

Alzheimer und Recht Teil II ©2002 m. p.

Inhalt:

I. Vorbemerkung

II. Begründungen für freiheitsentziehende und
freiheitseinschränkende Maßnahmen

1. Mechanische Fixierung

a) Arten

b) faktische Fixierungen durch andere Maßnahmen

2. Medikamentöse Fixierung

a) Abgrenzung: neuropathologische und
psychosoziale Folgen der Krankheit

b) Begriff der Therapie/ was können Therapieziele
bei Alzheimer sein?

c) Faktische Auswirkungen/Genehmigungspflicht?

d) Häufig verordnete sedierende, ruhigstellende
Medikamente

3. Räumliche Isolierung/Einsperren

III. Rechtsgrundlagen:

1. Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

2. Nach dem PsychKG

IV. Einwilligung des Betroffenen/ Zustimmung des/der
Betreuers/Betreuerin

Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht

V. Seelische Isolierung/ Kontaktentzug

VI. Rechtsfolgen der nicht genehmigten Freiheitsentziehung

VII. Forderungen der Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V.

VIII. Literatur- und Quellenhinweise

I. Vorbemerkung

Freiheitsentziehende Maßnahmen- oft auch
„freiheitseinschränkende Maßnahmen“ genannt - sind alle

Maßnahmen, die Menschen in ihrer freien Willensentscheidung einschränken oder ihnen die Freiheit nehmen, ihren eigenen Aufenthalt selbst bestimmen zu können, ganz oder teilweise entziehen.

Das Recht zur freien Bestimmung des Aufenthaltes ist ein verfassungsrechtlich garantiertes Menschenrecht!

Einschränkungen bedürfen einer gesetzlichen Grundlage und, da sie in elementare Grundrechte der Menschen eingreifen, der sorgfältig und gewissenhaft begründeten Genehmigung oder Anordnung eines Vormundschaftsgerichts.

II. Begründungen für freiheitsentziehende Maßnahmen

Begründet werden solche Maßnahmen bei Demenzkranken häufig mit:

„Sturzgefahr“,

„Weglauftendenzen“ (Gefahr des Weglaufens),

„Eigengefährdung“ (Selbstschädigung),

„Fremdgefährdung“ (Gefährdung Dritter)

„Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung“ (zum Beispiel des fließenden Straßenverkehrs)

1. Mechanische Fixierung

- a. Gängige mechanische Fixierungs- Instrumentarien sind u.a.
 - Gurte, Bettgurte (> Fixierung am Bett)
 - Decken

- Stecktische (vor dem Stuhl angebracht)
- Bettseitengitter

Der unbefangene Leser wird beim Lesen dieser Instrumente an „Folterinstrumente“ denken und zu Recht erschüttert sein! Und er wird sich fragen, was denn ein Demenzkranker angestellt haben muss, damit solche Zwangsmittel eingesetzt werden dürfen oder müssen und ein fast Hilfloser sich nicht mehr frei bewegen darf ?

Wir werden in Ziff. III hierauf zurückkommen.

In „Anregungen zur Anordnung einer Betreuung oder Unterbringung nach dem PsychKG“ werden häufig u.a. folgende Formulierungen gebraucht:

„motorische Unruhe“, „...verhält sich aggressiv gegenüber Pflegepersonal“, „...läuft ständig umher“, „ ... läuft gegen die Wand/den Schrank und droht sich zu verletzen“, „... ist aggressiv gegenüber anderen“ oder „...ist ständig unruhig „.

Es ist höchst umstritten, ob solche pauschalen, fast formularmäßig gebrauchten Tatbestandsmerkmale, die in manchen Fällen bloß auf Vermutungen, Schlussfolgerungen aus Einzelereignissen beruhen, vorgegebenen Klischées entspringen oder Momentaufnahmen sind, ausreichen können und dürfen, derart massive Eingriffe in ein Grundrecht zu begründen!

Erst Recht ist zweifelhaft, ob in Einzelfällen das Ultima Ratio-Prinzip beachtet wird und ob die wirklichen Ursachen für Weglaufen, Unruhe oder gelegentlich auch Aggression (z.B. externe Faktoren) auch nur ansatzweise geprüft wurden und werden.

Manchen begutachtenden Ärzten fehlen zudem besondere Kenntnisse von den Konfliktsituationen in der häuslichen

Pflege, vom Umgang mit Demenzkranken in Heimen und psychiatrischen Kliniken und von den Auswirkungen des meist abrupten Entzugs des gewohnten, sozialen Umfelds auf die Erkrankten selbst. Die Frage, ob denn z.B. Aggressionen oder Agilität durch den Umgang mit dem Patienten im eigenen Haus verursacht sein könnten, stellt sich für manche Ärzte gar nicht erst.

