

Fragen für die Anhörung „Wohltätiger Zwang“ in der Pflege und Betreuung von Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf

Die Problematisierung von „wohltätigem Zwang“ ging aktuell vom Praxisfeld der Psychiatrie aus, nachdem mehrere höchstrichterliche Urteile Reformbedarf in Praxis und Gesetzgebung aufgezeigt haben. Zwangsmaßnahmen, die in Pflege und in der Behindertenhilfe insbesondere bei Personen mit hohem Unterstützungs- und/oder Pflegebedarf eingesetzt werden, sind aus Sicht des Ethikrats jedoch ebenso relevant. Dabei geht es z.B. um freiheitsentziehende Unterbringung oder andere freiheitsentziehende Maßnahmen, Zwangsmedikation oder andere Zwangsbehandlung, zwangsweise durchgeführte Pflegemaßnahmen, aber auch um verhaltenspsychologische Belohnungs- und Bestrafungssystemen und strukturelle Zwänge.

Arbeitsdefinition für „wohltätigen Zwang“

Der Begriff Zwang bezeichnet eine besondere Beeinträchtigung der Entscheidungs-, Handlungs- oder Verhaltensmöglichkeit einer Person. Das Besondere dieser Beeinträchtigung liegt in der Überwindung des Willens der Person. Dabei kann es sowohl um die Überwindung des Willens einer selbstbestimmungsfähigen wie auch um die Überwindung des Willens einer selbstbestimmungsunfähigen Person gehen.

Der Begriff des wohltätigen Zwangs bezeichnet den mit dem Einsatz von Zwang verfolgten Zweck. Von einem wohltätigen Zwang wird hier gesprochen, wenn das Wohl der Person, auf die Zwang ausgeübt wird, der vorrangige oder übergeordnete Zweck der Ausübung von Zwang ist. Das heißt, es geht dem Ethikrat um Zwangsmaßnahmen zur Abwehr einer Selbstschädigung, nicht um Zwangsmaßnahmen zum Schutz anderer Personen, auch wenn die Grenze oftmals schwer zu ziehen ist.

Wohltätiger Zwang ist nicht bereits deshalb unzulässig, weil Zwang ausgeübt wird. Er ist jedoch umgekehrt auch nicht bereits deswegen zulässig, weil er dem Wohl der Person dient, auf die Zwang ausgeübt wird. Vielmehr unterliegt er als Ausübung von Zwang einem erhöhten Legitimationsbedarf. Dabei ist wohltätiger Zwang stets im Kontext der Maßnahme zu betrachten, zu deren Durchsetzung Zwang eingesetzt wird.

1. Halten Sie den Begriff und die Arbeitsdefinition 'wohltätiger Zwang' für geeignet zur Bezeichnung des Problemfeldes? Wenn nicht, welche Alternative schlagen Sie vor?

In der Arbeitsdefinition „wohltätiger Zwang“ sind zwei Begriffe zusammen geführt, die sich eigentlich ausschließen. Die Intention dabei ist nachvollziehbar. Allerdings sind geeignetere Definitionen vorstellbar, in denen der Schutzcharakter mehr zum Ausdruck kommt, z.B. „fürsorglicher Zwang“.

Zwang und Alternativen in der Praxis

2. Welche statistischen Zahlen gibt es zum Vorkommen von Maßnahmen wohltätigen Zwangs in **Pflegeheimen**, Heimen der Behindertenhilfe, anderen stationären Einrichtungen und in der häuslichen Pflege in Deutschland? Wie stellt sich das im internationalen Vergleich dar? Welche Formen von Zwang werden dabei erhoben?

