

**Die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
an geriatrischen Patientinnen und Patienten
im Akutkrankenhaus**

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Trummer Elisabeth

51807220

Begutachter: Herr Mag. Kudrna Georg

Wiener Neustadt, Juni 2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

01.06.2020



Unterschrift

Abstract

Der Einsatz physischer und pharmakologischer Freiheitsbeschränkungen bei älteren Menschen ist ein relevantes Thema, da immer mehr geriatrische Patientinnen und Patienten im Krankenhaus eine Demenz oder andere Formen kognitiver Erkrankungen und Krankheiten aufweisen. Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, wo die Hauptgründe bei der Anwendung einer Freiheitsbeschränkung liegen. Darüber hinaus wurden alternative Maßnahmen genannt, die in der stationären Altenbetreuung anwendbar sind, um Beschränkungen zu vermeiden. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine Literaturrecherche gewählt.

In dieser Arbeit werden die verschiedenen Arten von Beschränkungen zusammengefasst. Geriatrische Patientinnen und Patientin mit schlechter Mobilität und eingeschränktem kognitiven Status haben ein besonders großes Risiko für die Verwendung von Freiheitsbeschränkungen. Viele Studien haben gezeigt, dass ein häufiger Grund, ältere Menschen in ihrer Freiheit zu beschränken darin besteht, Stürze zu vermeiden. Die überwiegende Mehrheit der restriktiven Methoden sind Bettseitenteile. Verschiedene Studien beschreiben unterschiedliche Alternativen, die den Einsatz von Freiheitsbeschränkungen und Fixierung minimieren können. Das Personal sollte über die Anwendung von Beschränkungen, Konsultationen und alternativen Interventionen adäquat geschult werden. Auch wenn das Risiko von Stürzen einer der Hauptgründe für die Verwendung von Einschränkungen war, änderte sich die durchschnittliche Anzahl der monatlichen Sturzereignisberichte nicht.

Schlüsselbegriffe: Freiheitsbeschränkung, Fixation, Demenz, Krankenhaus.

Abstract

The use of physical and medical restraints on the elderly is a relevant topic because of the fact that more patients in the hospital setting are diagnosed with dementia or other forms of cognitive illnesses and diseases. The aim of this thesis was to find out what the main reasons are when applying a restriction of freedom. In addition, alternative measures were mentioned that are applicable in the stationary setting in order to avoid restraints. A literature research was used for finding the answers for this thesis.

This paper summarizes the different types restraints. Predictors for the use of restraints are the patient's poor mobility and impaired cognitive status. Many studies have shown that one common reason to restrain elderly is to avoid falls. The vast majority of restraining methods are bed rails. Various studies describe different alternatives which can minimize the use of restraints and fixation. Staff education on the use of restraints, consultation and alternative interventions should be offered. Even though the risk of falls has been one of the main reasons for using restrains the median number of monthly fall reports did not change.

Keywords: restraints, fixation, dementia, hospital care.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 6 |
| 1.1 | Problemstellung und Forschungsfragen | 7 |
| 1.2 | Zielsetzung und Aufbau der Arbeit..... | 8 |
| 1.3 | Begriffe und Definitionen..... | 9 |
| 1.3.1 | Die geriatrische Patientin, der geriatrische Patient..... | 9 |
| 1.3.2 | Demenz..... | 10 |
| 1.3.3 | Akute Verwirrtheit und Delir..... | 10 |
| 1.3.4 | Freiheitseinschränkung und Freiheitsbeschränkung | 11 |
| 2 | Rechtslage nach dem Heimaufenthaltsgesetz | 12 |
| 2.1 | Voraussetzungen..... | 12 |
| 2.2 | Geltungsbereich..... | 14 |
| 2.3 | Dokumentation..... | 15 |
| 2.4 | Vertretung..... | 17 |
| 3 | Arten von Freiheitsbeschränkungen | 18 |
| 3.1 | Mechanische Freiheitsbeschränkung | 18 |
| 3.2 | Elektronische Freiheitsbeschränkung | 19 |
| 3.3 | Medikamentöse Freiheitsbeschränkung | 20 |
| 4 | Motive hinter der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen | 22 |
| 5 | Alternativen zur Freiheitsbeschränkung | 23 |
| 5.1 | Gelindeste Mittel | 25 |
| 5.2 | Leitlinien und evidenzbasierte Empfehlungen..... | 26 |
| 5.3 | Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen | 28 |
| 6 | Rechtsphilosophie und Ethik | 29 |
| 7 | Conclusio | 32 |
| 8 | Diskussion | 33 |
| 9 | Ausblick | 34 |
| | Literaturverzeichnis | 35 |
| | Abbildungsverzeichnis | 39 |

Tabellenverzeichnis 40

1 Einleitung

Ältere Menschen haben - wie alle anderen Menschen auch - das Recht, unabhängig, selbstbestimmt und autonom zu leben. Gerade in Krankenhäusern und Akutspitälern gibt es auf Grund der steigenden Anzahl von Menschen mit Demenz und kognitiven Leistungsstörungen häufig die Anwendung von Freiheitsein- und Freiheitsbeschränkungen der Betroffenen. Mit Inkrafttreten des Heimaufenthaltsgesetzes im Juli 2005 wurde erstmals der Schutz der persönlichen Freiheit von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung während eines Aufenthaltes in Pflegeheimen, Krankenanstalten und Betreuungseinrichtungen geregelt. Die persönliche Freiheit und Autonomie ist ein Menschenrecht, das jeder Person zusteht. Die verfassungsrechtliche Grundlage in Österreich bildet die europäische Menschenrechtskonvention und das Bundesverfassungsgesetz zum Schutz der persönlichen Freiheit. Die Achtung dieser Freiheit ist auch eine wesentliche Aufgabe der Pflege in österreichischen Krankenhäusern. Mit dem Heimaufenthaltsgesetz rückte die Willens- und Fortbewegungsfreiheit von pflegebedürftigen Menschen erneut stärker in den Fokus. Damit wurde eine gesetzliche Grundlage geschaffen, nach der Freiheitsbeschränkungen unter gewissen Bedingungen vorgenommen werden dürfen. Das Gesetz regelt detailliert die Zulässigkeit von Freiheitsbeschränkungen bei Menschen mit psychischer oder intellektueller Beeinträchtigung in Alten- und Pflegeheimen, Behinderteneinrichtungen, Krankenanstalten sowie vergleichbaren Einrichtungen. Das Heimaufenthaltsgesetz schreibt eindeutig vor, wer unter welchen Voraussetzungen eine freiheitsbeschränkende Maßnahme anordnen oder durchführen darf. Grund, Art, Beginn und Dauer einer solchen Maßnahme müssen schriftlich dokumentiert werden und die Freiheitseinschränkung muss das letzte Mittel der Wahl sein (Bürger & Halmich, 2015).

Der World Alzheimer Report beschreibt die Demenz als globales Problem. Weltweit lebten im Jahr 2018 bereits 50 Millionen Menschen mit Demenz. Diese Zahl wird sich bis zum Jahr 2050 verdreifachen (Alzheimer's Disease International, 2018). Wendet man den Blick nach Österreich wird auch hier der starke demographische Wandel durch die stetig wachsende Anzahl der dementiell erkrankten Personen ersichtlich. Aktuell leiden zirka 100.000 Menschen an einer dementiellen Erkrankung und bis zum Jahr 2050 wird diese Zahl auf etwa 230.000 angestiegen sein (Österreichische Alzhei-

mer Gesellschaft, 2019). Das bedeutet für Gesundheitseinrichtungen, dass die Patientinnen und Patienten nicht bloß immer älter, sondern auch immer – auf Grund von neurodegenerativen Erkrankungen - verwirrt werden. Zudem werden im Krankenhaus Menschen mit einer diagnostizierten Demenz häufiger in ihrer Freiheit beschränkt (Gerace et al., 2013). Im Akutkrankenhaus sind die Demenz und akute Verwirrtheit relevante Diagnosen, die unter anderem zu einer Freiheitsbeschränkung führen können.

1.1 Problemstellung und Forschungsfragen

Insgesamt 40 Prozent (%) der Patientinnen und Patienten über 65 Jahre im Akutkrankenhaus leiden an kognitiven Störungen und dementiellen Krankheitsbildern, die bei der stationären Aufnahme oft nicht bekannt sind (Heidl & Runde, 2016). Bei der Aufnahme ins Krankenhaus fühlen sich Patientinnen und Patienten dabei häufig, zusätzlich zu ihren gesundheitlichen Beschwerden, unwohl. Dabei spielt die neue und ungewohnte Umgebung eine große Rolle, was zu herausforderndem Verhalten der Betroffenen führen kann. Dies äußert sich häufig durch Agitation, Selbst- oder Fremdgefährdung, sodass die mitarbeitenden Gesundheitsberufe eine Freiheitsbeschränkung für indiziert sieht (Gerace et al., 2013).

Bei der punktuellen Prävalenzerhebung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz im Jahr 2017 betrug die Anzahl von Freiheitsbeschränkungen in österreichischen Pflegeeinrichtungen 9,8 %. Alleine in Allgemeinkrankenhäusern wurden bei 7,8 % der Patientinnen und Patienten entsprechende Maßnahmen gesetzt. Dabei kamen mechanische Maßnahmen wie Bettseitenteile und Fixiergurte am häufigsten zur Anwendung, gefolgt von elektronischen und pharmakologischen Maßnahmen. Alternative Methoden wurden bei weniger als einem Drittel (29%) der Fälle genutzt (Lohrmann, 2018).

Neben den neurodegenerativen und kognitiven Beeinträchtigungen wie Demenz oder Delir stellen auch Wahrnehmungsprobleme sowie eine Einschränkung in der Mobilität einen erheblichen Risikofaktor für die Anwendung und den Einsatz von Freiheitsbeschränkungen dar. Oft werden restriktive Maßnahmen als Sicherheitsmaßnahmen wie beispielsweise zur Sturzprävention durchgeführt (Hamers & Huizing, 2005).

