderer therapeutischer Zweck als die Bewegungsdämpfung verfolgt wird.**

Landesgericht Eisenstadt 20 R 28/06a, 24.4.2006; FamZ 38/06 § 3 Abs 1 HeimAufG: Medikamentöse Freiheitsbeschränkung

Eine Freiheitsbeschränkung gem § 3 HeimAufG kann auch durch den Einsatz **medikamentöser Mittel** erfolgen. Davon kann allerdings nur gesprochen werden, wenn die Behandlung unmittelbar die Unterbindung des Bewegungsdranges bezweckt, nicht jedoch bei unvermeidlichen bewegungsdämpfenden Nebenwirkungen, die sich bei der Verfolgung anderer therapeutischer Ziele mitunter ergeben können. Die Verabreichung von Risperdalsaft zur Unterdrückung von Impulsdurchbrüchen der Betroffenen ist wegen der damit einhergehenden Sedierung im konkreten Fall als Freiheitsbeschränkung im Sinne des § 3 Abs 1 HeimAufG zu werten.

Landesgericht Korneuburg 25 R 59/06p, 16.5.2006**§ 4 Z 3 HeimAufG: Medikamentöse Behandlung keine Alternative zu einem Therapietisch**

Wenn eine medikamentöse Behandlung eine gewisse Sedierung mit einem „Hangover“ zur Folge hat, reicht die Wirkung der Medikamente über die Dauer der Notwendigkeit einer Freiheitsbeschränkung hinaus. Damit wird die Freiheit der Bewohnerin **in einem größeren Umfang eingeschränkt** als durch einen Mobilisationsstuhl in Verbindung mit einem Therapietisch, der nach dem Ende der Bewegungsdrangphase der Bewohnerin wieder entfernt werden kann. Eine medikamentöse Alternative zu dieser Freiheitsbeschränkung liegt damit aber nicht vor.

OGH 10b21/21/09h, 13.09.2006**§3 HeimAufG**

Eine Freiheitsbeschränkung durch medikamentöse Mittel ist nur zu bejahen, wenn die Behandlung unmittelbar die Unterbindung des Bewegungsdranges bezweckt, nicht jedoch bei unvermeidlichen bewegungsdämpfenden Nebenwirkungen, die sich bei der Verfolgung anderer therapeutischer Ziele ergeben können.

Beisatz: Ist ein Medikament ein (reines) Sedativum, kann von einer bewegungsdämpfenden Nebenwirkung keine Rede sein.

Binnen sieben Tagen muss sich das Gericht nach Stellung des Antrags ein Bild von der Person machen, die von einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme betroffen ist. Im Rahmen dieser „Erstanthörung“ sind die wichtigsten Informationen einzuholen und die beteiligten Personen anzuhören. Mit der Erstanthörung kann zugleich eine mündliche Verhandlung durchgeführt werden, in der über die Rechtmäßigkeit der Maßnahmen entschieden wird. Ist im Rahmen der Erstanthörung die Freiheitsbeschränkung vorläufig für zulässig erklärt worden, so muss binnen 14 Tagen eine mündliche Verhandlung anberaumt werden, in der dann auch ein Gutachter heranzuziehen ist.

Akteure

Das HeimAufG definiert die Bedingungen, unter denen über die Rechtmäßigkeit einer Freiheitsbeschränkung entschieden wird. In der Praxis stellt sich dieses Problem oft als Machtkampf zwischen den verschiedenen Akteuren da.

Lassen sich die Bedürfnisse und Rechte von Bewohnern immer klar und deutlich identifizieren? Wie erhebt man den Willen eines schwer dementen alten Menschen, dessen Erinnerungsvermögen ausgelöscht ist? Wie ermittelt man die Wünsche einer Person, die sich selbst nicht mehr artikulieren kann?

Ein paar Akteure aus der Nähe betrachtet:

Bewohner

Aus der Sicht des Patienten können Faktoren wie Isolation, Einsamkeit, Ungewissheit, Schamverletzung, Hilflosigkeit etc. große Angst auslösen. Diese Ängste wiederum können in den oben genannten Gründen aggressives Verhalten zur Folge haben. Die sich daraus ergebenden Spannungen zwischen Pflegenden und Bewohnern führen zu Missverständnissen, Aufschaukelung oft nur kleiner Probleme und schlussendlich wird zur „Beruhigung“ der Situation eine freiheitsbeschränkende Maßnahme als geeignetes Mittel angesehen. Versucht man aber den täglichen Ablauf in einem Pflegeheim aus der Sicht der Bewohner zu betrachten erkennt man, dass es mit der Selbstbestimmung nicht weit her ist. Eine kurze, unvollständige Aufzählung mitunter banaler Dinge soll dies veranschaulichen.