(Es sind Fälle bekannt, in denen der Chefarzt einer Inneren Abteilung eines Akutkrankenhauses eine Alzheimer-Patientin möglichst schnell wieder loswerden wollte: „Sie schreit gelegentlich, das können wir doch meinem Personal oder den Mitpatienten nicht zumuten“, und so wurde die Patientin ohne Rücksprache mit dem Betreuer und dem Hausarzt bereits nach 2 Tagen Krankenhausaufenthalt wieder ins Heim zurückverlegt, ohne Rücksicht auf die Folgen dieses Verhaltens bei der Kranken (> abrupter, erneuter Ortswechsel).

In einer Landesklinik saß eine Alzheimer-Patientin oft ganze Tage, mit wenigen Unterbrechungen, mit einem Blaskatheder und Urinbeutel an der Seite, in einem Stuhl mit Stecktisch in ihrem geschlossenen Zimmer und schrie, ohne dass man sich um sie kümmerte. Wegen „lauten Schreiens und motorischer Unruhe“ wurden daraufhin sedierende Medikamente, z.T. mit der möglichen Nebenwirkung „erhöhte Fallneigung, Parkinson-Syndrom“ verabreicht!

Ebenfalls in einer Landesklinik wurde eine Patientin drei Tage lang mit der Begründung „Fallneigung, erhöhte Unruhe, Weglauftendenz“ mit Gurten auf dem Rücken liegend tagsüber und ohne Unterbrechung im Bett gefesselt; auf Vorhaltung des entsetzten Ehemannes erklärte der Oberarzt der psychiatrischen Abteilung bloß, er, der Ehemann habe ja “einer“ Fixierung zugestimmt (Anm.: der Ehemann war lediglich gefragt worden, ob er zur Sicherheit mit einer gelegentlichen Fixierung einverstanden sei, ohne ihm die Maßnahme konkret zu

bezeichnen). Eine gerichtliche Genehmigung hatte der Arzt nicht eingeholt!,

b) Faktische Fixierungen

Es wurde und wird in manchen Häusern (Pflegeheimen und Kliniken) auch gelegentlich zu Mitteln gegriffen, die nicht „klassische“ Fixierungsmaßnahmen sind; vermutlich meint man, damit eine vormundschaftsgerichtliche vermeiden zu können.

So sind Fälle bekannt, in denen Demenzkranke in besonders tiefliegende, in der Sitzfläche nach hinten zur Rückenlehne vertiefte Sessel, aus denen sie sich aus eigener Kraft nicht mehr erheben können, gesetzt wurden.

Auch das dichte Heranrücken des Lehnenstuhls an den Tisch außerhalb der Mahlzeit, einen halben oder gar ganzen Tag lang, ist eine freiheitsbeschränkende Maßnahme, die der Genehmigung bedarf, da die Betroffenen - oft körperlich, aus welchen Gründen auch immer, geschwächt (>Sedativa, Psychopharmaka) - sich nicht einmal leicht erheben, geschweige denn aufstehen können.

Bekannt sind hängende Sitzgelegenheiten –oft an der Decke aufgehängte Korbsessel, wie man sie aus Ferienhäusern kennt; solche recht gemütlich aussehenden Hängestühle, die frei schwingen können, sind derart hoch aufgehängt, dass sich ein Kranker nicht vom Boden zum Aufstehen abstemmen, sich auch nicht nach vorne zum Aufstehen bewegen kann. Auch dies ist eine faktische Fixierung, die der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht bedarf.

2. Medikamentöse Fixierung

a) Verschiedene Psychopharmaka und Neuroleptika „dienen“ im Normalfall der Behandlung von u.a. gesteigerter Unruhe (Agilität), Depressionen, Wahnvorstellungen, Aggressionen oder auch gesteigertem Bewegungsdrang. Neuroleptika sind die „klassischen“ Medikamente zur Bekämpfung sog. endogener Psychosen, also Formen der Schizophrenie.

Man spricht u.a. von Antidepressiva, Sedativa, Anticholerika, Antipsychotika und Neuroleptika.

Sie werden in großen Mengen bei Demenzkranken eingesetzt, wobei als Begründung fast ausschließlich die Behandlung von „krankheitsbedingten Psychosen“ genannt wird.