Anlehnend an die Klassifizierungen von psychiatrischen Krankheitsbildern nach dem ICD-10 Code, kann eine psychische Erkrankung angenommen werden bei endogenen Psychosen und körperlich begründbaren Psychosen (Hirntumore, Hirngefäßerkrankungen, höhergradiges organisches Psychosyndrom, Demenzen, Delir, Psychosen auf Grund von Intoxikation oder Stoffwechselstörungen). Bei Erkrankungen dieser Art ist im Sinne des HeimAufG auszugehen, wenn die Beeinträchtigung der Zustandsbilder Auswirkungen auf die Urteils- und Einsichtsfähigkeit der Betroffenen hat (Bürger & Halmich, 2005., Barth & Engel, 2013).

Einerseits werden Freiheitsbeschränkungen angewandt, um die Patientinnen und Patienten vor Selbstgefährdung wie beispielsweise Stürzen zu schützen. Andererseits stellen diese Maßnahmen einen Eingriff in die persönliche Freiheit der Betroffenen dar. Dies ruft vor allem auf pflegerischer Seite ein Dilemma hervor. Moral und Ethik haben neben den gesetzlichen Voraussetzungen einen großen Stellenwert. Dadurch stellen sich folgende Fragen, die es durch diese Arbeit zu beantworten gilt:

Welche Gründe stehen bei der Anwendung von Freiheitsbeschränkung im Vordergrund?

Welche Alternativen Maßnahmen können (im Akutkrankenhaus) gesetzt werden, um Freiheitsbeschränkungen zu vermeiden?

1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Mittels Literaturrecherche wird die Problematik hinter dem Thema Freiheitsbeschränkungen aufgegriffen, um die oben angeführten Forschungsfragen zu beantworten.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den rechtlichen und ethischen Aspekten in der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und hat zum Ziel, die Motive und mögliche Gründe für den Einsatz von Freiheitsbeschränkungen aufzuzeigen. Zudem sollen alternative Mittel und Methoden zur Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen im Setting Krankenhaus erläutert werden.

Das erste Kapitel befasst sich mit der Problemdarstellung und grundlegenden Begriffen, um einleitend die Ausgangslage für das Thema zu beschreiben. Hier werden die grundlegenden Begriffe definiert und die unterschiedlichen Arten der freiheitsbe-

schränkenden Maßnahmen angeführt. Im zweiten Kapitel wird die rechtliche Ausgangslage mit dem Heimaufenthaltsgesetz erläutert. Im dritten Kapitel werden die unterschiedlichen Arten von restriktiven Maßnahmen beschrieben und erklärt. Das vierte Kapitel befasst sich mit den in der Literatur beschriebenen Gründe und Motive für eine Freiheitsbeschränkung. Im fünften Kapitel werden Alternativen und gelindeste Mittel aufgezeigt, die den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen reduzieren sollen. Dabei werden evidenzbasierte Alternativen aus der Literatur aufgegriffen. Mit dem sechsten Kapitel werden die dahinterliegenden ethischen Aspekte in Bezug auf die Rechtsphilosophie erläutert. Im siebten Kapitel der Bachelorarbeit werden die Ergebnisse der Literaturrecherche zusammengefasst und diskutiert.

1.3 Begriffe und Definitionen

Für eine einheitliche Verständlichkeit werden im Folgenden zentrale Begrifflichkeiten definiert und der Unterschied zwischen Freiheitseinschränkungen und Freiheitsbeschränkungen erläutert. Zudem beschränkt sich diese Arbeit auf geriatrische Patientinnen und Patienten, die entweder eine diagnostizierte psychiatrische oder neurodegenerative Erkrankung, wie eine Demenz, oder eine akute Verwirrtheit im Rahmen eines Delirs entwickelt haben. Dazu werden diese beiden Krankheitsbilder mit ihrer Symptomatik kurz erklärt, um ein allgemeines Verständnis in Bezug zu Freiheitsbeschränkungen zu erlangen.

1.3.1 Die geriatrische Patientin, der geriatrische Patient

Geriatrische Patientinnen und Patienten werden in der Literatur als Menschen mit hohem Lebensalter (65 Jahre oder älter) und multimorbid beschrieben. Dabei bezieht sich die, für die Geriatrie typische, Multimorbidität auf die biologischen Aspekte und Vulnerabilität, die sich aus Komplikationen und Folgeerkrankungen sowie dem Risiko eines Verlustes von Autonomie und Einschränkungen in den Lebensaktivitäten resultiert (Lechleitner, 2007).

In der Österreichischen Ärztezeitschrift (Lechleitner, 2007) werden die vier Giganten der Geriatrie beschrieben, welche die alterstypischen Symptome Immobilität, Frailty, Inkontinenz sowie kognitive Beeinträchtigung als Begriff zusammenfassen. Frailty bedeutet das Auftreten typischer geriatrischer Syndrome und Multimorbidität kombiniert mit Gebrechlichkeit. In Österreich sind dementielle Erkrankungen in der Altersgruppe

von Personen über dem 65 Lebensjahr bereits bei drei Prozent der Bevölkerung anzutreffen.

1.3.2 Demenz

Demenz ist ein Syndrom einer neurodegenerativen Erkrankung nach ICD-10- Code F00-F003. Im Verlauf der Krankheit kommt es zu einem Verlust von geistigen Fähigkeiten wie dem Gedächtnis, dem Denken, der Orientierung und Auffassungsgabe. Weiterführend kommt es zu einer Verschlechterung der Lernfähigkeit, der Sprache, des Sprechens und Urteilsvermögens, bis hin zur eingeschränkten Entscheidungsfähigkeit (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015).

Folgende Verhaltensweisen und Symptome äußern sich bei Menschen mit dementieller Erkrankung und werden im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes mitunter noch zusätzlich verstärkt:

- Gedächtnis: Vergesslichkeit, Desorientiertheit, Verlorengehen auf bekannten Wegen
- Logisches Denken und Urteilsvermögen: Schwierigkeiten beim Verstehen von Sicherheitsrisiken, reduzierte Entscheidungsfindung, etc.
- Beeinträchtigung visuell-räumlicher Fähigkeiten: Probleme beim Kleiden, Unfähigkeit bekannte Gesichter oder Objekte zu erkennen, nicht zurechtfinden in der Umgebung.
- Sprachstörungen wie Aphasie und Apraxie
- Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten: Agitation, psychomotorische Hemmung, Antriebsstörung, sozialer Rückzug, Verlust von Empathie, sozial inakzeptables Verhalten (Dilling et al., 2015).

1.3.3 Akute Verwirrtheit und Delir

Delir bedeutet eine plötzliche, starke Verwirrtheit. Gleichbedeutend wird Delir beschrieben als akuter Verwirrheitszustand oder „Durchgangssyndrom“. Es kommt zu einer akuten, organisch bedingten Beeinträchtigung des Gehirns, das zu einer unangemessenen Reaktion auf Umweltreize führt. Die Betroffenen sind dabei durcheinander oder sogar verwirrt und sind daher unfähig sich zu orientieren. Menschen über 65 Jahren und Menschen mit Demenz haben ein besonders hohes Risiko ein Delir zu entwickeln,

auch wenn von diesem Syndrom grundsätzlich jeder betroffen sein kann (Böhmdorfer, Frühwald, Iglseider, Jagsch & Weissenberger-Leduc, 2013). In Krankenanstalten ist das Delir ein relevantes Syndrom bei geriatrischen Patientinnen und Patienten, die Prävalenz liegt zwischen 14 und 20 %. Ein unbehandeltes Delir kann zu einer erhöhten Mortalität bis zu dauerhafter Pflegeabhängigkeit durch nicht reversible kognitive Defizite führen (Hinterhuber & Marksteiner, 2012., Duning & Göpel, 2016).

Die Symptome des Delirs sind ein akuter Beginn, Störungen der Psychomotorik (hyperaktiv, hypoaktiv oder gemischter Antrieb), auffällige Veränderung der Stimmungslage mit schnellen Schwankungen (ängstlich, depressiv, euphorisch), Denkstörungen, kognitive Defizite und verminderte Orientierung, veränderter Schlaf-Wach-Zyklus (Tag-Nacht-Umkehr), Sprach- und Mitteilungsstörungen sowie Wahrnehmungsstörungen im Sinne von Halluzinationen und Verzerrung von realen Eindrücken (Böhmdorfer et al., 2013).

Mit der Definition und Beschreibung der Begriffe wird deutlich, dass geriatrische Patientinnen und Patienten ein hohes Risiko tragen, im Rahmen eines stationären Aufenthaltes im Akutkrankenhaus freiheitsbeschränkt zu werden. Je nach Zustand und Kognition der Betroffenen kann zwischen einer Freiheitseinschränkung oder Freiheitsbeschränkung unterschieden werden.

1.3.4 Freiheitseinschränkung und Freiheitsbeschränkung

Eine Freiheitseinschränkung findet ausnahmslos mit rechtswirksamer Zustimmung der betroffenen Person statt, diese muss dabei einsichts- und urteilsfähig sein. Die Maßnahme erfolgt, im Gegensatz zu beschränkenden Maßnahmen, nicht gegen oder ohne den Willen der Patientinnen und Patienten, sondern im gegenseitigen Einverständnis. Maßgeblich für eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit ist die Einwilligungsfähigkeit, die nicht das Vorliegen einer zivilrechtlichen Geschäftsfähigkeit verlangt. Als einsichts- und urteilsfähig gilt eine Person immer dann, wenn sie einer Maßnahme ohne Druck und Zwang, frei von Willensmängeln, zustimmt. Die betroffene Person kann auch die Tragweite des Einverständnisses verstehen und nachvollziehen. Voraussetzung für eine rechtskonforme Einwilligung ist die vorherige Aufklärung im Sinne des

informed consent (Bürger & Halmich, 2005, S. 57). Im personenbezogenen Anwendungsbereich, wie im Akutkrankenhaus, sind Freiheitseinschränkungen ebenso an die Bewohnervertretung zu melden.

Hingegen geschieht eine Freiheitsbeschränkung gegen oder ohne den Willen der betroffenen Person. Am 01. Juli 2005 wurde daher das Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz – HeimAufG) erlassen (Bundeskanzleramt, 2019). Da die Gesetzeslage hier einen wesentlichen Bestandteil in der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen darstellt, werden im Folgenden relevante Aspekte des Heimaufenthaltsgesetzes erläutert.

