

Freiheitsbeschränkende Massnahmen in der Alterspsychiatrie

Stefan Klöppel^{1,2} und Dan Georgescu^{1,3}

¹ Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Weggis, Schweiz

² Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste AG (UPD), Universität Bern, Bern, Schweiz

³ Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie, Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG), Windisch, Schweiz

Zusammenfassung: Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FbM) umfassen bewegungseinschränkende Massnahmen und die Behandlung ohne Zustimmung (BoZ) entsprechend dem Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB). In der stationären Alterspsychiatrie werden häufig nicht urteilsfähige Patientinnen und Patienten behandelt, die neben der psychischen Erkrankung somatisch multimorbid sind. Bei dieser Patientengruppe kommen wiederholt bewegungseinschränkende Massnahmen zur Sturzprävention und Isolationen aufgrund von Hygienevorschriften bei Infektionskrankheiten zum Einsatz und es werden BoZ durchgeführt, die von den Betroffenen ohne erkennbare Ablehnung toleriert werden, die aber wegen der fehlenden Zustimmung als FbM zu erfassen sind. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) hat die Alterspsychiatrie neu als eigene Klinikategorie eingeführt. Wir nehmen dies als Anlass, insbesondere auch FbM in dieser Klinikategorie differenziert zu betrachten.

Schlüsselwörter: Alterspsychiatrie, Freiheitsbeschränkende Massnahmen, Behandlung ohne Zustimmung, Qualität

Measures restricting freedom in the geriatric psychiatry

Abstract: Measures restricting freedom include physical restraints restricting movement and treatment without consent according to the Swiss Civil Code. Patients incapable of consenting to treatments and other measures of care and who are somatically multimorbid in addition to their mental illness are frequently encountered in the geriatric psychiatry inpatient setting. In this group of patients, physical restraints are repeatedly used to prevent falling and to quarantine patients due to infectious diseases. Frequently, treatment is conducted with the apparent agreement of the patient but which are to be recorded as measures restricting freedom due to the inability to give informed consent. The National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics (ANQ) has introduced geriatric psychiatry as a separate department category; this differentiation should also be seen as an opportunity and invitation to take a differentiated look at measures restricting freedom in geriatric psychiatry.

Keywords: geriatric psychiatry, measures restricting freedom, treatment without consent, quality

Mesures limitatives de liberté en psychiatrie de la personne âgée

Résumé: Les mesures restreignant la liberté (ML) comprennent les mesures restreignant la liberté de mouvement et le traitement sans consentement (TSC), conformément au code civil suisse. En psychiatrie de la personne âgée hospitalière, on traite souvent des patientes et des patients incapables de discernement qui, outre leur maladie psychique, sont multimorbides sur le plan somatique. Dans ce groupe de patients, on recourt de manière répétée à des mesures restrictives pour prévenir les chutes et à des isolements en raison des consignes d'hygiène en cas de maladies infectieuses. On réalise des TSC qui sont tolérés par les personnes concernées sans refus apparent, mais qui doivent néanmoins être saisis comme TSC en raison de l'absence de consentement. L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a introduit la psychiatrie de la personne âgée comme un type de clinique à part entière. Cette différenciation doit également être considérée comme une opportunité et une invitation à considérer de manière différenciée les ML dans cette catégorie.

Mots-clés: Psychiatrie de la personne âgée, mesures restreignant la liberté, traitement sans consentement, Qualité

Einleitung

In der stationären Alterspsychiatrie (AP) werden insbesondere bei den auf den kantonalen Spitalisten verzeichneten psychiatrischen Grundversorgern zahlreiche Patientinnen und Patienten behandelt, die aufgrund erheblicher kognitiver Einschränkungen umfassend und dauerhaft nicht urteilsfähig sind. Regelmässig ist eine Agitiertheit verbunden mit Aggressivität im Rahmen von Delirien der Grund

für einen akutpsychiatrischen Spitaleintritt. Oft liegt gleichzeitig eine erhebliche krankheits- und/oder medikamentös bedingte Sturzneigung vor, deren Risiko die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Urteilsunfähigkeit nicht ausreichend oder gar nicht einschätzen können. Aus den genannten Gründen ist bei diesen Patientinnen und Patienten häufig über den Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen und die Behandlung ohne Zustimmung (BoZ) zu entscheiden. Begrifflich zusammengefasst wer-

den beide als Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FbM). Wegen der fehlenden rechtsgültigen Zustimmung, erfolgt auch ohne erkennbare verbale oder physische Ablehnung die Erfassung als freiheitsbeschränkende Massnahme. Diese im Hinblick auf ihre Invasivität sehr heterogenen Massnahmen sollen hier mit einem Fokus aus der Perspektive der AP diskutiert werden.

Begriffsdefinitionen und rechtliche Grundlagen

Rechtlich relevant sind – trotz ihres rechtlich unterschiedlichen Status – neben dem ZGB die medizin-ethischen Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin» (2015) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die über das ärztliche Standesrecht bindend sind («Soft Law»).