1. Fehlverhalten in der Kommunikation
 - Unterhaltung über den Kopf des Patienten hinweg
 - Entzug von Zuwendung
 - Rügen und Desinteresse
 - Bevormundung und Sprechverbot
 - unerlaubtes Duzen
2. Bewegung
 - falsche Unterstützung bei Bewegungen
 - Zwangsmobilisation
 - Fixierung
 - unangemessene Form der Berührung
 - Patienten im Stuhl und Harn liegen lassen

3. Körperpflege
 - Zwang zur Körperpflege "wir müssen sie jetzt waschen"
 - Haare schneiden gegen den Willen des Patienten
 - ungewollte Rasur,
 - zu kaltes oder zu warmes Wasser beim Waschen
4. Essen und Trinken
 - einflößen von Nahrung,
 - zu schnelles Reichen der Nahrung
 - auf Mahlzeiten vergessen,
 - Vorenthalten von Eß- und Trinkhilfen
5. Ausscheidung
 - Windelhose,
 - nicht notwendiger Harnkatheter
 - schlechte Gerüche belassen, oder lüften wenn jemand nackt ist
6. Ruhen und Schlafen
 - nicht einhalten von Tag- und Nachtrhythmus (Waschen in der Nacht)
 - Verabreichung von Schlafmittel (will oder braucht es der Patient)?
7. Fehlverhalten im sozialen Bereich des Lebens
 - Dauerberieselung von Radio und Fernseher

Pflege

Pflege in Institutionen ist von widersprüchlichen Orientierungen gekennzeichnet. Einerseits ist Pflege helfendes Handeln, basierend auf Empathie und Zuneigung. Andererseits findet pflegerisches Handeln in Einrichtungen wie Alten- und Pflegeheimen in einem klar definierten beruflichen und bürokratisch strukturierten Kontext statt.

Die Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen stehen somit vor der doppelten Herausforderung einerseits den Betrieb nach den vielfältigen und teilweise widersprüchlichen Regelungen einer Organisation aufrechtzuerhalten, andererseits den Bewohnern gegenüber individuell und menschlich angemessen zu agieren, auf ihre Bedürfnisse einzugehen und eine lebenswerte Umgebung für sie zu schaffen.

Das Pflegepersonal (und nicht nur das Pflegepersonal) begriff Kritik an Freiheitsbeschränkungen oft als persönlichen Angriff und begründet die Notwendigkeit entsprechender Maßnahmen aus den Besonderheiten der davon betroffenen Bewohner. Bei genauerer Betrachtung aber zeigt sich, dass es eher die Strukturen sind, in denen Pflegearbeit geleistet wird, die zu jenen Problemen im Alltag der Pflege führen, die den Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen als angemessene Lösung erscheinen lassen.

Die Idee dahinter basiert auf der Annahme, dass der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen *immer* auch eine Form der *Problemlösung* darstellt.

Die Arbeit des Pflegepersonals findet unter Bedingungen knapper Ressourcen statt: Zeit, Personal, Ausstattung sind immer zu knapp bemessen und die täglichen Routinen erlauben es nicht, auf die oft mitunter eigenwillig erscheinenden Wünsche und Vorstellungen der individuellen Bewohner einzugehen. Einerseits soll dafür gesorgt werden, dass die Bewohner sicher, sauber, satt und zufrieden sind, andererseits gilt es, jedes Risiko zu vermeiden und in der knapp bemessenen Zeit die Dinge zu erledigen, die das Pflegeregime vorschreibt.

Bewohnervertreter

Bewohnervertretung: ihre eindeutig definierte Aufgabe ist die Sicherung der Freiheit der Bewohner. Jede Einschränkung dieser Freiheit gegen den Willen des Betroffenen ist abzulehnen, es sei denn, es lässt sich eine in engen Grenzen definierte manifeste Gefahr der Selbst- oder Fremdgefährdung nachweisen. Die Kompetenz liegt vor allem in der Reflexion, das System von außen zu betrachten, neue Sichtweisen einzubringen, Alternativen vorzuschlagen und an deren Verwirklichung mitzuarbeiten und mitzugestalten.