2 Rechtslage nach dem Heimaufenthaltsgesetz

Nach dem Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) liegt eine Freiheitsbeschränkung dann vor, sobald eine Ortsveränderung räumlich oder bereichsbezogen einer zu betreuenden oder zu pflegenden Person gegen oder ohne deren Willen mit physischen Mitteln wie mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen erfolgt. Eine Freiheitsbeschränkung liegt bereits dann vor, wenn diese lediglich angedroht wird. Zusammenfassend liegt eine Beschränkung laut dem HeimAufG vor, sobald es einer Person unmöglich gemacht wird, ihren Aufenthalt nach ihrem freien Willen zu verändern (Bundeskanzleramt, 2019).

Der erste Abschnitt des Gesetzes befasst sich mit dem Schutz der persönlichen Freiheit. Dabei wird beschrieben, dass die Menschenwürde von Personen, die auf Pflege oder Betreuung angewiesen sind, unter allen Umständen zu achten gilt. Die persönliche Freiheit von Menschen mit hohem Alter, Behinderung oder Erkrankung ist besonders zu schützen. Eine Freiheitsbeschränkung ist nur unter Beachtung des Verfassungsrechts und Bundesgesetzes zulässig (Bundeskanzleramt, 2019).

2.1 Voraussetzungen

Damit eine Beschränkung im Rahmen des HeimAufG überhaupt zulässig ist müssen die folgenden Zulässigkeitsvoraussetzungen nach § 4, Abs. 2, HeimAufG erfüllt sein:

- Es muss eine psychische Erkrankung oder intellektuelle Beeinträchtigung vorliegen, und
- In diesem Zusammenhang muss eine ernste, erhebliche und aktuelle Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen.
- Die Beschränkung muss für den Sachverhalt in ihrem Ausmaß angemessen, geeignet und unerlässlich sein.
- Es darf keine andere pflegerische, betreuerische oder organisatorische Maßnahme, gelindeste Mittel oder Alternative möglich sein (Bundeskanzleramt, 2019).

Der Verein „VertretungNetz“ ist ein österreichweiter Verein, der den Gerichten eine Erwachsenenvertretung, Patientenadvokatur und Bewohnervertretung zur Verfügung stellt. Der Verein beschreibt, dass nach dem HeimAufG alle Punkte der Zulässigkeitsvoraussetzungen erfüllt sein und dokumentiert werden müssen. Eine Freiheitsbeschränkung darf lediglich unter der Einhaltung fachgemäßer Standards und unter Rücksichtnahme und Schonung der betroffenen Person vorgenommen werden. Jede Freiheitsbeschränkung muss den geringst möglichen Eingriff darstellen und darf nur so kurz als nötig eingesetzt werden. Die vom Betroffenen gewünschte Vertrauensperson, Bewohnervertretung, Erwachsenenvertretung, juristische Person oder (schriftlich) bevollmächtigte Angehörige müssen über die vorgenommene Freiheitsbeschränkung informiert werden (Bundeskanzleramt, 2019., VertretungsNetz, 2019).

Nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit (Bürger & Halmich, 2005) geht es um die Eignung der Erforderlichkeit und der Angemessenheit. Dadurch wird festgelegt, dass eine Freiheitsbeschränkung immer das letzte Mittel der Wahl darstellt und unter möglicher Schonung der Betroffenen einzusetzen sind (Ultima-Ratio-Prinzip). Dabei stellen sich folgende Fragen: Ist die Freiheitsbeschränkung für das Ziel und Indikation, für die sie eingesetzt werden soll, geeignet, erforderlich und angemessen? Ist die Anwendung in ihrer Intensität und Dauer der Situation angemessen? Gibt es gelindeste Mittel und Alternativen, die denselben oder höheren Nutzen versprechen? Nach Bürger & Halmich (2005) geht das Kriterium des letztmöglichen Mittels davon aus, dass alle möglichen Alternativen zur Vermeidung der Beschränkung erprobt und als unwirksam erwiesen wurden.

Die Zulässigkeitsvoraussetzungen von Freiheitsbeschränkungen sind in jedem Fall einzeln zu beurteilen.

2.2 Geltungsbereich

Das Heimaufenthaltsgesetz gilt in Einrichtungen, in denen mindestens drei Personen mit kognitiver/intellektueller Beeinträchtigung oder psychischer Erkrankung ständig betreut oder gepflegt werden können. Dies sind beispielsweise Alten- und Pflegeheime, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Einrichtungen zur Pflege und Erziehung Minderjähriger sowie Krankenanstalten. Vom Heimaufenthaltsgesetz ausgenommen sind psychiatrische Abteilungen, denn hier gilt das Unterbringungsgesetz (UBG). Die Anordnungsbefugnis richtet sich nach der Art der Freiheitsbeschränkung. So obliegt eine Freiheitsbeschränkung mittels Medikamente der ärztlichen Anordnung. Die für Freiheitsbeschränkungen zuständigen Berufsgruppen sind Ärztinnen und Ärzte, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und pädagogische Leitungen (VertretungsNetz, 2019).

Es liegt keine Freiheitsbeschränkung vor, sobald von der einsichts- und urteilsfähigen Person die Zustimmung für die Anwendung der freiheitsbeschränkenden Maßnahme erteilt wurde (Bürger & Halmich, 2015). Nur solche Freiheitsbeschränkungen sind geeignet, die nicht ihrerseits zu einer Gesundheitsschädigung der betroffenen Person führen (Barth & Engel, 2013).

Die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen ist in unterschiedlichen Rechtsgebieten relevant. Dies spiegelt die Bedeutung der Grundrechte für die gesamte Rechtsordnung wider. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen dürfen immer nur auf Basis einer gesetzlichen Ermächtigung durchgeführt werden. Nach dem österreichischen Strafgesetzbuch, §99 ist eine widerrechtliche Freiheitsentziehung oder Einschränkung der Bewegungsfreiheit grundsätzlich strafbar. Der Delikt Freiheitsentziehung kann mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren vergolten werden (Barth & Engel, 2013). Eine Freiheitsbeschränkung im Sinne des HeimAufG ist nur unter den genannten Zulässigkeitsvoraussetzungen legitim.

Im HeimAufG ist deutlich verankert, dass eine freiheitsbeschränkende Maßnahme immer das letzte Mittel der Wahl darstellt und alle möglichen Alternativen vorher ausgeschöpft werden müssen. Es ist unentbehrlich die Durchführung und Anwendung gelinderster Mittel und die Reaktionen darauf zu dokumentieren.

2.3 Dokumentation

Die Bestimmung des HeimAufG geht über die berufsrechtliche Dokumentationspflicht hinaus. Laut dem GuKG, §5, hat das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal bei der Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten pflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren. Die Dokumentation beinhaltet im Rahmen des Pflegeprozesses das pflegerische Assessment, die Pflegediagnose und -planung sowie Pflegemaßnahmen und deren Evaluierung (Bürger & Halmich, 2005).

Laut dem zweiten Abschnitt, §6, des HeimAufG sind folgende Punkte in der Dokumentation zu beachten:

1. Der Grund, die Art, der Beginn sowie die Dauer einer Freiheitsbeschränkung sind schriftlich zu dokumentieren. Ärztliche Zeugnisse und der Nachweis über die notwendigen Verständigungen sind diesen Aufzeichnungen anzuschließen.
2. Ebenso sind der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit festzuhalten (Bundeskanzleramt, 2019).

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind also Teil des Pflegeprozesses und müssen daher in die Pflegeplanung miteingebunden sein. Auffälligkeiten und Besonderheiten im Befinden oder Verhalten der betroffenen Personen, die daraufhin eingeleitete Interventionen und Reaktionen der Patientinnen und Patienten sind möglichst zeitnah in der Dokumentation zu erfassen. Alternativen sowie gelindere Maßnahmen sind im Vorfeld zu erproben und entsprechend in der Dokumentation festzuhalten. Wird zu einem späteren Zeitpunkt der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen notwendig, ist aufgrund der umfangreichen Dokumentation eine stufenweise Annäherung an die Beschränkung ersichtlich und nachvollziehbar. Für alle Berufsgruppen, die zur Dokumentation verpflichtet sind (Pflege, Ärzteschaft, therapeutisches Team), gilt das nachträgliche Berichten als Dokumentenfälschung und ist somit als grobe Pflichtverlet-

zung zu werten. Die Dokumentation ist ausreichend, wenn sie innerhalb eines vertretbaren zeitlichen Rahmens erfolgt und zuverlässig die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben zur gesetzten Intervention oder Beobachtung gewährleisten kann. Mängel in der Dokumentation können im Nachhinein nur soweit korrigiert werden, wenn der Grund für eine Freiheitsbeschränkung in einer anderen Dokumentationsform objektivierbar ist, und es lediglich unterlassen worden ist, auf diese zu verweisen. Für die Rechtslage relevant ist, dass die Durchsicht der Dokumentation aus der gesamten Krankengeschichte zweifelsfrei am zu Grunde liegenden Sachverhalt nachvollziehbar festgehalten wurde (Barth & Engel, 2013., Bürger & Halmich, 2005, S. 84-85).

Außerdem sind jene Pflege- und Betreuungsangebote durchzuführen, die das Wohlbefinden verbessern und die Freiheitsbeschränkung für die betroffene Person erträglicher machen (Benesova, Bruder, Hamborg, Holste, Koalick, Lärm & Wnuck, 2005).

Zur besseren Nachvollziehbarkeit ist es wichtig zu beachten, dass die Pflegedokumentation Rückschlüsse auf die Nichtwirksamkeit von alternativen Mitteln zulässt und daher die Anwendung restriktiver Methoden an der betroffenen Person unerlässlich ist. Miteinbezogen werden eindeutige Pflegeberichte, Fallbesprechungen und Sturzereignisprotokolle (Ritzi & Narchi, 2019).

Dabei ist es hilfreich zu überlegen, worum es in der Pflegedokumentation geht und was im Fokus des Eintrages steht. Zur besseren Nachvollziehbarkeit kann man sich nach dem „DAR-Schema“ orientieren. Die folgende Abbildung beschreibt die darin enthaltenen Punkte.