In diesem Text verwenden wir den Begriff der FbM entsprechend der Definition des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques; ANQ)¹. Spitäler und Kliniken sind freiwillig einem Vertrag, der auf gesetzlichen Grundlagen basiert, mit dem ANQ beigetreten mit dem Ziel, FbM entsprechend den Vorgaben des ANQ zu erfassen. Die Begrifflichkeit des ANQ ist deshalb in den Institutionen stark präsent. Begriffe wie «Zwangsmassnahmen» werden jedoch weder im ZGB noch beim ANQ verwendet.

Der Begriff der FbM ist dabei weniger als Oberbegriff im formalrechtlichen Sinne anzusehen, sondern dient der Zusammenfassung der zu erfassenden Massnahmen. Die Rechtsgrundlage bzw. der Rahmen für eine FbM ist in der AP typischerweise die Fürsorgerische Unterbringung (FU). Das ZGB enthält einen Abschnitt mit den Artikeln 426 bis 439 zur Regelung der FU. Grundsätzlich möglich und für die AP relevant, kann eine FU auch mit schwerer Verwahrlosung begründet werden, wobei sie dann ohne Behandlungsziel und somit lediglich zur Betreuung erfolgt (Art. 426, Abs. 1) sofern die Verhältnismässigkeit gegeben ist und nicht z.B. die häusliche Unterstützung oder Platzierung in einer Pflegeeinrichtung geeigneter wäre.

Zu den FbM nach ANQ-Definition zählen bewegungseinschränkende Massnahmen nach Art. 383 ff und 438 ZGB und die BoZ nach Art. 434 ZGB (mit FU) und 379 und 435 ZGB (ohne FU, z.B. wenn die anfechtbare Verfügung erst nach einer notfallmässigen Intervention verfügt werden kann).

Willigt eine urteilsfähige Person in eine FbM ein, gilt dies nicht als Zwangsmassnahme. Zu beachten ist aber, dass die Einwilligung einer nicht-urteilsfähigen Person nicht als rechtsgültig anzusehen ist. Für die Bewertung unter ethischen Gesichtspunkten spielt eine solche Einwilligung einer urteilsunfähigen Person aber durchaus eine Rolle.

Die BoZ gilt als stärkste FbM. Die Behandlung darf deshalb nur bei betreffend die Behandlung nicht urteilsfähigen Personen erfolgen. Es muss zudem eine ernsthafte Gefährdung und eine Verhältnismässigkeit der Massnahme vorliegen. Auch die BoZ wird zumeist im Rahmen einer FU oder im Notfall durchgeführt. Findet diese Behandlung einer psychischen Erkrankung in einer psychiatrischen Einrichtung statt, liegen die Entscheidungen nicht bei den vertretungsberechtigten Personen, sondern bei den behandelnden Chefärztinnen und -ärzten². Erforderlich ist jedoch ein Behandlungsplan (Art. 433), welcher unter Beizug der betroffenen Person und ggf. ihrer Vertrauensperson zu erstellen ist. Der Behandlungsplan stellt die Grundlage für eine BoZ dar. Die gesetzlichen Anforderungen an den Behandlungsplan sind hoch und umfassen Gründe, Zweck, Art, Modalitäten, Risiken und Nebenwirkungen der geplanten medizinischen Massnahme, sowie Angaben über Folgen eines Unterlassens der Behandlung und über allfällige alternative Behandlungsmöglichkeiten. Viele Patientinnen und Patienten der AP dürften deshalb für die Zustimmung urteilsunfähig sein.

Von grosser Bedeutung für die rechtliche Bewertung ist die Definition von Zwang. Im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen wird der Begriff «Zwang» im ZGB nicht verwendet. Für eine ethische Bewertung und die Invasivität der Massnahme ist aber die Unterscheidung zwischen der Behandlung mit Einwilligung der betroffenen nicht-urteilsfähigen Person und deren aktivem Widerstand sehr wichtig. Die Notwendigkeit der Zustimmung hat für die AP weitreichende Konsequenzen, da sie von urteilsunfähigen Personen mit schweren kognitiven Defiziten weder rechtsgültig noch im Sinne einer eindeutigen Willensbekundung erteilt werden kann. Dies beginnt schon beim Spitalertritt, der aufgrund der fehlenden eindeutigen Zustimmung oft im Rahmen einer FU erfolgt, die auch die Aufnahme auf einer geschlossenen Station umfasst, was dann auch eine Einschränkung der persönlichen Freiheit darstellt. Diese Patientinnen und Patienten können sodann auch nicht in die weiteren FbM, wie beispielsweise dies bei sturzpräventiven Fixierungen am Stuhl mittels Softgurt, einwilligen. Aus diesem Grund sind auch diese Massnahmen als FbM zu erfassen. Es spielt dabei keine Rolle, wenn diese