Diese - vom Heim unabhängige Person – verschafft sich einen persönlichen Überblick über die Situation und vertritt die Interessen der Bewohner. Im Idealfall werden die Heimbewohnervertreter mit der Heim- bzw. Pflegeleitung ein ausführliches Gespräch führen und sich um die Aufhebung oder zumindest Reduzierung der eingeleiteten freiheitsbeschränkenden Maßnahme bemühen.

Die Bewohnervertreter nehmen auch am gerichtlichen Kontrollverfahren teil. Ein solches kann von dem Bewohner, ihrem Vertreter, einer Vertrauensperson oder dem Heim selbst in Gang gesetzt werden.

Ärzte

Den Ärzten kommt nach den Vorgaben des HeimAufG die Aufgabe zu, freiheitsbeschränkende Maßnahmen anzuordnen (bzw. entsprechende Anordnungen auch wieder aufzuheben). Häufig werden die Bewohner (wie auch in dem Pflegeheim in dem ich tätig bin) oft auch nach ihrem Umzug in die Einrichtung weiterhin von ihrem Hausarzt betreut. Das führt dann zu der Situation, dass die Einrichtungen es mit einer Reihe unterschiedlicher Ärzte zu tun haben, wenn sie freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei einzelnen Bewohnern anordnen lassen. Als besonders problematisch gilt die Verschreibungspraxis mancher Hausärzte, die ihren Patienten über Jahre hinweg Antidepressiva oder Sedativa verschreiben ohne dabei auf die entsprechende Indikation zu achten. Somit kann es vorkommen, dass Bewohner aufgrund der Medikation, die sie von ihren Hausärzten erhalten, in dem Moment, wo sie in eine Einrichtung übersiedeln, plötzlich als medikamentös freiheitsbeschränkt gelten.

Problematisch wird die Situation dann, wenn Bewohner, die auf Grund ihres Verhaltens in gerontopsychiatrische Abteilungen verlegt werden. Dort herrscht im Hinblick auf den Umgang mit Medikamenten ein anderes Regime, das Thema Freiheitsbeschränkung tritt dort hinter der Frage der Beseitigung von akuten Symptomen psychischer Störungen zurück. Wieder im Pflegeheim brauchen die Patienten mitunter einige Zeit bis wieder ansprechbar und annähernd orientiert für den Alltag sind.

Je nachdem wie eng, oder wie weit man den Begriff der medikamentösen Freiheitsbeschränkung fasst, kann es auch bei der Verwendung eines neuen Medikamentes zu Diskussionen mit der Bewohnervertretung kommen. Wenn zum Beispiel im Rahmen einer Dosisfindung der Bewegungsdrang des Bewohners in einer mehr als erforderlichen Art eingeschränkt wird.

Insgesamt zeigt sich das die medikamentöse Freiheitsbeschränkungen schwerer zu diagnostizieren sind als die rein körperlichen Maßnahmen.

Alternativen – Denkanstöße

Was ist zur Gefahrenabwehr in einer konkreten Situation „geeignet“? Welche Alternativmaßnahmen könnten das gleiche Ziel auf weniger eingreifende Weise erreichen? Und vor allem: Welche dieser Alternativen sind in der konkreten Situation überhaupt verfügbar (Fragen der Organisation und Ökonomie), bzw welche Alternativen sollten verfügbar sein (politische und rechtliche Auflagen)?

In ungefähr 90 Prozent der Fälle wird zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen gegriffen, um Stürze zu vermeiden (u.a. Capezuti 2004; LPZ 2007, 2008). In 10 Prozent der Fälle liegen andere Gründe vor, wie etwa das Eindämmen von Unruhe, Aggression, Umherirren oder Verhaltensweisen wie das Herumschmieren mit Stuhlgang.

Weltweite Studien zeigen: Ein schlechter kognitiver Status, ein hohes Maß an körperlicher Abhängigkeit und eine schlechte Mobilität sind die wichtigsten Prädiktoren für die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen (u.a. Capezuti 2004, Hamers et al. 2004).

Was manchmal vergessen wird, ist das freiheitsbeschränkende Maßnahmen auch per se negative Folgen für den Patienten haben können.

- das Entstehen von Inkontinenz
- Dekubitus
- Muskelverkrampfung
- Depression
- Aggression
- Erregungszustände
- Verwirrtheit

Körperliche Passivität führt außerdem zu einer erheblichen Verschlechterung von

- Denkvermögen
- Schlaf-Wach-Rhythmus
- Stimmung

Es gibt keine Patentlösung, um freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu ersetzen.

