

## **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?

**Ich halte den Begriff „Wohltätiger Zwang“ für problematisch, da sich die Begriffe „wohltätig“ und „Zwang“ nach meinem Sprachverständnis gegenseitig ausschließen. Die Bedeutung von „wohltätig“ wird im Duden mit entweder „karitativ“ oder „wohltuend“ angegeben. Eine wie auch immer geartete Zwangsmaßnahme wird aber vom Betroffenen weder als karitativ noch als wohltuend empfunden. Hierdurch könnte es zu dem Missverständnis kommen, dass das „wohltätig“ sich gar nicht auf den Betroffenen bezieht, sondern auf seine Betreuer, Pflegekräfte oder Angehörigen.**

**Hier sollen ja Maßnahmen diskutiert werden, die vom Betroffenen subjektiv als Zwang (also negativ) empfunden werden, die aber objektiv zum Nutzen des Betroffenen (also positiv) wirken. Vielleicht könnte man eher von „Zwang zum Nutzen des Gezwungenen“ sprechen. Hierdurch wird einerseits deutlich, dass**

**es sich in jedem Fall um eine für den Betroffenen unangenehme Vorgehensweise oder Maßnahme handelt, und die ethische Diskussion fokussiert sich dann darauf, ob und wann objektiv ein Nutzen für den Betroffenen vorliegt, der die Ausübung von Zwang rechtfertigt. Zum anderen wir klar gestellt, dass es ausschließlich um den Nutzen für den Betroffenen geht und nicht etwa um einen Vorteil für die Betreuenden.**

#### **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?

**In erster Linie geht es hier um freiheitsenziehende oder freiheitsbeeinträchtigende Maßnahmen. Diese können die freie Wahl des Aufenthaltsortes, die Bewegungsfreiheit und die Freiheit, sich so zu verhalten, wie man es wünscht, betreffen. Bezüglich der freien Wahl des Aufenthaltsortes sind vor allem die Wahl des Wohnortes (z.B. eigene Wohnung versus Unterbringung in einem Pflegeheim oder einer anderen Einrichtung), aber auch die Freiheit, den Aufenthaltsraum zu wählen oder das Haus zu verlassen, zu nennen.**

**In Deutschland werden etwa 900.000 Pflegebedürftige vollstationär in 13.500 Pflegeheimen versorgt (statista 2015). Zahlen dazu, welcher Prozentsatz dieser Personen gezwungenermaßen im Pflegeheim untergebracht wurde, liegen nicht vor, aber dies dürfte beim größten Teil der Betroffenen der Fall sein. Nach Meyer et al 2009 liegt die Punktprävalenz für körperliche freiheitseinschränkende Maßnahmen bei 26,2%, und die kumulative Jahresprävalenz bei 39,5% [1]. Es besteht eine große Schwankungsbreite zwischen den Pflegeheimen (4,4-58,2%). Es gibt insgesamt nur wenige Studien zu diesem Thema, aus denen sich ein internationaler Vergleich ableiten lässt. In einer holländischen Studie aus dem Jahr 2004 wird die Punktprävalenz mit 49% angegeben [2], in einer US-amerikanischen Studie mit 40-45% [3]. Zur Einschränkung der körperlichen Freiheit werden vor allem Bettgitter eingesetzt, seltener Bauchgurte oder weitere Fixierungen.**

**Pharmakologische Maßnahmen zur Korrektur unerwünschten Verhaltens kommen häufiger zum Einsatz als physische Mittel. 51,8% aller Altenheimbewohner in Deutschland erhalten mindestens ein psychotropes Medikament, in Österreich sind es gar über 70% [4]. Auch hier liegt eine große Schwankungsbreite zwischen den untersuchten Heimen vor. Im Gegensatz zur in der Regel zwangsweise angebrachten körperlichen Freiheitsbeschränkung ist es bei der medikamentösen Form nicht immer eindeutig differenzierbar, ob das Medikament freiwillig eingenommen wird (z.B. weil der Patient selbst ein Beruhigungsmittel wünscht) oder ob es zwangsweise verordnet wurde. Häufig werden auch psychotrope Medikamente verordnet ohne den Patienten über die Indikation des Medikaments aufzuklären. Schlimmstenfalls werden Medikamente „versteckt“ verabreicht, das heißt ins Essen gemischt oder über eine PEG-Sonde gegeben. Es liegt dann zwar kein offener Zwang vor, aber der Patient wird sozusagen hintergangen, was ethisch sicherlich ebenso verwerflich ist. Zu dieser Art der „Zangsmedikation“ gibt es keine epidemiologische Studiendaten.**