Die Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege der Autoren Köpke S, Möhler R, Abraham J, Henkel A, Kupfer R, Meyer G: (1. Aktualisierung 2015, 2.Auflage. Universität zu Lübeck & Martin-Luther-

Universität Halle-Wittenberg, 2015. abzurufen unter: http://www.leitlinie-fem.de/download/LL_FEM_2015_Internet_gesamt.pdf) gibt umfassend Aufschluss über das an dieser Stelle thematisierte Problemfeld. Vor allem hervorzuheben in diesem Zusammenhang ist die Studie IMPRINT - Implementierung einer komplexen Intervention zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen (vgl. Jens Abraham, Ralph Möhler et. Al.) (Link: <http://www.leitlinie-fem.de/download/Projektvorstellung-IMPRINT.pdf>.)

Auf den Seiten 24 f. der Leitlinie FeM heißt es: „(die) Häufigkeit von freiheitseinschränkenden Maßnahmen **International** liegen vor allem seit Anfang der achtziger Jahre diverse Untersuchungen zur Häufigkeit von FEM bei Bewohnerinnen in Pflegeheimen vor. Eine frühe multinationale Studie vergleicht die Häufigkeit der Anwendung von FEM in Pflegeheimen. Hier wurde für Einrichtungen in Dänemark, Island und Japan eine Prävalenz von weniger als 9% berichtet, für Frankreich, Italien, Schweden und USA hingegen eine Prävalenz um ca. 20%. Spanien wies eine Prävalenz von ca. 40% auf. Seither wurde eine Reihe von Prävalenzerhebungen veröffentlicht. Die in neueren internationalen Publikationen berichteten Prävalenzraten von FEM liegen zwischen 5% und 70%. Die am häufigsten berichteten FEM sind Bettgitter; seltener sind Gurte im Bett und im Stuhl sowie Tische mit fester Steckplatte (Stecktische oder sog. „Therapietische“). Die große Variation in den Prävalenzraten ergibt sich einerseits aus unterschiedlichen Definitionen von FEM, verschiedenen Methoden der Datensammlung sowie heterogenen Stichproben und Charakteristika des Settings. Andererseits haben auch gesetzliche und organisatorische Rahmenbedingungen der unterschiedlichen Länder und verschiedene pflegerische Voraussetzungen sowie Traditionen einen Einfluss auf die Häufigkeit der Anwendung von FEM.

So hatte z.B. eine Gesetzesänderung in den USA zusammen mit verschiedenen politischen und professionellen Bemühungen einen deutlichen Einfluss auf die Häufigkeit von FEM bei Bewohnerinnen von Pflegeheimen. Die Häufigkeit der Maßnahmen ist offensichtlich abhängig von der jeweiligen „(Pflege-) Kultur“ in der Einrichtung bzw. in der geographischen Region.“

Ebenfalls im Kapitel 3.2. (Häufigkeit von freiheitseinschränkenden Maßnahmen) wird Bezug auf die Situation in Deutschland genommen: „Aus Deutschland gibt es ebenfalls Untersuchungen zur Häufigkeit von FEM in Pflegeheimen. In einer bereits älteren Befragung in Köln wurde eine Prävalenz von ca. 30% Bewohnern mit FEM berichtet.

In einer Befragung von Pflegekräften aus Münchener Pflegeheimen wurde eine ca. 40%ige Prävalenz berichtet. Eine Sekundäranalyse von Daten aus einer Erhebung, die im Jahr 2009 in 76 Pflegeheimen durchgeführt wurde, ergab eine Prävalenz von ca. 26%. Dem letzten Bericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) zufolge, wurden bei ca. 20% der Bewohnerinnen FEM angewendet. Grundlage des Berichtes sind die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in den Ländern im Zeitraum von Juli 2009 bis Dezember 2010. Im Rahmen einer eigenen Untersuchung aus dem Jahr 2009 mit insgesamt 2.367 Bewohnerinnen aus 30 Hamburger Pflegeheimen wurden alle FEM erfasst. Die Erhebung erfolgte an drei Zeitpunkten eines Stichtags durch trainierte externe Untersucher(inne)n. Der Anteil der Bewohnerinnen mit mindestens einer mechanischen FEM betrug ca. 26%. Dabei stellten Bettgitter mit 24,5% die häufigste FEM dar. Gurte, Stecktische und andere Maßnahmen waren mit 2% bis 3% vergleichsweise selten.“

Alle in diesem Teil zusammengefassten Studien legen nahe, dass mechanische FEM in Deutschland im Pflegeheim routinemäßig angewendet werden.

