

Freiheit und Sicherheit

Richtlinien zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen

Neuaufgabe 2017



GERONTOLOGIE CH

Das Netzwerk für Lebensqualität im Alter
Le réseau pour la qualité de vie des personnes âgées
La rete per la qualità della vita in età avanzata

Erklärung Navigation

Vorherige Seite Eine Seite zurück Inhaltsverzeichnis Eine Seite vorwärts Drucken Suche

Impressum

1. Erstausgabe 1999
2. Komplett überarbeitete Neuauflage 2011 (vergriffen)
3. Neuauflage 2017 (elektronisch, PDF)

Autorinnen der Neuauflage
2011 und 2017

Andrea Ermler, dipl. Pflegefachfrau HF
Pflege- und Gesundheitsexpertin FH, Gerontologin MAS
Domicil Bern AG

Regula Schmitt-Mannhart
Dr. med. Fachärztin Innere Medizin spez. Geriatrie

Redaktion

Monika Steiger, SGG SSG

Juristische Überprüfung (2011)

Simone Schmucki, Rechtsanwältin
Fachanwältin SAV Haftpflicht- und Versicherungsrecht, St. Gallen

Layout

doppelrahm GmbH, Zürich

Bezugsadresse

info@gerontologie.ch, www.gerontologie.ch

Autoren/innen
der Ersterscheinung 1999

Charles Chappuis, Michel Gaillard, Hedwig Haske Pelsoeczy,
Fritz Huber, Daniel Inglin, Regula Schmitt-Mannhart,
Pierre Schwed, Mary-Claude Thierstein, Albert Wettstein,
Adrian Holderegger, Jean-Pierre Graf, Jürg Wegelin

Inhaltsübersicht

1. Vorwort	2
2. Präambel	4
3. Praxisbeispiel	6
3.1 Erster Lösungsversuch	6
3.2 Zweiter Lösungsversuch	7
3.3 Begriffsdefinitionen	9
4. Bewegungseinschränkende Massnahmen	12
4.1 Was sind bewegungseinschränkende Massnahmen (beM)?	12
4.2 Beispiele für beM	12
4.3 Indikationen für beM	13
4.4 Risiken von beM	14
5. Andere, präventive und begleitende Massnahmen	14
6. Rechtliche Aspekte	15
7. Ethische Aspekte	16
8. Richtlinien für den Umgang mit beM	17
9. Umsetzung der Richtlinien	20
9.1 Ablauf: Entscheidung für oder gegen bewegungseinschränkende Massnahmen (beM)	21
9.2 Wegleitung zum Formular unter 9.3	22
9.3 «Entscheidungshilfe für oder gegen bewegungseinschränkende Massnahmen (beM)»	23
10. Qualitätssichernde Massnahmen	25
11. Anmerkungen	26
12. Quellenangaben	27

1. Vorwort

Die Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG) vereint unter ihrem Dach Personen und Institutionen aus allen Sparten der Altersarbeit. Dazu gehören auch die Mitglieder der beiden Schwestergesellschaften, die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) und die Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP). Als nationale, interdisziplinäre Plattform will die SGG mit Austausch, Wissensvermittlung und der Verbindung von Fachpersonen und Institutionen zu einer guten Lebensqualität altern der Menschen beitragen.

1999 gab die SGG erstmals eine Broschüre heraus, die sich mit der Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen (beM) bei der Behandlung und Betreuung alter Menschen befasste. Schon damals lautete der Titel «Freiheit und Sicherheit». In der Praxis von Heimen und Spitälern herrschte bezüglich beM grosse Unsicherheit, auch Rechtsunsicherheit; es gab kaum verbindliche Richtlinien oder Empfehlungen zu freiheits- respektive bewegungseinschränkenden Massnahmen.

Die Broschüre der SGG war offensichtlich praxistauglich, denn sie wurde zu einem grossen Erfolg. Über all die Jahre wurde sie von Institutionen und Organisationen bestellt und die Empfehlungen wurden, wie aus zahlreichen Reaktionen geschlossen werden kann, erfolgreich angewendet. Mehrere Neuauflagen waren notwendig.

Seit 1999 hat sich in Medizin und Pflege vieles verändert. Im Jahr 2013 trat zudem das neue Erwachsenenschutzrecht in Kraft, das auch die beM neu regelt. In der komplett überarbeiteten Neuauflage 2011 wurden diese Entwicklungen und rechtlichen Bestimmungen bereits berücksichtigt. Die nun hier vorliegende Neuauflage 2017 enthält wiederum einige Aktualisierungen sowie Ergänzungen. Insbesondere wird nun wie im Erwachsenenschutzrecht konsequent der Begriff «bewegungseinschränkende Massnahmen (beM)» verwendet und nicht mehr «freiheitsbeschränkende Massnahmen (fbM)». Zudem wurde das [Kapitel «7. Ethische Aspekte»](#) neu eingefügt sowie einige ergänzende Hinweise für die Anwendung der Richtlinien in der Praxis.

Die Broschüre richtet sich an professionelle Betreuungspersonen, die auf medizinische Behandlung und Pflege angewiesene Menschen jeden Alters betreuen, z. B. Pflegenden, Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeuten/innen. Im Zentrum stehen Betreuungspersonen in stationären Langzeiteinrichtungen, die sich täglich mit der Frage der Anwendung bzw. Nichtanwendung von beM auseinandersetzen müssen.

Das Erwachsenenschutzrecht¹ regelt Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit nur für urteilsunfähige Personen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Dennoch gelten die hier vorgelegten Richt-

linien auch für Akutspitäler und für die ambulante Betreuung. Auf die spezifischen Situationen und Rahmenbedingungen dieser Institutionen kann allerdings nicht detailliert eingegangen werden.

Die Broschüre befasst sich mit beM, welche die Bewegungsfreiheit einer Person einschränken; dazu zählen auch Medikamente, falls sie zu diesem Zwecke eingesetzt werden. Rechtlich ist die Medikamentenabgabe in Art. 377 ZGB geregelt ([s. Kapitel 6](#)).

Die fürsorgliche Unterbringung von urteilsunfähigen Personen wird in dieser Broschüre nicht berücksichtigt, ebenso wenig kommen andere Zwangsmassnahmen, (z. B. Disziplinarmaßnahmen oder Einschränkung des Konsums von Suchtmitteln) zur Sprache. Der Umgang mit Zwangsmassnahmen kann analog zu dem hier beschriebenen Umgang mit beM erfolgen (vgl. auch die Richtlinien der SAMW 2016).

Was bietet die vorliegende Broschüre?

Die Broschüre soll professionellen Betreuungspersonen als Grundlage dienen, sich mit der Anwendung bzw. Nichtanwendung von beM auseinanderzusetzen und angemessene Lösungen zu finden.

In der [Präambel](#) werden die Grundproblematik und die hier vertretene Grundhaltung im Umgang mit der Thematik umrissen.

In [Kapitel 3](#) wird ein Praxisbeispiel mit zwei unterschiedlichen Lösungsversuchen geschildert und kommentiert, um die Problematik zu verdeutlichen und für kreative, verantwortungsvolle Lösungen zu sensibilisieren. Zudem werden zentrale Begriffe im Zusammenhang mit beM erläutert.

In [Kapitel 4](#) werden die beM definiert und Indikationen sowie Risiken erläutert.

[Kapitel 5](#) weist auf präventive und begleitende Massnahmen hin und will die Suche nach Massnahmen fördern, die Freiheit und Sicherheit gewährleisten können ohne freiheits- und bewegungseinschränkend zu sein.

[Kapitel 6](#) informiert über die rechtlichen Grundlagen.

[Kapitel 7](#) thematisiert ethische Aspekte.

[Kapitel 8](#) enthält die Richtlinien für die Anwendung bzw. Nichtanwendung von beM. Der Rahmen, innerhalb dessen beM in Erwägung gezogen werden können, wird abgesteckt und es wird erläutert, was dabei unbedingt zu beachten ist. Es wird aufgezeigt, dass beM immer Ausnahmen bleiben müssen.

[Kapitel 9](#) bietet konkrete Hilfestellungen für das Vorgehen in der Praxis: Sowohl das Ablaufdiagramm wie auch das Formular «Entscheidungshilfe» und die Wegleitung

2. Präambel

müssen jedoch zwingend im Zusammenhang mit den anderen Ausführungen gesehen und angewendet werden.