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 vorliegenden Studiendaten wurden an definierten Stichproben erhoben und sind nicht sicher auf die Bevölkerung als ganzes übertragbar, wenn auch die Größenordnungen als wahrscheinlich zutreffend angesehen werden können. Es besteht hier in jedem Fall weiterer Forschungsbedarf. So gibt es beispielsweise keine Zahlen dazu, welcher Prozentsatz der Altenheimbewohner den Umzug vom eigenen Zuhause ins Altenheim freiwillig vollzogen hat. Auch hinsichtlich medikamentöser „Zwangmaßnahmen“ im häuslichen Setting, also bei Personen, die zu Hause von Angehörigen betreut werden, gibt es keine verlässlichen Zahlen.**

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

**In der Versorgung von Personen, die entweder alleine zu Hause leben oder die von Angehörigen zu Hause versorgt werden, spielt im hausärztlichen Kontext in erster Linie der Zwang zur Einnahme von Medikamenten eine Rolle. Gerade in diesen Fällen ist oft keine Trennung zwischen Zwang zum Nutzen des Gezwungenen und Zwang zum Schutz und zur vermeintlichen Arbeitserleichterung der Angehörigen oder der ambulanten Pflegekräfte möglich. Wie bereits erwähnt, wird der „Zwang“ auch häufig durch Unterlassen der Aufklärung umgangen.**

**Eine wichtige Rolle spielt auch der zwangsweise Umzug aus dem häuslichen Setting in ein Alten- oder Pflegeheim. Hier kommt dem Hausarzt eine wichtige beratende Rolle zu, wobei zwischen dem Wohl des Patienten und dem Schutz der pflegenden Angehörigen abzuwägen ist. Die Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin gibt hier unterstützende Hinweise, ist aber derzeit nicht verfügbar. Das Update wird für 2017 erwartet.**

**Die hausärztliche Betreuung von Alten- und Pflegeheimbewohnern betrifft sowohl die Verordnung medikamentöser Zwangsmaßnahmen als auch den Einsatz körperlicher Maßnahmen der Freiheitsbeschränkung. Es gibt wenig Daten dazu, ob hier der Arzt aufgrund eigener Motive oder im Auftrag von Pflegekräften und Angehörigen tätig wird. Tatsache ist, dass sowohl Tranquilantien als auch Neuroleptika häufig ohne rechtfertigende Indikation und vor allem zu lange verordnet werden.**

5. Welche Rolle spielen strukturelle Zwänge nach Ihrer Einschätzung?

**Strukturelle Gegebenheiten (vor allem Personalmangel und räumliche Limitierungen) spielen zwar eine wichtige Rolle, sind jedoch keineswegs die einzigen begründenden Faktoren für Zwangsmaßnahmen. Zeitmangel als strukturelles Problem dürfte gerade in der hausärztlichen Versorgung eine wichtige Rolle spielen und versteckten Zwang in Form mangelnder Aufklärung und versteckter Medikamentengabe begünstigen.**

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

**Man kann davon ausgehen, dass alle medikamentösen Maßnahmen ohne richterliche Genehmigung eingeleitet werden. Eine Genehmigung durch das Betreuungsgericht ist vorgeschrieben für körperliche Freiheitsbeschränkung (z.B. Bettgitter) beim nicht einwilligungsfähigen Patienten, wenn die Maßnahme auf Dauer durchgeführt werden soll. Diese Form der Freiheitsbeschränkung ist nur zum Schutze des Betroffenen vor Selbstgefährdung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB zulässig. In der Praxis ist die Grenze zwischen Selbstgefährdung des Patienten und Entlastung der Pflegenden oft nicht klar zu ziehen. Vor allem für den häufig vorgebrachten Grund für Bettgitter, den Sturz aus dem Bett, gibt es keinen belastbaren Nutznachweis [5]. Und es gibt zwangsfreie Alternativen, z.B. das Niedrigbett.**

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

**Sowohl durch medikamentöse als auch durch körperliche Zwangsmaßnahmen sind vor allem Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und herausforderndem Verhalten (z.B. behavioural and psychological symptoms of dementia [BPSD]) betroffen.**

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?