3. Sind die vorliegenden Daten aus Ihrer Sicht belastbar? Gibt es ein Dunkelfeld, das nicht erfasst wird? Und wie würden Sie das aus Ihrer Erfahrung beschreiben?

Die Daten aus den o.g. Studien sind belegt. Allerdings gibt es wahrscheinlich ein Dunkelfeld. Im stationären Bereich gibt es z.B. Situationen, die durch Zwang geprägt sind, z.B. innerhalb kurzer Zeit Essen zu sich zu nehmen, die aber nicht als FEM definiert sind. Im ambulanten Bereich gibt es unseres Wissens keine Zahlen bzw. beruhen sie auf Selbstauskünften. Hier gibt es sicher ein großes Dunkelfeld.

4. Welche Erscheinungsformen wohlwärtigen Zwangs sind in Ihrem Umfeld am häufigsten zu beobachten? Welche konkreten Probleme ergeben sich daraus?

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft betreibt seit 2002 das Alzheimer-Telefon und berät an diesem pro Jahr über 5.000 Personen (überwiegend Angehörige). Dabei sind die Schwierigkeiten im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen in jedem Jahr das zentrale Thema in den Beratungsgesprächen. Auch freiheitsentziehende Maßnahmen sowohl im Pflegeheim als auch im Krankenhaus spielen dabei eine Rolle – allerdings nicht in großer Zahl -. In diesen beiden Bereichen spielen Fixierungen und Sedierungen eine zentrale Rolle. Die Menschen, die davon betroffen sind, haben auf Grund ihres Krankheitszustandes keine Einsicht in die Notwendigkeit solcher Maßnahmen (wenn es so wäre, bräuchte man sie möglicherweise auch nicht). Von daher wehren sie sich gegen diese, was eine Verletzungsgefahr z.B. beim Einsatz von Gurten und Bettgittern bedingen kann. Bei Sedierungen sind wiederum Apathie, Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten oder Stürze die Folge.

Darüber hinaus gibt es andere Zwänge, wie z.B. das oben schon erwähnte „schnell Essen müssen“. Oder uns wird berichtet, dass Menschen mit Demenz von sozialen Aktivitäten ausgeschlossen werden, z.B. vom gemeinsamen Essen im Speisesaal oder von der Teilnahme an Aktivitäten, weil andere Bewohnerinnen und Bewohnern ihnen aggressiv begegnen. Auch dies ist eine Art von Zwang, der zum Schutz von Menschen mit Demenz erfolgt.

Auch im ambulanten Bereich sind FEM zu beobachten, z.B. wenn Angehörige das demenzerkrankte Familienmitglied einschließen, wenn sie selbst das Haus/die Wohnung verlassen. Mögliche Folgen sind:

- Verletzungen, wenn die eingeschlossene Person versucht, ihre Häuslichkeit zu verlassen.
- Rufen/Schreien, was sich auf die Umgebung auswirkt.
- Qual für die betroffenen Menschen, die den Sinn solcher Maßnahmen nicht begreifen, den Zeithorizont einer Abwesenheit nicht abschätzen können und ihre gewohnte Bezugsperson vermissen)
- Schuldgefühle bei den Angehörigen, die beim Einsatz von FEM ein schlechtes Gewissen oder auch Angst um die Person haben, sich aber gleichzeitig nicht anders zu helfen wissen.

Diese Einschätzung beruht auf Erfahrungswissen und Fallkonstellationen und ist zahlenmäßig nicht belastbar.

5. Welche Rolle spielen strukturelle Zwänge nach Ihrer Einschätzung?

Strukturelle Zwänge spielen eine große Rolle. Die Schulung des Personals oder die Personalbesetzung beeinflussen die „Kultur“ in der Pflege immens.