Zudem ist die Anwendung solcher Maßnahmen nicht per definitionem sicher. Manche Bewohner versuchen sich mit ganzer Kraft aus der Fixierung zu befreien und fügen sich so erst recht Verletzungen zu.

Beispiele für alternative Lösungen wären:

Niederflurbetten, Sturzmatratze, 2 Glocke, Gehilfe, Gehtraining, Nestpflege am Boden, Sitzhosen im Rollstuhl.....

Gerade bei der Suche nach Alternativen zur verordneten Freiheitsbeschränkung bzw. gelindere Maßnahmen sind die Akteure wieder als Team gefordert.

Die Beurteilung einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung ist eine komplexe Herausforderung, die einen hohen Erfahrungs- und Wissenstand erfordert, sowohl über den „geriatrischen Patienten“ mit der für ihn typischen Multimorbidität, Multimedikation, Funktionsdefiziten und meist eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten, als auch über die gerontopsychiatrische Pharmakologie.

Gerade bei der medikamentösen Freiheitsbeschränkungen wäre eine auf die Einrichtung bezogene Form der Dokumentation verabreichter Medikamente hilfreich, die in ihrer Wirkung ab einer gewissen Dosis als freiheitsbeschränkend gelten können. Dies ermöglicht vergleichend die Erhebung des durchschnittlichen Medikamenteneinsatzes. Hand in Hand geht damit eine genauere Erhebung der insgesamt verabreichten Medikamente um Substitutionseffekte besser beurteilen zu können. Während mechanische Freiheitsbeschränkungen abgebaut werden, nehmen medikamentöse Formen offensichtlich zu.

Eine amerikanische Expertengruppe stellt in den Archives of Internal Medicine (2003; 163: 2716–2724) eine Negativliste von Medikamenten vor, die bei älteren Menschen oder bei bestimmten Begleiterkrankungen vermieden werden sollten. Es handelt sich

um ein „Update“ der „Beers-Kriterien“...Herausgekommen ist eine Liste mit 48 Medikamenten oder Medikamentenklassen, die bei Patienten über 65 Jahre generell nicht eingesetzt werden sollten. Zur Beurteilung pharmakologischer Angemessenheit könnten die „Beers-Kriterien“ als gut anwendbares Tool herangezogen werden. Allerdings müsste zuerst eine Adaptierung an europäische Verhältnisse erfolgen.

Zusammenfassung

Am Anfang steht die grundsätzliche Frage nach den Grundrechten jedes Einzelnen, wie in der Gesellschaft damit umgegangen wird und welchen Schutz die betroffenen Menschen bedürfen. Daraus leitet sich auch die ethische Frage der Selbstbestimmung und Fremdbestimmung von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankungen ab. Die unterschiedlichen Blickwinkel der handelnden Akteure zeichnen ein Bild in dem als Mittelpunkt der Mensch als selbstbestimmtes, aber schutzbedürftiges Individuum steht.

Der juristische Blickwinkel, ist das Gesetz selbst, die mehr oder weniger klare Ausformulierung, die Umsetzung, Fragen der Interpretation und der Einschätzung (Gutachter) und die Rechtsprechung.

Die pflegewissenschaftliche Sicht orientiert sich im Wesentlichen an den Fragen des Pflegestandards und der Möglichkeit von gelinderen, nicht beschränkenden Pflegemaßnahmen, der Vermeidung von Gefährdung und Sicherung einer qualitativ hochwertigen am Bewohner orientierten Pflege.

Für den Arzt stehen im Zusammenhang mit dem HeimAufG, vor allem die Fragen der psychischen Erkrankung oder geistigen Behinderung, der Einschätzung der Gefährdung, die Anordnung der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, die Aufklärung der Patienten und die Verordnung von Medikamenten, im Vordergrund.

Aus Sicht der Angehörigen wäre eine optimale Betreuung, Pflege und Behandlung ihrer Angehörigen wünschenswert.

Und die Bewohnervertreter als zentrales Rechtsschutzinstrument für den betroffenen Bewohner zur Wahrung seiner persönlichen Rechte. Die Aufgaben der Bewohnervertreter gehen über die Vertretungsaufgabe deutlich hinaus. Sie sollten als kooperative Drehscheibe zwischen den Akteuren fungieren. Ansprechpartner sein, den Erfahrungsaustausch ermöglichen und gemeinsam mit allen Beteiligten Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen entwickeln.

Oft genügen nur geringe Veränderungen der bisherigen Rahmenbedingungen – durch die Einführung neuer Formen der Lagerung, durch kleine Veränderungen der organisatorischen Routinen oder andere kontextbezogene Maßnahmen um individuelle Betreuung und Pflege zu ermöglichen.