Tabelle 1: Dokumentation nach dem DAR- Schema

| DAR- Schema | |
|--------------------|--|
| Daten | <p>Subjektive Daten: Äußerungen von Patientinnen oder Angehörigen.</p> <p>Objektive Daten: Beobachtungen der Pflegenden sowie gemessene Daten.</p> <p>Einmalig durchgeführte Pflegeleistungen.</p> |
| Aktionen | <p>Erfordern die dokumentierten Daten/Fakten eine Aktion durch Pflegenden?</p> |

| | |
|-------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von Maßnahmen, Informationsweitergabe an andere Berufsgruppen, etc. • Durchgeführte Aktion • Geplante Aktion |
| Reaktionen | <p>Wie hat der Patient auf die geführten Maßnahmen reagiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegerische Maßnahmen • Therapeutische Maßnahmen • Medizinische Maßnahmen |

Quelle: Wilkinson (2012).

Freiheitsbeschränkung sind also, wie bereits im HeimAufG genannt, nach Grund, Art, Beginn und Dauer schriftlich festzuhalten. Dabei sind besonders jene Gründe anzuführen, aus denen die anordnungsbefugte Person die Voraussetzungen einer Freiheitsbeschränkung, nach dem §4 des HeimAufG, für gegeben erachtet. Die Dokumentation hat zeitnah zur Maßnahme zu erfolgen. Krankenanstalten sind dazu verpflichtet Krankengeschichten anzulegen, diese werden in der Regel über 30 Jahre hinweg aufbewahrt. Eine Freiheitseinschränkung muss ebenfalls dokumentiert und an die Bewohnervertretung gemeldet werden (VertretungsNetz, 2019).

2.4 Vertretung

Im zweiten Abschnitt ist die Bewohnervertretung, laut §8 des HeimAufG, geregelt. Die Bewohnervertretung ist beim örtlich zuständigen Verein für Bewohnervertretung angestellt. Nach dem HeimAufG darf die Bewohnervertretung unangemeldete Besuche in der Einrichtung vornehmen, um sich von den betroffenen Personen einen persönlichen Eindruck zu verschaffen und sich mit der anordnungsbefugten Person und Bediensteten das Vorliegen und die Voraussetzungen der Freiheitsbeschränkung zu besprechen. Dabei darf die Interessensvertretung die Patientinnen und Patienten befragen und Einsicht in die Pflegedokumentation, Krankengeschichte und andere Aufzeichnungen zu nehmen (Bürger & Halmich, 2005).

Die Vertretung der betroffenen Menschen bei der Wahrnehmung des Rechtes auf persönliche Freiheit obliegt der hierfür bestellten Person. Die Vertretung bedarf einer auf die Wahrnehmung dieses Rechtes lautenden schriftlichen Vollmacht und darf nicht in

einem Abhängigkeitsverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung zur Einrichtung stehen. Unabhängig von der Bestellung einer selbst gewählten Vertretung wird ex lege eine sogenannte Bewohnervertretung installiert, deren Vertretungsbefugnis beginnt, sobald die Freiheitsbeschränkung durchgeführt oder in Aussicht gestellt wird (Bürger & Halmich, 2005., VertretungsNetz, 2019).

3 Arten von Freiheitsbeschränkungen

Eine Freiheitsbeschränkung hat das Ziel, die Bewegungsfreiheit einer Person gegen oder ohne ihren Willen zu beschränken. Es wird versucht, einer Person durch unterschiedliche Maßnahmen unmöglich zu machen, sich in Räumen und Bereichen frei zu bewegen. Daher werden im HeimAufG Freiheitsbeschränkungen durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen unterschieden (VertretungsNetz, 2019).

3.1 Mechanische Freiheitsbeschränkung

Unter mechanischen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen werden Gegenstände und Geräte verstanden, die eine Personen körperlich in deren Fortbewegungsmöglichkeit beschränken oder gänzlich verhindern. Laut dem HeimAufG zählen zu den meldepflichtigen Maßnahmen hochgezogene Bettseitenteile, vorgesteckter Therapietisch am Rollstuhl, Fixierungen im Rollstuhl oder Sitzgelegenheit durch Gurte oder Sitzhose, genauso wie die Fixation von einer oder mehreren Extremitäten. Zudem zählt das Feststellen von Rollstuhlbremsen vor dem Tisch oder das körperliche Festhalten ebenso zu den meldepflichtigen Freiheitsbeschränkungen (Bürger & Halmich, 2005). Hochgestellte Bettseitenteile gelten als eine der häufigsten Arten von Freiheitsbeschränkung (Enns et al., 2014., Gerace et al., 2013., Hamers & Huizing, 2005).

Bauliche Maßnahmen wie beispielsweise die Sicherung des Stiegenabganges durch Böller oder Pfeiler, Türen mit Drehknopf oder Demenzgärten zählen ebenfalls zu mechanischer Freiheitsbeschränkung (Hilbe & Jaquemar, 2013).

In der Studie von Gerace et al. (2013) werden mechanische von physischen Freiheitsbeschränkungen unterschieden. Mechanische Freiheitsbeschränkungen verhindern

Bewegungen der Betroffenen aktiv, wie durch das Anlegen von Fixiergurten oder Jacken. Physische Freiheitsbeschränkungen beziehen sich dabei eher auf die aktive Immobilisierung der Patientinnen und Patienten. Dabei wird weiters beschrieben, dass auch ein zurückgelehnter Stuhl als Freiheitsbeschränkung gelten kann, da die Patientinnen und Patienten sich so schwieriger erheben können und in weiterer Folge ihren Ort schwerer verlassen können (Gerace et al., 2013). Therapietische sind in gewisser Weise auch eine Art von Freiheitsbeschränkung, es sei denn, sie werden ausschließlich zum Servieren der Mahlzeiten verwendet. Ein Therapietisch kann am Rollstuhl befestigt werden und für Therapien oder eben für das Bereitstellen von Essen genutzt werden (Enns et al., 2014). Auch Fäustlinge zählen zu den Arten von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Damit kann beispielsweise vermieden werden, dass sich die Patientinnen und Patienten einen Blasenverweilkatheter oder eine periphere Venenverweilkanüle entfernen (Gerace et al., 2013).

Hier ist anzumerken, dass die Maßnahmen dann zu Freiheitsbeschränkungen zählen, wenn sie die Bewegung maßgeblich einschränken. Werden solche Maßnahmen gesetzt, um beispielsweise die Mobilität zu erhöhen, ist dies keine Freiheitsbeschränkung. Beispiel aus der Praxis (nach Überprüfung der Bewohnervertretung): Person benötigt einen Sitzgurt im Rollstuhl, um auf Grund der geringen Körpermittelnstabilität nicht aus dem Rollstuhl herauszurutschen. Somit ist die Person in der Lage sich im Rollstuhl und somit auch in anderen Bereichen aufzuhalten.

3.2 Elektronische Freiheitsbeschränkung

Der Einsatz elektronischer Ortungs- und Überwachungssysteme stellt für sich allein keine Beschränkung dar. Diese entsteht, sobald die Pflege- oder Betreuungsperson in Folge der Alarmierung bestimmte Handlungen tätigt, wie beispielsweise das Zurückholen der betroffenen Person. Wird das Betreuungspersonal lediglich durch ein akustisches Signal auf ein Verlassen des Bettes der zu betreuenden Person aufmerksam und bietet der Person Hilfestellung (Beispielsweise zum Toilettengang), liegt hier keine Freiheitsbeschränkung vor. Die Möglichkeiten an elektronischen Maßnahmen sind vielfältig. Eine Freiheitsbeschränkung ist zu erwarten bei Alarmarmbändern, Magnetstreifen oder Chips in Kleidung oder Schuhen, die bei Durschreiten eines Ausganges

mit angebrachten Sensoren einen Alarm auslösen, worauf die betroffene Person vom Personal wieder zurückgeholt wird (Bürger & Halmich, 2005., VertretungsNetz, 2019).

Die Art der vorgenommenen Freiheitsbeschränkungen hat sich verändert. Seitenteile, Fixierungen mittels Gurte und Ähnliches stellten im Jahr 2007 noch rund zwei Drittel (66%) aller gemeldeten Beschränkungen dar. Hingegen ist dieser Anteil im Jahr 2012 auf 46% gesunken, wengleich die Beschränkungen durch Medikamente von 7% im Jahr 2007 auf 23% im Jahr 2012 gestiegen sind (Hilbe & Jaquemar, 2013).

3.3 Medikamentöse Freiheitsbeschränkung

In der Literatur wird das Thema der pharmakologischen Freiheitsbeschränkung oft diskutiert. Eine Freiheitsbeschränkung durch Medikamente liegt dann vor, wenn diese mit dem alleinigen Ziel den Bewegungsdrang zu unterbinden verabreicht werden. Dahinter muss eine medizinische Indikation stehen, um die im Rahmen verschiedenen Krankheitsbildern auftretenden Symptome wie Unruhezustände oder auffällige Verhaltensweisen symptomatisch zu behandeln. Ob die Medikation dabei auf physische Fortbewegungsmöglichkeit direkt einwirkt oder den eigenen Willen dahingehend beeinflusst, dass der Fortbewegungsdrang unterbunden wird, ist dabei irrelevant. Laut dem HeimAufG ist jede Freiheitsbeschränkung durch pharmakologische Mittel gleichzeitig an eine medizinische Behandlung geknüpft und muss daher den Zulässigkeitsvoraussetzungen entsprechen (*lege artis*). Dabei ist es wichtig, dass eine medizinische Indikation gegeben ist, welche im Hinblick auf das Therapieziel für die Patientin oder den Patienten notwendig und wirksam ist (Bürger & Halmich, 2005).

Es ist von einer Freiheitsbeschränkung auszugehen, wenn der Zweck der Medikamentenverabreichung auch in einer mitbezweckten Dämpfung des Bewegungsdrangs liegt und Medikamente der Unterbindung des Bewegungsdranges (Agitiertheit, Poriomanie) oder auch zur Ruhigstellung bei Schreien, Aggression, Unruhe oder Enthemmung verabreicht werden. Wenn das Zielsymptom, gegen das ein Medikament eingesetzt wird, durch Bewegungsüberschuss gekennzeichnet ist, und die pharmakologischen Eigenschaften des eingesetzten Medikamentes zur Freiheitsbeschränkung auch geeignet sind (Bürger & Halmich, 2005., Strickmann, 2012).