¹ Eine Freiheitsbeschränkende Massnahme wird per definitionem gegen den Willen des Patienten oder der Patientin durchgeführt, d.h. gegen eine verbale und/oder nonverbale Weigerung bzw. gegen die klare Ablehnung sich isolieren, fixieren, festbinden und/oder medizieren zu lassen, sich Bettgittern oder tiefen Sitzgelegenheiten ausgesetzt zu sehen, unabhängig von der Heftigkeit der Weigerung, der Urteilsfähigkeit, von früheren Einwilligungen oder der Meinung von Angehörigen. Ist der Wille der Patienten oder der Patientin nicht eindeutig erkennbar, beispielsweise bei Demenz, ist der mutmassliche Wille massgebend, im Zweifelsfall ist dies interdisziplinär und mit Angehörigen oder vertretungsberechtigten Personen zu diskutieren. Aus: Erfassungsinstrument Freiheitsbeschränkende Massnahmen. ANQ, 01.08.2022

² Wobei auch eine Abteilung (und nicht die gesamte Klinik) leitende Personen gemeint sein können.

FbM von den Patientinnen und Patienten gar nicht bemerkt werden, was sehr häufig der Fall ist.

Erfassung von FbM

Stationäre psychiatrische Behandlungseinrichtungen sind gesetzlich verpflichtet, FbM zu dokumentieren. Zuständig für die zentrale Erfassung ist der ANQ. Die folgenden FbM werden erfasst und für ein Benchmarking ausgewertet.

- Isolation (psychiatrisch vs. infektiologisch/somatisch)
- Fixierungen
- Zwangsmedikation (oral vs. Injektion)
- Festhalten
- Bewegungseinschränkungen im Stuhl
- Bewegungseinschränkungen im Bett

Für jede Massnahme sind jeweils Beginn und Ende zu erfassen (nur Zeitpunkt für die BoZ). Es existieren noch zahlreiche weitere Massnahmen, welche von der Definition der FbM der ANQ nicht erfasst werden. Diese Massnahmen, wie zum Beispiel die 1:1-Betreuung oder Ausgangsbeschränkungen greifen ebenfalls in die persönliche Freiheit ein. Sie entsprechen als freiheitseinschränkende Massnahmen einer weiter gefassten Definition der FbM³.

Da die AP erst seit 2023 eine eigene Klinikategorie im ANQ-System bildet, liegen wenig Daten zu Häufigkeiten in der AP vor. Im Durchschnitt sind etwa 11% der in stationärer Behandlung bei einem psychiatrischen Grundversorger befindlichen Patientinnen und Patienten von einer FbM betroffen [1]. Der ANQ erhebt keine Daten zu FbM in der Akutsomatik. Im Rahmen von Studien erhobene Daten aus der Schweiz weisen auf nur leicht niedrigere Raten hin, wenn der im Durchschnitt deutlich kürzere Aufenthalt im Spital berücksichtigt wird [2].

Bewegungseinschränkende Massnahmen

Wie bereits ausgeführt umfasst der Begriff der FbM die BoZ und die bewegungseinschränkende Massnahmen. Unter letzteren versteht man mechanische Massnahmen, die nicht primär der Behandlung, sondern der Abwendung von Schaden für die Patientin bzw. den Patienten oder Dritte dienen. Gesetzlich geregelt ist diese Gruppe von Massnahmen in Art. 383 ZGB der primär formuliert wurde für Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Zu den Voraussetzungen zählen

die akute Eigen- oder Fremdgefährdung, zudem dürfen keine weniger invasiven Alternativen geeignet sein. Die betroffene Person muss vorgängig informiert werden und die Massnahme muss zeitlich so kurz wie möglich gehalten werden, zudem regelt Art. 384 ZGB die Pflichten bei der Dokumentation. Im Sinne des Erwachsenenschutzrechts bzw. des ZGB gehören medikamentös verursachte Bewegungseinschränkungen nicht zu den Bewegungseinschränkungen nach Art. 383 ZGB, sondern stellen eine medizinische Massnahme dar.

Bewegungseinschränkung zur Sturzprävention

Stürze im Alter sind häufig und haben unterschiedliche Gründe. Diese umfassen Störungen der Sensorik (Hindernisse werden übersehen; Bodenunebenheiten schlechter gespürt etc.), des Bewegungsapparats (Muskelschwund verhindert rasche Ausgleichsbewegungen) und ausserdem verursachen Hirnerkrankungen (z.B. Demenzen) Störungen der Koordination. Kognitive Störungen erhöhen jedoch nicht nur die Stürzhäufigkeit sondern auch das Risiko sich bei Stürzen zu verletzen [3]. Diese Faktoren bestehen dauerhaft, können aber z.B. durch Physiotherapie, Sehhilfen etc. abgeschwächt werden. Insbesondere in der stationären Akutalterspsychiatrie kommen jedoch weitere Faktoren dazu: Hierzu gehört die akute psychische Erkrankung, die verbunden mit z.B. Bewegungsdrang, akuter Verwirrtheit oder Halluzinationen, die Sturzgefahr erhöht. Hinzu kommen zahlreiche Psychopharmaka mit Stürzen als unerwünschte Medikamentenwirkung. Beobachtungsstudien aus der alterspsychiatrischen Akutalterspsychiatrie zeigen entsprechend auch hohe Stürzhäufigkeiten von 17 Stürzen pro 1000 Pflagetagen [4]. Internationale Empfehlungen schlagen ein multifaktorielles Assessment der Sturzneigung vor. Dies umfasst z.B. die Erfragung von Stürzen in der Vorgeschichte, den klinischen Eindruck und den Einsatz von Fragebögen zur Sturzangst [5]. Präventiv wird in erster Linie auf Schulungen verwiesen, die sich bei kognitiv beeinträchtigten Personen primär an das Umfeld richten. Grosse Bedeutung haben aber auch die Umgebungsgestaltung (Vermeidung der Stolperfallen, gute Beleuchtung), die Bewegung und die Physiotherapie.