So ist der beste Schutz für den Patienten gegeben, wenn eine kooperative Kommunikation, Interaktion und Wertschätzung als Ausdruck eines teamfähigen Handelns aller Akteure gewährleistet ist.

Literatur

<http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40050317/NOR40050317.pdf> besucht am 30.12.2009

VertretungsNetz und Heimaufenthaltsgesetz – Über die Lösung komplexer Probleme in einem komplexen Arbeitsfeld PD Dr. Reinhard Kreissl, IRKS, November 2008;

<http://www.vsp.at/index.php?id=98#c146>Fachvortrag zum Heimaufenthaltsgesetz besucht am 31.12.2009

Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults Results of a US Consensus Panel of Experts Donna M. Fick, PhD, RN; James W. Cooper, PhD, RPh; William E. Wade, PharmD, FASHP, FCCP; Jennifer L. Waller, PhD; J. Ross Maclean, MD; Mark H. Beers, MD Arch Intern Med. 2003;163:2716-2724. <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/short/163/22/2716> besucht am 31.12.2009

GKPS Horn DGKP Franz Kitzler 2003 http://www.basale-stimulation.at/pdf_datei/agressivitaet_und_gewalt_in_der_pflege.pdf besucht am 01.01.2010

Zur Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes – Effekte von Rechtsschutz auf die Kultur der Pflege Veronika Hofinger, Reinhard Kreissl, Christa Pelinka, Arno Pilgram IRKS Studie Wien 2007

Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society 50, 90-96. Capezuti, E., Maislin, G., Strumpf, N., Evans, L.K. 2002.

Minimizing the use of restrictive devices in dementia patients at risk for falling. Nursing Clinics of North America 39, 625-647. Capezuti, E. 2004.

Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. Journal of Advanced Nursing 45, 246-251. Hamers, J.P.H., Gulpers, M.J.M., Strik, W. 2004.

Why do we use physical restraints in the elderly? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, 19-25. Hamers J.P.H., Huizing A.R. 2005.

Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing. Hamers, J.P.H., Meyer, G., Köpke, S., Lindenmann R., Groven, R., Huizing, A.R. 2009. - LPZ 2007. Landelijke prevalentie meting zorgproblemen, rapportage 2007. Maastricht, Universiteit Maastricht.

LPZ 2008. Landelijke prevalentie meting zorgproblemen, rapportage 2008. Maastricht, Universiteit Maastricht.

Fall prevention in psychogeriatric nursing home residents. Maastricht, Universiteit Maastricht (academisch proefschrift). Neyens, J 2007.

Freiheitsberaubende Einschränkung Dr. E. Wahl – Kongressnachlese Allgemeinmedizinkongress in Innsbruck, 26.04.2008 <http://www.tgam.at/kongress2008/abstractwahl.pdf> besucht am 01.01.2010

Zeitschrift für pflegende Angehörige 3/2005 6. Jahrgang – Heimaufenthaltsgesetz Hella Manger-Kogler DGKS

Österreichische Pflegezeitschrift 03/05 Das Heimaufenthaltsgesetz Dr. Peter Barth

Medikamentöse Freiheitsbeschränkung in Pflegeheimen im Bundesland Vorarlberg, Österreich:
Analyse der ersten Meldungen und Implikationen für eine sachgerechte Verwirklichung der
gesetzlichen Meldepflicht Wien Med Wochenschr 2008 158/17-18: 489-492 Eva Mann, Gabriele
Meyer

Zeitschrift für pflegende Angehörige 3/2005 6. Jahrgang – Das neue Heimaufenthaltsgesetz
Dr. Herbert Spiess

Einschränkung der persönlichen Freiheit durch Zwangsmedikation? Mag. Jur. Michael Krenn
http://www.argedaten.at/php/cms_monitor.php?q=PUB-TEXT-ARGEDATEN&s=50932avu besucht am
30.12.2009

Heimaufenthaltsgesetz versus Steiermärkisches Pflegeheimgesetz Die Auswirkungen der
Steiermärkischen Pflegeschlüsselverordnung auf die Anzahl der Freiheitsbeschränkungen.
Abschlussarbeit im Rahmen der Sonderausbildung für Führungsaufgaben - Gerald Milcher November
2008

Heimaufenthaltsgesetz – Information über Bewohnerrechte Herausgeber: Dr. Peter Schläffer Verein
für Sachwalterschaft & Patientenrechtsanwaltschaft 2005