Nach dem Leitsatz des Obersten Gerichtshofes liegt eine Freiheitsbeschränkung durch Medikamente nur dann vor, wenn eine Bewegungsdämpfung das primäre Ziel hinter der Therapie ist (OGH 28.06.2008, <http://www.ogh.gv.at>). Eine pharmakologische Freiheitsbeschränkung liegt also nicht vor, wenn sich unvermeidliche, bewegungsdämpfende Nebenwirkungen aufgrund eines therapeutischen Ziels ergeben. Bei einer verdeckten Verabreichung von Medikamenten muss zwischen der Ablehnung des Medikaments und der Ablehnung der Zubereitungsform unterschieden werden. Das bedeutet, dass Maßnahmen zur Schluckerleichterung (Konsistenz und Größe) von der Zwangsmedikation abzugrenzen sind (Bürger & Halmich, 2005). Diese ist unter bestimmten Umständen gerechtfertigt, etwa wenn im Rahmen der Demenzerkrankung Wahnsymptome auftreten (Benesova et al., 2005). Hier ist es wichtig, die Behandlung nach den gesetzlichen Voraussetzungen nach dem HeimAufG, also durch Aufklärung der Indikation und mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten oder deren gesetzlichen Vertreter sowie allen Beteiligten, durchzuführen (VertretungsNetz, 2019).

Die Beurteilung einer potentiellen Freiheitsbeschränkung durch Medikamente ist komplex. In Vorarlberg wurde eine Prävalenzerhebung zur pharmakologischen Freiheitsbeschränkungen in Pflegeheimen durchgeführt. Dabei wurden innerhalb von 18 Monaten insgesamt 78 Meldungen (entspricht 3,59% von insgesamt 2.168 Bewohnerinnen und Bewohnern) einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung aus 23 Pflegeheimen durchgeführt. Es zeigen sich folgende Problembereiche aus der Erhebung: Die Kriterien sind bei der Meldung der Freiheitsbeschränkung nicht eindeutig. Außerdem ist die Dokumentation der Verordnung von Psychopharmaka oftmals lückenhaft. Bei 13% der 78 Patientinnen und Patienten fehlen gerontopsychiatrische Diagnosen, in 10% die Indikation für die Verabreichung des Medikaments (Mann & Meyer, 2008).

Die Gabe von bewegungsdämpfenden Medikamenten ohne therapeutische Indikation stellt eine unzulässige Freiheitsbeschränkung dar (Bürger & Halmich, 2005, S. 48). Im HeimAufG ist deutlich verankert, dass eine freiheitsbeschränkende Maßnahme immer das letzte Mittel der Wahl darstellt und alle möglichen Alternativen vorher ausgeschöpft werden müssen.

Was bewegt nun zur Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen? Die dahinterliegenden Gründe und Motive werden im nächsten Kapitel beschrieben.

4 Motive hinter der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen

Die Beweggründe für die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen werden im Rahmen dieser Arbeit aus pflegewissenschaftlicher Perspektive unterschiedlicher Studien betrachtet und sind von juristischen Rechtfertigungen zu unterscheiden.

Wie bereits in der Einleitung angeführt wurden bei der Prävalenzerhebung zur freiheits- und -beschränkungen in österreichischen Gesundheitseinrichtungen auch die Gründe und Motive für die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen erhoben. Der Hauptgrund für die Maßnahmen war die Prävention von Stürzen mit der Prävalenz von 38,8 %. In den Krankenhäusern war der zweithäufigste Grund für den Einsatz von Freiheitsbeschränkungen der Wunsch der Patientinnen und Patienten selbst oder deren Angehörigen (Lohrmann, 2018). In der Literatur werden zahlreiche Gründe für den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen angeführt. Häufig sind Sturzprävention, das Herumirren, Hinlauftendenzen oder Rastlosigkeit der Betroffenen, die Gefahr einer Selbstverletzung und das Durchführen einer medizinischen Behandlung das Motiv hinter Freiheitsbeschränkungen (Hamers & Huizing, 2005., Huang et al., 2013). In Zusammenhang mit behandlungsorientierten Gründen sind unter anderem das Ziehen oder sogar Entfernen von Zu- und Ableitungen wie etwa Ernährungs- oder Magensonden, Katheter sowie peripher- oder zentral-venöse Zugänge gemeint. Ebenso das Entfernen von Wundverbänden, Intoleranz gegenüber notwendigen Pflegetätigkeiten.

Mehrere Studien beschreiben folgende Motive zur Anwendung von Freiheitsbeschränkungen. Evans & Fitzgerald (2002) fassen in der Übersichtsarbeit zehn Studien im stationären Altenpflegebereich zusammen. Dabei werden vier Hauptkategorien identifiziert werden:

1. Patientenorientierte Gründe: Sicherheit vor Sturz und Verletzungen, Agitation, Umherwandern, Unterstützung in den Lebensaktivitäten, Kontrolle von Verhalten,

2. Patientenorientierte Gründe: Rechtliche Verantwortung des Personals, strukturelle Merkmale wie Personalbesetzung
3. Behandlungsorientierte Gründe: Verhinderung oder Unterbrechung einer medizinischen oder pflegerischen Behandlung
4. Sozialorientierte Gründe: Vermeidung von Auseinandersetzungen mit dem sozialen Umfeld und die Aufrechterhaltung einer friedlichen Umgebung (Evans & Fitzgerald, 2002).

Die Hauptgründe für den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sind also Veränderungen im psychischen Verhalten der Patientinnen und Patienten und die damit verbundene Gewährleistung der Sicherheit für alle Beteiligten. 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. Ziel des pflegerischen Handelns ist es, eine Fixierung oder freiheitsbeschränkende Maßnahme bereits im Vorfeld durch Alternativen zu vermeiden.

5 Alternativen zur Freiheitsbeschränkung

Welche Alternativen Maßnahmen können (im Akutkrankenhaus) gesetzt werden, um Freiheitsbeschränkungen zu vermeiden?

Hinter jedem Tun der Patientinnen und Patienten steht ein Bedürfnis. Vor allem bei kognitiv beeinträchtigten Personen haben Verwirrtheit und motorische Unruhezustände oft simple Hintergründe. Trotzdem sind Alternativmaßnahme nicht immer möglich oder stellen selbst eine Freiheitsbeschränkung dar. Darum ist die Situationsklärung mit den zuständigen Fachpersonen notwendig unter Berücksichtigung der Dokumentation. Jede Freiheitsbeschränkung ist eine Einzelfallbetrachtung und wird individuell gewählt und beurteilt (VertretungsNetz, 2019).

Grundsätzlich gilt es sicherzustellen, ob die Grundbedürfnisse befriedigt sind. In der Einschätzung der Grundbedürfnisse kann es hilfreich sein, individuelle Gewohnheiten durch biografiegestützte Gespräche mit Angehörigen zu erheben. Die Ursachenforschung hinter herausforderndem Verhalten einer Person kann anhand von Beobach-

tungen unterstützt werden. So werden möglicherweise einfache Hilfsmittel für die betroffene Person ein wesentlicher Bestandteil, um sich wohl zu fühlen. Nach der Handlungsempfehlung von Benesova et al. (2005) ist es ebenfalls wichtig sich über die körperlichen Funktionen und deren Einschränkungen anzunehmen. Seh- und Hörverluste können durch richtige Beleuchtung und Orientierungshilfen ausgeglichen werden. Zudem ist es im stationären Setting notwendig, die Ausstattung und Rahmenbedingungen an die Bedürfnisse der geriatrischen Patientinnen und Patienten anzupassen. Dabei sind unter anderem Handläufe, Nachtlichter und gut erkennbare Lichtschalter, Bodenbeschaffenheit sowie therapeutische Maßnahmen wie körperliche Betätigung durch Physiotherapie angeführt.

Beim Verlassen der Station oder Hinlauftendenzen werden Validation, Abarbeiten des Bewegungsdrangs, Beschäftigung, begleitete Spaziergänge, die Betroffenen in den Stationsalltag miteinbeziehen, Rituale, Orientierungstraining genannt. Im Setting Krankenhauses könnte man durch große, gut leserliche Beschriftung von Badezimmer und WC mitunter das Herumirren auf den Stationsfluren verhindern. Alternativen zu Fixierungen in der Sitzgelegenheit sind der Erhalt der Mobilität durch regelmäßiges und gezieltes Training von Physio- und Ergotherapie. Ein regelmäßiges Umsetzen oder Aufstehen kann dazu beitragen motorische Unruhe vorzubeugen. Bei hohem Bewegungsdrang können Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (adäquates Schuhwerk, Noppensocken) oder Gehhilfen und Gehwagen (Walker) unterstützend zur Anwendung kommen. Cave: Kann der Walker aber von den Patientinnen und Patienten nicht selbstständig verlassen werden zählt dies als Freiheitsbeschränkung (Benesova et al., 2005., Bürger & Halmich, 2005).

Die folgende Tabelle bezieht sich auf Auszüge einer Studie, die versucht die

Tabelle 2: Alternative Maßnahmen um Freiheitsbeschränkungen zu Reduzieren

| | Alternative Maßnahmen |
|--|------------------------------------|
| Medizinisches Problem: akute Verwirrtheit | Schnelle Behandlung und Evaluation |

| | |
|--|---|
| Unwohlsein durch Pflegeerfordernis, unruhiges Verhalten wie Klopfen, Rufen, sonstiges | regelmäßige Befriedigung der Grundbedürfnisse: <ul style="list-style-type: none"> • Ausscheidung • Ernährung und Flüssigkeitszufuhr • Wohlbefinden & Schlaf • Schmerzen |
| Manipulation an diversen Ableitungen und Zugängen | Vermehrtes Neubeurteilen der Notwendigkeit von Therapie und Behandlung. Validation, pflegetherapeutische Beschäftigung durch Nesteln-Decke oder Therapiepuppe. |
| Agitierte Patientinnen und Patienten | Auf Grundbedürfnisse achten, Ruhe und Sicherheit vermitteln, Eine Bezugsperson, Angehörige bzw. Freunde um Besuch bitten, Basale Stimulation, Orientierungshilfen, Biografie. |
| Sturzgefährdung | Eruieren des Grundes für den Sturz und einen Vorgehensplan entwickeln. Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, Physiotherapie, Evaluierung der Medikation |

Quelle: Enns et al., (2014). *A Controlled Quality Improvement Trial to Reduce the Use of Physical Restraints in Older Hospitalized Adults.*

5.1 Gelindeste Mittel

Gelindeste Mittel sind eine potentielle Freiheitsbeschränkung, stellen aber im konkreten Einzelfall eine weniger intensive Einschränkung dar. Die Auswahl der schonendsten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen sind im Einzelfall zu prüfen. Die Abwägung zwischen Freiheit und Sicherheit hat sich jedenfalls streng an den konkreten Bedürfnissen der betroffenen Person sowie deren Wohl zu orientieren (Bürger & Halmich, 2005, S. 67). Dabei sind neben Einzelinterventionen auch komplexe Behandlungsprogramme entstanden, die teilweise wissenschaftlich evaluiert sind und wirksam freiheitsbeschränkende Maßnahmen reduzieren können (Steinert & Hirsch, 2019).