Wir hatten bereits darauf hingewiesen, dass in der Wissenschaft unterschiedliche Positionen zu den Ursachen von Erkrankungen der Seele (Psyche) einander gegenüber stehen. Ein Teil der Wissenschaft führt Psychosen auf die hirnorganische Erkrankung zurück (neuropathologische Psychosen), eine andere Meinung bewertet die meisten Psychosen als psychosoziale Folgen der Erkrankung, als Folgen des Umgangs der Erkrankten mit ihrer Krankheit sowie des sozialen Umfeldes mit den Erkrankten selbst (>Alzheimer und Medikamente).

Überbrückende Meinungen vertreten die Auffassung, dass Überschneidungen, sog. „Gemengelagen“ entstehen, dass unmittelbare Folgen der hirnorganischen Veränderung mit psychosozialen Folgen zusammentreffen.

Eindeutige Zuordnungen wird es vermutlich nicht geben können, da bis heute ungeklärt ist, wie sich der Verlust von Gehirnnervenzellen und damit der Verlust von Gehirnfunktionen, Steuerungsfunktionen und kognitiven

Fähigkeiten auf die Gemütslage, auf das soziale Verhalten und auf die Selbstverarbeitungskräfte der Erkrankten auswirken.

Besonders schwierig wird die Zuordnung dadurch, dass Demenzkranke in bereits frühen, in mittleren und erst Recht in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung teilweise oder gänzlich nicht mehr in der Lage sind, bei der Klärung der Ursachen der Psychosen mitzuwirken oder wegen des Einbruchs bei den kognitiven Fähigkeiten (>Fähigkeit, Denkinhalte zu verknüpfen) nicht mehr verständlich auf Befragungen zu antworten.

Ärzte sind daher bei der Klassifizierung von Verhaltensauffälligkeiten und Symptomen auf die Bewertung nach „klassischen“ Kriterien, die aber überwiegend aus **nicht** demenziellen Fällen herauskristallisiert wurden, angewiesen. Warum ein Demenzkranker ständig mit erhöhter Unruhe im Zimmer auf und ab läuft, wird genauso wenig hinterfragt, wie auch meist nicht zu ergründen versucht wird, warum ein Demenzkranker im Heim oder einer psychiatrischen Klinik aggressiv wird, oder tief depressiv vor sich hinstarrt!

„Es ist halt so, dies sind halt die Folgen von Alzheimer“, hört man oft von Ärzten.

Schwierig wird die Behandlung mit Psychopharmaka auch dadurch, dass Ärzte u.a. aus Zeitgründen die Wirkung und/oder die Nebenwirkungen der von Ihnen verordneten Psychopharmaka nicht über den ganzen Zeitraum beobachten, in dem sie maximal eingesetzt werden sollten. Sie verlassen sich häufig auf z.B. Angaben von Pflegedienstleitungen zu Verhaltensauffälligkeiten, und hinterfragen weder die Betreuungs- und Beschäftigungslage im Heim, noch können sie mangels Kenntnis der Biografie ihrer Patienten keine

Verbindung zwischen Verhaltensauffälligkeiten einerseits und den Auswirkungen der neuen Wohnumwelt auf die Erkrankten im Heim herstellen.

Ein bekannter Chefarzt eines größeren Akut-Krankenhauses erklärte einem Betreuer „Man sollte da nichts mehr machen, Die Patientin hat doch ohnehin keine Lebensqualität mehr zu erwarten, hinterlegen Sie im Heim einen Hinweis für einen Notarzt, bei einer Lungenentzündung solle er keine Antibiotika mehr verabreichen“. Das war es dann!

Die am meisten eingesetzten Medikamente sollen den Betroffenen beruhigen, ihn in seiner Agilität dämpfen und ihn daran hindern, ständig herum zu laufen oder gar Aggressionen zu entwickeln.

Manche Angehörige stellen bei Besuchen ihrer erkrankten Familienmitglieder zutiefst erschrocken fest, dass diese in psychiatrischen Kliniken und auch in Heimen apathisch „herumsitzen“, auf Ansprache nicht mehr wie noch kurz zuvor reagieren, nicht mehr ansprechbar sind oder sogar völlig „abwesend“ zu sein scheinen. Sie erfahren dann, dass „der Arzt zur Bekämpfung einer „übergroßen Unruhe“ oder eines „starken Bewegungsdrangs“ Medikamente verschrieben hatte, die die Persönlichkeit der Betroffenen radikal veränderten.