Eine systematische Übersichtsarbeit gibt es von Evans et al. (vgl. Evans D, Fitzgerald M. The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research. *Contemp Nurse* 2002;13:126-35) basiert auf 23 Studien (drei beobachtenden, zwei interpretativen und deskriptiven). Davon beziehen sich zehn Studien auf den stationären Altenpflegebereich, deren Ergebnisse Grundlage der folgenden Aktualisierung sind. Insgesamt konnten vier Hauptkategorien identifiziert werden, die die Gründe für Freiheitseinschränkende Maßnahmen im Kontext der beruflichen Altenpflege unterschieden:

1. Patientenorientierte Gründe (z.B. Sicherheit vor Sturz und Verletzungen, Agitation, Umherwandern, Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens, Kontrolle von Verhalten / Eine durchgehend und häufig angeführte Begründung ist das Anliegen, Stürze und sturzbedingte Verletzungen verhindern zu wollen)
2. Personal- und organisationsorientierte Gründe bzw. Merkmale (z.B. Rechtliche Verantwortung des Personals, strukturelle Merkmale wie Personalbesetzung)
3. Behandlungsorientierte Gründe: (z.B. Verhinderung der Unterbrechung einer medizinischen oder pflegerischen Behandlung)
4. Sozialorientierte Gründe (z.B. Vermeidung von Auseinandersetzungen mit dem sozialen Umfeld und die Aufrechterhaltung einer friedlichen Umgebung)

Auch die Haltung, das Erleben und die Einstellung von beruflich Pflegenden und Angehörigen spielt eine wesentliche Rolle.

6. Für welche Maßnahmen werden richterliche Genehmigungen eingeholt und für welche nicht?

Aus unserem Erfahrungswissen heraus werden für Fixierungen eher richterliche Genehmigungen eingeholt als für medikamentöse Interventionen. Insbesondere im ambulanten Bereich wird es einen großen Bereich geben, in dem keine richterlichen Genehmigungen eingeholt werden.

7. Welche Personengruppe sind besonders betroffen (z.B. Personen mit hohem körperlichen Pflegebedarf, Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen und/oder herausforderndem Verhalten, ...)

Menschen mit Demenz sind aus verschiedenen Gründen heraus prädestiniert, wohlütigem Zwang ausgesetzt zu sein: Die Erkrankung Demenz stellt für das Versorgungssystem eine große Herausforderung dar. Besonders das sog. „herausfordernde Verhalten“ stört die Abläufe in Institutionen. Der Begriff "herausforderndes Verhalten" beschreibt wiederkehrende Verhaltensweisen, die vom sozialen Umfeld als unangepasst und als nicht situationsgerecht empfunden werden. Typischerweise zählen zu diesen Verhaltensweisen: Agitation, Aggression, Reizbarkeit, Apathie, Depression, Ängstlichkeit, Wahnvorstellungen und Halluzinationen, Weglauftendenz, Enthemmung, Euphorie, ständiges Rufen usw. Dies ist sowohl für Angehörige ein Problem, stellt aber auch die professionelle Pflege vor große Herausforderungen. Ein adäquates Handeln erfordert oft Zeit oder eine entsprechende Umgebung, z.B. braucht es Personal zur Begleitung bei Unruhe oder im Falle aggressiven Verhaltens ein einfühlsames Eingehen. Zeit und Personal ist aber gerade in Einrichtungen der Altenhilfe nicht in genügender Zahl vorhanden.

8. Welche Alternativen gibt es in Ihrem Arbeitsfeld zu Formen des 'wohltätigen Zwangs'? Gibt es gute Modelle/evaluierte Projekte zur Vermeidung von „wohltätigem Zwang“ in der Langzeitpflege und Behindertenhilfe? Können Sie aktuelle (möglicherweise noch unveröffentlichte) Erkenntnisse nennen?