[Kapitel 10](#) weist auf qualitätssichernde Massnahmen hin, in welche die Entscheidungsprozesse und die Anwendung bzw. Nichtanwendung von beM eingebettet sein sollten. Dabei ist besonders zu betonen, dass für verantwortungsbewusstes Handeln im Spannungsfeld zwischen Freiheit und Sicherheit sowohl Sensibilisierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit als auch Fachkompetenz, spezifische Ausbildung sowie kontinuierliche Fort-/Weiterbildung absolut notwendig sind. Nur unter diesen Voraussetzungen kann ein Weg gefunden werden, der Freiheit und Sicherheit ermöglicht.

Unter [Kapitel 11](#) sind die Anmerkungen zu finden.

Das abschliessende [Kapitel 12](#) enthält Quellenangaben.

In der Pflege und Betreuung von Menschen, die auf professionelle Unterstützung angewiesen sind, stellt sich oft die schwierige ethische Frage, ob bewegungseinschränkende Massnahmen (beM) angewendet werden dürfen, um einer Person Sicherheit zu gewähren und sie zu schützen, oder ob solche Massnahmen nicht getroffen werden dürfen, weil sie einen schwerwiegenden Eingriff in die Autonomie dieser Person darstellen.

Die Grundrechte, die bei solchen Entscheidungen respektiert werden müssen, sind in der Bundesverfassung festgehalten:

Art. 7 BV: «Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.»

Art. 10 Abs. 2 BV: «Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit.»

Art. 12 BV: «Wer in Not gerät und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen, hat Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind.»

Bestimmte, insbesondere bei alten Menschen gehäuft auftretende Krankheiten gehen einher mit Verhaltensänderungen, Unruhe und Verwirrtheit, die zu einer Selbstgefährdung – v. a. Gefährdung der körperlichen Integrität – und/oder zu einer

Fremdgefährdung führen können. BeM werden in diesem Kontext oft als Möglichkeit gesehen, um diese Gefährdung zu beheben oder zu verringern. Die Anwendung von beM stellt jedoch einen Eingriff in die Grundrechte der gefährdeten Person dar und kann ihrerseits eine Gefährdung bewirken. Andererseits kann das Unterlassen von beM zu schwerwiegenden Folgen führen, welche die Bewegungsfreiheit stärker einschränken als die getroffenen beM. Die Betreuenden² stehen somit vor einem ethischen Dilemma, indem sie zugleich Bewegungsfreiheit und Sicherheit zu gewähren haben. Wie können und sollen sie in dieser Situation ihre Sorgfaltspflicht wahrnehmen? Wer darf – juristisch – überhaupt eine beM anordnen? Und: Welche Rechte und Pflichten haben Angehörige? Diese und weitere Fragen werden in den folgenden Kapiteln diskutiert und beantwortet.

Nebst der Respektierung der Grundrechte spielen bei der Entscheidungsfindung für oder gegen beM auch die in der Betreuungssituation vorhandenen Ressourcen und Kenntnisse eine entscheidende Rolle: Sind präventive oder andere, die Bewegungsfreiheit nicht oder weniger beschränkende Massnahmen bekannt? Werden Ursachen von Unruhe und Verwirrung erkannt? Stehen kompetentes Betreuungspersonal, materielle Ressourcen sowie geeignete Strukturen zur Verfügung? Studien haben gezeigt, dass die Haltung und die

Kompetenz von Pflegenden einen grossen Einfluss auf die Prävalenz und die Anwendung von beM haben.

Nicht jede bewegungseinschränkende Massnahme schränkt gleich stark ein. Auch wird Bewegungsfreiheit bzw. deren Einschränkung von Person zu Person und je nach Lebensgeschichte unterschiedlich erlebt und wahrgenommen. Umstände, Problematik und somit auch das ethische Dilemma können sich zudem täglich anders darstellen.

Die Anforderungen an die Betreuenden sind hoch: Sie können sich nicht darauf beschränken, Richtlinien zu befolgen, sondern haben verantwortungsvoll und mit fachlicher Kompetenz Entscheidungen zu treffen und diese stets wieder zu überprüfen.

Die Anwendung ethischer Grundsätze erfordert moralische Weisheit und menschliche Klugheit, damit in einer wohlwollenden, menschenfreundlichen und sachlichen Abwägung eine angemessene und begründbare, auf die betroffene Person zugeschnittene Entscheidung gefunden werden kann.

3. Praxisbeispiel

Anhand eines Beispiels werden im Folgenden zwei unterschiedliche Wege aufgezeigt, wie die Betreuenden mit der Situation einer unruhigen, sich gefährdenden Bewohnerin umgehen. Der erste Lösungsversuch zeigt eine gewisse Hilflosigkeit der Betreuenden und ist ein Negativbeispiel in der Anwendung von beM. Der zweite Lösungsversuch wird als gelungen beschrieben. Er soll dazu anregen, kreativ nach anderen Mitteln als beM zu suchen, und zudem aufzeigen, dass Fachkompetenz unabdingbar ist, um Sicherheit gewähren und gleichzeitig ein hohes Mass an Freiheit erhalten oder gar fördern zu können.

Frau S. ist an einer Demenz erkrankt und lebt in einem Pflegeheim. Ihr Verhalten im Heimalltag ist aktuell von Unruhe und einem enormen Bewegungsdrang geprägt. Ihr Gang ist unsicher, es besteht Sturzgefahr. Eine Pflegefachfrau hilft ihr am Morgen beim Aufstehen und bei der Körperpflege. Ihre Mahlzeiten nimmt Frau S. mit anderen Bewohner/innen am Esstisch im Gemeinschaftsraum ein. Die zunehmende Unruhe, das ständige unkontrollierte Aufstehen sowie Schimpftiraden von Frau S. während der Mahlzeiten lösen bei ihren Mitbewohner/innen wachsendes Unbehagen aus. Immer öfter beschimpfen sie sich untereinander. Auch kommt es zu Beschwerden von Angehörigen. Frau S. steht in der Nacht immer wieder auf, irrt umher und geht in andere Zimmer. Sie ist schon gestürzt und hat sich dabei kleinere Verletzungen zugezogen.

3.1 Erster Lösungsversuch

Die zuständigen Pflegepersonen stellen fest: So kann es nicht weitergehen, diese Situation muss möglichst schnell verbessert werden. Frau S. soll sich beruhigen können, das Sturzrisiko ist zu vermindern und die Stimmungslage der betreffenden Bewohner/innengruppe muss sich wieder entspannen können. Da die zuständige Ärztin erst in sechs Tagen wieder ins Haus kommen wird, kontaktiert die diensthabende Pflegeperson sie telefonisch. Per Telefon verordnet die Ärztin folgende Massnahmen, die von den Pflegenden sofort umgesetzt werden:

Frau S. erhält tagsüber Neuroleptika – wegen der Schimpftiraden – und abends ein Sedativum. Über Nacht wird Frau S. mit einem Bauchgurt fixiert und es werden Bettgitter angebracht. Tagsüber wird sie gleich nach der Morgentoilette mit einem Gurt in ihrem Rollstuhl angebunden, ihre Beine stehen dabei bequem auf einem Fussraster.

Frau S. wird nach der Einführung dieser beM noch unruhiger als bisher. Wenn sich ihr eine Pflegeperson nähert, reagiert sie mit Schreien und Beissen. Deshalb erhält sie nach zwei Tagen, nach erneuter telefonischer Verordnung durch die Ärztin, zusätzlich beruhigende Medikamente. Die Medikamente werden ihr ins Essen gemischt, da sie sich weigert, Medikamente einzunehmen. Frau S. wird in der Folge schläfriger. Die getroffenen Massnahmen

dämpfen den Bewegungsdrang und das aggressive Verhalten verschwindet. Wenn Frau S. sich bewegt, sind ihre Bewegungen aber unsicherer als zuvor. Dadurch steigt das Sturzrisiko bei nicht überwachten Bewegungen und die Folgen im Falle eines Sturzes wären voraussichtlich gravierender als vorher. Die Angehörigen wie auch die Betreuenden sind jedoch froh, dass sie dank der beM nicht mehr ständig mit der Angst leben müssen, Frau S. könnte sich verletzen und andere auf unzumutbare Weise belästigen. Sie machen sich nun aber Sorgen, weil Frau S. kaum mehr ansprechbar ist und apathisch wirkt.