Die Verordnung und Verabreichung von Medikamenten ist grundsätzlich dann keine Körperverletzungshandlung, wenn der/die Betroffene einwilligt. Eine Einwilligung der Demenzerkrankten liegt in den meisten Fällen aber nicht vor, da sie meist nicht einwilligungsfähig sind, d.h. ihren Willen nicht verständlich bilden und artikulieren können (>Einbruch bei bzw. Verlust von kognitiven Fähigkeiten und der Sprache).

b) Man spricht im Zusammenhang mit der Verordnung von Antidepressiva, Anticholerika, Antidementiva, Psychopharmaka, Neuroleptika und Sedativa häufig von „medikamentöser psychiatrischer oder auch gerontopsychiatrischer Therapie“, ohne Angehörigen oder Betreuern/Innen exakt zu erklären, um was es sich denn bei diesen Therapien eigentlich handelt, welche Behandlungsziele verfolgt werden und welche Wirkstoffe mit welchen denkbaren Risiken und Nebenwirkungen massive Auswirkungen auf die Persönlichkeitsstruktur des Erkrankten haben. Den Betroffenen selbst kann man es ja nicht mehr verständlich erklären!

Ob unter solchen Prämissen noch von einem begründeten Einverständnis eines gesetzlichen Vertreters mit einer bestimmten Therapie gesprochen werden kann, ist höchst fraglich!

Der **Begriff „Therapie“**, „**Therapia**“ stammt aus dem Griechischen Wort für „Heilung“ und bedeutet „**die Behandlung der Krankheiten, das Heilverfahren** (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, Verlag deGruyter, 1997).

Gegen die **Alzheimer-Krankheit** können die vielfältigen **Psychopharmaka nicht** wirksam eingesetzt werden, da Alzheimer unheilbar ist; allenfalls einige wenige Medikamente sind, in Frühstadien angewandt, geeignet, den Krankheitsverlauf zeitlich befristet zu verlangsamen (> ACEH, Memantine u.a.).

Ob die abgegebenen Psychopharmaka in Dauerdosierung geeignet sind, Psychosen wirksam bei Alzheimer Patienten zu bekämpfen, ist umstritten.

In Einzelfällen, zeitlich befristet und als Akutmaßnahmen eingesetzt, können viele eingesetzten Wirkstoffe unbestreitbar Aggressionen die Spitzen nehmen, den Patienten in seiner Agilität dämpfen oder Erregungszustände einkreisen, ja einstellen.

Hier geht es aber um den massenhaften Einsatz von Psychopharmaka über größere Zeiträume hinweg, was gegen Akut- oder Notfallmaßnahmen spricht.

Da eine zielgerichtete Behandlung (Therapie) mit strenger Beobachtung des Behandlungserfolges und der Nebenwirkungen, auch wegen der gleichzeitigen Abgabe verschiedener Wirkstoffe, unter aktiver Mitwirkung der Erkrankten häufig nicht stattfindet, kann dann nicht mehr ernsthaft von einer auf Heilung ausgerichteten **„medikamentösen Therapie“** ausgegangen werden.

Geht man davon aus, dass auch Alzheimer-Erkrankte durch Einsperren, Fixierungen und Isolierungen, wie sie häufig in Heimen und psychiatrischen Kliniken praktiziert werden, enormen psychischen Belastungen ausgesetzt sind und diese auch als solche empfinden können (> der Beweis des Gegenteils ist bis heute nicht erbracht!), kann im Zusammenhang mit der permanenten Abgabe von Psychopharmaka nur noch von Symptomdämpfung zur Anpassung des Erkrankten an sein Umfeld, welches er nicht freiwillig (!) gewählt hat, gesprochen werden.

Es ist bekannt, dass Aggressionen bei Demenzkranken z.B. durch Überforderungen, Verletzung der Intimsphäre, sich eingesperrt-fühlen, als Reaktion auf die Ungeduld und Gereiztheit der Umgebung entstehen; Unruhe entsteht häufig durch mangelhafte Bewegung: wie uns Gesunden manchmal ein Spaziergang oder Joggen hilft, unsere Gedanken zu ordnen

und über eine Hirnstammaktivierung unser Gedächtnis zu verbessern, versucht dies auch der Kranke oft unbewusst.

Aggressivität von anderen in der Heimumgebung macht den Kranken selbst aggressiv, das Verhalten anderer färbt ab. Auch ist bekannt, dass Fixierungen (Festbinden) den geistigen Abbau bewirken, so dass freiheitsentziehende Maßnahmen kontraproduktiv zur Wirkung von ACEH und Memantinen (> verlaufverzögernde Medikamente) wirken.