Alternativen zu FeM sind z.B.:

1. Das Projekt „Redufix“ hat schon in den Jahren 2004 bis 2007 Alternativen zu FEM entwickelt und gezeigt, dass durch eine multifaktorielle Intervention – dazu kann z.B. der Einsatz von Hilfsmitteln wie Hüftprotektoren, niedrige Betten, Signalsysteme gehören – der Einsatz von FEM reduziert werden konnte (www.redufix.de, siehe auch Frage 12)
2. Der sog. „Werdenfelser Weg“. Dieser Ansatz stellt eine besondere Form des betreuungsgerichtlichen Genehmigungsverfahrens dar und wurde von Dr. S. Kirsch und J. Wassermann in Garmisch-Partenkirchen entwickelt. Das Ziel des Werdenfelser Wegs ist die Integration pflegfachlichen Wissens in betreuungsgerichtliche Genehmigungsverfahren zu FEM durch den Einbezug von pflegfachlich erfahrenen und juristisch geschulten Verfahrenspfleger(innen). Hintergrund des Werdenfelser Weg ist die Tatsache, dass der Einsatz von FEM bei Bewohnerinnen, die selbst nicht mehr einwilligungsfähig sind und in Einrichtungen oder einrichtungsähnlichen Wohnformen leben, vom Betreuungsgericht genehmigt werden müssen.
3. Weiterbildungsmöglichkeiten für Fachpersonal in der Altenpflege zu Alternativen zu FeM und vor allem den Umgang mit „herausforderndem Verhalten“ (z.B. Validation, Personzentrierte Pflege etc.)

9. Welche Formen der Fürsorge, die regelmäßig mit Maßnahmen wohltätigen Zwangs verbunden sind, halten Sie für unverzichtbar?

„Mit Verabschiedung der Unterbringungs- und Psychisch-Kranken-Gesetze in den 1960er/70er-Jahren und insbesondere mit der Verabschiedung des Betreuungsrechtes im Jahr 1992 hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass Eingriffe in die Freiheitsrechte der Bürger(innen) in Krankenhäusern und Pflegeheimen ebenso dem grundgesetzlichen Schutz unterliegen. Dies gilt auch dann, wenn diese Eingriffe fürsorglicherisch motiviert sind“ (vgl. Klie, S. 52/juristische Expertise zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen im Zusammenhang der Leitlinienentwicklung).

Ferner führt Klie an: *„Die rechtlich gültige Entscheidung über freiheitseinschränkende Maßnahmen wird nicht von Ärzten bzw. Ärztinnen und Pflegenden getroffen, sondern von rechtlichen Betreuern oder Bevollmächtigten, wenn diese vorhanden sind. Eine stellvertretende Entscheidung der Pflegenden, der Ärzte bzw. Ärztinnen oder der Angehörigen ohne formelle Legitimation ist nach deutscher Rechtsordnung nur für Notfälle zulässig, nicht aber für regelmäßig wiederkehrende oder dauerhafte Maßnahmen“* (vgl. Klie, Thomas: 2014 (i.E.). 43 Klie, Thomas; Pfundstein, Thomas. In: Hoffmann, Birgit; Klie, Thomas: 2004, S. 110 ff.).

Aus Sicht der Selbsthilfeverbände Demenz entspricht die Haltung dem Grundsatz, dass der regelmäßige Einsatz von wohltätigem Zwang nicht zielführend sein kann, da er zum „Gewohnheitseffekt“ führt und so nicht mehr hinterfragt wird. Der wohltätige Zwang sollte immer eine Ultima ratio darstellen und nicht als gewohnheitsgemäße pflegerische Handlung ausgeführt werden. Dies ist per Gesetz bereits verankert, die Praxis in der Pflege sieht jedoch anders aus. Zwang sollte z.B. keinesfalls zur Sturzprophylaxe eingesetzt werden, da dieses Vorgehen kontraproduktiv ist.