**Freiheitsentziehende Maßnahmen lassen sich durch Schulung von Pflegepersonal und Angehörigen reduzieren, wenn auch nicht ganz vermeiden. Durch eine komplexe Intervention aus Leitlinienimplementierung, Schulung des Pflegepersonals und Information von Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuern ließ sich die Rate körperlicher Freiheitsbeschränkung von 31,5% auf 22,6% senken [6]. Eine weitere randomisierte Studie zu diesem Thema in Deutschland wird derzeit durchgeführt [7]. Die Verordnungsrate antipsychotischer Medikamente konnten Fossey et al. durch personenzentrierte Pflege von 42,1% auf 23,0% senken [8]. Ein ähnliches Projekt zur Implementierung personenzentrierter Pflege und einer leitliniengerechten Verordnung von Antipsychotika wird in Deutschland derzeit durchgeführt [9]. Die Ergebnisse werden für Herbst 2017 erwartet.**

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

**Für die längerfristige Behandlung halte ich sowohl physische als auch medikamentöse Maßnahmen unter Zwang nicht nur für verzichtbar, sondern generell für nicht vertretbar. Unter dem „Deckmantel“ des Schutzes vor Selbstschädigung werden hier bei besonders schutzbedürftigen Personen Zwangsmaßnahmen angewendet, die man einem nicht auf Schutz und Pflege angewiesenen Menschen nie zumuten würde. So kommt ja auch keiner auf die Idee, das Rauchen oder Alkoholkonsum generell zu verbieten, obwohl es nachgewiesenermaßen dem Anwender Schaden zufügt. Gleiches gilt für die**

**willentliche Ablehnung notwendiger medizinischer Maßnahmen (z.B. Antibiotikabehandlung, notwendige Operation, Bluttransfusion). Als einziges Beispiel für gerechtfertigte, kurzfristige Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen sind akute Erkrankungen zu nennen, z.B. akute psychotische Schübe oder hirnorganische Syndrome mit Selbst- und Fremdgefährdung, welche allerdings nur im Extremfall eine Fixierung durch Gurte rechtfertigen könnten. Hier sollten die gleichen Maßstäbe angesetzt werden, die für jede Form der Freiheitsbeschränkung zutreffen, d.h. eine richterliche Entscheidung innerhalb eines Tages. Gleiches gilt hier für den Einsatz von Medikamenten.**

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

**Durch entsprechende Schulung und ausreichend vorhandenes Pflegepersonal lassen sich Zwangsmaßnahmen weitestgehend vermeiden. Dem stehen der ohnehin schon eklatante Mangel an qualifiziertem Personal sowie die Finanzierbarkeit entgegen.**

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

**Wie bereits oben dargestellt, wird vor allem in Pflegeheimen Zwang ausgeübt. Nicht immer steht hier die Selbstgefährdung des Patienten im Mittelpunkt. Medikamentöse wie auch körperliche Zwangsmaßnahmen kommen auch in der ambulanten Betreuung durch Angehörige und Pflegedienste zum Einsatz. Auch hier dürften Schutz und Entlastung der Betreuenden im Vordergrund stehen.**

**Faktoren für die Anwendung wohltätigen 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 Wohltätigen Zwangs erhöhen bzw. vermindern?

**siehe 13.**

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

**In einer slowenischen Studie konnte gezeigt werden, dass weibliche, jüngere Bewohner mit Depression oder Demenz ein höheres Risiko tragen, eine psychotrope Medikation verordnet zu bekommen. Auf der Verschreiber-/Betreuerseite zeigte sich, dass in größeren Pflegeheimen eher psychotrope Medikamente verabreicht werden als in kleineren, und das männliche Ärzte diese Substanzen häufiger verordnen als weibliche [10]. Insgesamt gibt es nur wenige Daten zu diesen Fragestellungen.**

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

**Sprachliche Barrieren können bei Patienten mit Migrationshintergrund zu einem leichtfertigeren Einsatz von Zwangsmaßnahmen führen. Zahlen hierzu konnte ich bei meinen Recherchen zu diesem Thema nicht identifizieren.**

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

**In der Leitlinie „FEM: Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege“ wird die komplette Literatur über Interventionen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen aufgearbeitet [11]. Hier sind in erster Linie spezielle Schulungsprogramme zu nennen, für deren Effektivität es mäßiggradige Studienevidenz gibt. Für die meisten in Studien getesteten Maßnahmen gibt es keine oder nur niedrige Evidenz. Dies macht deutlich, dass hier erheblicher Forschungsbedarf besteht.**

#### **Auswirkungen von Zwangsanwendung**

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 zur Auswirkung von Zwang auf die Arzt-Patientenbeziehung konnte ich nicht identifizieren. Es ist allerdings bekannt, dass sich selbst patriarchalisches Arztverhalten negativ auf die Arzt-Patienten-Beziehung und auf das Vertrauensverhältnis auswirkt. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass jede Form von Zwang diesen negativen Einfluss noch verstärkt.**

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?