Angesichts des Umfangs der verordneten Psychopharmaka in Heimen und psychiatrischen Kliniken/Krankenhäusern, erst Recht in geschlossenen Abteilungen, sowie der Häufigkeit angewandter Fixierungen ist die Zielrichtung dieser **Disziplinierungsmaßnahmen** unübersehbar:

Alzheimer-Kranke sollen den Betriebsabläufen, dem Personalmangel, der mangelhaften Eignung vieler Häuser, der nur auf Pflege ausgerichteten Versorgungsstrukturen, sowie der für Demenzkranke ungeeigneten Räumlichkeiten und Beschäftigungsmöglichkeiten angepasst werden.

Keinesfalls handelt es sich dann noch um auf Heilung ausgerichtete Therapien! Solche Maßnahmen dürften, erst Recht, wenn sie ohne vormundschaftsgerichtliche Genehmigung erfolgen, rechtswidrig sein und den Straftatbestand einer Freiheitsberaubung (§ 239 StGB) erfüllen.

Eine wirksame medikamentöse Therapie kann sich nur auf die Abgabe von verlaufverzögernden Wirkstoffen wie z.B. ACEH oder Memantine, unter sorgfältiger Verlaufsbeobachtung, in Frühstadien der Krankheit beziehen, und auf nichts anderes. Dies muß der behandelnde Arzt bei Abgabe des Therapieangebots wahrheitsgemäß und verständlich klarstellen.

c) Die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, welche durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wird, stellt hierzu fest:

„Der Arzt darf Medikamente nur zum Zwecke der Heilung oder Linderung von Krankheitszuständen verordnen. Jedoch können sedierende Medikamente in hoher Dosierung den Effekt haben, dass der Patient in seinen Fortbewegungsmöglichkeiten deutlich behindert ist. Sofern dies von dem Arzt bei der Auswahl des Psychopharmakons mitbeabsichtigt ist, kommt diese Verordnung einem Freiheitsentzug gleich, so dass die regelmäßige oder dauernd Gabe besonders legitimiert sein muß“.

Weiter heißt es: „Der Arzt darf- außer in unvorhersehbaren Notfällen- Medikamente nur mit Einverständnis des Patienten verordnen, sonst ist seine Behandlung rechtswidrig. Wenn aber der Patient so verwirrt ist, dass er den Sinn und Zweck der Behandlung trotz angemessener Erläuterung nicht zu verstehen vermag, kann er nicht einwilligen.

Nur in diesem Fall kann ein rechtlicher Betreuer, sofern er vom Gericht zur Wahrnehmung dieser Aufgabe (>Wirkungskreise) ermächtigt ist, stellvertretend für seinen Klienten in die Behandlung mit dem sedierenden Medikament einwilligen.

Der gesetzliche Vertreter muss allerdings seine Einwilligung vom Vormundschaftsgericht genehmigen lassen, wenn die Medikamente über Monate gegeben werden und zu schweren gesundheitlichen Dauerschädigungen führen können. Ferner bedarf seine Einwilligung der Genehmigung des Gerichts,

wenn die Verordnung des sedierenden Medikamentes den Patienten in seinem Wunsch sich fortzubewegen, wesentlich behindert“.

Da diese, nicht nur im Rahmen einer Notfallmaßnahme verordneten, Medikamente einen gravierenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Erkrankten bedeuten (>Freiheitsentzug), muss die Verabreichung, deren Dauer und die Dosis ausführlich und lückenlos in der Pflegedokumentation dokumentiert werden.

Professor Dr. Konrad Maurer, einer der führenden Neurologen und Psychiater, stellt zur „Demenztherapie“ zu Recht fest:

„ Wir betrachten die Demenztherapie als integratives Gesamtkonzept unter den Aspekten der Pharmakologie mit Antidementiva, der psychologischen Therapieansätze mit Gedächtnistraining, der (Angehörigen-) Beratung und der Soziotherapie“.

und

„Ziel aller therapeutischen Maßnahmen ist es somit, nicht nur zu versuchen, die kognitiven Leistungen wie Gedächtnis und Denkfähigkeit zu verbessern, sondern die Gesamtsituation der Kranken zu beachten.....Unsere Untersuchungen mit 65 Patienten und ihren Angehörigen über einen Zeitraum von 12 Monaten zeigten, dass diese Therapie zwar keinen Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten der Patienten sowie auf Belastung und Depressivität der Angehörigen hatte. Allerdings traten störendes Verhalten und Aggressivität bei den Teilnehmern der Therapiegruppe nach einem Jahr signifikant vermindert auf“

(vgl. Konrad Maurer und Lutz Frölich in: „Lebendige Wissenschaft“ der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Medizin und Gesundheit, ALPHA Informationsgesellschaft mbH, Lampertheim, 2002)

d) Zu den häufig verordneten sedierende Medikamenten gehören u.a. Benzodiazepine, Dipiperon, Neurocil, Truxal und Taxilan.