Er sollte in keiner Form darauf abzielen, den institutionellen Ablauf zu gewährleisten, sondern immer im Kontext des Wohles der betroffenen Person stehen. Es müssen vor dem Einsatz von wohlütigem Zwange alle Alternativen erprobt worden sein, die zur Verfügung stehen und inzwischen in Form von Studien in ihrer Wirksamkeit erprobt sind. Diese grundlegende Haltung des Vorranges sollte in allen Institutionen der gerontopsychiatrischen Versorgung „gelebt“ werden – das heißt, auch von der Führungsebene gestärkt werden.

10. Unter welchen Bedingungen halten Sie einen weitgehenden oder sogar gänzlichen Verzicht auf „wohlütigen Zwang“ in dem Bereich für denkbar, den Sie überblicken?

Dass es auch anders geht, zeigte die wissenschaftliche Untersuchung ReduFix (Reduzierung von Fixierung). Die Studie zeigte, dass durch die Schulung von Mentoren der Einrichtungen als auch die Einführung eines Entscheidungsprozesses bei zwei Dritteln der StudienteilnehmerInnen die Fixierungsmaßnahmen beendet oder die Zeit der Fixierung deutlich reduziert werden – ohne dass es dabei zu einem Anstieg von negativen Folgen, wie sturzbedingten Verletzungen kam. Im Mittelpunkt stand die Suche nach Alternativen, neben dem Einsatz von technischen Hilfsmitteln und der Umgebungsanpassung. Im Alltag der Einrichtung sollte das Wissen verankert werden, wie man erfolgreich FEM vermeiden und reduzieren kann. Der Weg zu einer dem Einzelfall angemessenen Alternative führte über informierte Entscheidungsträger (Pflegekräfte, Heimleiter, Heimaufsicht, Betreuer) im Bereich der Altenhilfe aber auch aufgeklärte Angehörige und geschulte Ehrenamtliche. Das Ergebnis des Projektes war Anlass zur Fortführung des Bemühens. So geht beispielsweise die Stadt Baden-Baden in der Pflege neue Wege. Hier haben in den letzten zwei Jahren alle 13 Pflegeeinrichtungen an den Schulungen von „ReduFix“ teilgenommen. Bei einer Gesamtzahl von 848 Pflegeheimplätzen müssen aktuell nur noch drei Heimbewohner mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen versorgt werden. Vor Beginn des Projektes waren es noch weit über 120. Die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Angehörigen sowie rechtlicher Betreuung ist dabei sehr intensiv und im Sinne der älteren Menschen konstruktiv (vgl. Statement von Medeleine Viol Dipl. Sozpäd.; Gerontologin; Projektleiterin ReduFix Praxis; Referentin Pflegepolitik im Deutschen Bundestag im Rahmen des Symposiums des Landesverbandes der Alzheimer Gesellschaften e.V. zum Thema „Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Menschen mit Demenz“ im Jahr 2016. Tagungsbroschüre, in der das Statement verschriftlicht ist, liegt bei.)

11. In welchen Fällen wird regelmäßig wohlütiger Zwang angewandt? In welchen Situationen ist Ihrer Erfahrung nach die Schwelle für die Anwendung herabgesetzt?

Ein Mensch mit Demenz ist nicht in der Lage, in Maßnahmen einzuwilligen oder sie abzulehnen, wie es ein nicht kognitiv beeinträchtigter Patient tun könnte. Diese Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit kann unter Umständen zu einer herabgesetzten Hemmschwelle führen.

Faktoren für die Anwendung wohlütigen Zwangs: Alter, Geschlecht, Art der Beeinträchtigung, Kultur, mangelndes Wissen, strukturelle Bedingungen, Belastungen der pflegenden Personen?

12. Gibt es institutionelle oder private Versorgungssituationen bzw. soziokulturelle Kontexte (z.B. dominante Bilder, Vorstellungen, Wahrnehmungsmuster pflegebedürftiger Menschen oder Menschen mit Behinderung), die das Risiko des Wohlütigen Zwangs erhöhen bzw. vermindern?