Die Bandbreite an pflegetherapeutischen Interventionen ist sehr umfangreich. Im Folgenden werden einige alternative Möglichkeiten aufgezählt:

- Biographiearbeit, gezielte Gespräche und Beschäftigung
- Validation nach Naomi Feil
- Individuelle Tagesstruktur und Schlafgewohnheiten
- Pfllegetherapeutische Beschäftigung durch Nesteln-Decke oder Therapie-/Demenzpuppen
- Aromapflegeprodukte, vertraute Düfte
- Persönliche Gegenstände, Kleidung, Musik
- Lichtelemente gezielt einsetzen
- Einbindung von Angehörigen, Ehrenamtlichen oder Sitzwachen
- Niederflurbetten und Sturzmatten bei erhöhter Sturzgefahr aus dem Bett
- Sensormatten bei Poromanie/Wandern/Hinlaufftendenzen
- Geteilte Seitenteile, Deckenrolle im Bett,
- Walker, Geh- und Gleichgewichtshilfen
- Basale Stimulation, Snoozelen
- Hüftprotektoren und Helme (Bürger & Halmich, 2005., Enns et al., 2014., VertretungsNetz, 2019).

Ein gesetzkonformes Agieren im Sinne des HeimAufG setzt voraus, dass die Einrichtung entsprechende Alternativen bereitstellt (Bürger & Halmich, 2005). Für Krankenanstalten ist es notwendig sich dabei auch auf wissenschaftlich fundierte Maßnahmen zu stützen, diese werden im nächsten Unterkapitel erläutert.

5.2 Leitlinien und evidenzbasierte Empfehlungen

In der evidenzbasierten Leitlinie zur Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen wurden unterschiedlich Studien verglichen, welche die Anwendung von Alternativen untersuchten. Dabei wurden die Ergebnisse systematisch nach der Wirksamkeit und ihrer Evidenz bewertet. Nach dieser Leitlinie werden folgende Interventionen empfohlen: (Abraham, Henkel, Köpke, Kupfer, Meyer & Möhler, 2015).

Abbildung 1: Interventionen und deren Empfehlung nach Evidenznachweis

| Intervention | Empfehlung | Qualität der Evidenz |
|---|--|----------------------|
| Schulungsprogramme/ Multikomponentenprogramme | ↑ „Können in Erwägung gezogen werden“ (8 von 11 Stimmen)/ ↑↑ „Werden empfohlen“ (10 von 11 Stimmen) | niedrig/ mäßig |
| Spezifische Beschäftigungsprogramme | ↑ „Können in Erwägung gezogen werden“ (10 von 11 Stimmen) | niedrig |
| Spezifische Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz | ↑ „Kann in Erwägung gezogen werden“ (11 von 11 Stimmen) | niedrig |
| Aktive und passive Musikinterventionen | ↑ „Können in Erwägung gezogen werden“ (9 von 11 Stimmen) | niedrig |
| Snoezelen | ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (7 von 11 Stimmen) | sehr niedrig |
| Personenzentrierte Pflege/ Biografieorientierte Interventionen | ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (8 von 13 Stimmen)/ ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (12 von 13 Stimmen) | sehr niedrig |
| Tierkontakte | ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (8 von 13 Stimmen) | sehr niedrig |
| Spezielle Pflege- Qualifikationen (Adv. Nursing Practice etc.) | ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (11 von 11 Stimmen) | sehr niedrig |
| Realitätsorientierung und kognitive Stimulation | ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (8 von 9 Stimmen) | niedrig |
| Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung | ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (6 von 9 Stimmen) | niedrig |
| Spezielle Wohnkonzepte | ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (8 von 9 Stimmen) | sehr niedrig |
| Spezifische institutionelle Angebote zur Nachtgestaltung | ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (9 von 9 Stimmen) | keine Evidenz |
| Aromatherapie | ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (10 von 10 Stimmen) | niedrig |
| Körperlich-aktivierende Maßnahmen | ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (9 von 9 Stimmen) | niedrig |
| Basale Stimulation ⁹ | ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (10 von 10 Stimmen) | keine Evidenz |
| Validation | ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (8 von 9 Stimmen) | niedrig |
| Soziale Unterstützung | ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (5 von 7 Stimmen) | niedrig |
| Spezifische Berührung/ Massage | ↓ „Kann nicht empfohlen werden“ (8 von 9 Stimmen)/ ↔ „Keine Empfehlung möglich“ (8 von 10 Stimmen) | sehr niedrig |
| Spezifische helle Beleuchtung & Lichttherapie | ↓ „Kann nicht empfohlen werden“ (10 von 10 Stimmen) | mäßig |

Quelle: Abraham, et al. (2015), Leitlinie FEM. S. 73, 74.

Eine Vielzahl an Demenz erkrankten Menschen haben einen erhöhten Bewegungsdrang. Es lässt sich aus der aktuellen Literatur keine Empfehlung zur nichtmedikamentösen Behandlung von hohem Bewegungsdrang von Demenzerkrankten ableiten. Dabei sollte eine Umgebung geschaffen werden, die eine freie Bewegung ohne Gefährdung ermöglicht. In der stationären Altenpflege und -betreuung ist dies oftmals nicht ausreichend möglich (Steinert & Hirsch, 2019, S. 95,96).

Menschen mit Demenz benötigen eine individuelle und kreative Zuwendung. Vor allem Veränderungen des Tag-Nacht-Rhythmus kommen häufig vor. Organisatorische Abläufe Akutkrankenhäusern alleine stellen keine Indikation für Maßnahmen zur Verbesserung des Tag-Nacht-Rhythmus dar. In der S3-Leitlinie konnte eine Empfehlung für eine ein- bis zweistündige individuelle Aktivierung zu einer signifikanten Verminderung des Tagschlafes und Abnahme des Tag-Nacht-Schlafverhältnisses ausgesprochen werden (Hirsch & Steinert, 2016, S3 Leitlinie, S. 97). Dabei kann körperliche Aktivierung und Beschäftigung auch positiv zur Sturzprophylaxe beitragen.

In der Leitlinie wird ebenso eine rezeptive Musiktherapie mit biographischem Bezug als alternative Methode zu Freiheitsbeschränkungen empfohlen. Diese wirkt sich positiv auf agitiertes sowie aggressives Verhalten aus (Hirsch & Steinert, 2016, S. 91).

Aromapflege, Aromatherapie sowie Lichttherapie werden ebenfalls empfohlen. Die Anwendung von Aromastoffen kann geringe Effekte auf agitiertes Verhalten und Verhaltenssymptome bei Patientinnen und Patienten mit mittel- bis schwergradiger Demenz aufweisen. Zudem werden psychosoziale Interventionen empfohlen, wie Validation und Erinnerungspflege, basale Stimulation, körperliche Berührung sowie Bewegungsförderung (Hirsch & Steinert, 2016, S. 91 ff).

Einige der Interventionen und Alternativen, die vorgeschlagen werden, sind nur zum Teil aus pflegewissenschaftlicher Sicht hinreichend begründbar. Dies kann unterschiedliche Gründe haben, da viele Anwendungen lediglich aus der subjektiven Sichtweise der Betroffenen gewertet werden können. Hinsichtlich der Tatsache, dass dabei vorrangig demente Personen befragt werden (sollten), gestaltet sich diese schwierig, insofern es sich um eine vulnerable Gruppe handelt.

In der Literatur wird mehrmals die Umsetzung von Schulungsprogrammen für Pflegepersonen aufgezeigt. Es ist wichtig, die Verantwortlichen bei der Entscheidungsfindung von geeigneten Mitteln und Maßnahmen zu unterstützen und Alternativen aufzuzeigen. Doch in der Praxis wird der Einsatz von Alternativmaßnahmen durch Routinen sowie strukturelle und finanzielle Einschränkungen allerdings oft erschwert (Hilbe & Jaquemar, 2013., Hamers & Huizing, 2005., Enns et al., 2014). Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen interprofessionell geschult sein, um die möglichen Folgen abzuwägen und Alternativen adäquat einzusetzen. Eine teamorientierte Intervention aus unterschiedlichen Komponenten bedeutet steigende Qualität in der Betreuung der geriatrischen Patientinnen und Patienten und hat das Potential, freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Krankenhaus zu verringern (Enns et al., 2014).

Anzumerken ist jedoch, dass sich durch die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen oder Alternativen, die Sturzrate nicht verändert. Diesen Schluss fassen alle genannten Interventionsstudien.

5.3 Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen

Risikofaktoren für Stürze können intrinsische Faktoren wie physiologische Aspekte sein, aber auch externe beziehungsweise umgebungsbedingte Faktoren darstellen. Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Verwirrtheit haben ein bis zu vierfach

erhöhtem Risiko zu stürzen. Vor allem geriatrische Patientinnen und Patienten (Multimorbidität, Frailty) haben ein deutlich erhöhtes Sturzrisiko. Bei Demenzerkrankten Personen sind mehrere Faktoren ausschlaggebend, wie etwa wanderndes Verhalten, Desorientiertheit und die Einnahme psychoaktiv wirkender Medikamente, die gegebenenfalls unter Freiheitsbeschränkungen fallen (Bueno-Cavanillas et al., 2000). Freiheitsbeschränkungen sollten eigentlich Sturzereignisse reduzieren, stellen aber paradoxerweise eben solche umgebungsbedingten Umstände dar, die zu einem erhöhten Sturzrisiko führen. Da viele geriatrische Patientinnen und Patienten mit sedierenden Medikamenten oder Psychopharmaka behandelt werden und durch die deren Wirkung sturzgefährdet sind kann es daher zu einem höheren Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen als Sturzprophylaxe kommen (Gerace et al., 2013).