3. Räumliche Fixierung/Einsperren

Abschießen von Türen, schwer zu bewegende Türgriffe, Trickschlösser oder das Aufstellen von Hindernissen, so dass eine Tür nicht geöffnet werden kann, gehören ebenso in den „Katalog“ der freiheitsentziehenden Maßnahmen, da dem Betroffenen dadurch die Möglichkeit genommen wird, nach eigenem Willen seinen Aufenthaltsort zu verändern.

III. Rechtsgrundlagen

Bürgerliches Gesetzbuch: § 1906 Abs.4 BGB (> § 1906 BGB)

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychisch Kranken (> PsychKG)

IV. Einwilligung/ Zustimmung des gesetzlichen Vertreters u. Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht

Willigt der/die Betroffene selbst nicht in eine beschränkende Maßnahme ein oder ist er/sie aus gesundheitlichen Gründen dazu nicht in der Lage, kann seine fehlende Einwilligung nur durch die des gesetzlichen Vertreters mit Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht ersetzt werden.

Für alle freiheitsentziehenden Maßnahmen gilt: wenn der/die Betroffene selbst auf Grund der Schwere der Erkrankung nicht mehr in der Lage ist, das Bett zu verlassen, oder ständig gelähmt ist, hat er/sie also faktisch keine Möglichkeit mehr, seinen Aufenthaltsort zu verändern, scheidet eine

Freiheitsberaubung aus. Sie scheidet auch aus, wenn der/die Betroffene bewusst einwilligt.

In allen anderen Fällen muß der gesetzliche Vertreter von dem Pflegepersonal möglichst unter Vorlage eines ärztlichen Attests über die Gründe an Hand der Pflegedokumentation ausführlich aufgeklärt werden, ebenso über Art und zeitliche Dauer der Maßnahme. Pauschale Angaben „Der/die.... muss fixiert werden, sind Sie damit zu dessen/deren Schutz einverstanden?“ dürften angesichts der Tragweite des gravierenden Eingriffs in Persönlichkeitsrechte, unzulässig sein!

V. Seelische Isolierung/ Kontaktentzug

Demenz-Kranke leiden, genauso wie andere auch, unter Einsamkeit und Verlassensein. Der- meist abrupte- Wechsel aus der gewohnten, häuslichen Bezugswelt in Kliniken oder Heime mit völlig fremden Pflegepersonen und ohne persönliche, bezugsvolle Fürsorge, bedeutet für die Betroffenen seelische Qualen, die in Depressivitäten, oft auch in starke Unruhe oder auch aggressives Verhalten „umschlagen“.

Wir zitieren aus einer **Arbeitshilfe des Landes Schleswig-Holstein vom Februar 2002:**

„Demenzkranken sehen die Welt mit ihren Augen und können sich aufgrund ihrer Erkrankung nur noch begrenzt den jeweiligen Situationen anpassen oder Einsicht in die notwendige pflegerische Maßnahme entwickeln. Die erforderliche Anpassung muss deshalb von außen, durch eine Sicherheit und Orientierung vermittelnde

Milieugestaltung und durch eine biografiebezogene pflegerische Begleitung aufgebaut werden.

Für die Pflege und Betreuung ist ein prinzipielles Umdenken notwendig.

In der Pflege Demenzkranker ist das Gefühl des Wohlbefindens Voraussetzung und Ausgangspunkt der Pflegemaßnahmen und nicht erst das Ergebnis der pflegerischen Interaktion. Die Demenzkranken müssen Vertrauen und Sicherheit verspüren, um sich überhaupt auf für sie nicht mehr logisch erscheinende Maßnahmen einlassen zu können“

(„Da kann man doch nur durchgreifen, oder...“, Gewaltvermeidung durch Professionalität in der Pflege Demenzkranker“, Ministerium für Arbeit, Soziales Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein, Kiel Februar 2002)

VI. Rechtsfolgen eines rechtswidrigen Freiheitsentzugs

Strafgesetzbuch § 239 StGB:

(1) Wer widerrechtlich einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise des Gebrauchs der persönlichen Freiheit beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Wenn die Freiheitsentziehung über eine Woche gedauert hat oder wenn eine schwere Körperverschwendung (§ 224) des der Freiheit Beraubten durch die Freiheitsentziehung oder die ihm während derselben widerfahrene Behandlung verursacht worden ist, so ist auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen. In minderschweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe.