Neben den genannten therapeutischen Ansätzen werden auch bewegungseinschränkende Massnahmen zur Reduktion der Sturzgefährdung eingesetzt. Von besonderer Bedeutung in der AP sind mechanische Bewegungseinschränkungen wie beispielsweise Softgurte und Steckbretter an Rollstühlen. Nur noch selten im Einsatz sind Bettgitter, da diese die Sturzhöhe vergrössern. Eine Klingelmatte

³ «Freiheitsbeschränkende Massnahmen sind alle Massnahmen, mit denen in die körperliche und geistige Unversehrtheit eingegriffen wird, ohne dass dafür eine gültige, aktuelle und erklärte Zustimmung des Betroffenen vorliegt, bzw. ohne dass die Massnahme dem mutmasslichen Willen des kommunikationsunfähigen Betroffenen entspricht». ³ Peter Mösch Payot, Rechtliche Rahmenbedingungen für freiheitsbeschränkende Massnahmen im Heimbereich. Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutzrecht 2014; 69(1): 5-30. Peter Mösch Payot, Freiheitsbeschränkungen für Erwachsene in Heimen: ist dank dem neuen Erwachsenenschutzrecht alles klar? Pflegerecht. 2018; 2: 67-75.

liegt vor dem Bett der Patientinnen und Patienten und alarmiert (z.B. über Funk) das Pflgeteam sobald jemand drauftritt. Der Einsatz von Klingelmatten zeigt beispielhaft, wie unterschiedlich die Sicht auf derartige Massnahmen ist. In einigen Institutionen wird sie als FbM erfasst. Für den ANQ fällt sie aber nicht in diese Kategorie, da diese Massnahme als wenig invasiv gilt und zudem hilft, invasivere Massnahmen (insb. die Fixierung am Bett) zu verhindern. Die Klingelmatte ist keine Bewegungseinschränkung, wenn sie nur dazu dient, dass Patientinnen und Patienten Hilfe beim Aufstehen erhalten. Vom Einzelfall abhängig ist der Einsatz von tiefen Stühlen und Sofas sowie Sitzsäcken und Bodenbetten, die für gebrechliche Patientinnen und Patienten das Aufstehen unmöglich machen können und deshalb im konkreten Fall als bewegungseinschränkende Massnahmen im Sinne des ZGB anzusehen sind.

Ausgangsbeschränkungen und weitere bewegungseinschränkende Massnahmen

Beschränkungen des Ausgangs sind häufige Massnahmen in der stationären Psychiatrie, beispielsweise wenn eine suizidale Patientin bzw. ein suizidaler Patient nicht ohne geeignete Begleitung oder nur mit zeitlicher Begrenzung die Station verlassen darf. In der AP werden Ausgangsbeschränkungen und dauerhaft geschlossene («geschützte») Stationen häufig eingesetzt, wenn Patientinnen und Patienten aufgrund von Desorientiertheit nicht alleine auf die Station zurückfinden bzw. sich verirren können oder davon ausgegangen werden muss, dass im Ausgang eine hohe Gefährdung durch Stürze besteht. Da diese Form der FbM nicht explizit vom ANQ erfasst wird, steht sie weniger in der Diskussion. Für den Teil der Patientinnen und Patienten mit fehlender Krankheitseinsicht ist diese Massnahme jedoch eine relevante Einschränkung. Dies gilt auch für weitere von der SAMW aufgelistete Massnahmen, wie z.B. die Beschränkung von Besuchsmöglichkeiten, der Zugang zu gesundheitsschädlichen Genussmitteln oder auch der Entzug des Mobiltelefons. Häufiger in der Somatik aber auch in der stationären Psychiatrie vorkommend sind bewegungseinschränkende Massnahmen mit dem Ziel, z.B. die Entfernung von Infusionsbesteck, einer Nasensonde oder einem Blasenkateter zu verhindern.