Im folgenden Kapitel werden ethische Aspekte in der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen näher dargestellt und mögliche gelindeste Mittel und Maßnahmen sowie Alternativen zur Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen aufgezeigt. Ethik und Moral bilden daher die Grundlage für das folgende Kapitel.

6 Rechtsphilosophie und Ethik

Die Anwendung von Freiheitsbeschränkungen kann nur ethisch hinterfragt werden, wenn man versteht, was Freiheit ist.

Im Zentrum des HeimAufG steht das Grundrecht der persönlichen Freiheit. Jeder Mensch hat das Recht auf Freiheit und Sicherheit. Jede Einschränkung dieses Rechts muss gesetzlich vorgesehen und verhältnismäßig sein, dies wurde bei der Erlassung des HeimAufG in vollem Umfang berücksichtigt (Bürger & Halmich, 2015). Eine Freiheitsbeschränkung, die nicht im Einklang mit dem HeimAufG steht, ist somit nach dem § 99 StGB strafbar, wenn andere Rechtfertigungsgründe fehlen (Barth & Engel, 2013). Einschränkungen der persönlichen Freiheit müssen verhältnismäßig sein. Der Kerngehalt dieser Grundrechte ist unantastbar.

Moral beschreibt das Zusammenspiel von Verbindlichkeiten, welche für das menschliche Tun und Unterlassen, unter dem Aspekt der Sittlichkeit, von normativer Bedeutung ist. Dazu gehört das menschliche Verhalten, zudem sich das Individuum aus ei-

gener Entscheidung entschließt. Nur wenn es so etwas wie Sittlichkeit gibt, unter Anbetracht von Normen und Werte, kann der Mensch für sein Tun Verantwortung übernehmen und zwischen Gut und Böse urteilen. Darüber hinaus besteht eine kongruente Beziehung der Sittlichkeit zum Recht. Moral wertet über Haltungen, Handlungen und Institutionen in Bezug auf die Sittlichkeit (Wallner, 2007, S. 3).

Unter Ethik versteht man grundlegend die wissenschaftliche Reflexion und Lehre der Moral und Tugend. Das Wort Ethik kommt vom griechischen Wort „ethos“ (= Gewohnheit) und beschäftigt sich mit dem Handeln des Menschen. Im stationären Setting sind viele Handlungsweisen nicht ganzheitlich rechtlich geregelt, sondern Teil einer Organisationskultur. Die Beziehung zwischen Ethik und Recht in der Health Care sind nicht einfach und inhomogen. Oftmals sehen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Recht einen Zwangscharakter, jedoch ist eine rechtliche Grundlage genauso wie die Moral, eine unerlässliche Orientierungsfunktion für das menschliche Tun und Handeln. Wo normative Unsicherheiten herrschen oder es ungenügend Regelungen durch Moral oder Recht gibt, dort wird Engagement abgeschreckt (Wallner, 2007, S. 4, 13).

Gerade im Gesundheitsbereich hat das Recht eine Schutzfunktionen sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden. Im Anwendungsbereich der Freiheitsbeschränkungen zählt es als Richtlinienfunktion, welches als eine Unterstützung im Handeln dienen soll. Die Menschenwürde ist ein höchstes Moral- und Rechtsprinzip, das dem Menschen einen gegenüber der übrigen Natur herausgehobenen unbedingten Wert als Vernunft- und Freiheitswesen zumisst. Die Menschenwürde bildet einen zentralen Bezugspunkt normativer Legitimation, auf den heute aus ethischer und rechtsphilosophischer Sicht grundlegend Bezug genommen wird. Die Menschenwürde ist keine erwerbende Eigenschaft oder Fähigkeit des Menschen, sondern die denkbare Konsequenz, die sich aus der sittlichen Autonomie des Menschen ergibt (Wallner, 2007, S.22ff).

Die Freiheit, in der die betroffene Person beschränkt wird, ist in diesem Kontext die Fortbewegungsfreiheit. Jedem Menschen steht es zu, sich ohne Behinderung anderer Menschen oder Mitteln, zu bewegen. Einerseits spricht man von der Freiheit sich zu bewegen als positive Freiheit, andererseits gibt es auch die (negative) Freiheit über die Entscheidung sich nicht zu bewegen, also ruhen. Da kognitiv eingeschränkte Men-

schen eine vulnerable Gruppe darstellen, die sich oftmals nicht adäquat über ihre Bedürfnisse äußern können, zeigt sich diese Fortbewegungsfreiheit oft in herausforderndem Verhalten. Dies kann sich äußern in motorischer Unruhe und erhöhtem Bewegungsdrang, Versuche aus dem Pflegebett oder Rollstuhl aufzustehen oder die Station zu verlassen. Dabei stellt sich in Hinblick auf ethische Aspekte die Frage, inwieweit die eine pflegerische Maßnahme sich auf die negative Freiheit von Hindernissen beschneidet. Wie hoch ist die positive Freiheit des Menschen und wie sehr kann ich diese stärken? Dabei können alternative Maßnahmen, gelindeste Mittel und gezielte Beschäftigungstherapie sowie Bewegungsangebote durch Physio- oder Ergotherapie helfen, um die Betroffenen am Alltag teilhaben zu lassen (Ritzi & Narchi, 2019).

Die Pflegeethik reflektiert und argumentiert die dem pflegerischen Handeln zugrunde liegende Moral und Tugend, sowie die bestimmenden Rahmenbedingungen für dieses Handeln mithilfe allgemeiner philosophischer und Kategorien. In den letzten Jahren sind die Pflegeberufe wieder verstärkt ins Bewusstsein der Gesellschaft geraten und haben zudem einen Prozess der Professionalisierung durchgemacht. Dadurch beinhaltet die Gesundheits- und Krankenpflege auch eine immer größer werdende Beschäftigung mit den normativen Grundlagen und Rahmenbedingungen. Mit der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetz werden der Pflege im gehobenen Dienst immer mehr ärztliche Tätigkeiten und mehr Verantwortung übertragen. Ebenso besteht in der Beziehung zwischen Pflegeperson und pflegebedürftigen Menschen eine mehrdimensionale Asymmetrie, zumal die Pflege meist sehr intime und existenzielle Hilfestellungen betrifft oder in die Privatheit und Autonomie der zu betreuenden Personen eingreift. Strukturelle Probleme wie Ressourcenknappheit (personell und zeitlich) und der steigende Pflege- und Betreuungsbedarf stellt die Pflegenden oft vor Herausforderungen. Der ICN-Ethikkodex schreibt in einem Abschnitt, dass Pflegepersonen grundsätzlich die Menschenwürde und Menschenrechte zu achten haben (Wallner, 2007, S. 69 ff). Dies gehört nach dem GuKG auch zu den Berufspflichten, wonach auch die Pflege sensibel bei dem Thema Freiheitsbeschränkungen reagiert. Demnach stehen sich die Gesundheitsberufe durch die Fürsorgepflicht und Betroffenen durch die Autonomie gegenüber.

Aus rechtsphilosophischer Sicht und in Anbetracht der ethischen Aspekte hat die Menschenwürde der in der Freiheit beschränkten Personen oberste Priorität. Die Problemstellung durch herausforderndes Verhalten ist genauso komplex wie die Rechtslage zu dieser Thematik. Demnach handelt es sich aus der Sicht der Gesundheitsberufe um ein Spannungsfeld zwischen pflegerisch korrekten - medizinisch korrekten - ethisch adäquaten und (straf-)rechtlich richtigen Vorgehensweisen.

7 Conclusio

Durch die Gesetzgebung des HeimAufG wurde die Thematik Freiheitsbeschränkungen in Österreich sensibilisiert. Aus unterschiedlichen Studien werden Alternativen zur Freiheitsbeschränkungen und Leitlinien ausgearbeitet. Das beweist, dass durch die Gesetzgebung des HeimAufG das Thema Freiheitsbeschränkungen in Österreich ein sensibles Thema ist und es gelingt, durch mehr Pflege- und Betreuungsmaßnahmen ohne Einschränkung der Bewegungsfreiheit einzusetzen.

Zusammenfassend kann folgende Vorgehensweise eine Hilfestellung zur Anwendung von Freiheitsbeschränkungen sein:

- Dokumentation der Beobachtung von auffälligen Verhalten
- Prüfung von möglichen Alternativen
- Entscheidung für eine geeigneten Maßnahme zur Beschränkung
- Kontinuierliche Überprüfung der Notwendigkeit und Angemessenheit der Maßnahmen sowie deren Dokumentation.

In unterschiedlichen Studien wird aufgezeigt, dass die Sturzprophylaxe das größte Motiv hinter der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen ist. In der Rechtsliteratur werden einige Möglichkeiten für alternative Maßnahmen zur Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen genannt. Dabei handelt es sich vorrangig um gelindeste Mittel wie Sensormatten und Niederflurbetten, um das Sturzrisiko zu minimieren. Aromapflege, Lichttherapie, Validation, Biografiearbeit, Musikinterventionen sowie das Erstellen individueller Tagesstrukturen sind Maßnahmen, die sich vor allem positiv auf Unruhe und Aggressivität auswirken. Die Evidenzlage der einzelnen Interventionen ist zum Teil gering, daher kann für einige Maßnahmen lediglich eine Empfehlung ausgesprochen werden.

Eine professionelle Pflege, Behandlung und Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten auf hohem fachlichen Niveau setzt eine personenzentrierte Grundhaltung der organisationalen Rahmenbedingungen sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer Kompetenz voraus. Aus ethischer Sicht ist es für alle Gesundheitsberufe notwendig, sich neben der Rechtsphilosophie auch mit moralischen Wertvorstellungen und Menschenwürde auseinanderzusetzen.