(3) Ist der Tod des der Freiheit beraubten durch die Freiheitsentziehung oder die ihm während derselben widerfahrene Behandlung verursacht worden, so ist auf Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren zu erkennen. In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren.

VII: Forderungen der Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V.

1. Freiheitsentziehende Maßnahmen dürfen nur dann angewandt werden, wenn keine anderen minderschweren Möglichkeiten zum Eigenschutz (>Selbstgefährdung) oder zum Schutz Dritter (> Fremdgefährdung) zur Verfügung stehen.
Vorrang muß immer die bezugsvolle Beschäftigung mit den Betroffenen haben.
2. Sedierende Medikamente, Psychopharmaka u.a. haben als bloße Mittel zur Anpassung und Ruhigstellung in Pflegeheimen (von wenigen Ausnahmen – vgl. Ziff 1.- abgesehen) nichts zu suchen.
Grundsätzlich sind Psychopharmaka nur dann zu verordnen und abzugeben, wenn sie etwa im Rahmen einer Not- oder Akutfallbehandlung als ultima ratio zum Schutz des Erkrankten eingesetzt werden müssen.
3. Medikationen, die über den von Wissenschaftlern und den Herstellern empfohlenen Behandlungszeitraum hinaus abgegeben werden sollen, müssen grundsätzlich vormundschaftsgerichtlich genehmigt werden.

4. Vorgesehene mechanische Fixierungen müssen ausführlich unter Angabe der Gründe, ihrer der Art und Dauer begründet werden und dürfen nach vormundschaftsgerichtlicher Genehmigung nur für kurze Zeit und mit größeren Unterbrechungen als Akutmaßnahme angewandt werden.
5. Nicht genehmigte Fixierungen oder solche, die über den zulässigen Zeitraum hinaus angewandt werden, sollten unverzüglich der Heimaufsicht gemeldet werden; diese sollte sodann befugt sein, aufsichtsbehördliche Auflagen zu erteilen; im Wiederholungsfall müssen unverzüglich strafrechtliche Schritte eingeleitet werden.
6. Ein landesweit anerkanntes Gütesiegel soll den Pflegeheimen und Kliniken verliehen werden, die sich durch zwangsmittelfreie, bezugsvolle und betreuungsintensive Versorgung von und Beschäftigung mit Demenz-Erkrankten in kleinen Wohneinheiten ausgezeichnet und bekannt gemacht haben. Das Gütesiegel soll von einer unabhängige Stelle auf Grund von regelmäßig vorzunehmenden Umfragen unter Beteiligung der Heimaufsicht, von Selbsthilfe-Organisationen, Vertretern der Ärzte, der Pflegekräfte und Verbraucherschutzorganisationen vergeben werden.
7. Betreuer/Innen, die ohne ausführliche und stichhaltige Begründung durch Kliniken/Heime sowie ohne Vorlage eines fachärztlichen Attests in freiheitsentziehende Maßnahmen einwilligen, sollen von ihren Aufgaben unverzüglich entbunden werden.
- 8.Ärzte, Kliniken und Psychiatrische Häuser sind verpflichtet, Angehörige, Betroffene und Betreuer/Innen

umfassend über ihr Behandlungsangebot, die von Ihnen in Betracht gezogenen Behandlungen mit Medikamenten und den Umfang und die Risiken beim Einsatz von Psychopharmaka **unmissverständlich** zu informieren (> **Transparenz des Behandlungsangebots**) .

Wer pauschal eine bestimmte „Therapie“ ohne Angabe des Inhaltes und Zwecks der „Therapie“ und ohne Hinweise auf Risiken und Erfolgsaussichten anbietet, oder deren Einsatz bei Demenzkranken fordert, ohne zu begründen, warum sich Erkrankte ausgerechnet in diese Behandlung begeben sollten, und welche Vorzüge sie gegenüber anderen **nichtmedikamentösen** Therapieangeboten hat, handelt verantwortungslos in diesem komplexen Krankheitsfeld mit oft dramatischen Folgen für Betroffene und Angehörige.