**Das Wort Zwang ist per se negativ besetzt. Zwang wird im Duden als „Einwirkung auf jemanden unter Anwendung oder Androhung von (psychischer oder körperlicher) Gewalt“ definiert. Ich halte Zwang nur zum Schutz der Gesellschaft und zum Schutz vor unmittelbar drohender Selbstgefährdung für vertretbar.**

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

**In einer systematischen Übersicht aus dem Jahr 2014 konnte gezeigt werden, dass die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen bei den zwangsausübenden Pflegekräften zu negativen Gefühlen, Frustration, Schuldgefühlen und Traurigkeit führt [12]. Auch bei den Betroffenen selbst und ihren Angehörigen sind negative Gefühle wie Betroffenheit, Angst und Erniedrigung nachgewiesen [13].**

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

**Die unter Punkt 18 dargestellten Auswirkungen lassen auch negative Effekte auf das Vertrauensverhältnis und die Beziehung zwischen Patienten und Pflegekräften/Ärzten bzw. Angehörigen und Pflegekräften vermuten. Einschlägige Studien zu diesem Thema konnten nicht identifiziert werden.**

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

**Es wird immer wieder behauptet, dass freiheitseinschränkende Maßnahmen zur Prophylaxe von Stürzen und sturzbedingten Verletzungsfolgen angewendet werden. Hierfür gib es allerdings keinen Nachweis. Im Gegenteil zeigte eine systematische Übersichtsarbeit, dass die Anwendung freiheitseinschränkender Zwangsmaßnahmen nicht mit einer Reduktion von Stürzen verbunden ist, und dass die Reduktion dieser Maßnahmen nicht zu einer Zunahme von Stürzen führt [5].**

#### **Normative Probleme von Zwang**

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

**Wie unter Punkt 18 dargestellt, führt der Einsatz von Zwang ganz generell bei den Akteuren zu negativen Gefühlen und Gewissenskonflikten. Hiervon dürften in erster Linie Situationen betroffen sein, bei denen keine klare Indikation für Zwangsmaßnahmen zur Vermeidung von Selbstgefährdung vorliegt. Empirische Untersuchungen hierzu konnte ich jedoch nicht identifizieren.**

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

**Generell sollte jede Entscheidung über eine medizinische, therapeutische oder pflegerische Maßnahme in einem Shared Decision Making Prozess gemeinsam mit dem Patienten beschlossen werden. Das Ablehnen jeglicher Maßnahmen durch den Betroffenen muss zunächst akzeptiert werden. Es würde niemand auf die Idee kommen, einen Patienten zwangsweise mit einem Antibiotikum zu behandeln, selbst wenn er sich in Anbetracht einer schweren Infektion durch diese Ablehnung selbst gefährdet. So wird auch beispielsweise die Ablehnung einer lebensnotwendigen Bluttransfusion aufgrund religiöser Anschauungen als freier Wille des Patienten akzeptiert. Es ist also erst einmal nicht einzusehen, warum für Menschen mit Pflegebedürftigkeit und/oder kognitiven Einschränkungen anderes gelten sollte. So erscheint mir unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts die (nicht akute) Selbstgefährdung kein hinreichender Grund für Zwangsmaßnahmen. Man denke nur an bestimmte Extremsportarten, in denen die Akteure eine Selbstgefährdung bis hin zum Tod bewusst in Kauf nehmen. Selbst alltäglicher Massensport wie Skifahren nimmt ein hohes Sturz und Verletzungsrisiko in Kauf und es würde niemand auf die Idee kommen, das zu verbieten.**

**Als Beispiel aus der Praxis möchte ich über einen 75jährigen Patienten mit Hypertonie und Vorhofflimmern berichten, der rüstig, sportlich, geistig voll auf der Höhe und als Senior-Chef einer großen Firma mitten im Leben stand. Trotz eindringlichen ärztlichen Rates verweigerte er die Einnahme von Antikoagulantien und Antihypertensiva, mit den Worten: „Ich habe ein tolles Leben gehabt, wenn es vorbei ist, dann ist es eben vorbei, und dafür brauche ich keine Medizin“. Es kam wie es kommen musste und der Patient erlitt einen schweren Schlaganfall. Er saß im Rollstuhl und konnte nicht mehr sprechen. Es war unklar, ob er verstehen konnte, was man ihm sagte. Der Patient wurde wie nicht anders zu erwarten mit einer Palette von Medikamenten – Antikoagulation, Antihypertensiva, Lipidsenker und einem Neuroleptikum wegen „aggressivem Verhalten“ aus der Klinik entlassen. Die Ehefrau bestand darauf, dass die Medikation fortgeführt wird und hat ihren Mann gezwungen die Tabletten zu schlucken – mit der Begründung, er könne ja seine Meinung geändert haben. Eine Patientenverfügung lag nicht vor. Ich halte diese Zwangsmedikation für unethisch, wenn der Patient diese zuvor klar abgelehnt hat.**