Bewegungseinschränkende Massnahmen aufgrund infektiologischer Gesichtspunkte

Nicht nur die COVID-Pandemie, sondern auch andere infektiologische Erkrankungen (z.B. Norovirus) machen Isolationen von Patientinnen und Patienten erforderlich, die aufgrund der fehlenden Urteilsfähigkeit den Sinn der Massnahme nicht verstehen und deshalb eine FbM bei ANQ zu erfassen ist. Anders als Bewegungseinschränkungen aus psychiatrischer Sicht werden diese aufgrund einer infektiologischen Indikation verordnet und können meist nicht durch andere Massnahmen verhindert wer-

den. Hier bestehen Überschneidungen mit der weiter oben erwähnten Ausgangsbeschränkung, wenn z.B. ganze Stationen isoliert werden müssen.

Folgen bewegungseinschränkender Massnahmen für ältere Menschen

Beim Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen zur Sturzvermeidung ist jeweils zwischen den Folgen durch Stürze (Verletzungen, Sturzangst) und den psychischen und somatischen Nachteilen durch die Massnahme abzuwägen. Sobald durch die Beschränkung eine gewohnte Bewegung nicht mehr möglich ist (z.B. das Aufstehen bei Fixierung mit Softgurt), kann dies zu Verunsicherung und Unruhe führen. Auch die soziale Teilhabe kann gefährdet sein, wenn Personen abseits vom Stationsgeschehen fixiert werden. Zu beachten sind aber auch nachteilige Folgen direkt durch die Immobilisierung. Diese reichen von Thrombosen über erheblichen Muskelschwund und Kräfteinbussen bis hin zu einer längerfristig erhöhten Sturzneigung, weil Bewegungsabläufe nicht mehr trainiert werden. Gerade im akutpsychiatrischen Setting, mit den oft durchgeführten raschen Medikamentenumstellungen muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Sturzneigung kurzfristig erheblich erhöht sein kann. Es liegen jedoch keine Daten aus dem Akutsetting vor, die den Nutzen bewegungseinschränkender Massnahmen für die längerfristige Mobilität belegen [6]. Eher können sie Risikofaktor für Stürze sein [7]. Stürze sind zwar im alterspsychiatrischen Setting aufgrund der Patientencharakteristika und des akuten Zustandsbildes häufig, doch die Folgen von Stürzen scheinen in den meisten Fällen nicht schwer zu sein [8]. Weiter kommen Stürze häufig beim Transfer und im eigenen Zimmer vor [8,9], was nur bedingt durch bewegungseinschränkende Massnahmen verhindert werden kann.

Oft sind es die Pflegefachpersonen, die Ärztinnen und Ärzten Empfehlungen für oder gegen bewegungseinschränkende Massnahmen abgeben [10]. Im Vordergrund steht dabei das Verantwortungsgefühl für die unmittelbare Sicherheit der Patientinnen und Patienten und weniger die mittel- und langfristigen Folgen [11,12].

Befragungen zur rückblickenden Betrachtung von Bewegungseinschränkungen bei dementiell veränderten Menschen sind naturgemäss schwierig. Erhebungen bei nicht-dementen Patientinnen und Patienten unter 65 Jahren weisen zumindest darauf hin, dass ältere Betroffene Bewegungseinschränkungen kritischer sehen als jüngere [13]. Diese Befragungen sind wichtig, weil sie einschätzen helfen, ob die Massnahmen im Sinne der Patientin bzw. des Patienten waren.

Alternativen zu bewegungseinschränkenden Massnahmen

Aufgrund der negativen Folgen von mechanischen bewegungseinschränkenden Massnahmen ist es wichtig, Alternativen zu berücksichtigen. Präferiert sind Verfahren, die

weniger invasiv sind als Bewegungseinschränkungen an Bett oder Stuhl. Hierzu zählen z.B. die verschiedenen Ansätze der basalen Stimulation der Sinne (Massage, Aromen, gleichmässige Bewegungen). Die Evidenz basiert jedoch oft nur auf der klinischen Erfahrung. Insbesondere bei der akuten Sturzgefahr muss als Alternative häufig auf die 1:1-Betreuung zurückgegriffen werden. Bei dieser wird die Patientin oder der Patient durchgehend von Personal begleitet, welches z.B. beim Aufstehen aus dem Rollstuhl eingreifen kann. Dies ist verbunden mit hohen organisatorischen und finanziellen Aufwänden für die Klinik. Für einen Teil der Patientinnen und Patienten ist diese Massnahme zudem aufgrund der ständigen Beobachtung durch eine physisch vorhandene Person unangenehm und wird als invasiv empfunden. Beim ANQ wird dies jedoch nicht als FbM erfasst. Insbesondere beim Einsatz von Bewegungseinschränkung zur Sturzprävention ist deshalb der Einbezug des Umfelds wichtig. Dies einerseits, um die vermutete Präferenz der Patientin bzw. des Patienten zu klären (soweit aus der Verhaltensbeobachtung nicht bereits abzuleiten) und andererseits, um im Falle von schwerwiegenden Sturzverletzungen Rechtssicherheit zu haben. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auf die Kampagne «Laufen Lassen» der Fachgesellschaft Gerontologische Pflege [14].