8 Diskussion

In der stationären Pflege und im Akutspital unterliegen vor allem ältere Menschen mit einer kognitiven Leistungseinschränkung, demenzieller Erkrankung und/oder Delir einem besonders hohen Risiko, freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu erleiden. Ethisch und rechtlich darf der Einsatz von Freiheitsbeschränkungen ausschließlich zum Wohle der betroffenen Person angewendet werden. Er sollte stets eine Ausnahme bleiben (*ultima ratio*) und niemals zur Routine werden. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen fallen in den Schutzbereich der Grund- und Menschenrechte pflegebedürftiger Menschen und sind daher international und in Österreich strengen gesetzlichen Regelungen unterworfen, die Anwendungsbereiche und Voraussetzungen regulieren.

In der Fachliteratur wird beschrieben, dass nicht jede noch so geringe Sturzgefahr als entsprechende Gefahr nach dem HeimAufG zu werten ist. Denn auch dieses Gesetz kann nicht jedes Lebensrisiko vermeiden. Bei der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen ist von der Ernstlichkeit der Gefährdung auszugehen. Eine vage Möglichkeit einer Selbst- oder Fremdgefährdung reicht daher nicht aus. Eine umfassende Vermeidung von potentiellen Gefahren würde, wie in Kapitel 6 beschrieben, zu einer vollständigen Einschränkung von Lebensqualität führen. Da das größte Motiv in der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen in der Sturzprophylaxe liegt, sind in der Literatur keine Hinweise für eine Reduktion der Stürze bei der Anwendung zu finden. Nichtsdestotrotz sind nur solche Freiheitsbeschränkungen geeignet, die nicht ihrerseits zu einer Gesundheitsschädigung der betroffenen Person führen.

Die Bewohnervertretung des österreichischen VertretungsNetz verweist auf sämtliche Alternativen und gelindeste Maßnahmen, welche den Einsatz von Freiheitsbeschränkungen verringern können oder komplementär angewendet werden. Dabei stellt die Dokumentation einen wesentlichen Aspekt dar. Verschiedene Hilfsmittel können zur Vermeidung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen beitragen. In der Gesundheits- und Krankenpflege steht eine ganzheitliche, auf die Patientinnen und Patienten abgestimmte, Pflege und Betreuung im Vordergrund. Eine bedürfnisorientierte und personenbezogene Pflege setzt voraus, dass die individuellen biografischen Gewohnheiten in den Pflegeprozess miteinbezogen werden.

Freiheitsbeschränkungen zur Sturzprävention sollten nur in Einzelfällen erwogen werden. Eine Freiheitsbeschränkung darf nur vorgenommen werden, wenn die Gefahr durch andere Maßnahmen nicht abgewendet werden kann und die freiheitsbeschränkende Maßnahme das gelindeste Mittel ist. Wenn sich eine Freiheitsbeschränkende Maßnahme jedoch aus unterschiedlichen Gründen und Motiven nicht verhindern lässt, sollte sie von einer befugten Person angeordnet, dokumentiert und regelmäßig in ihrer Angemessenheit evaluiert werden. Unter Berücksichtigung der Zulässigkeitsvereinbarungen darf nur das geeignete, gelindeste Mittel verwendet werden.

9 Ausblick

Einige der genannten pflegetherapeutische Interventionen konnten in Studien nicht zur vollen Evidenz nachgewiesen werden. Daher lassen sich aus der angegebenen Literatur nur Empfehlungen ableiten. Menschen sind unterschiedlich und reagieren verschieden auf die angeführten Angebote. Daher ist es notwendig, dass hier kein Rezept ausgestellt wird, sondern eine individuelle, bedürfnisorientierte Pflegeintervention gesetzt wird. Obwohl bei der Anwendung von Freiheitsbeschränkungen der Hauptgrund in der Sturzprophylaxe liegt, finden sich in der Literatur keine Hinweise darauf, dass die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen mit einer Verringerung der Stürze korreliert. Die Umsetzung in der Praxis stellt somit einige Fragen offen. Dieser Aspekt sollte daher näher beleuchtet werden, um die Qualität der Betreuung von geriatrischen Patientinnen und Patienten in Akutstationen zu verbessern.

Literaturverzeichnis

Barth, P. & Engel, A. (2013). Heimrecht. 2. Auflage. Wien: Manz Verlag.

Bueno-Cavanillas, A., Padilla-Ruiz, F., Jiménez-Moleón, J.J., Peinado-Alonso, C.A. & Gálvez-Vargas, R. (2000). Risk factors in falls among the elderly according to extrinsic and intrinsic precipitating causes. *European Journal of Epidemiology*. 16(9), 849-859.

Bürger, C., & Halmich, M. (2015). *HeimAufG- Heimaufenthaltsgesetz. Stand: 1.9.2015.* Wien & Graz: Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Böhmdorfer, B., Frühwald, T., Iglseder, B., Jagsch, C., Lorenzl, S. & Weissenberger-Leduc, M. (2013). *Delir 2013. Ein häufiges Syndrom im Alter - eine interdisziplinäre Herausforderung.* Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie. Wien: Facultas Verlag.

Dilling, H. Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. IC-10 Kapitel V (F).* Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Überarbeitete Auflage, Bern: Hogrefe.

Duning, T. & Göpel, C.R. (2016). Nachhaltig vorbeugen. Relevanz des Delirs im Krankenhaus. *In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus*. 10. S.914 ff.

Enns, E., Rhemutulla, R., Ewa, V., Fruetel, K. & Holroyd-Leduc, J. (2014). A Controlled Quality Improvement Trial to Reduce the Use of Physical Restraints in Older Hospitalized Adults. *Models of Geriatric care, Quality Improvement, and Program Dissemination*. The American Geriatrics Society. 62, 541-545. <https://doi.org/10.1111/jgs.12710>.

Evans, D., FitzGerald, M. (2002). Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *International Journal Nursing Studies*. 39(7), 735-743.

- Gerace, A., Mosel, K., Oster, C. & Muir-Cochrane, E. (2013). *Restraint use in acute and extended mental health services for older persons*. International Journal of Mental Health Nursing. 22(6), 545-557.
- Hamers, J. P. H. & Huizing, A. R. (2005). *Why do we use physical restraints in the elderly?* Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 38(1), 19–25.
- Heidl, S. & Runde, A. (2016). Zwischen Frustration und Fürsorge, in: *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus*. 10. 907-910.
- Hilbe, J., & Jaquemar, S. (2013). Prävalenz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in Österreichischen Alten- und Pflegeheimen. *Österreichische Pflegezeitschrift*, S. 25 - 29.
- Hinterhuber, H. & Marksteiner, J. (2012). *Lehrbuch für Psychiatrie*. Wien: Springer, S. 21-50).
- Huang, H.C., Huang, Y.T., Lin, K.C., Kuo, Y.F. (2013). *Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan*. Journal of Advanced Nursing. 70(1), 130-143.
- Lohrmann, C. (2018). Pflegequalitätserhebung 2.0 -14. November 2017. Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Graz.
- Mann, E. & Meyer G., (2008). Medikamentöse Freiheitsbeschränkung in Pflegeheimen im Bundesland Vorarlberg, Österreich: Analyse der ersten Meldungen und Implikationen für eine sachgerechte Verwirklichung der gesetzlichen Meldepflicht. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 158(17-18). 489-92. DOI: 10.1007/s10354-008-0549-4
- Ritzi, S. & Narchi, J. (2019). Freiheitseinschränkende Maßnahmen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Akutkrankenhaus. *Geriatric up2date*. 1(03). 267-280. DOI: 10.1055/a-1008-4347.

Steinert, T. & Hirsch, S. (2019). *S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Strickmann, G. (2012). *Heimaufenthaltsrecht*, 2. Auflage. Linde Verlag Ges.m.b.H.

Wallner, J. (2007), *Health Care. Zwischen Ethik und Recht*. Facultas, Wien.

Wilkinson, J.M. (2012). *Das Pflegeprozess-Lehrbuch*, 1. Auflage. Bern: Huber.

Onlinequellen:

Abraham J, Henkel A, Köpke, S. Kupfer R, Meyer G. & Möhler, R. (2015). *Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. 1. Aktualisierung 2015*. Universität zu Lübeck & Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg, 2015. <http://www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf>. [Abruf am 27.09.2019].

Alzheimer's Disease International (2018). *World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New Frontiers*. London: Alzheimer's Disease International (ADI). <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf> [abgerufen am 02.06.2019].

Bundeskanzleramt (2019). *Rechtsinformationssystem des Bundes. Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz - HeimAufG)*. Online: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003231> [abgerufen am 05.06.2019].

Benesova, J., Bruder, J., Hamborg, M., Holste, D., Koalick, P., Lärm, M., Wnuck, H.

(2005). *Handlungsempfehlung zu Fixierung und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen Demenzkranker*. S. 9-15. Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung, Hamburg. https://www.demenz-ded.de/fileadmin/redaktion/demenz-ded.de/Download/Handlungsempfehlungen_zur_Fixierung.pdf [Abruf am 23.10.2019].

Lechleitner, M. (2007). Der Geriatrie Patient. *Österreichische Ärztezeitung*. http://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2007_Verlinkungen/2007-12_DFP_DerGeriatriePatient.pdf [Abruf am 17.07.2019].

Oberster Gerichtshof OGH (2008). *RS OGH 2008/5/29 2Ob77/08z, 10b21/09, 70b62/12m, 70b240/13i, 70b77/14w, 70b21/16p, 70b137/16x*. <http://ogh.gv.at>. [Abruf am 01.02.2020].

Österreichische Alzheimer Gesellschaft (2019). *Zahlen & Statistik*. Online: <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/informationen/zahlen-statistik/>.

VertretungsNetz (2019). *VertretungsNetz - Erwachsenenvertretung, Patienten-anwaltschaft, Wohnerververtretung*. <https://www.vertretungsnetz.at/home/> [Abruf am 02.10.2019].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Interventionen und deren Empfehlung nach Evidenznachweis 27

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Dokumentation nach dem DAR- Schema | 16 |
| Tabelle 2: Alternative Maßnahmen um Freiheitsbeschränkungen zu Reduzieren.... | 24 |