**Als mögliche Ausnahmen für medizinische und/oder pflegerische Zwangsmaßnahmen sind akute Zustände der Nichteinwilligungsfähigkeit (z.B. Delir, passagere Hirnleistungsstörungen) denkbar, wenn man davon ausgehen kann, dass der Patient im Falle der Einwilligungsfähigkeit in die Maßnahme einwilligen würde.**

**Eine andere Ausnahme stellt in der Tat die Fremdgefährdung dar, wobei hier klar zwischen echter Gefahr und Verminderung von Unbequemlichkeit zu unterscheiden ist. Dies soll aber hier nicht das primäre Thema sein.**

23. Welche ethischen Maßstäbe sind hierfür heranzuziehen?

**Für ältere und hochbetagte Menschen mit Pflegebedürftigkeit und kognitiven Einschränkungen müssen die gleichen ethischen Maßstäbe wie für jeden Menschen gelten. Das heißt, dass das Selbstbestimmungsrecht nur dann eingeschränkt werden darf, wenn eine akute Selbstgefährdung oder Fremdgefährdung vorliegt. „Akute Selbstgefährdung“ beschränkt sich auf eine unmittelbar drohende Gefahr, beinhaltet aber nicht die Prävention von längerfristigen Risiken.**

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

**Ärztliches und pflegerisches Berufsethos verbietet die Zwangsbehandlung von Patienten, es sei denn es ist unmittelbar Gefahr für den Patienten selbst oder für seine Umgebung im Verzug. Das ist jedoch in den meisten Situationen in der Betreuung von alten, körperlich und /oder kognitiv eingeschränkten Menschen nicht der Fall.**

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

**Jede medikamentöse antipsychotische Dauertherapie sollte ebenso wie jede längerfristige freiheitseinschränkende physische Maßnahme einer richterlichen Überprüfung unterzogen werden.**

## Literatur

1. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J. Clin. Nurs.* 2009;18:981–90.
2. Hamers JPH, Gulpers MJM, Strik W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J. Adv. Nurs.* 2004;45:246–51.
3. Luo H, Lin M, Castle N. Physical restraint use and falls in nursing homes: a comparison between residents with and without dementia. *Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen.* 2011;26:44–50.
4. Richter T, Mann E, Meyer G, Haastert B, Köpke S. Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2012;13:187.e7-187.e13.
5. Sze TW, Leng CY, Lin SKS. The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. *JB Libr. Syst. Rev.* 2012;10:307–51.
6. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, et al. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA* 2012;307:2177–84.
7. Abraham J, Möhler R, Henkel A, Kupfer R, Icks A, Dintsios C-M, et al. Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing home residents (IMPRINT): study protocol for a cluster-randomised controlled trial. *BMC Geriatr.* [Internet] 2015 [cited 2017 May 5];15. Available from: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0086-0>
8. Fossey J, Ballard C, Juszczak E, James I, Alder N, Jacoby R, et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ* 2006;332:756–61.
9. Richter C, Berg A, Fleischer S, Köpke S, Balzer K, Fick E-M, et al. Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): study protocol for a cluster-randomised controlled trial. *Implement. Sci.* [Internet] 2015 [cited 2017 May 5];10. Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0268-3>
10. Petek Šter M, Cedilnik Gorup E. Psychotropic medication use among elderly nursing home residents in Slovenia: cross-sectional study. *Croat. Med. J.* 2011;52:16–24.

11. Köpke S, Möhler R, Abraham J, Henkel A, Kupfer R, Meyer G. Leitlinie FEM - Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Univ. Zu Lüb. Univ. Halle 2015;
12. Möhler R, Meyer G. [Individually adapted activities for patients with dementia in inpatient geriatric nursing. Interests, preferences and wishes]. *Pflege Z.* 2014;67:146–50.
13. Evans D, Fitzgerald M. The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research. *Contemp. Nurse* 2002;13:126–35.