Behandlung ohne Zustimmung

Während bewegungseinschränkende Massnahmen primär der Abwehr von Selbst- oder Fremdgefährdung dienen, kann auch eine Behandlung der Krankheit ohne die Zustimmung des Patienten erfolgen. Wie bereits ausgeführt sind hierfür die gesetzlichen Anforderungen besonders hoch. Aus Sicht der SAMW kann in der Praxis zwischen einer Medikation zur Therapie und einer Medikamentengabe zur Verhinderung insb. von Fremdgefährlichkeit unterschieden werden.

Medikamentenabgabe

Medikamentöse Behandlungen bei urteilsunfähigen Patientinnen bzw. Patienten unterscheiden sich anhand ihrer Invasivität (von Überredung bis hin zur intramuskulären oder gar intravenösen Gabe gegen körperlichen Widerstand). In der AP geht es häufig um Behandlungen, die zwar ohne explizite bzw. rechtmässige Zustimmung aber auch ohne ersichtliche Ablehnung erfolgen. Ein Beispiel ist die selbstständige Einnahme einer angebotenen Tablette durch einen nicht-urteilsfähigen Patienten. Unter Umständen ist für diesen Patienten oder diese Patientin nicht klar, dass es sich um eine Tablette handelt. Da es sich um eine BoZ handelt, ist der weiter oben bereits dargestellte Behandlungsplan auch hier von zentraler Bedeutung. Ethisch herausfordernd ist auch der Umgang mit der verdeckten Medikamentenabgabe, bei der diese z.B. flüssig oder gemörsert mit der Nahrung gegeben werden. Entsprechend den Richtlinien der

SAMW [15] muss hier unterschieden werden zwischen Situationen, in denen der Patient zustimmt bzw. die Zustimmung angenommen werden kann, und solchen, in denen die Ablehnung des Medikaments erklärt wurde oder vermutet werden muss. Hier liegt neben der «fürsorglichen Täuschung» eine Zwangsmassnahme vor, die entweder mit einem Notfallentscheid oder einem elektiven Entscheid (gegebene Behandlungsbedürftigkeit gemäss Art. 434 ZGB) begründet werden muss. Unterschiedlich geregelt sind die erforderlichen Zustimmungen zwischen medikamentösen Behandlungen einer somatischen bzw. einer psychischen Erkrankung im stationären Bereich einer psychiatrischen Einrichtung. Nur für die somatische Behandlung gilt das medizinische Vertretungsrecht. In beiden Fällen zu berücksichtigen ist aber eine Patientenverfügung.

Positionen zu den Herausforderungen

Die Durchführung von Massnahmen gegen den Willen stellt einen erheblichen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte dar und ist daher zu Recht mit hohen Anforderungen verknüpft. Eine Abgrenzung von Massnahmen, die ohne Zustimmung aber auch ohne Ablehnung durchgeführt werden, erscheint jedoch sinnvoll. Es stellt sich aber die Frage, ob eine solche Abgrenzung in der Praxis durchzuhalten ist, da es Übergänge gibt (z.B. bei Überredung, Verknüpfung der Zustimmung mit Vorteilen für den Patienten). Zahlreiche Verbände und Initiativen haben zum Thema Stellung genommen. Zwei Stellungnahmen die uns für die AP besonders relevant erscheinen sind dargestellt.

Die Haltung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Nach SAMW [15] umfasst der Zwang Massnahmen, die durchgeführt werden «obwohl die davon betroffene Person durch Willensäusserung oder Widerstand kund tut oder früher kund getan hat, dass sie damit nicht einverstanden ist». Im Anhang zur Richtlinie führt die SAMW vier Dimensionen für Zwang aus [15]. Nach der ersten Dimension liegt Zwang vor, wenn gegen den Willen einer Person gehandelt wird (freier Wille einer urteilsfähigen Person oder vorverfügter bzw. mutmasslicher Wille einer urteilsunfähigen Person). Die zweite Dimension bewertet das Verhalten der Person gegenüber der Massnahme. Hier wird Zwang definiert als Überwindung einer verbalen Ablehnung oder eines physischen Widerstands. Bereits aus der Betrachtung dieser beiden Dimensionen lassen sich vier Situationen differenzieren, bei denen in einer oder beiden Dimensionen ein Zwang vorliegt oder nicht. Die weiteren Dimensionen betreffen den Zweck (Therapie oder Abwendung akuter Eigen- oder Fremdgefährdung) und die Invasivität der Massnahme (von Überredung bis zur Anwendung von körperlicher Gewalt). Entsprechend der Definition der SAMW erfüllen zahlreiche Bewegungseinschränkungen und Behandlungen ohne Zu-

stimmung in der AP nicht das Kriterium von Zwang, wenn man die oben genannten Definitionen ansieht.

Die Haltung der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie

Aus Sicht der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP), der die beiden Autoren angehören, ist die Betrachtung der vier Dimensionen der SAMW sehr nützlich für die Bewertung von Bewegungseinschränkungen und BoZ in der AP. FbM werden bisher in der ANQ-Erfassung nicht differenziert nach dem Unterschied erfasst, ob sie dem mutmasslichen Willen widersprechen bzw. auf verbalen oder physischen Widerstand stossen oder ob sich die betroffene Person, aus welchem Grund auch immer, gar nicht dazu äussert. In letzterem Fall läge zwar rechtlich – im Sinne des ZGB – tatsächlich eine «Massnahme ohne Zustimmung» vor, eine Massnahme jedoch, die der Patient oder die Patientin toleriert ohne jeden Hinweis darauf, dass er oder sie damit nicht einverstanden ist.