Kommentar

Die Betreuenden nehmen ihre Sorgfaltspflicht ernst und sehen es als wichtigstes Ziel an, Frau S., die eindeutig ein hohes Sturzrisiko hat, vor Stürzen zu schützen und ihr Sicherheit zu bieten. Deshalb wird sie tagsüber und auch nachts fixiert und kann nicht in fremde Zimmer gehen. Die Psychopharmaka sollen nebst der Unruhe auch ihre Schimpftiraden mindern und so die sich erheblich gestört fühlenden Mitbewohner/innen schützen.

Aber weder die Pflegenden noch die Ärztin fragen nach den Ursachen der Unruhe oder nach den möglichen negativen Folgen von beM. Sie fragen auch nicht nach anderen Massnahmen, die nicht bewegungseinschränkend bzw. weniger einschränkend wären. Die Auseinandersetzung mit

der ethischen Frage, wie Sicherheit gewährt und gleichzeitig möglichst viel (Bewegungs-) Freiheit erhalten werden kann, findet nicht statt. Die Betreuenden sind sich zudem nicht bewusst, dass sie mit der Medikamentenabgabe im Essen, einer Abgabe gegen den Willen der Bewohnerin, eine Zwangsmassnahme durchführen. Frau S. sprach sich früher immer wieder gegen medikamentöse Behandlungen aus.

Als Folge der beM wird Frau S. apathisch und unselbstständiger, ihre Autonomie geht zusehends verloren. Als Sekundärfolge steigt das Sturzrisiko, wenn auch die Gelegenheiten für Stürze durch die beM verringert werden.

3.2 Zweiter Lösungsversuch

Am Rapport berichtet die zuständige Pflegeperson, Frau S. verhalte sich vor allem bei den Mahlzeiten und in der Nacht zunehmend unruhig. Sie befürchtet eine akute Selbstgefährdung und betont, die Belästigung von Mitbewohner/innen durch Frau S.s Verhalten sei nicht länger tolerierbar. Neue Massnahmen zur Behebung dieser Unruhe seien dringend nötig. Es wird beschlossen, die zuständige Ärztin anzurufen und sie zu bitten, früher als geplant zu einer Besprechung der aktuellen Situation herzukommen.

Die Pflegenden tragen ihre Beobachtungen zusammen und diskutieren am folgenden Tag mit der Ärztin mögliche Ursachen und

Massnahmen sowie deren Risiken und Folgen. Liegt möglicherweise ein Harnwegsinfekt vor? Hat Frau S. nicht erkannte Schmerzen? Trinkt sie genügend? Tragen weitere Krankheiten zu Unruhe und Verwirrung bei? Entsprechen der Tagesrhythmus und die Tagesstruktur den Bedürfnissen und Gewohnheiten von Frau S.? Ist sie von Reizen überfordert? Ist Frau S. verängstigt, weil sie wegen ihrer Demenz vieles nicht verstehen kann? Nach Prüfung der vorhandenen Daten können Schmerzen, Infekt, Exsikkose und ungenügend behandelte weitere Krankheiten ausgeschlossen werden. Die Betreuenden sind sich des ethischen Dilemmas bewusst und diskutieren verschiedene Massnahmen. Sie suchen nach Möglichkeiten, die Frau S. Sicherheit bieten, ihre Mitbewohner/innen vor Belästigungen schützen und gleichzeitig die Bewegungsfreiheit von Frau S. möglichst wenig einschränken sowie ihr Wohlbefinden erhöhen. Nachdem weitere Beobachtungen und mögliche Massnahmen diskutiert und Frau S. wie auch die Angehörigen in die Entscheidungsfindung einbezogen worden sind, einigen sich die Betreuenden auf den folgenden Massnahmenplan:

Die Tagesstruktur von Frau S. wird auf ihre (mutmasslichen) Bedürfnisse hin angepasst. Sobald Frau S. am Morgen erwacht, wird sie von einer Pflegenden mit dem Rollator zur Toilette begleitet. Nach der Körperpflege kann sie mit Hilfe der Pflegenden ihre Hüftprotektoren anziehen und wird anschlies-

send ins Esszimmer begleitet. Sie erhält ihr Frühstück wie auch die anderen Mahlzeiten an einem kleinen Tisch zusammen mit einer Mitbewohnerin in einer ruhigen Ecke, wo sie nicht durch allzu viele Reize gestört ist. Danach wird Frau S. zu Fuss zur Toilette begleitet und anschliessend in einen Rollstuhl gesetzt und mit Leistungsurten fixiert. Ihre Beine erreichen bequem den Boden, so dass sie selbstständig umherfahren kann. Für alle Mahlzeiten wird sie auf einen normalen Stuhl gesetzt, nach dem Mittagessen kann sie sich eine Stunde auf ihrem Bett ausruhen. Tagsüber wird sie mehrmals aus dem Rollstuhl genommen und zu kleinen Spaziergängen begleitet, möglichst draussen, weil sie die freie Natur seit je liebt. Um 22 Uhr wird sie nochmals zur Toilette begleitet und danach ins Bett gebracht. Frau S. erhält ein beruhigendes Antidepressivum. Sie schläft in einem Niederflurbett, davor liegt eine Kontaktmatte.

Alle Massnahmen werden vor der Anwendung mit Frau S. und ihrer Tochter besprochen. Der Tagesablauf ist klar definiert und in der Pflegedokumentation festgehalten. Die Massnahmen werden nach zwei Wochen ein erstes Mal überprüft und nach Absprache mit Frau S. und ihrer Tochter eventuell angepasst.

Kommentar

Die Betreuenden nehmen Frau S.s Anspruch auf Schutz und Fürsorge ernst. Fürsorge heisst für sie einerseits, «nicht

schaden», andererseits aber auch «Gutes tun». Es gilt sorgfältig abzuwägen, was in dieser konkreten Situation wie zu gewichten ist. Sie setzen sich mit dem ethischen Dilemma von Freiheit und Sicherheit auseinander und bedenken, welche Unfallgefahren oder seelischen Folgen körperliche Fixationen oder unsachgemässer Einsatz von Psychopharmaka mit sich bringen können. Sie besprechen gemeinsam, wie sie die Autonomie, den (mutmasslichen) Willen sowie den Bewegungsdrang von Frau S. respektieren und ihr zugleich Sicherheit gewähren können. Und sie überlegen, inwiefern solche Massnahmen auch die Mitbewohner/innen schützen können.

Die Betreuenden fragen nach den Ursachen der Unruhe; sie haben Fachkompetenz im Krankheitsbild Demenz und im Krankheitsbild Delir; auch stehen ihnen Hilfsmittel und Strukturen zur Verfügung. Sie suchen nach einer individuellen Lösung, fragen nach den Ressourcen, den Vorlieben und der Biografie von Frau S. Sie nehmen auch relative Risiken bewusst in Kauf (z. B. das Kippen des Rollstuhls, das Stürzen trotz Kontaktmatte). Alle am Gespräch beteiligten Personen sind bereit, die Verantwortung für ihr gemeinsam besprochenes Handeln zu tragen und die Wirkung der getroffenen Massnahmen regelmässig zu überprüfen.

3.3 Begriffsdefinitionen

Die [nachfolgend](#) aufgeführten Definitionen der wichtigen Begriffe aus dem Praxisbeispiel beruhen auf unterschiedlichen Quellen. Sie wurden bezogen auf die Thematik der freiheits- und bewegungseinschränken den Massnahmen und für die inhaltliche Auseinandersetzung in der Praxis formuliert.

Fürsorge

Der Schutz von Leib und Leben bzw. der Schutz der persönlichen Integrität gehört zur Würde des Menschen. Dies begründet im Falle von kranken, behinderten oder urteilsunfähigen Personen deren Anspruch auf Fürsorge. Fürsorge orientiert sich an der Verpflichtung, Menschen nicht zu schaden und ihnen so weit als möglich Gutes zu tun. Fürsorge heisst auch, die Gesundheit und das Wohlbefinden einer Person zu schützen und zu fördern.

Freiheit

Freiheit ist ein Grundanspruch eines jeden Menschen. Mit Freiheit ist hier Selbstbestimmung gemeint, und zwar sowohl auf der Willens- als auch auf der Handlungsebene. Diese Freiheit zu leben, gelingt den Menschen unterschiedlich und hängt unter anderem von den physischen, psychischen und sozialen Bedingungen ab. Im Kontext von medizinisch-pflegerischen Betreuungsverhältnissen bedeutet Freiheit, frei zu entscheiden, aus sich heraus handeln und sich frei bewegen zu können, ohne Gewalteinwirkung, frei von Zwang oder sonstiger Fremdbestimmung.