Die Spezifika der demenziellen Erkrankungen stellt die Gesellschaft auch in Bezug auf ihre Wahrnehmungsmuster auf eine Probe. Die Demenz ist assoziiert mit kognitivem Abbau, Verlust von

Persönlichkeit und der Fähigkeit, sich gesellschaftskonform zu verhalten. Dies ist ein schwer zu durchbrechendes und dominantes Bild von Pflegebedürftigen und Menschen mit Demenz, das die Defizite des Menschen in den Vordergrund stellt. In der Praxis erleben wir dadurch ein reflexhaft fürsorgliche-paternalistische Haltung, die den Wohltätigen Zwang vermeintlich legitimieren.

13. Wirken sich kultur-, alters- und geschlechtsspezifische Differenzen auf Seiten der Helfer bzw. der Betroffenen auf Häufigkeit und Art von Zwangsmaßnahmen aus?

Siehe unter 12.

14. Erleben Sie unterschiedliche Bewertungen der Zwangsmaßnahmen durch Klienten und deren Angehörigen hinsichtlich ihrer kulturellen Wertvorstellungen (Bsp.: Klienten/Angehörige mit Migrationshintergrund)?

Die Haltungen und Einstellungen der Pflegenden zu FEM gelten als ein bedeutsamer Aspekt, der ihre Anwendung beeinflusst. Daher ist die Frage danach, wie und in welchem Ausmaß die Haltungen und Einstellungen der Pflegenden die Anwendung von FEM beeinflussen, für die Veränderung der Praxis wichtig (vgl. FeM Leitlinie, Kap. 3.4.). Haltungen und Einstellungen variieren im kulturellen Kontext. Z.B. in Japan werden wesentlich weniger FeM angewandt als z.B. in Deutschland – aber auch im Kontext der „Kultur“ einzelner Einrichtungen.

15. Welche spezifischen Kompetenzen, Kenntnisse, Einstellungen und professionellen Selbstverständnisse haben einen protektiven Einfluss auf potenziell vermeidbaren Zwang?

Aus unserer Sicht gibt es sowohl persönliche Faktoren als auch strukturelle Faktoren, die einen protektiven Einfluss haben könnten. Dazu gehören natürlich Kompetenzen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten. Wenn Pflegenden in der Lage sind, sich in die Situation von Menschen mit Demenz einzudenken und sich in ihre Lage zu versetzen, kann ein Verständnis erwachsen, warum manche Verhaltensweisen überhaupt entstehen und wie diese in der Folge dann auch minimiert oder abgestellt werden können. Neben tiefen Kenntnissen gehört dazu auch eine Bereitschaft, sich auf das Gegenüber einzulassen, Empathie und ein entsprechendes Menschenbild. Dazu müssen natürlich auch die strukturellen Rahmenbedingungen stimmen. Wenn z.B. für das Waschen von Bewohnern im Heim nur wenige Minuten zur Verfügung stehen, wird es kaum möglich sein, durch ein langsames Beginnen der Waschsituation, ein Eingehen auf die Bedürfnisse des Patienten abwehrendes Verhalten zu verhindern.

Auswirkungen von Zwanganwendung

16. Welche Auswirkungen haben Formen des wohltätigen Zwangs kurz-, mittel- und langfristig auf die Beziehung zwischen den Akteuren (z.B. auf das Vertrauensverhältnis)? Gibt es hierzu empirische Untersuchungen?

Empirische Untersuchungen sind uns zu dem Thema nicht bekannt. Aus unserem Erfahrungswissen heraus ist anzunehmen, dass es Auswirkungen auf die Beziehung hat, möglicherweise durch ängstliches Verhalten von Menschen mit Demenz gegenüber den Anwendenden von FEM aber auch durch Schuldgefühle bei denen, die sie anwenden. Bei letzteren könnte man auch einen Abstumpfungseffekt annehmen bei regelmäßiger Anwendung. Was beim ersten Einsatz vielleicht noch schlechte Gefühle macht, könnte bei wiederholter Anwendung normal werden und eine

Hemmschwelle herab gesetzt werden. Deshalb sind regelmäßige Überprüfungen von Maßnahmen, Supervision usw. notwendig.

17. Teilen Sie die Annahme, dass das Erleben von Zwang für die Betroffenen und die Beteiligten immer negativ erfahren wird und daher zu minimieren ist?

Bei Menschen mit Demenz ist davon auszugehen, dass Sie den Sinn von Zwangsmaßnahmen nicht verstehen können, sondern das Erleben der Einschränkung im Vordergrund steht. Von daher ist von einer negativen Erfahrung auszugehen.

18. Gibt es Untersuchungen zu den psychischen Auswirkungen des Erlebens von Zwang auf Seiten der Betroffenen, der Angehörigen und der Professionellen?

Das ist uns nicht bekannt.

19. Welche Auswirkung hat die Anwendung von Zwang auf die Beziehung zwischen Betroffenen und professionellen Akteuren?

Siehe unter 16

20. Welche anderen mittelbaren und unmittelbaren Folgen Wohltätigen Zwangs lassen sich feststellen (in verschiedenen Lebensaltern bzw. bei Gruppen mit unterschiedlicher Pflegebedürftigkeit)?

Wir halten es für wahrscheinlich, dass die Anwendung von FEM dazu beitragen kann, dass die Akzeptanz vom Wohnen in Einrichtungen geringer wird.

Bei häufiger, nicht kritisch hinterfragter Anwendung, entsteht das Bild/die Einstellung, dass Wohltätiger Zwang bei Menschen mit Demenz notwendig wird. Alternativen werden so gar nicht in Erwägung gezogen.

Normative Probleme von Zwang

21. In welchen Situationen treten für individuelle Akteure und Institutionen normative Konflikte in Bezug auf wohltätigen Zwang auf?

22. In welchen Situationen lässt sich der Einsatz von wohltätigem Zwang nach Ihrem Urteil legitimieren bzw. nicht legitimieren?

Wohltätiger Zwang lässt sich aus unserer Sicht nur legitimieren, wenn es keine Alternativen zum Schutz einer Person gibt. Wobei die Grenze, wann Schutz notwendig ist, sicher auch nicht eindeutig definiert werden kann. Menschen, die schon zeitlebens risikofreudig waren, wären vielleicht auch im hohen Alter oder im Zustand einer Demenz bereit, ein gewisses Risiko auf sich zu nehmen. Eine Risikoabwägung wird hier aber sicher sowohl die Sichtweise der gefährdeten Person als auch die des Umfelds in Erwägung ziehen müssen.

23. Welche ethischen Maßstäbe sind hierfür heranzuziehen?

Als Maßstäbe für eine ethische Beurteilung können die Grundwerte aus Artikel 2 unseres Grundgesetzes dienen, nämlich die nach körperlicher Unversehrtheit, Freiheit und das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit.

24. Welche Relevanz kommt dabei bestimmten Entscheidungsverfahren bzw. institutionellen Leitbildvorgaben bzw. Leitlinien und berufsethischen Standards zu?

Leitlinien und Standards, die in erster Linie das Patientenwohl im Blick haben, kann eine hohe Relevanz zukommen, um Willkür bei wohltätigem Zwang zu verhindern. Dies hilft allen Beteiligten. Sie verhindern Intransparenz und Willkür bei denen, die von wohltätigem Zwang betroffen sind oder dies als Angehörige miterleben müssen und sie gibt denen, die wohltätigen Zwang ausüben müssen, einen rechtlichen Rahmen. Besonders wichtig sind dabei Regularien, die regelmäßig das eigene Tun hinterfragen (müssen).

25. Gibt es Konstellationen, in denen Sie eine richterlichen Genehmigung über das geltende Recht hinaus für sinnvoll halten?