Aus Sicht der SGAP braucht es zu dieser Thematik eine substantielle Diskussion aus medizinischer, rechtlicher und ethischer Sicht. Gerade sturzpräventive Massnahmen werden insbesondere in Phasen des raschen Medikamentenwechsels häufig eingesetzt und sind oft (z.B. Softgurt bei der Teilnahme an Gruppentherapien) von geringer Invasivität. Teilweise, z.B. in der breit abgestützten deutschen S3-Leitlinie «Verhinderung von Zwang» wird dies auch begrifflich betont, indem zwischen «freiheitsbeschränkenden» und «freiheitsentziehenden» Massnahmen unterschieden wird [16].

Aus Perspektive der SGAP ist die Reduktion insbesondere der invasiven Zwangsmassnahmen ein wichtiges Qualitätskriterium [17]. Vor diesem Hintergrund greift die undifferenzierte Erfassung von Zwangsmassnahmen zu kurz, um für qualitätsbasierte Anreizsysteme geeignet zu sein. Registerdaten aus Deutschland zeigen auf, dass z.B. der prozentuale Anteil der Fälle mit Zwangsmassnahmen kein geeigneter Qualitätsindikator ist, da er zu abhängig ist von u.a. dem Anteil der Patienten mit FU-Status, den weiteren Kliniken und ambulanten Angeboten im Umkreis, den kantonalen Versorgungsaufträgen, und der lokalen Bevölkerungsstruktur (z.B. Häufigkeit ethnischer Minderheiten) [18]. Da urteilsunfähige Patienten in der Regel basierend auf einer FU behandelt werden müssen, ist die Anzahl der FU ebenfalls kein geeigneter Qualitätsindikator. Auf der anderen Seite sind etliche infrastrukturelle Faktoren durchaus veränderbar und geeignet, den Einsatz von FbM zu reduzieren. Hierzu zählen neben einer entsprechenden Gestaltung der Innen- und Aussenräume (Barrierefreiheit / Einrichtung die im Sinne eines «Universal Design» für möglichst viele Menschen nutzbar sind, Orientierungshilfen / ablesbares Umfeld, Bewegungs- und Aktivierungsanreize, Lichtkonzept, durchgehende Handläufe) auch die neuen digitalen Systeme zur Sturzprävention und das sensorbasierte Patientenmonitoring. Stürze und Sturzangst sind ein wichti-

ges Thema der Altersmedizin und sollten mehr Beachtung finden [19]. Dies beinhaltet auch die fehlende direkte Finanzierung und den Einsatz von mehr Physiotherapie sowie Bewegungs- und Sporttherapie in der stationären AP.

Ausblick

Die Definition der Alterspsychiatrie als eigener Kliniktyp beim ANQ ist zu begrüssen. Sie legt den Grundstein einer geeigneten Erfassung von FbM. Es muss sichergestellt werden, dass FbM anhand ihrer Invasivität unterschieden werden können. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten spielt es eine grosse Rolle, ob eine FbM gegen den erklärten Willen oder gar gegen den Widerstand des Patienten durchgeführt wird oder ob diese akzeptiert wird, aber aufgrund der bei Urteilsunfähigkeit grundsätzlich fehlenden Einwilligungsfähigkeit als FbM erfasst wird. Hierzu müssen geeignete Wege zur Objektivierung gefunden werden, damit Übergänge (Überredung, Verknüpfung mit Vorteilen etc.) geeignet abgebildet werden. Die gesetzlich geforderte Verhältnismässigkeit einer FbM entspringt den Erwartungen der Gesellschaft an den Umgang mit psychisch Erkrankten. Dies betrifft auch die Finanzierung psychiatrischer Grundversorger, da mehr Personal und entsprechende Infrastruktur helfen, FbM zu verhindern. Für die Zukunft wünschenswert wäre die Vereinheitlichung der Begrifflichkeit. Der ANQ ist mit seiner Begrifflichkeit sehr präsent in den meisten Institutionen. Es kann zudem leicht der Eindruck entstehen, die Liste der für den ANQ zu erfassenden FbM sei abschliessend. Demgegenüber sind die juristischen Begrifflichkeiten viel weniger in Verwendung.