Autonomie

Unter Autonomie wird die Fähigkeit einer Person verstanden, ihren Willen auszu-drücken und in Übereinstimmung mit ihren Werten und Überzeugungen zu leben. Eine eingeschränkte Autonomie-fähigkeit, die mit zunehmendem Alter häufiger wird und das Gleichgewicht zwischen den abhängigen und den unabhängigen Seiten einer Person stört, hebt den Anspruch auf Respektierung der eigenen Autonomie nicht auf. Ist die Autonomiefähigkeit eingeschränkt, gilt es, den mutmasslichen Willen der betreffenden Person zu eruieren und das fürsorgliche Handeln danach auszurichten.

Sicherheit

Sicherheit ist ein Grundbedürfnis des Menschen und erstreckt sich auf seine Integrität im körperlichen, geistigen, sozialen und ökonomischen Bereich. Für die Wahrung dieses Grundbedürfnisses sind sowohl das Individuum als auch die Gesellschaft verantwortlich.

Sorgfaltspflicht

Die professionell in der Pflege und Betreuung tätigen Personen haben ihre Aufgaben unter Beachtung der hierfür geltenden Vorschriften mit aller Sorgfalt und nach den anerkannten Regeln der Fachkunde auszuüben. Die Anforderungen an die Sorgfaltspflicht richten sich nach den Umständen des Einzelfalls, namentlich nach der Art des Eingriffs oder einer Behandlung und der damit verbundenen Risiken, sowie nach der Zeit und den Mitteln, die zur Verfügung stehen.

Verantwortung

Verantwortung ist die Grundeinstellung der verbindlichen Sorge für eine Person oder eine Sache. Sie geht über die Sorgfaltspflicht hinaus. Verantwortung bedeutet Zuständigkeit für die Erledigung einer komplexen Aufgabe. Bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe ist ein Ermessensspielraum in eigener Kompetenz auszufüllen. Über das Resultat der Handlung ist Rechenschaft abzulegen.

Zwangsmassnahmen

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW definiert in ihren Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin» (SAMW 2016) Zwang, Einschränkung der Bewegungsfreiheit sowie Zwangsbehandlung wie

folgt: «Als *Zwang im Sinne dieser Richtlinien* gilt jede im medizinischen Kontext angewandte Massnahme, die gegen den selbstbestimmten Willen oder den Widerstand eines Patienten durchgeführt wird. Für die Frage, ob es sich um Zwang handelt oder nicht, spielt es keine Rolle, ob der Wille als aktuelle Äusserung eines urteilsfähigen Patienten erkennbar wird oder als vorverfügter oder mutmasslicher Wille eruiert werden muss, weil ein Patient (vorübergehend) urteilsunfähig ist. Ebenso ist es unerheblich, ob der Widerstand nur durch verbale oder nonverbale Ablehnung oder auch durch aktive Abwehr zum Ausdruck kommt.

Einschränkung der Bewegungsfreiheit

Unter einer *bewegungseinschränkenden* Massnahme wird jegliche Einschränkung der individuellen Bewegungsfreiheit verstanden. Die Einschränkung kann mit mechanischen Methoden, Medikamenten, aber auch mit psychologischen Mitteln erfolgen.

Zwangsbehandlung

Unter *Zwangsbehandlung* werden alle medizinischen Massnahmen verstanden, die zur Erhaltung oder zur Wiederherstellung der Gesundheit unter Zwang angewendet werden.»³

4. Bewegungseinschränkende Massnahmen

4.1 Was sind bewegungseinschränkende Massnahmen (beM)?

Kennzeichnend für beM ist die Einschränkung der persönlichen Bewegungsfreiheit eines Menschen. Eine bewegungseinschränkende Massnahme liegt vor, wenn die betroffene Person den Willen zur Fortbewegung hat und durch die Massnahme daran gehindert wird. Eine bewegungseinschränkende Massnahme erfolgt somit gegen den erklärten (oder mutmasslichen) Willen oder gegen den Widerstand der betroffenen Person. Keine bewegungseinschränkende Massnahme liegt vor, wenn der Person der konkrete Wille zur Fortbewegung fehlt, weil sie beispielsweise bettlägerig ist und nicht mehr allein aufstehen kann. In diesem Fall stellt das Anbringen von Bettgittern zum Schutz vor dem willkürlichen Herausfallen keine bewegungseinschränkende Massnahme dar. Wird diese Person jedoch gegen ihren Willen im Bett angebunden, so ist dies eine bewegungseinschränkende Massnahme, da die Person damit in der ihr verbleibenden Bewegungsfreiheit eingeschränkt wird.

Eine Klingelmatte gilt dann als beM, wenn sie eingesetzt wird, um jemanden daran zu hindern, aufzustehen und sich zu bewegen. Hingegen handelt es sich um keine beM, wenn die Klingelmatte dazu dient, eine Betreuungsperson herbeizurufen, um der betreffenden Person beim Gang zur Toilette behilflich sein zu können.

Dasselbe gilt für andere Hilfsmittel. Es gehört zur Professionalität der Betreuungspersonen zu erkennen, ob ein Hilfsmittel bewegungseinschränkend wirkt oder nicht. Werden Medikamente ins Essen oder ins Trinken gemischt und damit «versteckt» verabreicht, so handelt es sich um eine Zwangsmassnahme, wenn die betroffene Person ansonsten die Medikamenteneinnahme verweigern würde. Handelt es sich dabei um Medikamente, die mit der Absicht den Bewegungsdrang zu unterdrücken gegeben werden, so handelt es sich um eine beM. Hingegen ist es keine Zwangsmassnahme, wenn die Medikamente beispielsweise wegen einer Schluckstörung im Einverständnis ins Essen oder Trinken gemischt werden.

4.2 Beispiele für beM

- Unterbringen in einer geschlossenen Umgebung (Zimmer, Abteilung usw.)
- Schaffen eines geschlossenen Milieus durch organisatorische bzw. technische Massnahmen (z. B. elektronisches Überwachungssystem, Sicherheitsschloss, Alarmknopf)
- Verunmöglichen des Verlassens des Bettes durch Bettgitter, Gurte, Spezialdecke u.Ä.
- Verunmöglichen des Verlassens des Sitzplatzes durch Angurten, Sicherheitwesten, Blockieren mit Tisch u.Ä.
- Selektives Blockieren der Hände durch Gurte, Handschuhe u.Ä.

- Medikamentengabe⁴ mit dem Ziel, den Bewegungsdrang zu unterdrücken (manchmal «medikamentöse Ruhigstellung» genannt), z. B. durch Neuroleptika oder Benzodiazepine

Nicht als beM gelten Psychopharmaka zur Behandlung von Wahn, Halluzinationen, Angst oder Schlaflosigkeit. In der Praxis kann die Abgrenzung, ob ein Medikament tatsächlich mit dem Ziel, den Bewegungsdrang zu unterdrücken, eingesetzt wird oder ob es sich dabei nur um eine Nebenwirkung bei einer anderen Zielsetzung handelt, sehr schwierig sein.

4.3 Indikationen für beM

BeM können aus folgenden Gründen indiziert sein:

- Schutz vor Unfällen oder Verletzungen
- Schutz vor Selbstverstümmelung und anderer Selbstgefährdung
- Schutz von therapeutischen Massnahmen (Verbände, Infusionen, Katheter usw.)
- Schutz von Drittpersonen vor gezielter oder ungezielter Aggression
- Schutz von Drittpersonen vor Belästigung

Grundsätzlich gilt aber:

BeM sollten erst als letzte Massnahme in Betracht gezogen werden, um eine ernsthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität der betroffenen Person oder

Dritter abzuwenden oder eine schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens zu beseitigen. Die Massnahmen müssen stets verhältnismässig und befristet sein, wenn weniger einschneidende Massnahmen nicht ausreichen oder von vornherein ungeeignet erscheinen.

Eine demenzielle Erkrankung stellt ein besonderes Risiko für die Verordnung von beM dar. Begründet wird diese Verordnung häufig mit einem Sturzrisiko, mit Unruhe, Rastlosigkeit und aggressivem Verhalten sich und/oder anderen gegenüber. Aber keines dieser Risiken rechtfertigt allein derart einschneidende Massnahmen wie beM. Zuerst sind die Ursachen der unerwünschten Situation zu klären und, falls möglich, zu behandeln; ferner sind andere, die Freiheit nicht oder weniger stark beeinträchtigende Massnahmen zu prüfen sowie ethische und rechtliche Aspekte zu bedenken.

Ein weiteres hohes Risiko für die Verordnung von beM ist das Delir, das manchmal, besonders bei atypischem oder schleichen dem Verlauf, nur schwer zu erkennen ist. Die Suche nach den Ursachen eines Delirs – wie Schmerz, Infektionen, Exsikkose, Herz-Kreislauf-erkrankungen, Nebenwirkungen von Medikamenten, andere akute Erkrankungen – ist absolut notwendig und verlangt hohe Fachkompetenz und eine individuelle Pflegeplanung.

5. Andere, präventive und begleitende Massnahmen

4.4 Risiken von beM

BeM können eine Abwärtsspirale bewirken: Die Einschränkung der Bewegungsfreiheit kann zu vermehrter Unruhe führen; werden dann Psychopharmaka eingesetzt, können dadurch weitere negative Folgen entstehen, wie zunehmende Verwirrung und Urteilsunfähigkeit und damit grössere Sturzgefahr; Nahrungsverweigerung, Trinkverweigerung, Exsikkose, Schluckstörungen, Thrombosen, Embolien, Hämatome, Dekubitusgefahr und Pneumoniegefahr können weitere Folgen sein. Eine mechanische und/oder medikamentöse Ruhigstellung bewirkt eine zunehmende Verminderung der Fähigkeit, sich sicher bewegen zu können. Dadurch steigt insbesondere das Sturzrisiko weiter.

BeM können zu Angst oder Aggression führen. In der Regel sinken durch beM sowohl die Lebenszufriedenheit als auch die Leistungsfähigkeit der Betroffenen. Apathie und Rückzug können eine weitere Folge sein.

Unsachgemäss angewandte beM können ihrerseits zu erheblichen Verletzungen führen, im Extremfall zu Todesfällen, z. B. durch Strangulation.

Betreuenden stehen Massnahmen zur Verfügung, die Sicherheit vermitteln, Ängste, Aggressionen sowie Unruhe abbauen und vor Gefahren schützen können, ohne die Freiheit zu beschränken. Solche Massnahmen tragen dazu bei, dass Menschen ihre Situation besser einschätzen, sich ernst genommen fühlen und sich orientieren können, dass ihre Mobilität erhalten bleibt und unruhige Phasen abnehmen. Im Formular «Entscheidungshilfe» ([vgl. Kapitel 9.3](#)) sind Beispiele solch konkreter Massnahmen aufgeführt. Ein ideales, geschütztes Milieu ermöglicht insbesondere die bewusste Führung von verwirrten Personen, ohne einschränkend auf sie zu wirken.

Es gibt auf verschiedenen Ebenen Handlungsspielräume, um beM vorbeugen zu können. Das Gleiche gilt für begleitende Massnahmen, falls beM unumgänglich werden und alles getan werden muss, um die betroffene Person so wenig wie möglich zu beschränken.

Massnahmen in den folgenden Bereichen können sich im Pflegealltag positiv auf die Sicherheit und das Wohlbefinden der betreuten Personen auswirken:

Milieugestaltung

Beleuchtung, Farben, übersichtliche Einrichtung, architektonische Massnahmen, Schutz vor Reizüberflutung usw.

6. Rechtliche Aspekte

Lebensgestaltung

Individuell angepasste Tagesgestaltung, Tagesabläufe (z. B. Essenszeiten), Teilnahme an Einzel- und Gruppenaktivitäten (ohne Überforderung), Nutzung angepasster Hilfsmittel, Mobilitätstraining, Bewegung/Spaziergänge, integrierende Alltagsaktivitäten usw.

Pflege und Betreuung

Individuelle Pflegeplanung, Vermeiden/Behandeln von Schmerzen, Verbessern der Sauerstoffzufuhr; Beobachten von Ernährung, Trinken, Ausscheidung; Anpassen von Sehhilfen, Hörhilfen usw.; Validation, basale Stimulation, Milieuthérapie, Biografiearbeit, Bezugspersonen, Einbezug von Angehörigen/Angehörigenarbeit; Fortbildungen zu Demenz, Delir und anderen Krankheitsbildern, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Supervision, Freiwilligenarbeit und anderes.

Im Weiteren sei auf die in [Kapitel 10](#) beschriebenen qualitätssichernden Massnahmen verwiesen – sie sind unumgängliche Voraussetzung für die Anwendung respektive Nichtanwendung von beM.

Die Angaben und Richtlinien zu beM in dieser Broschüre entsprechen den Vorgaben des Erwachsenenschutzrechts. Art. 383 ZGB regelt die Massnahmen zur Bewegungseinschränkung.

Das Erwachsenenschutzrecht regelt ausschliesslich die Einschränkung der Bewegungsfreiheit bei urteilsunfähigen Personen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen. BeM gegen den Willen von urteilsfähigen Personen sind unzulässig.

Die Urteilsfähigkeit bezieht sich immer auf eine bestimmte Handlung und muss zum Zeitpunkt der Entscheidung vorhanden sein. Sie wird von der zuständigen betreuenden Fachperson im Einzelfall abgeschätzt. Bei Unsicherheit betreffend Urteilsfähigkeit ist eine Fachärztin/ein Facharzt beizuziehen. Grauzonen bestehen in tatsächlicher Hinsicht, wenn unklar ist, ob eine Person bezüglich einer bestimmten Entscheidung/eines bestimmten Sachverhaltes urteilsfähig ist oder nicht.⁵

Die Anordnung einer beM erfolgt durch die Wohn- und Pflegeeinrichtung. Bei urteilsunfähigen Personen werden die vertretungsberechtigte Person⁶ und/oder nahestehende Dritte in die Entscheidung einbezogen. Uneinigkeiten betreffend beM (zwischen Betreuungspersonen, betroffenen Personen, Vertretungsberechtigten oder nahestehenden Dritten) sollten im Gespräch mit allen Beteiligten bereinigt werden. Ist keine

7. Ethische Aspekte

Einigung möglich, so hat die Einrichtung verbindlich zu entscheiden.

Diesen Entscheid können die betroffene Person sowie nahestehende Personen mittels Beschwerde bei der Erwachsenenschutzbehörde anfechten. Die Institution muss bei ihr eingereichte Beschwerden gegen die Anordnung von beM an die Erwachsenenschutzbehörde weiterleiten.

Die Verordnung von Medikamenten liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin und ist in Art. 377 ZGB geregelt. Jede medizinische Massnahme darf nur mit Einwilligung der betroffenen informierten Person (bei deren Urteilsunfähigkeit der vertretungsberechtigten Person) erfolgen. Dabei muss auch über Art und Ziel (z. B. Verminderung des Bewegungsdrangs) der medikamentösen Behandlung informiert werden. Muss der Behandlungsplan geändert werden, bedarf es der Zustimmung der betroffenen resp. der vertretungsberechtigten Person. Es muss aber nicht vor jeder einzelnen Medikamentenverordnung ein Informed Consent eingeholt werden.

Bei Verletzung der Sorgfaltspflicht haftet die Institution.

Jede beM ist eine Zwangsmassnahme und bedarf deshalb einer ethischen Rechtfertigung (vgl. Richtlinien der SAMW, Zwangsmassnahmen in der Medizin, 2015).

Ethische Haltung und Wertvorstellungen

Betreuungspersonen müssen fähig sein, ihre eigene Haltung und ihre eigenen Wertvorstellungen kritisch zu reflektieren. Sie respektieren die Würde und den Autonomieanspruch eines jeden Menschen, auch bei Verlust seiner Autonomiefähigkeit. Sie können ihre Wertvorstellungen von denen der betroffenen Personen unterscheiden und sind in der Lage, ihr Handeln und ihre Entscheidungen nach den Wertvorstellungen der betroffenen Person zu richten. Einfühlungsvermögen und aufmerksame Beobachtung helfen, den für die betroffene Person geeigneten Weg zu finden. So kann sich eine Person durch die dauernde persönliche Überwachung in ihrer Privatsphäre mehr gestört fühlen als durch eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch einen abgeschlossenen Raum. Bei einer anderen Person kann es gerade umgekehrt sein.

Ethische Begründung

In ethischen Konfliktsituationen zwischen Wahrung der Sicherheit und Respektieren der (Bewegungs-)Freiheit ist für den Entscheidungsfindungsprozess eine sorgfältige ethische Reflexion und Begründung in jedem Fall unerlässlich.

8. Richtlinien für den Umgang mit beM

Das Formular «Entscheidungshilfe» (9.3.) dient in diesem Prozess als Hilfestellung. Dabei ist das Feld «Begründung» (sowohl beim Entscheid gegen wie auch für eine beM) zwingend auszufüllen. Denn damit wird aufgezeigt und dokumentiert, auf welchen Argumenten der Entscheid beruht und welche ethischen Reflexionen zum getroffenen Entscheid geführt haben.

Einbezug der Angehörigen

Zwar entscheidet die Institution über beM, die Angehörigen sind aber zwingend einzubeziehen. Dies ist sowohl ein Zeichen der Wertschätzung und des Respekts als auch eine wesentliche Hilfe zur Entscheidungsfindung. Denn durch die Angehörigen erfahren die Betreuungspersonen, welche Werte der betroffenen Person wichtig sind; sie können also deren Wünsche und deren Wille besser erfassen.

Grundsatz

Die Anwendung bewegungseinschränkender Massnahmen (beM) zum Schutz vor Gefährdung stellt einen Eingriff in die Grundrechte des Menschen dar. Eine bewegungseinschränkende Massnahme muss immer die Ausnahme bleiben.

Absicht

Bei der Entscheidungsfindung für oder gegen beM sind folgende Absichten zu verfolgen:

- Respektieren und wahren der Autonomie der betroffenen Person
- Erfüllen des (mutmasslichen) Willens der betroffenen Person
- Bewahren grösstmöglicher Freiheit
- Gewähren von Schutz und Sicherheit
- Vermeiden negativer Primär- und Sekundärfolgen von beM

Bedingungen

BeM dürfen nur dann als mögliche Lösung erwogen werden, wenn folgende Bedingungen vorliegen:

- Das Verhalten einer Person gefährdet in erheblichem Masse ihre Sicherheit oder Gesundheit oder diejenige anderer Personen oder es beeinträchtigt in hohem Ausmass Ruhe und Wohlbefinden Dritter.
- Das beobachtete auffällige Verhalten ist nicht auf behebbare oder ungenügend

behandelte Ursachen zurückzuführen, z. B. Schmerz, Nebenwirkungen von Medikamenten, Angst.

- Andere, die persönliche Freiheit nicht oder weniger stark beeinträchtigende Massnahmen haben versagt oder sind trotz aller Bemühungen nicht möglich (vgl. auch SAMW 2016).

Interdisziplinäres Vorgehen

Für eine adäquate Betreuung und einen verantwortungsvollen Umgang mit beM sind interdisziplinäre Besprechungen und interdisziplinäre Entscheidungsfindungen unabdingbar. Diese beinhalten insbesondere:

- die gemeinsame Analyse und die Behandlung von Ursachen, die zu sicherheitsgefährdendem Verhalten führen
- das gemeinsame Erkennen von Risiken in der Betreuung und Pflege der betroffenen Personen
- die gemeinsame Suche nach Lösungsmöglichkeiten
- das gemeinsame Beschliessen von Massnahmen, eine gemeinsame Planung des Vorgehens und der Evaluationsperioden
- den Konsens über die Verantwortlichkeiten aller Beteiligten

Urteilsfähige Person

Wird für eine urteilsfähige Person die Anwendung von beM erwogen, so muss dies mit der betreffenden Person besprochen

werden. Bevor sie selber eine Entscheidung für oder gegen die geplanten Massnahmen fällt, wird sie verständlich und angemessen über den Zweck, die Art, die Dauer und die möglichen Folgen der Anwendung oder des Verzichts informiert sowie darüber, wer diese angeordnet hat (Informed Consent/informierte Einwilligung). Die Angehörigen werden im Einverständnis mit der betroffenen Person einbezogen und informiert. Eine bewegungseinschränkende Massnahme darf grundsätzlich nur mit der Zustimmung der diesbezüglich urteilsfähigen Person getroffen werden.

Urteilsunfähige Person

Ist eine Person nicht mehr urteilsfähig bezüglich beM, so haben die Institution/ das Betreuungsteam gemäss den oben genannten Bedingungen sowie nach dem mutmasslichen Willen und den wohlverstandenen Interessen der urteilsunfähigen Person für oder gegen beM zu entscheiden. Die betroffene urteilsunfähige Person muss, wenn immer möglich, in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, ebenso die vertretungsberechtigte Person resp. nahestehende Dritte. Sie werden verständlich und angemessen über Zweck, Art, Dauer, Begleitung und die möglichen Folgen der Anwendung oder des Verzichts auf beM informiert sowie darüber, wer diese angeordnet hat.

Besteht bezüglich der Anwendung von beM schwerwiegende Uneinigkeit zwischen

dem Betreuungsteam und der vertretungsberechtigten Person resp. nahestehenden Dritten, so hat die Einrichtung zu entscheiden, wogegen die betroffene Person sowie nahestehende Personen die Erwachsenenschutzbehörde anrufen können (Beschwerde gegen diesen Entscheid). Dies gilt auch für den Fall, dass das Betreuungsteam auf eine bewegungseinschränkende Massnahme verzichten will, die vertretungsberechtigte Person oder nahestehende Dritte diese aber verlangen. In einer solchen Situation ist die lückenlose und sorgfältige Argumentation und Dokumentation besonders wichtig (siehe auch [Kapitel 6](#)).

Notfall

In Notfallsituationen entscheiden die zuständigen Betreuungspersonen im wohlverstandenen Interesse des Bewohners/der Bewohnerin allein. Dabei muss die Verhältnismässigkeit beachtet werden, das heisst, es ist die mildestmögliche Massnahme zu wählen, die zweckmässig und geeignet ist, die Gefahr abzuwenden.

Solch kurzfristig getroffene Entscheidungen werden anschliessend im interdisziplinären Entscheidungsprozess und gemäss diesen Richtlinien überprüft und angepasst.

Begleitmassnahmen und Evaluation

Um eine Schädigung durch beM frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden, ist eine möglichst gute und regelmässige Überwachung der betroffenen Person während

der Dauer der Massnahme sicherzustellen. Jede bewegungseinschränkende Massnahme muss zeitlich befristet werden und ist bezüglich ihrer Notwendigkeit und ihrer Auswirkungen regelmässig zu evaluieren.

Dokumentation

Jede bewegungseinschränkende Massnahme wird dokumentiert. Die Dokumentation umfasst: Zweck, Begründung, Art, Dauer, Evaluationszeitpunkt, verantwortliche Personen, anordnende Person(en), Betreuungsperson, die sich in der Zeit der beM um die betroffene Bewohnerin/den Patienten kümmert; Angaben, wer zu welchem Zeitpunkt informiert wurde (siehe Formular Entscheidungshilfe).

Wird im interdisziplinären Entscheidungsprozess ein Verzicht auf beM beschlossen oder lehnt die urteilsfähige Person eine vorgeschlagene Massnahme ab, so ist auch dies zu dokumentieren.

Folgen (Komplikationen), die durch beM entstehen, aber auch Folgen, die durch Verzicht auf beM auftreten, werden ebenfalls dokumentiert.

Die vertretungsberechtigte Person hat auf Wunsch Einsicht in die Dokumentation.

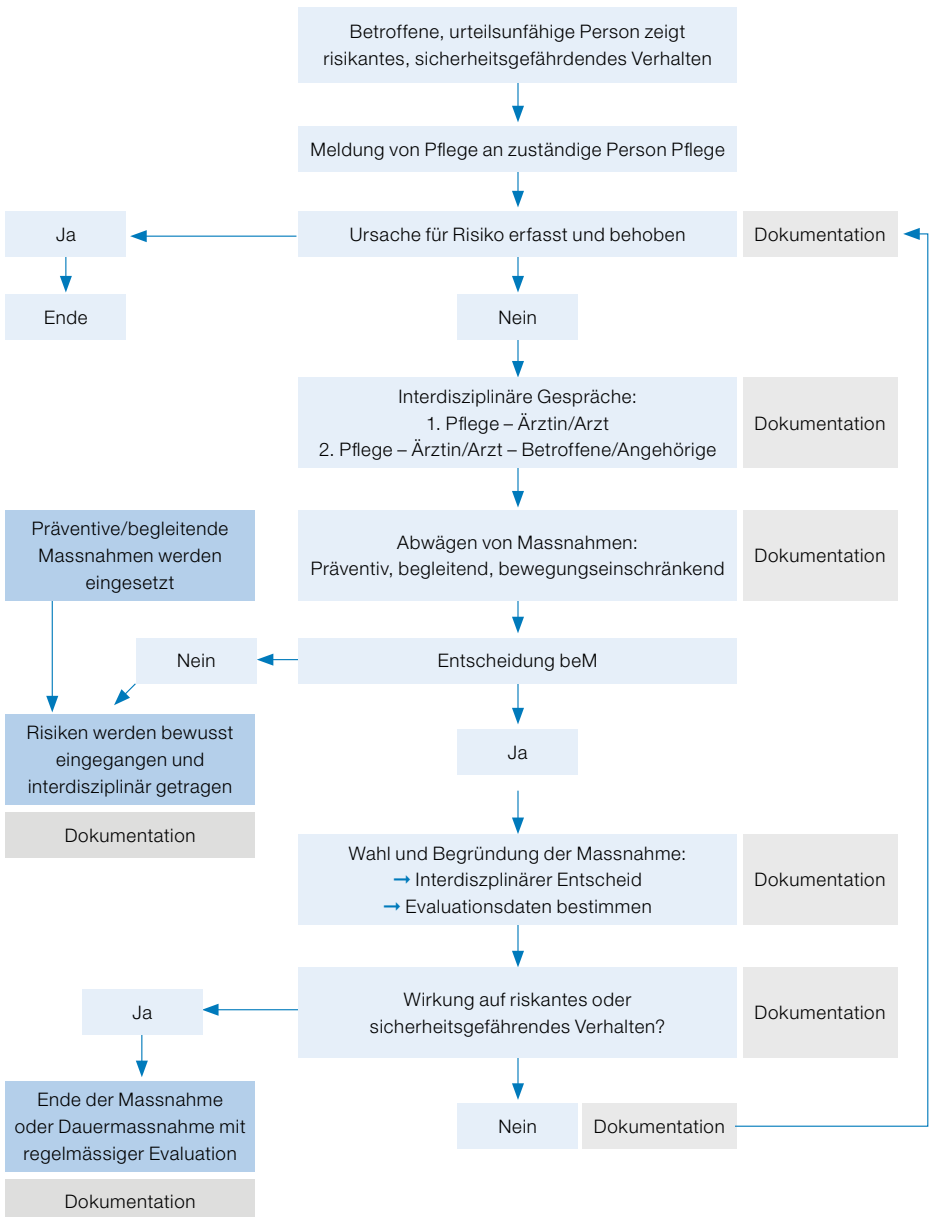
9. Umsetzung der Richtlinien

Die vorliegenden Richtlinien und Informationen sollen Betreuenden helfen, die zentralen Fragen bei der Entscheidungsfindung für oder gegen bewegungseinschränkende Massnahmen (beM) zu stellen und in der konkreten individuellen Situation die richtigen Antworten zu finden. Eine allgemeingültige «Gebrauchsanweisung» wird dieser komplexen Aufgabe nicht gerecht. Als Hilfestellung werden in einem Ablaufdiagramm dennoch typische Abläufe in der Entscheidungsfindung sowie bei der Umsetzung der Richtlinien abgebildet ([vgl. 9.1 Ablaufdiagramm](#)). Betreuenden stehen weiter zur Verfügung: eine Entscheidungshilfe in Form eines Formulars ([vgl. 9.3](#)) sowie die dazugehörige Wegleitung ([vgl. 9.2](#)). Beide Hilfsmittel haben sich in der Praxis bewährt. Die Suchenach und die Prüfung von Massnahmen, die nicht bewegungseinschränkend sind, die Entscheidung für oder gegen beM sowie der sorgfältige und verantwortungsvolle Umgang mit den getroffenen Massnahmen erfordern eine kontinuierliche Auseinandersetzung und ein entsprechendes Setting.

Das Ablaufdiagramm und das Formular sind zwar explizit für den Umgang mit beM erarbeitet worden, können aber auch für den Umgang mit anderen Massnahmen genutzt werden, z. B. bei Disziplinarmassnahmen. Dabei kann jeweils die Rubrik «Anderes» ausgefüllt werden.

9.1 Ablauf:

Entscheidung für oder gegen bewegungseinschränkende Massnahmen (beM)



9.2 Wegleitung zum Formular unter 9.3

Die Anwendung bewegungseinschränkender Massnahmen (beM) stellt einen Eingriff in die Grundrechte der betroffenen Person dar. Eine beM muss deshalb die Ausnahme bleiben. Der (mutmassliche) Wille der betroffenen Person ist zu respektieren. Es sollen ihr grösstmögliche Bewegungsfreiheit und gleichzeitig in jeder Situation angemessene Sicherheit und Schutz gewährt werden können.

Bei einer Entscheidungsfindung für oder gegen beM sollte insbesondere Folgendes beachtet werden:

- BeM dürfen nur im Falle von Selbst- oder Fremdgefährdung oder bei schwerer Beeinträchtigung des Wohlbefindens Dritter angewendet werden.
- Bei urteilsfähigen Personen ist für die Anwendung von beM immer deren Zustimmung erforderlich.
- Bei nicht urteilsfähigen Personen muss die vertretungsberechtigte Person informiert werden. Der mutmassliche Wille der betroffenen Person ist zu eruieren und zu respektieren. Die betroffene Person muss so weit wie möglich in die Entscheidungsfindung einbezogen werden.
- Im Notfall sind beM möglich, bevor die Information und die Zustimmung der Bezugsperson oder der gesetzlichen Vertretung erfolgt sind.
- Jede beM ist im Pflegebericht zu protokollieren und muss regelmässig, der Si-

tuation angepasst, evaluiert werden. Die Festlegung einer Evaluationsperiode ist immer abhängig von der Ursache sicherheitsgefährdendes Verhaltens, die zur Wahl und zur Beurteilung der Wirkung von beruhigenden Massnahmen oder beM führt.

- Es braucht ein interdisziplinäres (Pflege, Arzt/Ärztin, Bewohner/in, Angehörige) Vorgehen bei der Beurteilung der Situation, bei der Entscheidungsfindung und in der Umsetzung der beschlossenen Massnahme(n). Mit dem Visum von Arzt/Ärztin und Pflege wird die geteilte Verantwortung dokumentiert.
- Ursachen für das sicherheitsgefährdende Verhalten der betroffenen Person müssen geklärt werden.
- Vor einer Entscheidung für beM sind Massnahmen zu prüfen und anzuwenden, die nicht bewegungseinschränkend sind.
- Der Verlauf muss nach getroffener Massnahme gemäss den Formularangaben im Pflegebericht dokumentiert werden. Eine periodische Evaluation des Verlaufs muss geplant werden und bildet die Grundlage für eine allfällige Neubeurteilung. Das Evaluationsintervall ist abhängig von der spezifischen Situation, das kann stündlich sein (z. B. Massnahme bei extremer Unruhe) oder monatlich (z. B. bei Dauermassnahme).
- BeM können aggressives Verhalten, motorische Unruhe, Angst oder Depression bei der betroffenen Person hervorrufen oder fördern.

9.3 Formular Entscheidungshilfe für oder gegen bewegungseinschränkende Massnahmen (beM)

Institution

Name Bewohner/in:

Datum:

Visum Pflege:

Risikantes/sicherheitsgefährdendes Verhalten
(Ankreuzen mehrer Punkte möglich)

- Motorische Unruhe
 Weglafrisiko
 Fremdgefährdung
 Aggressives Verhalten
 Selbstgefährdung
 Anderes

Ursachen für sicherheitsgefährdendes Verhalten, z.B.

- Schmerz
 Infektion
 Neues Medikament
 Neue Umgebung
 Anderes

Präventive oder begleitende Massnahmen

- Einzelbetreuung (Angehörige, zusätzliches Personal)
 Tagesstruktur nach Bewohner/in ausrichten
 Angepasste Beleuchtung
 Schmerzzerfassung/-therapie
 Kontaktmatte/Kontaktbalken
 Überprüfung Medikation
 Bodenpflege/Niederflurbett
 Validation
 Bewohner/in im Blick haben
 Trinkbilanz
 Nachtcaté
 Kontrolle Seh- und Hörfähigkeit
 Music und Memory
 Mobilitätstraining
 Anderes

Entscheid: keine Anwendung von beM

Begründung

Angehörige/Vertrauensperson und Bewohner/in informiert durch:

Datum

Visum Ärztin/Arzt

Visum Pflege

Regelmässige Verlaufsdokumentation im

Pflegebericht ab

9.3 Formular Entscheidungshilfe für oder gegen bewegungseinschränkende Massnahmen (beM), Seite 2

Entscheid für eine oder mehrere beM

	Datum	Visum Ärztin/ Arzt	Visum Pfleger	Angehörige/Vertrauens- person und Bewohner/in informiert durch:
<input type="checkbox"/> Bettgitter (einseitig, beiseitig, tagsüber, nachts, immer)				
<input type="checkbox"/> Zevidecke im Bett (tagsüber, nachts, immer)				
<input type="checkbox"/> Fixierung im Bett/im Rollstuhl				
<input type="checkbox"/> Blockierung des Rollstuhls mit Tisch (nicht therapeutische Massnahme)				
<input type="checkbox"/> Entfernung der Patientenglocke (nur bei simfremder Benutzung zulässig)				
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe im Sinne einer beM				
<input type="checkbox"/> Kontaktmatte/Kontaktbalken				
<input type="checkbox"/> Elektronisches Überwachungssystem				
<input type="checkbox"/> Anderes				

Begründung

Regelmässige Verlaufsdokumentation im Pflegerbericht ab	Beginn der Massnahme(n)	Datum
Evaluation geplant am (Doku im Pflegerbericht):	1. 2. 3. 4. 5. 6.	
Aufhebung der Massnahme(n) oder Einführung der beM als Dauermassnahme(n)	Begründung Datum	Unterschrift Pfleger

10. Qualitätssichernde Massnahmen

Die Umsetzung der vorliegenden Richtlinien setzt qualitätssichernde Massnahmen auf verschiedenen Ebenen voraus:

Betreuungsstrukturen

Die Betreuungsstrukturen sind regelmässig zu evaluieren und zu optimieren. Dazu gehören:

- die baulichen Gegebenheiten (Raumstruktur, Helligkeit, Farbe usw.)
- die Mitarbeitenden (Anzahl, Qualifikation, regelmässige Sensibilisierung und Schulung betreffend Einsatz und Anwendung sowie Risiken und Folgen von beM, betreffend Prävention von sicherheitsgefährdendem Verhalten, betreffend Delir, demenzielle Syndrome, medizinisch-ethische Fragen, geriatrische Syndrome)
- die Organisation, inklusive Vorgehensregelungen. So soll die Entscheidungsfindung für oder gegen beM unter Einbezug der gesetzlich und fachlich geforderten Kriterien nach einem strukturierten, von der Institution festgelegten Ablauf erfolgen ([vgl. Ablaufdiagramm in Kapitel 9.1](#)). Solche Regelungen müssen periodisch überprüft und je nachdem angepasst werden
- das zur Verfügung stehende Material (wie Rollstühle, Betten, z. B. Niederflurbetten, Kontaktmatten, elektronische Überwachungssysteme)⁷

- die vorhandenen Kenntnisse über und die Anwendungsbestimmungen von Psychopharmaka
- die vorhandenen Kenntnisse der gesetzlichen Grundlagen und ethischen Grundprinzipien
- Dokumentationsvorlagen

Betreuungsprozesse

Regelmässig zu überprüfen sind Prozesse wie:

- die individuelle Entscheidungsfindung jeder einzelnen Betreuungsperson
- die interdisziplinäre Analyse, die Entscheidungsfindung und die Evaluation im Betreuungsteam
- die Information und der Einbezug der betroffenen Person und ihrer Angehörigen in den Entscheidungsprozess
- die Begründung der Entscheidungen (ethische Prinzipien, spezielle Argumente)
- die vollständige, sorgfältige und saubere Dokumentation des Entscheids, der Begründung, des Zwecks, der Art, der Dauer und der Information gegenüber der betroffenen Person und ihren Angehörigen
- die regelmässige Evaluation und Optimierung der Entscheidungen betreffend beM und deren Dokumentation inklusive Erfassung von Komplikationen (Folgen) infolge beM oder infolge Verzichts auf beM

11. Anmerkungen

Betreuungsergebnis

Das Betreuungsergebnis muss regelmässig und nach definierten Qualitätsstandards überprüft werden. Dies setzt voraus, dass die mechanischen beM und die medikamentösen beM sowie die negativen und die positiven Auswirkungen der getroffenen Massnahmen dokumentiert sind: Anzahl und Art der Zwischenfälle (Verletzungen, Konflikte, Resignation, Zunahme oder Abnahme von Unruhe usw.).

Die Resultate der Anwendung dieser Richtlinien werden regelmässig überprüft, bewertet und die Konsequenzen daraus gezogen (z. B. Schulungen, Anpassung von Strukturen).

Die Überprüfung der nationalen Qualitätsindikatoren wie «Bewegungseinschränkte Massnahmen» und «Polymedikation» ermöglichen auch hier eine gute Datengrundlage für die Qualitätsarbeit in der jeweiligen Institution (Bsp. jährliche Erhebung und Auswertung der Qualitätsindikatoren via RAI, BESA, PLAISIR oder der elektronischen Pflegedokumentation).

1. ZGB (Schweizerisches Zivilgesetzbuch, SR 210).
2. Betreuende: Gemeint sind alle professionell Betreuenden, wie Pflegende, Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten usw.
3. Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, 2016, p. 7 ff.
4. Für Medikamentenabgabe gilt Art. 377 ZGB.
5. Folgende Kriterien helfen die Urteilsfähigkeit festzustellen (nach H.B. Stähelin): die Fähigkeit Information in Bezug auf die zu fällende Entscheidung zu verstehen, die Fähigkeit, die Situation und die Konsequenzen, die sich aus alternativen Möglichkeiten ergeben, richtig abzuwägen, die Fähigkeit die erhaltene Information im Kontext eines kohärenten Wertesystems rational zu gewichten und die Fähigkeit, die eigene Wahl zu äussern.
6. Falls ein Bewohner/eine Bewohnerin nicht urteilsfähig ist (betreffend medizinisch-pflegerischer Massnahmen), hat die gesetzliche Vertretung zu entscheiden. Das Erwachsenenschutzrecht regelt dies folgendermassen:
 - Erste Instanz: Patientenverfügung oder Vorsorgeauftrag
 - Zweite Instanz: Beistand mit einem Vertretungsrecht
 - Dritte Instanz: Ehegatte, eingetragene Partnerin bzw. Partner in gemeinsamem Haushalt oder der/ die urteilsunfähige Person regelmässig persönlich Beistand leistet
 - Vierte Instanz: nahestehende Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und regelmässig persönlich Beistand leistet
 - Fünfte Instanz: Kinder, die der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten
 - Sechste Instanz: Eltern, die der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten
 - Siebte Instanz: Geschwister, die der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistenEs geht dabei immer um die Umsetzung des persönlichen Willens und nicht um den Willen/Entscheid

12. Quellenangaben

der aufgezählten Instanzen. Bei Uneinigkeit oder Zweifeln, dass die Angehörigen das Interesse des Patienten/der Patientin vertreten, muss die Erwachsenenschutzbehörde angerufen werden. Persönlich Beistand leisten heisst: Die Person hat sich um den Betroffenen gekümmert (also z.B. Kinder, die seit Jahren keinen Kontakt mehr zu den Eltern pflegten, gelten dann nicht als vertretungsberechtigt).

7. Kontaktmatten sowie andere Alarmsysteme können je nach Art und Zweck der Anwendung als präventive Massnahmen, als nicht beM oder als beM gelten.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2013). Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2016). Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizinisch-ethische Richtlinien.

Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie SGG SSG (1999). Freiheit und Sicherheit: Richtlinien zur Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen bei der Behandlung und Pflege betagter Menschen.

Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie SGG SSG (2015). Ethische Entscheidungsfindung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege.

Curaviva (2012). Neues Erwachsenenschutzrecht, Basisinformationen, Arbeitshilfen und Musterdokumente für Alters- und Pflegeinstitutionen. Bern.

Schorro, E. (2015). Freiheitsbeschränkende Massnahmen in Pflegeheimen in der Schweiz. Bestimmung der Prävalenz und assoziierter organisationsbezogener Merkmale. Doctoral thesis, Universität Witten/Herdecke.