Verantwortungsbewusste ärztliche Therapeuten dürfen sich nicht darauf beschränken, nur mit pharmakologischen Wirkstoffen auf Gehirnregionen, in denen die Hirnforschung z.B. die Steuerungscentren für Aggressionen, Depressionen oder Agilität angesiedelt weiß, einzuwirken, ohne deren Ursachen zu ergründen, und ohne zu versuchen, vorrangig mit wesentlich niedrigschwelligeren, nichtmedikamentösen Maßnahmen den Betroffenen zu helfen.

9. Demenzerkrankte stehen, da sie in der Regel nicht mehr bei der Ursachenerforschung mitwirken können, zur Erfragung der Ursachen der Psychose nicht zur Verfügung, so dass als Informationsquelle/Hilfe lediglich Angehörige und die persönlichen Biografien der Erkrankten herangezogen werden können.

Angehörige werden aber häufig bei der Behandlung ausgeschlossen; die Beschäftigung mit den Biografien der Erkrankten ist zudem zeitaufwendig und kein Gebührentatbestand nach den Gebührenordnungen der Ärzte und unterbleibt daher meist.

Eine helfende Therapie muß sich aber ohne Medikamente (allenfalls u.a. ACEH in Frühstadien) mit dem Umfeld des Erkrankten, seiner persönlichen Biografie und der Gestaltung eines gewaltfreien Wohnumfeldes mit Lebensqualität befassen.

Ansätze in dieser Richtung haben sich in vielen Häusern als äußerst erfolgreich erwiesen. So gibt bereits heute viele Pflegeheime, in denen ohne Einsatz von Zwangsmitteln (> mechanische u. medikamentöse Fixierungen) durch Beschäftigungsmöglichkeiten in bezugsvoller Wohnumgebung in kleineren Wohngruppen Aggressionen, Depressionen und erhöhte Unruhe und Weglauftendenzen kaum oder nicht auftreten.

Zusammenfassung:

*Abgesehen von Akut- und Notfällen dürfen freiheitsentziehende Maßnahmen, wozu auch die Unterbringung nach dem PsychKG gehört, sowie Psychopharmaka **nicht bei Demenzerkrankten** in Pflegeheimen oder psychiatrischen Krankenhäusern/Kliniken angewandt werden. Stattdessen muss die Versorgung der Erkrankten in einer bezugsvoller Umgebung mit individual-bezogenen Beschäftigungsmöglichkeiten und mit Freiheitsräumen stets der Regelfall sein.*

VIII. Literatur und Quellenhinweise

„Sedierende Medikamente und Freiheitsentzug“ aus der Reihe
„Betreuungsrecht & Pflege, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in
Düsseldorf, 2001 (gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend)

„Freiheitsentziehende Maßnahmen“ aus: Betreuungsrecht & Pflege,
Akademie f. öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf 2001 (vgl .oben)

Werner Schell: Betreuungsrecht und Unterbringungsrecht, Ratgeber für die
Pfleger, 3. Auflage, Hagen 1999

Jan Wojnar: Freiheitsentziehende Maßnahmen und Demenz, BtPrax 1995
S. 12 ff

Das Wichtigste über die Alzheimer Krankheit, Schriftenreihe der Deutschen
Alzheimer Gesellschaft e.V. ,4. Auflage Berlin 2002

„Da kann man doch nur noch durchgreifen, oder...“
Gewaltvermeidung durch Professionalität in der Pflege Demenzkranker-
Einladung zum Verstehen, Eine Arbeitshilfe für die Aus-, Fort- und
Weiterbildung
Hrsg. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des
Landes Schleswig-Holstein, Februar 2002

„Hausmitteilung“ der Augustinum Wohnstifte gGmbH, München 21.12.2001

Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten, Alzheimer-
Europe Georg Thieme Verlag Stuttgart 1999

Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, Verlag deGruyter, Berlin 1977

Medizinforschung Deutschland, Magazin „Lebendige Wissenschaft“ der
Deutschen Arbeitsgemeinschaft Medizin und Gesundheit, 2002 ALPHA
Informationsgesellschaft mbH, Lampertheim, mit weiteren Literaturhinweisen

Tom Kitwood: „Demenz- Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit
verwirrten Menschen „ - Verlag Hans Huber Bern, 1. Aufl. 2000

Dreher/Tröndle, Strafgesetzbuch, 45.Auflage, Verlag C:H: Beck, München
1991

©2002 m.p.

(Alzheimer und Recht II ist Teil der Reihe der Verständnishilfen „Alzheimer und Hilfe“ © der Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V.)