Stellenwert technischer Neuerungen

Technische Entwicklungen können an vielen Stellen helfen, FbM weniger invasiv zu gestalten. Dies betrifft z. B. den Ersatz von Klingelmatten durch Sensorsysteme, die das Aufstehen des Patienten signalisieren und gleichzeitig die Umgebungsbeleuchtung anschalten, einerseits um Stürze zu verhindern und andererseits um das Pflgeteam zu alarmieren. Dies gilt auch für Ortungssysteme, die sicherstellen, dass desorientierte Patienten bei Bedarf rasch gefunden werden können. Aus ethischer Sicht ist hier abzuwägen zwischen der erwünschten Zunahme von Patientensicherheit und den Anforderungen des Datenschutzes. So dürfte es nur eine Frage der Zeit sein, bis Ortungssysteme z. B. basierend auf Ganganalyse und Gesichtserkennung präzise die Position aller Personen auf der Station erkennen können. Diese Systeme könnten zusätzlich helfen, eine Sturzneigung besser einzuschätzen und nur dort Bewegungseinschränkungen zur Sturzprävention einzusetzen, wo sie erforderlich sind. Die Hemmschwellen für den Einsatz einer solchen Technik dürften auch international deutlich unterschiedlich sein, was sich schon jetzt beim Einsatz von Videokameras in der Akutpsychiatrie zeigt. Auch hier ist deshalb der gesellschaftliche Diskurs erforderlich.

Historie

Manuskript akzeptiert: 27.09.2023

Key messages

- Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FbM) umfassen ein breites Spektrum.
- FbM widersprechen nicht notwendigerweise dem mutmasslichen Willen der urteilsunfähigen Person.
- Bei Urteilsunfähigkeit z.B. durch Demenz oder Delir muss die stationäre psychiatrische Behandlung unter einem entsprechenden Rechtsmittel erfolgen.
- Die Anzahl der Fürsorgerischen Unterbringungen (FU) ist abhängig von verschiedenen Einweisungsgründen und deshalb kein sinnvoller Qualitätsindikator für die AP.

Interessenkonflikte

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Prof. Dr. med. Stefan Klöppel

Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie
Murtenstrasse 21
3008 Bern
Schweiz

- inpatient units: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* März 2015;22(2):109–15.
- Möhler R, Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Int J Nurs Stud.* Februar 2014;51(2):274–88.
 - Soininen P, Välimäki M, Noda T, Puukka P, Korkeila J, Joffe G, u. a. Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *Int J Ment Health Nurs.* Februar 2013;22(1):47–55.
 - Laufen lassen [Internet]. Verfügbar unter: https://www.vfp-apsi.ch/fileadmin/user_upload/Fachgesellschaften/Gerontologie/Dokumente/Unterlagen_divers/2021_LaufenLassen/20211021_QR-Code_Text.pdf
 - Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz (SAMW) [Internet]. 2018. Verfügbar unter: https://www.samw.ch/dam/jcr:8859a70b-7c46-4796-98f6-3f50dced8a36/richtlinien_samw_demenz.pdf
 - S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen [Internet]. 2018. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-022>
 - Klöppel S, Gunten A von, Georgescu D. Qualitätsstandards in der Alterspsychiatrie. *Praxis.* September 2022;111(12):660–6.
 - Steinert T, Flammer E. [Frequency of coercive measures as a quality indicator for psychiatric hospitals?]. *Nervenarzt.* Januar 2019;90(1):35–9.
 - Lenouvel E, Novak L, Wirth T, Denking M, Dallmeier D, Voigt-Radloff S, u. a. Cognitive behavioural interventions for reducing fear of falling in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2021 [zitiert 14. Februar 2023];(3). Verfügbar unter: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD014666/full>

Literatur

- ANQ - Fachbereich Psychiatrie [Internet]. 2021. Verfügbar unter: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie/step3/measure/24/year/2021/>
- Thomann S, Zwakhalen S, Richter D, Bauer S, Hahn S. Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross-sectional multicentre study. *Int J Nurs Stud.* Februar 2021;114:103807.
- Muir SW, Gopaul K, Montero Odasso MM. The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* Mai 2012;41(3):299–308.
- Oepen D, Fleiner T, Oliva Y, Hausmann A, Zank S, Zijlstra W, Haeussermann P. Falls in hospitalized geriatric psychiatry patients: high incidence, but only a few fractures. *Int Psychogeriatr.* Januar 2018;30(1):161–5.
- Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, u. a. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing.* 2. September 2022;51(9):afac205.
- 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. *JBI Libr Syst Rev.* 2012;10(5):307–51.
- Hofmann H, Hahn S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *J Clin Nurs.* November 2014;23(21–22):3012–24.
- J S, J W, S M. Characteristics of falls in inpatient psychiatric units. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr* [Internet]. August 2012 [zitiert 18. April 2023];20(4). Verfügbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22807557/>
- Struble-Fitzsimmons D, Oswald A, DiPersia E. Patient Location and Mobility Factors Associated with Falls on an Inpatient Geriatric Psychiatry Unit. *Act Adapt Aging.* 2. Oktober 2019;43(4):276–83.
- Chen X, Zhuang Y, Lao Y, Qiao L, Chen Y, Guo F. Development and implementation of a novel decision support tool on physical restraint use in critically ill adult patients. *Int J Nurs Pract.* April 2022;28(2):e12961.
- Muir-Cochrane EC, Baird J, McCann TV. Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry